

Psykisk helse og rus/ Psyche



NORSK-SVENSK UTGAVE PSYKISK HELSE OG RUS/PSYCHE

NR. 1-2011 • ÅRGANG 3

**Sørgende
er ikke
syke – de
er i eksil**

Sykepleien



Psykisk helse og rus/Psyche

Tidsskriftet er gitt ut i samarbeid med det norske tidsskriftet Sykepleien.

ANSVARIG UTGIVARE PSYCHE

Richard Brodd
richard.brodd@bredband.net

CHEFREDAKTØR PSYCHE

Sten Ola Berdenius
sten.ola.berdenius@vgregion.se

REDAKTØR PSYCHE

Mikael Nilsson
mikael.nilsson@lthalland.se

ANNONSER PSYCHE

Richard Brodd

REDAKTØR

PSYKISK HELSE OG RUS

Bodil Bakkan Nielsen
Tlf. 38 39 04 96/ 41 68 76 87
bodb@online.no
bodilska@hotmail.com

FAGGRUPPELEDER NORGE

Kurt Lyngved
Tlf. 75 56 55 65/90 55 31 78
Kurt.lyngved@gmail.com

HJEMMESIDE:

www.sykepleierforbundet.no/psykiatrisykepleiere

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

Barth Tholens
Tlf. 22 04 33 50/ 40 85 21 79
barth.tholens@sykepleien.no

DESKJOURNALIST

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06
johan.alvik@sykepleien.no

LAYOUT

Björg Nordstrand
bjorg.nordstrand@sykepleien.no

Hilde Rebård Evensen
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

TRYKK

Stibo Graphic AS

FORSIDEFOTO:

Colourbox

Psyche:
ISSN nr 0283-3468
Bg: 5118-1592

Psykisk helse og rus:
ISSN 1892-6509



■ **10 SJUKHUS I BRASILIEN:** I Rio ligger Colonia. Det er ett moderne mentalsjukhus, men allt är inte som hemma.



■ **26 MENNESKER I SORG:** Sørgende er ikke syke, de er i eksil, skriver Dr. Philos Henning Herrestad.

Innhold

PSYKISK HELSE OG RUS/PSYCHE,
NORSK-SVENSK UTGAVE 2011



Foto: Mikael Nilsson

4 Leder: Richard Brodd

5 Leder: Kurt Lyngved

6 Smånytt

8 Tjener på å pendle til Norge

9 Fann kärleken i Sverige

10 Mentalsjukhus i Rio

16 Familien i väntrum eller i centrum?

20 Nya traineesjuksköterskor i Halland

24 Savnet et kriseteam da sønnen døde

23 Berätter om psykos på nätet

26 De sørgendes land

34 Er brukermedvirkning mulig?

38 Att hjälpa utan att kränka

42 På plakaten

38 **UTAN ATT KRÄNKA:** Det går att utföra tvångsvård utan att kränka.



Foto: Colorbox

Norsk-svensk utgave

Dette er tredje gangen vi lager en felles utgave av våre to medlemsblad; norske Psykisk helse og rus (tidligere Bivrost) og svenske Psyche.

Årsaken til at vi lager et felles skandinavisk nummer, er at vi har mye å lære av hverandre over landegrensene, samt at vi kan få et bredere perspektiv på den jobben vi som psykiatriske sykepleiere gjør.

Redaksjonen har i år bestått av Bodil Bakkan Nielsen fra Norge og Mikael Nilsson fra Sverige.

Psykisk helse og rus blir gitt ut i samarbeid med det norske tidsskriftet Sykepleien og Norsk Sykepleierforbund.



NORSK REDAKTØR:
Bodil B. Nielsen jobber på avdeling for poliklinikk-psykisk helse for barn og unge i Farsund.



SVENSK REDAKTÖR:
Mikael Nilsson arbetar på psykiatriska kliniken i Varberg som chef för en psykosavdelning.



Marjut Blomqvist
Sjuksköterska (MSc)
Psykiatri i Halland



Henning Herrestad
Dr. Philos, gestaltterapeut og filosofisk praktiker. Koordinator for sorgtjenesten i Fransiskus-hjelpen, spesialrådgiver i selvmordsforebygging ved RVTS Øst og førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud.



Marit Borg
Professor i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Buskerud.



Bengt Karlsson
Professor i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Buskerud.



Arne Johansen
Rektor ved Høgskolen i Buskerud.



Reidun Jonassen
Lærer ved Høgskolen i Buskerud.



■ **LEDER: Richard Brodd**

Dags att se över reglerna vid fastspänning?

Jag vill börja med att rikta mitt och Psykiatriska Riksföreningens varma deltagande över de tragiska händelserna som skedde på Utøya och Oslo den 22 juli. Det är en enorm tragedi för hela Norge och vi alla känner starkt med er i den svåra stund som varit och som för många kommer fortsätta för en lång tid framöver. Som kollega till kollega finns vi till hands och vill stötta er och ställer upp om ni behöver vår hjälp.

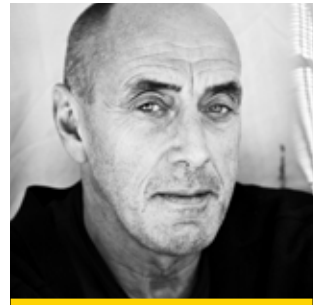
Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) startade under hösten 2010 en satsning på den psykiatriska heldygnsvården som pågår fram till 2012. Projektet är indelat i tre komponenter: Kunskap och kompetens, uppföljning och förbättring av data om tvångsvård och tvångsåtgärder samt Praktiskt förbättringsarbete och genombrottsprojekt. Bättre vård mindre tvång som man valt att kalla det. Det är oerhört positivt med en sådan satsning. Ett område som många team som deltar i genombrottsprojekten handlar om att se över tvångsåtgärder som bältesläggningar. De flesta är överens om att denna typ av åtgärd är i vissa lägen den enda utvägen i en viss situation. Därför är det självklart att personal som arbetar med detta har den professionella kompetens som krävs. En del av detta är att använda sig av metoder som är för situationen den absolut bästa för patienten. I författningen står det så här: «Om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning». I Sverige använder man sig av en metod där patienten läggs i en säng och där spänns fast i midjan i sängen och

armar spänns fast längs sidan utmed kroppen. Benen säras och spänns fast vid sängstolparna. Detta tillvägagångssätt har används länge i Sverige. Många patienter upplever att det känns mycket kränkande att ligga fastspänd på detta viset. Är detta det enda sättet vid fastspänning då? I Norge i Bergen jobbar man på ett annorlunda sätt. Där använder man sig av mobila bälten, enkelt kan man säga att det fungerar som mjuka hand och fotbälten. Eftersom bältet är mobilt måste det inte ske i sängen, patienten kan ligga på sidan. Benen har man inte särad. Det finns stöd för att denna metod är betydligt säkrare och leder till mindre skador för patienten. Ett annat resultat kan bli att patienterna kanske upplever sig mindre kränkta. Om det är så är väl bara det en stor framgång? Socialstyrelsen menar att denna typ av bälten inte kan användas i Sverige. Är det inte dags att man tittar på metoder som finns i andra länder? Som är patientsäkra och som fungerar? Vad hände med skrivningen som står «...eller liknande anordning»?

Det är glädjande att denna tidning är en samproduktion mellan Norge och Sverige. Ha en trevlig läsning!

Ps. glöm inte att skicka in abstract för 2nd Horatio European Festival i Stockholm i september 2012. Läs mer på vår hemsida: psykiiks.se

FAGGRUPPELEDER SVERIGE



LEDER: Kurt Lyngved

Dagen vi skulle vært foruten

Augustdagen ligger tung og mett her ute på Helgelandskysten. Enda en sommer som gikk alt for fort er på hell og fra stedet mitt her ute har mange fine dager passert. Skandinavisk sommer på sitt beste med lyse netter og sol som aldri gikk ned. Men nå er natten begynt å ta dagen tilbake og de mørke timene blir det stadig flere av.

Sommeren 2011 skulle vise seg å bli sommeren som aldri vil glemmes i norsk historie. 22. juli dette året vil bli stående som en merkedag vi så gjerne skulle vært foruten. Terroranslaget mot Regjeringskvartalet i Oslo og mot ungdommene på Utøya rammet Norge brutalt og rått. Denne dagen vil for alltid stå for oss nordmenn som den lange fredagen som aldri så ut til å ta slutt. Oppvåkningen dagen etterpå til den grufulle sannheten om alle de menneskelig som var gått tapt, var en svært vond erkjennelse å ta inn over seg. Verst for de som var direkte involvert gjennom å miste noen av sine. Men en hel nasjon sørget med dem. Vi vil aldri glemme rosetogene og blomsterhavene i dagene som fulgte. Terror i møte med humanismens ansikter og fokus på kjærlighet og samhold gjorde skrikene om hevn totalt fraværende.

I dagene fra 22. juli var mange mennesker involvert i det krisearbeid som følger en slik situasjon. Det er med stor respekt og ydmykhet jeg hilser alle psykiatriske sykepleiere/psykiske helsearbeidere som har deltatt, deltar og vil delta i arbeidet i kjølevannet av denne dypt tragiske hendelsen i vårt lille land. Jeg er sikker på, at med syke-

pleiefagets grunnverdier og med den psykiatriske sykepleie-/psykisk helsekompetansen, vil vi være en sentral og svært viktig del av det sorgarbeid som skal gjøres. Erfaring og kompetanse sikrer kvaliteten på arbeidet.

Siste år har vi i Norge hatt et lovutvalg, Paulsrud-utvalget, som har utredet og vurdert bestemmelser om tvang innen psykisk helsevern. Dette utvalget er et ledd i regjeringens arbeid med å redusere og kvalitetssikre bruk av tvang. Utvalget leverte sin innstilling i juni og forslaget skal ut på høring. Arbeidet har ført til stor debatt i Norge og synliggjør hvor kompleks dette med tvang er og hvor krenkende brukerne opplever dette.

I juni var undertegnede deltaker på en konferanse i Vasa, Finland som var meget spennende. Konferansens tittel var «Vård utan tvång – en utopi? Alternativ till tvång i vård och omsorg.» Deltakerne kom fra alle nordisk land. Mange spennende refleksjoner relatert til ulike perspektiver på tvang innen psykisk helsearbeid og en synliggjøring av vårt fellesnordiske samarbeid knyttet til temaet. En av deltakerne på konferansen uttrykte det slik "tvang er vold og vold er redsel". Redselen er en allmennmenneskelig erfaring som alle har et forhold til. Ved å sette seg inn i den andres ståsted kan vi sammen bidra til å redusere tvangsbruk innenfor det psykiske helsearbeidet.

Trygghet og fravær av det å være redd er grunnbetingelser for menneskene. Å være i ulike grader av livskriser gjør mennesket utrygt og redd. Tvang skal ikke være noe som gjør men-

neskene enda mer utrygge og redde. Basert på tillit skal møtene være og den som møter oss som psykiatriske sykepleiere/psykiske helsearbeidere skal være viss på at vi vil dem vel og at tvang er ikke noe vi ønsker å utøve.

Vi inviterer våre nordiske kollegaer og de med erfaring til en dialog, som bidrar til at tvang inn i fremtiden ikke er det som står i fokus når psykisk helsearbeid diskuteres. Gjennom de likeverdige møtene blir erfaringskunnskap og fagkunnskap likestilt og sammen kan vi utvikle faget psykisk helsearbeid til beste for de som av en eller annen grunn trenger hjelp til å komme videre når selve livet og livsutfoldelsen er rammet.

Mens jeg sitter her og skriver passerer hurtigruten utenfor vinduet mitt som den har gjort det i mer enn hundre år. Det slår meg at er det ikke sånn selve livet er? Vi er alle på reisen «realisering av våre liv» og drømmer og visjoner om egen reise og målet for den har vi i bagasjen. Visjonen må være at vi alle opplever oss på samme reise og med respekt bidrar til å gjøre selve livsreisen til gode erfaringer for alle parter – der erfaring og fag har like stor verdi. Jeg ønsker alle våre medlemmer, våre nordiske kollegaer og alle andre en riktig god høst.

Kurt J. Lyngved

FAGGRUPPELEDER I NORGE

Arbeidsløse sover dårligst

Arbeidsløse har dårligere søvnkvalitet enn folk som har jobb. I hvert fall tyder en engelsk undersøkelse på det. De arbeidsløse hadde mer enn 40 prosent høyere sannsynlighet for å ha problemer med oppstykket/fragmenterad søvn, enn folk som hadde jobb. Men også jobbtrivsel påvirker hvor godt man sover. En tredjedel av de mest misfornøyde arbeidstakerne sov dårlig, mot bare en femtedel av de mest fornøyde.

(Kilde: Forskning.no)



Flere får psykisk hjelp

Omtrent 54 000 barn og unge fikk behandling i psykisk helsevern i Norge i 2010. Tall fra Norsk pasientregister viser en økning fra 2009 på om lag 3,6 prosent. Totalt sett får flere gutter enn jenter behandling, men for aldersgruppen over 15 år er det flere jenter enn gutter. De aller fleste pasientene fikk behandling i poliklinikk.

(Kilde: Helsedirektoratet.no)

SMÅNYTT

Barnevernet hjelper mange

I alt 46 500 barn og unge fikk hjelp av barnevernet i Norge i 2009. Det er 2 300 flere enn året før, og en økning på 5,3 prosent. De aller fleste barn med tiltak, 36 300, tar bare imot hjelpetil-tak, som for eksempel besøkshjem, økonomisk hjelp, barnehage eller skolefritidsordning.

(Kilde: Statistisk sentralbyrå)



Den psykiska ohälsan ökar

Svenska barn under 15 år hör till de bäst gynnade i världen, hälsomässigt sett, och utvecklingen i åldersgruppen har



varit positiv de senaste 20 åren. Bilden är dock en annan om man ser till ungdomar som har fått en markant sämre psykisk hälsa, visar rapporten "Barns och ungas hälsa". Rapporten tar upp de förändringar som har ägt rum den senaste 20-årsperioden när det gäller olika hälsoaspekter för barn och unga. De flesta stora hälsoproblem har blivit mindre vanliga under denna period. Undantaget är psykiska problem som har ökat markant i ungdomsgruppen, framför allt sedan mitten av 1990-talet. Det har andelen ungdomar som behövt sjukhusvård för självskadande beteende och depression ökat. Någon motsvarande ökning har inte påvisats i åldrarna under 15 år. Bland unga män i åldern 16–24 år har även dödligheten ökat Rapporten «Barns och ungas hälsa. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010» kan beställas hos Statens folkhälsoinstitut eller lastes på institutets hemmasida www.fhi.se

(Kilde: Statens folkhälsoinstitut)

Syk av mobbing

Det å bli utsatt for mobbing på arbeidsplassen øker risikoen for å få psykiske plager. Samtidig rapporterer arbeidstagere som har psykiske plager oftere at de blir utsatt for mobbing enn andre. Det viser en studie fra Statens arbeidsmiljøinstitutt i Norge. I studien besvarte 1971 norske arbeidstagere fra 20 virksomheter spørsmål om blant annet mobbing og psykisk helse to ganger med to års mellomrom. De grup-pene som opplevde mobbing, enten ved den første målingen, ved den andre målingen eller ved begge måletidspunktene hadde mer psykiske plager enn de som ikke opplevde mobbing ved noen av måletidspunktene.

(Kilde: Statens arbeidsmiljøinstitutt)

Studenter gir penger

De norsk psykologistudentenes innsamlingsaksjon, PsychAid 2011, støtter UNICEF. Pengene går til UNICEF sitt prosjekt om psykososial støtte til hiv/aids rammede barn i Mosambik. 400 000 barn i Mosambik har mistet mor, far eller begge foreldre på grunn av aids. Disse barna sliter ofte med traumer etter å ha sett foreldrene sine svært syke.

(Kilde: Rådet for psykisk helse)



Fler i USA har psykiske problemer

Det blir vanligere at barn i USA tas til sjukehus for psykiske problemer. Mellan 1996 og 2007 økte psykiatrisk relaterede innlæggninger med 80 prosent blant barn i åldern 5-13 år og 42 prosent blant eldre tenåringer.

– Det vanligste er at det handler om labilt og aggressivt beteende eller overreaksjoner mot mindre provokasjoner som leder til overgrep på familjemedlemmer eller jevnåriga, sade Joseph Blader vid Stony Brook State University.

(Kilde: Arbetarbladet)

Tekst Mikael Nilsson og Johan Alvik Foto Colourbox

Satsning mot cannabis

Statens folkhälsoinstitut i Sverige har fått uppdrag av regeringen att genomföra en satsning mot cannabis under åren 2011-2014.

Förutom tillgänglighets- och efterfrågebegränsande insatser ingår även att genomföra en kommunikationsinsats som primärt vänder sig till åldersgruppen 16-18 år där fokus är ungdomar som inte har testat narkotika. Sekundär målgrupp är föräldrar till ungdomar i denna åldersgrupp.

De strategiska budskapen utgår från medicinska, rättsliga och sociala argument och syftar till att stärka ungdomars attityd till en drogfri tillvaro. Statens folkhälsoinstitut ska till Socialdepartementet senast den 15 september redovisa en plan för hur myndigheten avser att genomföra uppdraget 2011-14.

I den befolkningsundersökning som Folkhälsoinstitutet genomförde 2010 («Hälsa på lika villkor») uppgav 18 procent av männen och 10,4 procent av kvinnorna i åldersgruppen 16-64 år att de använt cannabis någon gång i livet.

(Kilde: Statens folkhälsoinstitut)



Vårdsmiljön viktig för personalens mående

När patienter i psykiatrisk slutenvård har många och meningsfulla aktiviteter mår också sjuksköterskor och skötare bra. Hanna Tuvevesson har i sitt avhandlingsarbete studerat vård- och arbetsmiljön i psykiatrisk slutenvård.

Det handlar om att tydlighet på avdelningen kan minska personalens stress – och kanske även patienternas – säger sjuksköterskan och forskaren Hanna Tuvevesson.

Hon har undersökt vad som påverkar personalens arbetssituation i psykiatrisk slutenvård. Vårdpersonalen, sjuksköterskor och skötare, vid tolv allmänpsykiatriska vårdavdelningar har svarat på sex enkäter om vård- och arbetsmiljön vid deras respektive arbetsplatser.

Hennes slutsats är att en viktig aspekt när arbetsmiljön för vårdpersonalen ska förbättras kan vara att fokusera på vårdmiljön. Har patienterna många aktiviteter på sitt schema kan stressen minska även för vårdpersonalen som då mår bra.

(Källa: Vårdfokus)

Vold mot menn

Reform - ressursenter for menn, har på oppdrag fra det norske Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet utarbeidet et informasjonskriv om menn utsatt for vold i nære relasjoner. Skrivet tar opp fakta og myter om voldsutsatte menn. Brosjyren kan lastes ned på reform.no.

Patrull ska förhindra självmord

En gemensam patrull med poliser och akutupsyksköterska ska förhindra självmord. Den 8 juni rullade projektet i gång, då en civilpolisbil med uniformerad personal och en akutsköterska från St Görans psykakut i Stockholm gjorde sitt första pass. Patrullen är Sverigeunik och är en del i det myndighetsövergripande projektet SPIS – suicid prevention i Stockholm.

Att rycka ut till självmordsbenägna personer kommer att vara patrullens enda uppgift. Varje dygn får polisen i Stockholms län in i genomsnitt åtta akuta larm om självmordsförsök.

(Källa: Svenska Dagbladet)



Tjener på å pendle

Bedre lønn og arbeidsforhold, gjør at svenske Lena Granlund Hansson reiser over grensen hver dag for å jobbe. Tekst Johan Alvik Foto Privat

Sykepleier Lena Hansson Granlund har jobbet i Norge de tre siste årene. Hver arbeidsdag setter hun seg i bilen hjemme i Tøcksfors i Sverige og kjører de fire milene til Distriktspsykiatrisk senter Edwin Ruuds i Indre Østfold. Hun jobber i ambulant akutteam, som innebærer varierte oppgaver med ulik arbeidsbelastning fra dag til dag. Lena Hansson Granlund synes det er bedre å jobbe som sykepleier i Norge enn i hjemlandet. En viktig årsak er lønnen.

Bedre lønn

– Jeg tjener betydelig bedre i Norge enn i Sverige, men det er ikke den eneste grunnen til at jeg jobber her, sier Granlund.

Hun forteller at arbeidstiden er kortere og at hun opplever at det i Norge er mer ressurser i helsesektoren. Hun har jobbet som sykepleier i Sverige i flere år.

– De siste årene før jeg fikk jobb i Norge arbeidet jeg i kommunepsykiatrien i Årjäng, sier hun.

– Hva er de største forskjellene på å jobbe i Norge og Sverige?

BEDRE LØNN:

Sykepleier Lena Granlund Hansson tjener mer i Norge enn hun ville ha gjort i Sverige.

SVENSKER Pendlere

- Norsk Sykepleierforbund har 80 medlemmer som i likhet med Lena Granlund Hansson bor i Sverige og jobber i Norge.

– Den store forskjellen i den kommunale helsetjenesten, er at det er betydelig større budsjett og mer personale på den norske siden av grensen. Det er mer ressurser i form av for eksempel flere sengeplasser i spesialisthelsetjenesten, og at vi i Norge har den viktige DPS-organisasjonen, som ikke finnes i Sverige. Norges satsing på ambulant akutteam er også viktig og spennende, sier Granlund.

Distriktspsykiatriske sentre (DPS) er en del av tilbudet innen psykisk helsevern for voksne i Norge. DPS i Østfold tilbyr blant annet terapi i poliklinikk, innleggelse ved døgnhet og krisehåndtering via akutteam. Ambulant akutteam, hvor Lena Hansson Granlund arbeider, drar ut til pasientene. Deres oppgave er å forebygge utvikling av alvorlig psykisk

krise, hindre unødige innleggelse i sykehus, gi råd og veiledning i akutte psykiske

Lena Hansson Granlund

Alder: 48 år

Tittel: Psykiatrisk sykepleier

Sivil status: Gift

Bosted: Tøcksfors i Sverige.

Utdannelse: Sykepleier med spesialisering i psykiatri.

Arbeidserfaring: Har arbeidet 27 år innen psykiatri, eldreomsorg, hjemmesykepleie og på flyktningmottak.

Arbeidssted: Distriktspsykiatrisk senter Edwin Ruuds i Indre Østfold, ambulant akutteam. Det er ett av fire DPS i divisjon for psykisk helsevern i Sykehuset Østfold.

krisesituasjoner. I Østfold disponerer teamet beredskaps plasser med mulighet for overnatting i inntil tre døgn.

Blir forstått

Lena Hansson Granlund opplever sjelden at språket er et problem i møte med pasientene.

– Folk i området der jeg jobber er vant med det svenske språket, fordi de bor så nær grensen til Sverige. Jeg forsøker å skrive rent svensk i rapportene, men jeg merker at norske ord blander seg inn. Jeg har jobbet noen år i Norge, og språket mitt er ikke upåvirket av det, sier hun.

– Noe som er bedre med å jobbe i Sverige?

– Nei, jeg kan dessverre ikke si det.

– Hvor ser du deg selv om ti år?

– Da håper jeg at jeg fortsatt jobber i Norge. ■



Fann kärleken i Sverige

– Jag flyttade till Sverige för att min käresta är svenska och samtidigt så var jag nyfiken på hur psykiatrin ser ut i Sverige, säger Jan Egil Brennodden.

Text Mikael Nilsson Foto Privat

Det är välkänt för alla att i Norge så tjänar en sjuksköterska mycket mer än i Sverige. Många åker därför dit och arbetar i perioder. Men det finns också en liten ström åt det andra hållet. Om svenskarna lockas till Norge för pengarnas skull så är det kärleken som får norrmännen att flytta till Sverige.

På avd. 23 i Varberg så har vi nu två unga norska psykiatrisjuksköterskor som har kommit hit av samma grundskäl. En svensk partner. Vi har intervjuat Jan Egil Brennodden om hur han ser på att arbeta som psykiatrisjuksköterska i Sverige.

– Jag flyttade till Sverige för att min käresta är svenska och samtidigt så var jag nyfiken på hur psykiatrin ser ut i Sverige. Först var jag i Falköping och sedan nästan två år tillbaks så arbetar jag i Varberg på den psykiatriska kliniken där. I Norge så bodde jag i Trondheim, säger Jan Egil Brennodden.

Största skillnaden

Brennodden tror att den största skillnaden är resursmässig. I Norge lägger man mycket mer pengar på psykiatrin än vad man gör i Sverige, säger han. Man kan exempelvis se det på antalet heldygnsvårdspplatser som finns i respektive land.



INNVANDRARE: Den norska sjuksköterskan Jan Egil Brennodden arbetar i Varberg.

– Det är nog också lättare att rekrytera nya sjuksköterskor till Norge än till Sverige, säger Brennodden.

Han blev intresserad av psykiatri då en person som står honom mycket nära drabbades av en psykiatrisk sjukdom.

– Jag önskade att använda mina erfarenheter och kunskaper för att hjälpa andra i samma situation. Dessutom så är psykiatrin ett spännande arbetsområde där det inte finns något facit på om hur man skall göra, säger Brennodden.

– Inom psykiatrin som helhet finns det mycket att göra. Man bör bygga ut både öppen och heldygnsvården och stärka bemanningen, säger han.

Skall byta arbete

Inom en snar framtid skall Jan Egil Brennodden börja ett annat arbete inom psykiatrin.

– Jag skall byta från heldygnsvården, från en psykosavdelning till ett

Jan Egil Brennodden

Alder: 29 år

Tittel: Sjuksköterska

Sivil status: Sambo

Bosted: Falkenberg

Utdannelse: Sjuksköterskeutbildning i Trondheim

Arbetserfaring: Drygt två år som sjuksköterska i Falköping och i Varberg. Samt på en klinik i Trondheim under utbildningen

Arbetssted: Är mitt emellan två jobb. Skall snart sluta på kliniken i Varberg och börja inom öppenvårdspsykiatrin i Falkenberg.

arbete som psykiatrisjuksköterska inom öppenvården i Falkenberg. Jag får ett spännande jobb i min egen hemstad och kommer att jobba dagtid, säger han.

– Vidare så får man i Region Halland gå sin psykiatridareutbildning på betald arbetstid. Man läser på halvfart under två år. Jag hoppas kunna gå den i framtiden men har just nu valt att vänta då lilla Agnes har högsta prioritet, säger Brennodden. ■

Psykiatriska vården i Brasilien har humaniserats

I utkanten av Rio ligger det gamla mentalsjukhuset Colonia. Det är ett modernt sjukhus, men allt är inte som hemma. Tekst och foto Mikael Nilsson

Colonia byggdes för 86 år sedan. Då var det rena landsbygden runt omkring. Nu har Rio de Janeiro växt och den gigantiska staden som med förorterna har 12 miljoner invånare har växt ihop med Colonia.

De flesta förknippar Rio med karneval, strandlivet, kristusstatyn och så klart sockertoppen. Men Rio har fler saker att erbjuda än bara dessa. Själva staden ligger vackert med höga berg med grönskande regnskog runt omkring. Man kan som besökare också uppleva mycket andra spännande saker. Jag valde att göra studiebesök på ett av de psykiatriska sjukhus som finns Rioområdet. Jag fick kontakt med våra psykiatrisjuksköterske kollegor via mina portugisalande medresenärer. Dom mailade och sa att jag ville träffa de för att samspråka med om deras arbete och de förutsättningar som finns och att jämföra med hur vi har det i Norden. Samt att göra studiebesök och titta på det praktiska arbetet under en dag.

Då jag skall åka till Colonia finner jag att det inte är så lätt att

åka kollektivt och i denna enorma stad så är jag dessutom rädd för att inte hitta till rätt ställe så jag tar en taxi.

Som västerlänning får man dessutom vara försiktig då kriminaliteten är hög.

På vägen dit så går taxibilens GPS sönder och vi kommer fel och in i en Favela. Jag märker hur nervös chauffören blir med tanke på den höga kriminaliteten där. Han ber mig inte visa min kamera då vi kör igenom stadsdelen. Men vi hittar fram så småningom genom att fråga oss fram. Alla känner till det gamla mentalsjukhuset.

Varmt välkommen

Jag blir varmt välkommen av vår kollega Paulo Antônio. Han kan tyvärr inte engelska men det kan hans fru, Fabiola som också arbetar på Colonia. Hon är psykolog och talar utmärkt engelska, vilket även psykiatrikern José Roberto Coutinho gör. Dessa tre blir mina guider och de berättar om sin verksamhet och så småningom visar dom mig också runt på sjukhusområdet. Man berättar att man numera

säger Colônia Juliano Moreira som är det historiska namnet på sjukhuset. Det officiella namnet är sedan 1996 är Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira.

Jag får under dagen träffa flera kollegor till oss och jag känner och förstår att engagemanget för patientgruppen är stort. Det är en god atmosfär och stämningen känns varm och öppen.

Dom berättar för mig att en stor del av personalen är ättlingar till den ursprungliga bemanningen som var anställd där för närmare 90 år sedan. Att arbeta med psykiskt sjuka har gått i arv. Likaså så bor en stor del av dom anställda i närheten i personalbostäder och det är inte ovanligt att man, som paret som visar runt mig, är tillsammans med någon som också jobbar där.

Lång utbildning

Att utbilda sig till sjuksköterska i Brasilien kräver 5 år på högskola och därefter så är deras vidareutbildning för att bli psykiatrisk specialistsjuksköterska ytterligare två år. Så kunskapsnivån är hög vilket också jag får bekräftat under mitt samtal med sjuksköterskorna.





TRE ANSTÄLLDA: Till vänster står Paulo Antônio de Oliveira Filho som är sjuksköterska, i mitten hans fru Fabiola som arbetar som psykolog och Sabrina Mara Rodrigues är också verksam som sjuksköterska på Colonia.

Även sjukhusdirektören är sjuksköterska berättar man. Liksom här i Sverige så är det en förhållandevis stor del manlig personal inom psykiatrin jämfört med andra områden. Ca 30 % är män.

Lönen för en sjuksköterska i Brasilien varierar kraftigt beroende på vem som är huvudman och hur länge man varit anställd. Systemet är i mina ögon mycket invecklat och det kan vara flera olika huvudmän på samma arbetsplats. Men det handlar om ca 8000 sek till 15000 sek. Något mindre då i norska kronor. Det är ingen hög lön men det går att leva på den med en rätt så normal standard Lönutvecklingen är progressiv, som den var här förr och sin topplön när man strax innan man går i pension.

Psykiatrireform

Idag är Colonia en modern verksamhet och mycket har hänt inom psykiatrin sedan Brasilien fick folkstyre i slutet på 80-talet. I takt med att landet blev fritt från militärdiktaturen så skede också en psykiatrireform.

Den psykiatriska vården har humaniserats och man behandlar folk för deras sjukdomar inte för deras åsikter.

Brasilien är numera en demokrati sedan slutet på 80-talet. 1989 fick man fritt välja en president igen efter många år av militärdiktatur. Demokratin utvecklades på 90 och 00-talet till att bli mer stark och solid. Vilket också utvecklingen inom the psykiatriska området gjort. Utvecklingen till demokrati har gått hand i hand med utvecklingen inom det psykiatriska

verksamhetsområdet med reformer och ett synsätt som mer bygger på humanistiska grunder.

På 60-talet var dom psykiatriska klinikerna överfulla, Colonia hade exempelvis 7000 patienter då. (jmf med dagens 400). Samtidigt startade en våg av privata psykiatriska sjukhus att byggas upp. Ägarna hade oftast en tät och nära relation med regeringsmakten och mycket pengar betalades ut från staten till de privata vårdgivarna. Dom tjänade mycket pengar på att tränga in så många som möjligt på sina kliniker. Vinstintresset var större än att ge bra vård.

Början på 70-talet var en svår period för Brasilien. Man kallar epoken för the Plumb Years. Friheter begränsades, förföljelser av oliktankande, summariska avrättningar som av regeringen

förklarades som självmord eller bara att folk försvunnit. Ledare för oppositionen fängslades godtyckligt. Vem som helst kunde bli arresterad för någon orsak som man inte kände till. Och utan att ha möjligheten att meddela sig med omvärlden.

I slutet på 70-talet började regimen lätta upp sin hårdföra stil och då började också en rörelse för en mer humanistisk psykiatrisk vård. Man vågade då öppet börja arbeta för en bättre vård och rättigheter för patienterna och bättre arbetsvillkor för de själva som jobbade där.

På 80-talet bildades CAPS (Center of psychosocial assistance). En ny modell som inte bara var fokuserad på intagning på något stort sjukhus utan mer jobbade för en återanpassning av patienten i samhället och som även involverade familjemedlemmarna.

CAPS modellen fortsatte att växa över hela landet och finns nu även långt ute på landsbygden som exempelvis Amazonas och andra avlägsna territorium.

Psykiatrikern José Roberto Coutinho

«Svårt att klara omställningen till andra boendalternativ».

säger att det 1000:e CAPS bildades i början på 00-talet.

Hans intention är att de måste fortsätta att jobba hårt för att minska institutionaliseringen och mer arbeta för en återanpassning till samhället. Han vill då han blir pensionär kunna lämna över till den nya generationen en bättre och mer utvecklad psykiatri än vad han själv fick ta emot då han började som psykiatriker under dom svåra åren.

Flera avdelningar

Det finns flera avdelningar på Colonias sjukhusområdet som fungerar som ett slags mellanboende. Hela sjukhusom-

rådet består av små hus där det vårdas mellan 14 till 25 patienter i varje. Ett tjugotal sådana hus finns. Mellan husen växer det träd och det buskar. Miljön är lugn och avslappnad och man får en känsla av att befinna sig i naturen snarare än att ha en gigantisk storstad i närheten.

Det finns också två akutavdelningar, en för män och en för kvinnor som vårdas där under en kortare tid innan de skrivs hem eller kommer till någon avdelning.

Colonia slutade att ta nya patienter redan 1982, med undantag för akuta ärenden. Detta innebär att de patienter som numera vårdas här blir äldre och äldre.

Meningen är att de som insjuknar nu skall vårdas på andra modernare sjukhus och att vårdtiderna skall vara så korta som möjligt för att undvika hospitalisering. Och att återanpassningen till samhället skall börja omgående.

I Sverige så stängde vi de stora mentalsjukhusen.

Här låter man de som bott länge på institutionen och är invanda vid denna

miljö, att bli kvar. Stanna i denna vårdform då de blir inlagda. Man ansåg att de skulle ha svårt att klara omställningen till andra boendalternativ.

Vi vet ju hur det gick för många i Sverige då vi stängde våra sjukhus där många bott i decennier. Hemlösheten ökade och många för väldigt illa och hade svårt att klara sig i samhället.

Försörjning ifrån samhället

Idag vårdar man drygt 400 patienter på Colonia. Medelåldern stiger hela tiden och med detta förklarar man också den låga hot och vålds statistiken. Det är nästan obefintligt med utåtagerande patienter. Endast på akutavdelningarna

■ BRASILIEN

- Det femte största landet i världen både vad gäller befolkning och yta.
- Brasilien kan beskrivas som ett land av kontraster. Delar av landet har inslag som kan jämföras med världens mest avancerade och sofistikerade industriländer, medan andra delar har en social struktur som är typiska för fattiga jordbrukssamhällen i utvecklingsländer.
- Rio de Janeiro har mer än 6 500 000 invånare, i storstadsregionen mer än 11 000 000 invånare.

Kilde: Store norske leksikon

kan det ibland vara lite stökigt.

De flesta med omfattande och långvarig psykisk sjukdom har försörjning ifrån samhället.

För att stimulera att man klarar sig själv och inte skall behöva komma inom heldygnsvården så får de drabbade personerna 1000 reals i månaden, vilket motsvarar ca 4000 svenska kronor och ca 3600 norska kronor. Vilket går att leva på, om än inget påkostat liv.

Om man däremot behöver heldygnsvård på en klinik under den månaden så reduceras beloppet till 240 reals och om man inte behöver så mycket hjälp utan klarar sig på en mellanvårdsavdelning så får man 500 reals per månad. Det kan också ses som en slags vårdavgift men tanken var att stimulera den som är sjuk och de anhöriga att förhindra sjukvårdkontakt inom heldygnsvården.

Knarkligor

Ett stort problem, berättar man för mig är alla psykosutbrottet som drabbar, oftast unga män, och som är utlösta av narkotiska droger. Oftast crack. Crack är ett slags kokain som röks och det är en relativt billig drog och förekommer frekvent i exempelvis i favelorna, som är ett slags kåkstäder som omger Rio och framför allt finns på slutningarna. Favelorna lever sitt eget liv och samhällets insyn är begränsad. Ofta



MEDICINER: Sjuksköterska Márcia da Silva i medicinrummet.

så styrs de av illegala grupper, oftast knarkligor.

Dessa ärenden är angelägna att behandla snabbt och därför så kommer de till Colonias akutenhet, men avsikten är att slussa dom vidare efter den akuta behandlingen, men här uppstår ofta ett problem

De unga männen har snabbt blivit beroende av crack och för att försörja sitt missbruk så har man skaffat sig skulder till knarkligan. Ofta finansierar man sitt missbruk med kriminell verksamhet och blir också på så sätt knuten till de illegala ligorna.

Många får ett psykosutbrott av cracket och blir intagna på Colonia och

kan således inte betala sina skulder. Dom tvingas fortsätta att stjäla efteråt för att komma ikapp ekonomiskt och dom kommer på så sätt in i en ond cirkel.

Psykiatripersonalen försöker hjälpa de att bli av med sitt missbruk och att komma på fötter igen. Knarkligornas dom över den som inte betalar är hård och obehaglig berättar man.

Att komma tillbaka till samma favela där man tidigare bott och har sina nära går inte med skulder till ligan, de bli skjutna direkt om inte skulden kunnat regleras. Som varnande exempel för andra ungdomar på väg in i ligornas våld.

Så en stor del av det sociala arbetet blir att finna någon annan stans för

de här unga männen att bo på. Kanske någon släkting i en annan stad.

Man berättar om en av dessa pojkar som bara för någon vecka sedan hade åkt en buss ner till Rio tillsammans med en personal och på bussen hoppar efter några hållplatser några män med anknäring till knarkligan.

Dessa känner strax igen killen som står i ekonomisk skuld till dom. Men det hela utlöppte väl, den här gången, då killen tillsammans med personalen hann gå ut ur bussen innan de andra hann ta sig igenom hela den fulla bussen. Dom sprang snabbt ut och gömde sig i folkvimlet och hotet var avhängt för denna gången.

Man ser en klar och tydlig koppling mellan crack och psykosjukdom, som blir permanent.

En del drabbas redan efter att använt drogen endast ett fåtal gånger.

Mycket är igenkännande

Vi går igenom avdelningarna och många av patienterna är självklart nyfikna på mig som studiebesökare. Det är mycket ovanligt att någon från Europa besöker Colonia.

Man fråga mig också om hur vi arbetar och hjälper de som är drabbade av psykisk ohälsa.

Mycket är igenkännande både vad det gäller personalen och patienterna och mitt intryck är att det finns en

ner man väl till, men har inte råd att använda de.

Vi går runt på de olika avdelningarna och jag konstaterar att sekretessreglerna skiljer sig kraftigt från vårt sätt att arbeta. Man berättar om de olika patienterna vi möter om deras levnadsöde och sjukdomshistoria. En kvinna kommer fram till mig och ber att personalen skall översätta till engelska vad hon vill förmedla till mig, vilket man också gör. Kvinnan är tvångsintagen och anser att detta är fel och hon vill bli utsläppt genast och försöker få mitt stöd i detta. Att döma av vårt korta samtal så finner jag att man gjort rätt som vårdade henne mot hennes egen vilja.

och att hon hade en svensk man som hon väntade på. Sjuksköterskorna och läkarna kunde inte förstå vad denna tanke kom ifrån. Enligt de så hade hon inte eller hade haft någon koppling till Sverige alls.

Hon hade för något år sedan satt sig på flyget till Stockholm i tron att hon skulle kunna svenska vid ankomsten. Inte långt efter det att hon kommit fram till Sverige kontaktades Colonia från Karolinska i Stockholm. Hon hade blivit intagen där då hon betet sig egendomligt. Hon blev också tillbakaskickad rätt så omgående med en skyhög räkning från svensk sjukvård som man på Colonia inte ansåg sig ha någon möjlighet att kunna betala.

Och så kommer jag där, en svensk man, med svenska fotbollslandslaget gula matchtröja på mig!

«Man använder en del av våra nyare läkemedel där patentet gått ut.»

stor värme och engagemang hos personalen.

Man använder en del av våra nyare läkemedel där patentet gått ut och det finns billigare generika. De andra dyrare antipsykotiska läkemedlen kän-

ner en annan kvinna som också är tvångs intagen vill man däremot att jag inte skall träffa.

Förklaringen var att denna psykotiska kvinna i sin vanföreställningsvärld ofta pratade om att hon var från Sverige

Tack till Colonia för all hjälp och information:

José Roberto Silva Coutinho, obrigado pela sua gentileza, hospitalidade e informações concedidas durante a minha visita à Colônia. O ambiente é agradável e eu desejo que seus objetivos sejam alcançados, mesmo que haja dificuldade a ser vencida. ■



STORSTAD: Rio de Janeiro har mer än 6 500 000 invånare. Staden har många vackra stränder, men är också känd för sin slum, så kallad favela. Foto: Colourbox.

First Announcement



Dear Colleague, It is a great pleasure to invite you to the

Horatio: 2nd European Festival of Psychiatric Nursing – in Stockholm 2012.

The Conference will be held in Stockholm, the beautiful capital of Sweden! Be sure to mark **September 20-23, 2012** in your calendar.

Join with people from across the world interested in exploring, expanding and building upon the spectrum of what is known about mental health and mental illness; prevention, intervention and research. The intention of this conference is to generate inclusive dialogue and stimulate new conversations on all aspects of mental illness.

The official congress page with further instructions: www.psykriks.se

*We look forward to offering you our personal
welcome to Stockholm in September 2012.*

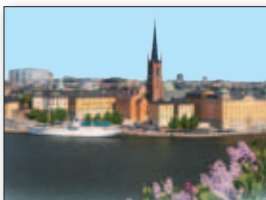
Very warm regards.

Richard Brodd

Chair of the organizing committee

Ingela Skärsäter

Chair of the scientific committee



Stay in touch with us through
the Conference website at
www.psykriks.se

Familjen i väntrum

Sjuksköterskors uppfattningar av familjens delaktighet inom akutpsykiatrisk vård.

Foto: Privat



Av Marjut Blomqvist
Marjut Blomqvist är sjuksköterska (MSc) vid Psykiatri i Halland.

ett allmänt resultat av de senaste årens studier visar att många sjuksköterskor har positiva attityder till att göra patientens familj delaktig i vården. De har en viktig och unik roll i att ge stöd och stärka familjen i det akuta skedet. Flera studier visar att möten och vårdplanering med familjer borde innehålla ömsesidigt informationsutbyte, vägledning och stöd, men att det finns olika hinder inom den akuta vården, till exempel korta vårdtider, eller personalens skiftarbete. Detta kan hindra familjens delaktighet och familjefokuserad omvårdnad.

Kan sakna stöd

Det finns studieresultat som visar att familjen kan känna utanförskap och sakna stöd i den psykiatriska vården. Flera studier visar hur viktigt det är att möta barnens behov av mer information och stöd från vuxenpsykiatri. Barn vars mamma eller pappa har en psykisk sjukdom har enligt hälso- och sjukvårdslagen rätt att få information, råd och stöd från personal inom vuxenpsykiatri.

■ Svensk studie

- I juni 2011 publicerades en artikel i International Journal of Mental Health Nursing nr 3, med titeln «Family in the waiting room»: A Swedish study of nurses' conceptions of family participation in acute psychiatric inpatient settings av Marjut Blomqvist, sjuksköterska (MSc) vid Psykiatri i Halland, och Kristina Ziegert, universitetslektor (RNT, PhD) på Högskolan i Halmstad.

Vår studie

Syftet med vår studie var att beskriva hur sjuksköterskor uppfattar familjens delaktighet vid en akutpsykiatrisk avdelning. För att få en bred variation av uppfattningar intervjuade vi 18 sjuksköterskor i sydvästra Sverige, åtta kvinnor och tio män i åldrarna 28–60 år, med erfarenhet av att arbeta inom akutpsykiatri och som hade olika lång yrkeserfarenhet, allt från två till 33 år. En fenomenografisk ansats användes som analysmetod.

Tre huvudpunkter

Hur uppfattar sjuksköterskor familjens delaktighet?

Vi hittade tre olika huvudpunkter för hur sjuksköterskor uppfattade familjens delaktighet inom akutpsykiatri:

- Familjens delaktighet som en del av omvårdnadsprocessen.
- Hinder i familjens delaktighet.
- Sjuksköterskors resurser.

Många av dem tänkte att begreppet «familj» kunde ses på många olika sätt i och med förändringar i samhället. Flera sjuksköterskor tyckte att patienten själv borde ha möjlighet att definiera sin familj. De beskrev familjen som ett stöd och hjälp i omvårdnadsarbetet och de värdesatte patientens familj som informationskälla. De olika akuta omvårdnadsåtgärder med familjen som sjuksköterskorna beskrev handlade bland annat om att avdramatisera en eventuellt dramatisk inläggning, de försökte hitta en tid att sätta sig ner med familjen för att lyssna på familjens erfarenheter

eller i centrum?



STÖD: Familjen kan vara ett stöd och hjälp i omvårdnadsarbetet. Foto: Colourbox.

och upplevelser. På en akutavdelning skedde detta oftast oplanerat när familjen var på besök.

Enligt många sjuksköterskor fick familjerna stöd, tröst och information. Vissa menade att familjen borde vara delaktig i vårdplanering redan från början av vårdtiden. Några beskrev hur de kunde

rekommendera familjemedlemmar att själva vila och koppla av när patienten låg inne, ta semester eller ägna mer tid åt barnen om de hade blivit åsidosatta i den akuta situationen.

Alla ansåg dock inte att familjens delaktighet har någon stor betydelse i ett akut läge av psykisk



sjukdom, utan ansåg i stället att sjuksköterskorna borde vänta tills den akuta fasen är över eller att familjen vid behov borde få stöd i öppenvården. Inga av de intervjuade sjuksköterskorna beskrev akuta omvårdnadsåtgärder eller möte med patienternas minderåriga barn trots att de flesta av dem uppfattade och beskrev hur familjer oftast är i kris och hur krisen påverkar hela familjen.

Hinder för deltagande

De intervjuade beskrev flera saker som kunde hindra familjens delaktighet, som traditioner eller en individualistisk syn som har funnits inom psykiatrin. De beskrev även hur psykiatrisk omvårdnad har förändrats genom åren för att nu vara mer familjefokuserad. Vissa sjuksköterskor ansåg dock att det inte finns någon anledning att involvera familjen i det akuta skedet, när fokus just på en akutavdelning fortfarande ligger på individen – inte på familjen.

Det kunde också ses som hinder att vårdtiderna är korta och att omvårdnadsarbetet på avdelningarna inte är organiserat och strukturerat så att det gynnar familjens delaktighet. Flera av de intervjuade beskrev hur familjens delaktighet är beroende av sjuksköterskors eget intresse och motivation. Det saknas tydlig struktur i det akuta omvårdnadsarbetet som gjorde att sjuksköterskan hade svårt att avgöra vad som är tillräckligt och vad som förväntas av dem i arbetet med familjer.

Flera deltagare reflekterade över sin egen bristande kompetens eller avsaknad av yrkesmässig autonomi och vissa beskrev mötet med familjer som en påfrestande del av arbetet som krävde mod. Många sjuksköterskor beskrev hur de balanserade mellan tystnadsplikt, patientens autonomi och att involvera familjen. De reflekterade öppet om faktorer som kunde föra familjens delaktighet framåt,

som ökad egen teoretisk kunskap och kompetens. Vidare ansåg de att egen yrkeserfarenhet gjorde mötet med familjer lättare att få till och blev modigare i att möta familjer i akuta situationer. Många av sjuksköterskorna tyckte det var till stor hjälp att få «coaching» från engagerade arbetskamrater med familjefokuserad inställning, möjligheter för reflektioner och lärande på arbetet.

Studiens slutsatser

Denna studie visade sjuksköterskornas varierade syn och uppfattningar av familjens delaktighet på akutpsykiatriska avdelningar. Uppenbart är att familjens delaktighet är mer beroende av enstaka sjuksköterskors insikt och intresse än att den baseras på ett strukturerat omvårdnadsarbete eller policy inom kliniker.

«Resultatet är överraskande.»

Resultatet är överraskande. Trots all kunskap om hur familjen blir påverkad av akut psykisk sjukdom och hur svag familjens delaktighet är i den kliniska vardagen kan vi alltså fortfarande se hur familjen kan bli lämnad i väntrummet. Kunskap om de hinder och främjande faktorer som sjuksköterskor här har satt ord på, kan användas för att utveckla akut psykiatrisk omvårdnad mer aktivt och systematiskt för att öka familjens delaktighet och göra mötet mellan familjer och sjuksköterskor möjligt. Detta borde inte bara vara en utmaning för enskilda sjuksköterskor utan för hela ledningen för omvårdnadsarbetet i klinisk verksamhet. ■

För vidare kontakt:

Marjut.Blomqvist@regionhalland.se

Referanser

- 1) Benzein, E., Johansson, P., Franzén Årestedt, K. & Saveman, B.-I. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care. A survey of Swedish nurses. *Journal of Family Nursing*, 14, 162-180.
- 2) Ewertzon, M., Lüzén, K., Svensson, E. & Andershed, B. (2010). Family members' involvement in psychiatric care: Experiences of the healthcare professionals' approach and feeling of alienation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 422-432.
- 3) Gavois, H., Paulsson, G. & Fridlund, B. (2006). Mental health professional support in families with a member suffering from severe mental illness: A grounded theory model. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20, 102-109.
- 4) Hedman Ahlström, B., Skärsäter, I. & Danielson, E. (2007). Major depression in a family: What happens and how to manage – a case study. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 691-706.
- 5) Knutsson-Medin, L., Edlund, B. & Ramklint, M. (2007). Experiences in a group of grow-up children of mentally ill parents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14-744-752.
- 6) Nordby, K., Kjongsberg, K. & Hummelvoll, J.K. (2010). Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: In need of support to become resource persons in treatment and recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 304-311.
- 7) Stjernsward, S. & Östman, M. (2008). Whose life am I living? Relatives living in the shadow of depression. *International Journal of Social Psychiatry*, 54, 358-369.
- 8) Wilkinson, C. & McAndrew, S. (2008). "I'm not an outsider, I'm his mother!" A phenomenological enquiry into carer experiences of exclusion from acute psychiatric settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 392-401.

Nya traineesjuksköt

Under våren så har psykiatrin i norra Halland anställt fem traineesjuksköterskor. Detta är andra gången som detta sker. Resultatet var mycket bra förra gången då fyra av dom fem sjuksköterskorna stannade kvar i vår verksamhet.

Tekst och foto Mikael Nilsson

Kriteriet för att söka var att man inte får ha gått ur sin sjuksköterske utbildning längre tid tillbaka än en termin. Detta är inte att heller se som en fortsättning på sjuksköterskeutbildningen. Dom är legitimerade och förväntas att ta det ansvar som krävs av en sjuksköterska. Dock alltid i samråd med en mer erfaren kollega. Skälet till att vi gjort detta är att vi

har tänkt sig något annat än just psykiatrin. Intresset för vårt område brukar födas då man kommer i kontakt med området på sin eventuella praktikplats. Alla gör dock inte någon sådan under sin utbildning och över lag så får psykiatrin och omvårdnadsarbetet inom disciplinen ett alltför litet utrymme i utbildningarna. Detta är mycket beklagligt då vi representerar ett stort område och dessu-

Ofta så rekryterar också dom olika öppenvårdsmottagningarna sjuksköterskor som tidigare har arbetat inom heldygnsvården och där skaffat sig adekvat erfarenhet och utbildning för att ta steget ut öppenvården.

Traineesjuksköterskorna förbinder sig också att arbeta på dom olika avdelningarna under sommaren och ersätta ordinarie personal under deras semester. Så under fyra och en halv månad går dom runt på olika psykiatrienheter och under två och en halv månad arbetar man med som semestervikarie.

Projektet pågår mellan februari till och med augusti ut 2011.

Grundtanken har varit att dom fem sjuksköterskorna skulle under projektets gång skulle gått utöver ordinarie personal och endast vid ett fåtal tillfällen ersatta andra sjuksköterskor vid deras bortavaro.

Tyvärr så har tillfällena då dom gått som ordinarie personal varit betydligt fler än vad som var tanken. Kliniken har haft en extrem tung belastning med en situation där flera överbeläggningar snarare varit regel än undantag. Ordinarie sjuksköterskor har fått arbeta både hårt och mycket och då har traineesjuksköterskorna i stället för att gå bredvid fått hoppa in och ersätta. Hur har då dessa fem nyutbildande

«Kliniken har haft en extrem tung belastning.»

behöver trygga vår försörjning av sjuksköterskor i framtiden. På så här sätt så får vi motiverade personer som verkligen vill arbeta inom psykiatriområdet. Dom får också en bred i sin kunskap då dom under traineetiden varit på flera olika arbetsplatser och lärt sig hur arbetet som psykiatrisjuksköterska, både inom öppenvården och inom heldygnsvården, där man också får gå på avdelningar med olika inriktningar som psykosvård, rättspsykiatri, allmänpsykiatri och på PIVA.

Erfarenheten säger att dom flesta som börjar sin sjuksköterskeutbildning

tom så kommer alla sjuksköterskor oavsett var man arbetar att träffa på många personer som tillsammans med andra sjukdomar har en sviktande psykisk hälsa. Dom patienterna finns överallt.

På psykiatriska kliniken i Varberg så har det varit och pågår en generationsväxling. Dom som går i pension ersätts av i regel nyutbildade kollegor. Som saknar både erfarenhet och utbildning men som förhoppningsvis har ett stort intresse för att arbeta inom området. Dessutom så har kliniken expanderat för ett par år sedan och anställt fler sjuksköterskor på nya tjänster.

erskor i Halland



TRAINNESJUKSKÖTERS KORNA: Från vänster Anna Östberg, Andrea Jovanovic, Helena Rahmn, Sara Duerlund och Maria Lissbrant

sjuksköterskor hittills upplevt det att arbeta inom psykiatriområdet.

Vi ställer några frågor till dom fem.

1. Hur har du haft det den här tiden som psykiatrisjuksköterska jämfört med dom förväntningarna du hade innan?
2. Hur kommer sig att du valde detta området då du var färdig sjuksköterska?
3. Vad tänker du dig efter traineetidens slut?

Så här svarar Sara Duerholm:

«Tiden som traineesköterska har varit bra. Intressant att få se olika delar av verksamhet, i synnerhet då jag är nyutexaminerad sköterska och inte har någon erfarenhet av psykiatri. Innan traineetjänstens start så förväntade jag mig att få en inblick



i psykiatri och få en uppfattning om vad även ÖV gör. Förnekar inte att en rädsla över att inte få vara «riktig» sjuksköterska fanns. Detta ändrades ganska snabbt då behovet av personal varit mycket stort. I ÖV kände jag mig ofta som en student, tyvärr.

Nu i slutet av traineeperioden så har nog alla kollegor kunskap om vad en traineesjuksköterska är, upplevde en del gånger under perioden en ovisshet av vad jag var för något.



Illustrationsfoto: Colourbox

Under sista terminen i sjuksköterskeutbildningen gjorde jag tre veckors praktik på PIVA och det var där intresset började. Hade inga tankar att jobba inom psykiatri innan jag började utbildningen eller fram tills sista terminen. En traineetjänst lockade då det ger en nyutexaminerad sjuksköterska möjligheten att vara just ny.

Nu när traineetjänsten tar slut så börjar jag min tillsvidareanställning på PIVA. Där tänker jag arbeta tills jag tröttnar men skulle gärna i framtiden vilja ha vidareutbildningen inom psykiatri.»

Anna Östberg svarar så här:

«Trainee programmet har motsvarat mina förväntningar väl. Det är precis så roligt och utvecklande som jag tänkt mig. Jag har utvecklat både i min yrkesroll och som person. Tycker det känns som en stor fördel att ha sett både slutenvården och öppenvården, dels för att få ökad förståelse för kollegor och patienterna men också för egen del för att veta vilken vårdform man trivs inom.



Det är på tok för lite psykiatri inom grundutbildningen som den är idag, vilket gjorde att jag som sjuksköterska inte kände mig redo att arbeta självständigt inom psykiatri, men intresset för psykiatri fanns där. Så därför tog jag chansen när Trainee programmet kom, en utmärkt chans att skaffa sig erfarenhet och bli säker i sin roll som sjuksköterska även inom psykiatri.

Det är på tok för lite psykiatri inom grundutbildningen som den är idag, vilket gjorde att jag som sjuksköterska inte kände mig redo att arbeta självständigt inom psykiatri, men intresset för psykiatri fanns där. Så därför tog jag chansen när Trainee programmet kom, en utmärkt chans att skaffa sig erfarenhet och bli säker i sin roll som sjuksköterska även inom psykiatri.

Jag har fått ett vikariat på avd 21, rättspsykiatrisk avdelningen i 1 år, och efter detta kan jag absolut tänka mig att min fortsatta karriär som sjuksköterska kommer att vara inom psykiatri på ett eller annat sätt.»

Maria Lissbrant uttrycker sig så här:

«Tiden har varit givande vad gäller ny kunskap som inte erbjuds i grundutbildningen. Genom att få kortare perioder på psykiatrins olika avdelningar har förståelsen för vårdkedjan ökat. Idag har jag större förståelse för patienten vad gäller, hemliv, då vissa bor på diverse boenden samt följa och förstå patientens väg genom akutvård, till slutenvård och kontakten med psykiatrins öppenvård.



Hur kommer sig att du valde detta området då du var färdig sjuksköterska? Genom placering på avd 23, psykosavdelningen ökade intresset för arbete inom psykiatri.

Jag ser idag en framtid inom psykiatri med förhoppning att med tiden kunna genomföra vidareutbildningen till psykiatrisjuksköterska.»

Helena Rahmn svarar på följande sätt:

«Jag har haft det riktigt bra! Jag kan inte säga vad jag hade för förväntningar mer än att jag tänkte att jag skulle få mycket stöd av mina kollegor som nyfärdig sjuksköterska och det har jag verkligen fått. Arbetet såg ut så som jag trodde och som den bild jag fick när jag gjorde



min verksamhetsförlagda utbildning under tiden jag läste till sjuksköterska.

Jag har alltid haft ett intresse av psykiatri och började läsa till sjuksköterska för att få jobba inom psykiatri. Vet inte riktigt varför men jag har alltid tyckt att sjukdomarna är intressanta och hade planer när jag var yngre att läsa till psykolog.

Jag vill fortsätta arbeta inom psykiatri och även läsa vidareutbildningen så fort som möjligt.

Och slutligen Andrea Jovanovic:

«I och med att jag aldrig jobbat inom psykiatri innan så hade jag inte speciellt mycket förväntningar utan bara ett stort intresse för ämnet. I min sjuksköterskeutbildning ingick ingen psykiatriplacering alls.



Direkt när jag började jobba som psykiatrisjuksköterska kände jag att jag hade hamnat rätt. Det som är det bästa med jobbet är att man ibland med endast några stödjande ord kan få en patient att må bättre, i alla fall under en stund. Den känslan är ovärderlig.

– Psykiatri har alltid varit ett stort intresse för mig och att jobba med detta var ett mål när jag började läsa till sjuksköterska.

– Jag ska fortsätta jobba som vikarie på avdelning 22, allmänpsykiatrisk avdelningen på psykiatriska kliniken i Varberg.

Även från arbetsgivar håll är man nöjd med traineeprojektet och planerar att även under 2012 köra det med samma koncept. ■



SKRIVER OM SJUKDOMEN:
Mödrar med psykos skriver på internet.

Mödrar berättar om psykos på nätet

De överväldigas av rädsla och klarar inte att ta hand om barnet. Nyblivna mödrars berättelser på nätet har nu blivit en doktorsavhandling.

Tekst Mikael Nilsson Foto Colourbox

Inger Engqvist är både barnmorska och psykiatrisk sjuksköterska. I sitt avhandlingsarbete har hon följt nyblivna mödrars egna berättelser om sina upplevelser under psykosen på internationella chatsidor på internet.

Kvinnorna har suttit hemma i sin egen miljö och berättat om sina mycket svåra upplevelser.

– Det som har berört särskilt är den känsla av rädsla och skräck som de beskriver och som man verkligen kan känna, säger Inger Engqvist till Vårdfokus.

Kvinnorna beskriver att de är kontrollerade av något de inte kan se, det kan vara kameror, mikrofoner eller något annat som bevakar dem. De är



självupptagna och känner sig likgiltiga inför sina barn; den psykotiska upplevelsen intresserar dem mer. Från personalens sida hade de önskat större förståelse; de tycker sig ha fått dålig vård och hade behövt mer tid med personalen. ■

Källa: Vårdfokus.

Hvor var kriseteamet da vi trengte det?

Vi skulle gjerne hatt hjelp av et kriseteam da vår sønn omkom i en trafikkulykke. Det fikk vi ikke, men kanskje kan mine tanker rundt hvordan et kriseteam kunne ha hjulpet oss, være til inspirasjon og nytte. Av Susanne Adserballe Foto Privat

Det var juli måned og sommeren var god. Jeg var på jobb da jeg fikk beskjed om å ringe min bror. Det hadde vært en ulykke like utenfor Farsund der Sondre min sønn var involvert. Adrenalinene kokte. Jeg glemmer aldri møtet med min datter Silje da jeg kom hjem. Hun satt sammenkrøpet i sofaen og gråt. Hun hadde hørt at Sondre hadde brukket nakken og ryggen. Flere ganger hadde hun ringt politiet uten å få noen opplysninger. **Kanskje allerede her ville kriseteamet hatt sin funksjon?**

Jeg holdt rundt datteren min samtidig som jeg prøvde å finne ut hvilket sykehus Sondre var på. Noen sa han var i

få nummeret til sykehuset. **Praktisk hjelp her av kriseteamet ville hjulpet.**

Sondre var ikke på Stavanger sykehus heller. Til slutt fikk vi bekreftet at han var på Kristiansand sykehus. Vi ble bedt om å komme dit så fort vi kunne. «Det ser håpløst ut,» sa legen.

Vi kom til sykehuset og ble bedt om å sitte på venteværelset. En sykepleier satt hos oss. Det gikk som legen antok. Livet var ikke til å redde.

Sondre ble nesten 17 år. Dødsårsaken var indre blødninger, nakkebrudd, ryggbrudd og hodeskader. Og begge pulsårene revet av ved bekkenet. Han ble stelt og vi fikk komme inn til han. Å se sitt

«Kriseteamet sviktet de nærmeste pårørende».

Bergen. Hvordan skulle jeg komme meg dit? Jeg ringte Bergen sykehus. Sondre var ikke der. Jeg ba om telefonnummer til Stavanger sykehus hvor andre skadde var sendt. Ingen hjelp å få, så jeg ringte opplysningen for å

barn ligge i en sykeseng, kald og hvit men likevel så nydelig, er en sterk opplevelse.

Vi fikk eiendelene i en hvit søppelsekk og reiste hjem og møtte resten av familien som var samlet hos mine foreldre. **Kommunikasjon mellom**

■ SUSANNE ADSERBALLE

- Hun er 52 år, og flyttet fra Norge til Island i 2006, for «å starte livet på nytt». Susanne Adserballe jobber i et aluminiumsverk, og guider på fritiden nordmenn som besøker Island.

sykehuset og kriseteamet ville i vårt tilfelle vært godt.

For å komme hjem måtte vi passere ulykkesstedet. Det var vanskelig, men ikke til å unngå. Et hav av lys og blomster og mange av byens ungdommer var der. De gråt og for mange var det vanskelig å se oss komme. **Her kunne det vært godt med en fra kriseteamet.**

Ingen fra kriseteamet tok kontakt med Sondres pårørende. Det ble arrangert minnestund der vi ved en tilfeldighet ble informert én time før minnegudstjenesten. **Jeg vil anbefale kriseteam å ta kontakt med foreldre ved eventuell minnesamling.**

Dagen etter kom familier og venner. Vi visste lite om hva som hadde skjedd, ingen prest, politi eller kriseteam hadde

MISTET SIN SØNN:

Susanne Adserballe håper at hennes erfaringer kan være til nytte for andre.



tatt kontakt etter første døgn. En venn av familien ringte og ba noen om å ta kontakt.

Foreldre hadde mistet sitt barn, søster sin eneste bror, besteforeldre sitt barnebarn, tanter sin nevø, fetter og kusiner sitt søskenbarn, venner sin venn. Alle hadde det vanskelig på hver sin måte. **Her er en stor oppgave for kriseteamet.** Noen hadde opplevd ulykken på nært hold, en far som kjørte hjem fra hytta forbi ulykkestedet. Kaos var kanskje rette ordet der alle hadde sin dramatiske opplevelse.

Kriseteamet sviktet de nærmeste pårørende, de det virkelig gjaldt. Jeg tror at kriseteamet fungerte godt blant ungdommen. Flott at venner og ungdommer fikk hjelp. Familien var i sjokk, venner hadde sine foreldre og andre å støtte seg til, vi var alle i sjokk.

To uker gikk og Silje skulle på skolen for ikke å miste sin studierett. Jeg vet ikke hvor lenge et kriseteam skal fungere, men her ville det vært **en idé med et støtteapparat rundt skole** eller andre organisasjoner.

Ekteskapet fungerte heller dårlig og jeg flyttet til hytten hvor jeg fant min ro. Mange var bekymret for meg og mange snakket om meg og ikke med meg. Jeg har hørt i ettertid at det så ut som jeg greide meg så godt. I slike tilfeller skal man ikke forutsette, man skal vite. **Hva om kriseteamet hadde tatt kontakt?** Man vet i ettertid at mange ekteskap blir satt på prøve i slike kriser.

Da høsten kom og rettsaken skulle opp valgte jeg å følge den. **Kanskje en fra kriseteamet kunne ha vært med?**

Vanskelig å komme tilbake på jobb. **Hva med kriseteam og arbeidsplass?**

Dette er min opplevelse av kriseteam. Jeg ønsker å formidle dette, ikke for å være negativ men bare for å vise fakta og kanskje noen lærer noe. Når alt kommer til alt kan ingen hjelpe deg gjennom sjokket, sorgen og savnet. Bjørn Eidsvaag sier: Jeg kan ikke gråte for deg, men jeg kan gråte med deg.

Aldri har jeg vært sterkere enn nå og aldri har jeg hatt det så godt som nå. Gjennom krisen har jeg vokst, funnet kjærlighet til livet.

Mine tanker i forhold til Utöya: Her er så mange familier involvert. Jeg tror det er viktig at hver enkelt familie føler det er dem det gjelder, deres barn – noe jeg tror kan være utfordringen. ■

De sørgendes land

Sørgende er ikke syke, de er i eksil.



Foto: Privat

■ **Av Henning Herrestad**

Herrestad er Dr. philos, gestaltterapeut og filosofisk praktiker. Han arbeider som koordinator for sorgtjenesten i Fransiskushjelpen, spesialrådgiver i selvmordsforebygging ved RVTS Øst og førsteamanuensis ved Institutt for forskning innen psykisk helse og rus ved Høgskolen i Buskerud.

Dagens Medisin melder den 29. april 2010 «Sorg kan bli en diagnose». Diagnosen «forlenget sorg» er antagelig på vei inn i neste versjon av diagnosemanualene – DSM-V og ICD-11. Tanken er at sorgen hos noen fører til en psykisk lidelse. Samtidig er det sannsynlig at sykdom er i ferd med å bli den mest utbredte metafor for sorg. Derfra er det et kort skritt til at man tenker at sorg er en type sykdom. Jeg stiller spørsmål ved om dette er en god utvikling. Jeg vil argumentere for at det kan være like fruktbart å tenke på sorg som en form for eksiltilværelse. Sørgende er ufrivillige utvandret til «De sørgendes land».

Innledning

Min bakgrunn for å mene noe om sorg etter dødsfall er mitt arbeid som koordinator for sorgtjenesten i stiftelsen Fransiskushjelpen. Det siste året har jeg hatt samtale med bortimot 150 mennesker i sorg i alderen 18 til 92. De fleste har deretter deltatt i en av Fransiskushjelpens 22 sorggrupper. Jeg har ledet én av disse sorggruppene - for etterlatte ved selvmord i alderen 20-45 - i snart tre år, og har der møtt sørgende over tid. For å gi et bilde av hvordan mange opplever sorgen etter dødsfall vil jeg beskrive en tenkt samtale med «Ingrid».

Ingrid har bedt om en samtale fordi hun nylig har mistet sin ektefelle. Ingrid og jeg setter oss på Fransiskushjelpens samtalerom – et lite rom med en sofa, en stol og et bord i mellom med et tent kubbelys. Ingrid forteller at hennes mann gjennom tyve år brått er død. De fikk ikke snakket om hva han ønsket eller tenkte, de fikk ikke tatt farvel, hun mistet ham. Det som skjedde den siste dagen

står spikret foran henne som et traumatisk minne som dukker opp for henne hver gang hun lukker øynene. Hun klarer ikke slappe av, for kroppen er i alarmberedskap. Hun sovner ikke om kvelden uten en innsovningstablett, og hun våkner grytidlig av et mareritt som stadig gjentar seg. Ingrid tenker på sin mann nesten hele tiden. Hun kjenner ingen glede ved ting lenger, for savnet overskygger alt som tidligere gav glede. Hun er ukonsentrert, glemmer ting, klarer ikke å gjøre jobben sin slik som før. Hun forteller at den første tiden etter dødsfallet var det så travelt med henvendelser og begravelsen og papirer som måtte ordnes at hun ikke kjente så mye på savnet. Hun var i en slags sjokktilstand; hun kunne egentlig ikke tro det var sant at han ikke levde lenger. En dag så hun navnet hans på kontaktlisten på mobiltelefonen og innså at han aldri kom til å ringe igjen. Da ble hun grepet av et slikt savn at det klemte som et hjerteattakk i brystet, tårene flommet og hun brøt sammen i gråt. Etter dette har slike anfall av sorg kommet oftere, ofte helt uventet ved et plutselig minne om ham. Hun er redd hun vil bryte helt sammen. Legen har gitt henne sykmelding, og hun aner ikke når hun vil være tilbake i jobb. Nå har hun funnet at hun må søke hjelp, for selv om hun snakker mye med sin mor og sin nærmeste venninne, blir det bare verre. Hun er redd hun ikke vil klare å være en god mor for sine to tenåringsbarn lenger.

Sorg som sykdom

Situasjonen for mange etterlatte etter dødsfall ligner på Ingrids situasjon. Men det er stor variasjon i hvor krisepreget sorgen er. Med krise forstår jeg en situasjon man ikke mestrer ut fra tidligere kunnskap og erfaring. Mange lever videre mens de er i sorg uten store endringer i sitt daglige liv, mens andre blir helt satt ut og opplever å være i en krise slik som Ingrid. I en slik krise er det en del som frykter for at de skal bryte helt sammen, og frykten kan gi angstsymptomer. Andre kan få sterke dødsønsker. Søvnvanskene gjør dem utmattet.





Når legen får besøk av en pasient som Ingrid, må legen stille en diagnose for å kunne iverksette tiltak eller kunne skrive en sykmelding. Diagnosene må stilles ut fra Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer versjon 10 (ICD-10). Den nærmeste diagnosen å gripe til er diagnosen «tilpasningsforstyrrelser».

ICD-10 sier generelt om kategorien tilpasningsforstyrrelser: «Lidelsene i denne delen kan derfor betraktes som mistilpassede (maladaptive) reaksjoner på alvorlig eller vedvarende belastning. Lidelsene hemmer vellykkede mestringsmekanismer, og medfører derfor problemer med å fungere sosialt.» Om den spesielle diagnosen «tilpasningsforstyrrelser» sier ICD-10: «Tilstander med subjektivt ubehag og følelsesmessig forstyrrelse som vanligvis hemmer sosial funksjon eller ytelse, og som oppstår i en periode med tilpasning til en vesentlig forandring i tilværelsen eller en belastende livshendelse... Symptomene varierer og omfatter depresjon, angst eller bekymring (eller en blanding av disse), følelse av å mangle mestringssevne og evne til å planlegge fremover eller til å fortsette i nåværende situasjon, så vel som en større eller mindre grad av vansker med å utføre daglige rutiner. Atferdsforstyrrelser kan være et ledsagende fenomen, særlig hos ungdommer. Det dominerende symptomet kan være kortvarig eller

langvarig depressiv reaksjon, eller forstyrrelse av andre følelser og atferd.» Sorgreaksjoner er eksplisitt inkludert under tilpasningsforstyrrelser.

Depresjon er her nevnt som symptom på tilpasningsforstyrrelse. Ingrid kan ha både tilpasningsforstyrrelser og depresjon. ICD-10 beskriver en depressiv episode slik: «Ved typisk milde, moderate eller alvorlige depressive episoder lider pasienten av senket stemningsleie (nedstemthet), redusert energi og aktivitetsnivå. Evnen til å glede seg, føle interesse

IEKSIL: Sorgende befinner seg i «et nytt land», og mange av sorgens symptomer kan forstås som erfaringer av å være i eksil. Foto: Colourbox.

«Det er normalt å ha sterke reaksjoner på sorgen i inntil to år.»

og konsentrasjon er nedsatt, og en uttalt tretthet og tretthet er vanlig selv etter den minste anstrengelse. Vanligvis blir søvnen forstyrret og appetitten redusert. Selvfølelsen og selvtilliten er nesten alltid svekket, og selv i den milde formen er forestillinger om skyld og verdiløshet ofte til stede. Det senkede stemningsleiet forandrer seg lite fra dag til dag, varierer ikke med omstendighetene og kan ledsages av såkalte «somatiske» (melankoliforme) symptomer, som tap av interesse og lystfølelser, oppvåkning om morgenen flere timer tidligere enn vanlig, depresjon som er tyngst om morgenen, uttalt psykomotorisk

retardasjon, uro, appetittløshet, vekttap og tap av seksualdrift. Avhengig av symptomenes antall og alvorlighetsgrad, kan en depressiv episode spesifiseres som mild, moderat eller alvorlig.» Moderat depresjon: «Fire eller flere av symptomene nevnt ovenfor er vanligvis til stede, og det er sannsynlig at pasienten har store problemer med å fortsette med ordinære aktiviteter.» (Kilde: finnkode.KITH.no)

Det er ikke vanskelig å se at begge disse diagnosene kan passe på Ingrid. Er det da slik at tapet av ektemannen har utløst en tilpasningsforstyrrelse eller en depressiv episode hos Ingrid? I den amerikanske diagnosemanualen DSM-IV er det et forbehold om at man ikke må stille diagnosen

«Sorg er ingen bakterieinfeksjon som kan behandles effektivt.»

depresjon om det ennå ikke er gått to måneder siden dødsfallet. Det er den siste rest av forbehold om at mennesker kan være triste fordi de har lidt et stort tap. I boken «The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder» (Horowitz og Wakefield, 2007), tar forfatterne et oppgjør med at diagnosemanualene gjør det meste av normal sorg over forståelige tap som dødsfall, skilsmisse, tap av arbeid eller tap av livsutsikter, om til depresjon fordi man bare har dette forbeholdet om at etter dødsfall er slike symptomer en normal reaksjon på sorg i to måneder. Horowitz og Wakefield argumenterer for at også andre tap bør inn som forbehold, deres meningsmotstandere for at forbeholdet om sorg skal strykes i neste versjon av DSM.

Sett fra legens side, er det ikke vanskelig å forstå at vedkommende ikke ønsker forbehold om hva som er normal sorg, for legen vil gjerne hjelpe mennesker som kommer med så stort symptomtrykk som Ingrid. Det er åpenbart at Ingrid har vanskelig for å skjytte sitt arbeide. Hennes reaksjoner som minner om symptomer på angst og depresjon, er helt reelle. Det er vanskelig for legen å skulle si «Dessverre, jeg kan ikke gjøre noe, for dette er en normal reaksjon på sorg.» Når symptomtrykket er stort, er det derfor fristende å tenke at sorgen har utløst en psykisk lidelse, og at det gir grunnlag for å gi pasienten positive rettigheter som rett til sykmelding og behandling som kan gi symptomlindring. Ulempen er at legen da samtidig

sier at det er noe galt inne i deg, at du har en indre forstyrrelse eller sårbarhet som det er behov for å kompensere for eller behandle. Du har en psykisk lidelse.

Horowitz og Wakefield er opptatt av at legens hjelpvillighet derfor har noen ikke-intenderte bivirkninger. At din journal forteller at du har en psykisk lidelse kan i USA forfølge deg senere i forhold til forsikring eller ved en eventuell barnefordelings sak, og det kan utelukke deg som deltager i forsøk med nye behandlingsformer om du får kreft. I Norge kan en slik diagnose få konsekvenser ved tegning av livsforsikringer. At så mange sørgende får diagnosen depressiv episode har bidratt til den enorme økningen i bruk av antidepressive medikamenter, enda det er sannsynlig at symptomene vil gå over av seg selv når den sørgende er kommet gjennom sorgen. Det er med andre ord sannsynlig at det drives mye unødig medikamentell behandling av sorg. Den forskning som har ledet til at norske leger ikke lenger er anbefalt å bruke antidepressive medikamenter som førstevalg ved mild til moderat depresjon, peker også i retning av at mye av denne medikamentbruken har vært uvirksom (Helsedirektoratet, 2009, s. 53).

Opprinnelig var depresjon en diagnose som ble gitt der symptomene ikke hadde noen forståelig ytre årsak. Man tenkte at det var normalt at mennesker reagerer med sorg når de lider et tap som å miste sin aller nærmeste og at sorg gir depressive symptomer. Det var stor forståelse for at personen da trengte ekstra omsorg og støtte, ikke medikamenter og psykoterapeutisk behandling. Det kan virke som man i dag ikke er villige til å gi mennesker ekstra omsorg og støtte med mindre de kan defineres som syke. Det er ikke nok at det har skjedd noe forferdelig, de må også ha en indre svakhet. Der det tidligere var nabokoner som kom inn til husmoren Inger og tok over oppgavene med matlaging og husstell, må man i dag ha sykmelding fra legen for å få kolleger til å overta arbeidsoppgavene. Det behøvdte ikke være slik dersom legen kunne forordne fritak for mennesker i krise uten å måtte gi dem en psykiatrisk diagnose.

Nå har man altså identifisert et eget syndrom av symptomer kalt «forlenget sorg», og man arbeider for å få antatt forlenget sorg som en egen psykisk lidelse i neste versjon av diagnosemanualene (DSM-V og ICD-11) (Prigerson et al., 2009). Prigerson et al. (2009) angir følgende diagnose for forlenget sorg: «Criteria require reactions to a significant loss that involve the experience of





yearning (e.g., physical or emotional suffering as a result of the desired, but unfulfilled, reunion with the deceased) and at least five of the following nine symptoms experienced at least daily or to a disabling degree: feeling emotionally numb, stunned, or that life is meaningless; experiencing mistrust; bitterness over the loss; difficulty accepting the loss; identity confusion; avoidance of the reality of the loss; or difficulty moving on with life. Symptoms must be present at sufficiently high levels at least six months from the death and be associated with functional impairment.» Serios forskning har altså vist at disse symptomene opptrer sammen, og at de ikke indikerer varianter av depresjon, angst eller posttraumatisk stresslidelse. Forlenget sorg er ikke noe som rammer alle sørgende, men et mindretall der sorgen blir kronisk og funksjonshemmende. Man antar at de rammes fordi de har en indre sårbarhet som kanskje har en genetisk komponent, men i hvert fall henger sammen med utviklingstrekk i tidlig barndom som for eksempel vises ved separasjonsangst (Prigerson et al. 2009). Foreløpig finnes det ikke medikamenter mot denne lidelsen, men det er utviklet en egen psykoterapi som er påvist å dempe symptomene (Shear et al., 2005). Det er tenkelig at videre forskning på genetiske og nevrobiologiske trekk ved personer med forlenget sorg vil kunne gi grunnlag for utvikling av medikamenter som kompenserer for disse trekkene. For når man finner ubalanser i hjernens

kjemi, er det nærliggende å utvikle medikamenter som demper ubalansen. En pille som demper sorgen for alle som er i dyp sorg i mer enn seks måneder, er det dit vi vil? Om sorgen kan dempes med en pille, er det jo mye billigere for samfunnet å gi folk piller enn å gi dem terapi, omsorg og støtte.

Forskning på sørgende viser at forløpet i sorgen i stor grad henger sammen med personens psykiske mestringsmønstre før sorgen kom (Bonanno, Boerner, Wortman, 2008). Det er derfor nærliggende å trekke den slutningen at noen personer er sårbare psykisk og at sorgen hos dem kan utløse psykiske lidelser som tilpasningsforstyrrelser, depresjon, angst eller forlenget sorg. Men det er også mulig å forstå alle disse reaksjonene som normale reaksjoner på sorg som dempes i takt med at sorgen blir gjennomlevd. Hvor lang tid det er normalt å sørge er også en sosial konstruksjon. Jeg vil si det er normalt å ha depressive reaksjoner i mer enn to måneder når man sørger over et barn eller en ektefelle som brått er død. Vår erfaring i Fransiskushjelpen tilsier at det er normalt å ha sterke reaksjoner på sorgen i inntil to år etter slike dødsfall. Vi vil ikke kalle det en psykisk lidelse etter seks måneder.

Kanskje er det slik at legen nå en gang har de brillene på at hun eller han ser etter sykdommer eller indre dysfunksjoner som kan dempes eller helst kureres. Legen ser pasienten som et medisinsk problem, mens pasienten kanskje like gjerne kan sies å ha et sosialt problem. Jeg er ikke i mot at man gir

SISTE HVILE: Mange etterlatte synes det er godt å besøke den avdødes grav. Noen føler der nærhet til den som er borte.
Foto: Colourbox.

mennesker som sliter med tung sorg tilbud om en psykoterapi som har vist seg å hjelpe, men jeg er i mot at man reduserer tilbudet om støtte og omsorg til effektive behandlingstilbud. For når vi forstår sorg som en sykdom på linje med en bakterieinfeksjon, så tenker vi også at det pasienten egentlig trenger er en effektiv kur som kan gjøre henne frisk igjen. Men sorg er ingen bakterieinfeksjon som kan behandles effektivt. Selv om det finnes terapi som har vist effekt, betyr det ikke at det kurerer sorgen. Mitt forslag er at vi finner en helt annen metafor for sorgen enn at det er en sykdom inne i kroppen. Jeg vil foreslå som metafor at kroppen er forflyttet til et fremmed land, at mennesker i sorg er i ufrivillig eksil i De sørgendes land.

Sorg som eksiltilværelse

Vi omtaler dødsfall som en måte å bli separert fra den man er glad i, men vi tenker vanligvis at det er den døde som er reist til et fremmed land som ingen vender tilbake fra. Men den som er etterlatt befinner seg på mange måter også i et helt nytt land, og mange av sorgens symptomer kan forstås som erfaringer av å være i eksil. I stedet for å se sorgen som en indre prosess man skal igjennom, kan der være fruktbart å se sorgen som en tilvenning til å leve i et nytt land, en prosess med å bli kjent og vant med en ny tilværelse.



«Om du er i eksil forandres alle dine sosiale relasjoner.»

For noen går det raskt, mens andre stadig lengter tilbake, holder på det gamle, unnviker det smertefulle og ukjente, og bare svært nølende tilpasser seg alt det nye.

Det kontraintuitive ved å tenke at sørgende er i eksil er at de sjelden har forflyttet seg fysisk. Mentalt er deres verden likevel blitt et fremmed sted, en ny verden der alt ligner på før men likevel er annerledes. Ingrid for eksempel kjenner ikke lenger den glede ved ting som hun er vant til. Det er som om hun har mørke solbriller på som visker ut farger og følelser ved ting. Ingrid vil oppleve at situasjoner hun tidligere opplevde som gode nå gir en helt annen opplevelse. Det var før et høydepunkt av kos å sitte sammen med mannen i sofaen med noe godt på bordet og se på tv, men nå er det ingen kos lenger

når hans plass er tom. Det var på hytta hun og han fant sitt paradisi, men nå opplever hun bare savn av å være der. Mange mennesker i sorg unngår helt steder og situasjoner som gjør savnet for tydelig. De går for eksempel slett ikke inn på avdødes soverom. Det bare står der avlukket og urørt. Å skulle rydde i klærne og tingene virker helt uoverkommelig. Noen orker ikke se på bilder av vedkommende, noen orker ikke høre den musikken avdøde likte, noen unngår steder de hadde det hyggelig sammen, for savnet blir for stort. I stedet for å tenke at disse menneskene har en indre svakhet, kan man tenke at de trenger støtte for å klare å møte de situasjonene som er vanskelige for dem.

På den annen side er det også steder Ingrid opplever det som spesielt godt å være. Hun liker å være på mannens gravsted, for der kjenner hun seg nær ham. Andre føler en slik nærhet nettopp på et sted de tilbrakte mye tid sammen, som i stuen hjemme eller på hytta, og det er der de helst vil være, gjerne med et lys tent foran et bilde av avdøde. Andre igjen liker steder som distraherer dem fra savnet. Noen kjører endeløse bilturer, andre bruker mye tid foran tv-skjermen.

Om du er i eksil forandres alle dine sosiale relasjoner. Slik er det også for dem som er etterlatte. Aller tydeligst er dette der det er et vanskelig arveoppgjør. Plutselig er det ikke bare en person man mister kontakten med, men store deler av ens familie. La oss tenke oss at Ingrids mann hadde barn fra et tidligere ekteskap, og at barna hans forlanger skifte. Ingrid opplever dem som grådige, at de tvinger henne til å selge huset og å gi bort innbo hun er glad i. Hun føler seg separert fra dem også, selv om hun har kjent dem som sin egen familie gjennom år. Men også hennes andre relasjoner endrer seg. Hun er mor til to barn, men nå må hun også prøve å være det faren var for dem. Hun føler at en del av hennes vennskap blir fjernere. Det var venner hun og mannen hadde sammen som det ikke lenger føles naturlig å omgås nå som hun er alene. Det er venner hun føler ikke forstår hvordan hun har det, som hun kanskje føler unngår henne, som tar mindre kontakt eller raskt penser samtalen inn på andre ting enn hun er opptatt av når de snakker sammen. De blir fjernere. Eller hun er blitt fjern fra dem, for hun lever i en annen tilværelse enn den de delte før.

På den annen side vil Ingrid oppdage nye mennesker i sitt eksil. Det kan være mennesker hun

har kjent lenge som nå viser seg å være til svært god støtte. Hennes venninne som mistet sin mann i fjor ringer henne ofte, og hun viser seg å forstå henne på en annen måte enn de andre. Venninnen fungerer som kjentmann i De sørgendes land. Dermed blir de mye nærere venner enn tidligere. Det kan dukke opp helt nye mennesker også. Flere som deltar i sorggrupper uttrykker at de opplever å ha fått en ny «familie», for plutselig deler de private tanker og følelser, forteller om smertefulle opplevelser, med fremmede.

Mennesker som havner i eksil vil oppleve at det er en stor belastning med alle de papirer som må ordnes med myndighetene. Det samme gjør mennesker i sorg. Det er månedsvis med skjemaer som skal fylles ut, telefoner, kafkaeske krav fra banker og myndigheter. En advokat er god å ha for å få hjelp til å ordne alt papirarbeidet. Om man ikke har råd til advokat, burde man få en form for fri retts hjelp.

Mennesker som havner i eksil blir skilt fra mange av sine eiendeler. Det samme skjer med sørgende som må kvitte seg med den dodes ting, og spesielt med dem som er tvunget til arveoppgjør. Det kan være en tung prosess å rydde og kvitte seg med ting. Mennesker i eksil må tilpasse seg en ny kultur der matlaging og mange daglige oppgaver gjøres på en annen måte enn hjemme. Sørgende må også ofte lære seg å gjøre mange ting den avdøde pleide å gjøre for dem. Det var alltid han som skiftet dekk på bilen sukker Ingrid.

Mennesker i eksil strever med å holde kontakten med dem de har forlatt og med hele den tilværelsen de har forlatt. Sørgende strever med det samme. De lengter og minnes hvordan livet var før dødsfallet. Mange prøver å holde kontakten med den døde. De kjenner glede ved å tenke på vedkommende og bevare minnene. De kjenner redsel når de ikke lenger husker ansiktstrekkene eller lukten av vedkommende. Derfor må klærne henge urørt så lenge som mulig der i skapet. Mange snakker til den avdøde selv om avdøde ikke snakker tilbake. Det er en enveis telefonlinje. Noen opplever at den døde svarer også, som et nærvær, i drømme, gjennom et medium eller de ser eller kjenner den dodes skikkelse. Mitt inntrykk er at denne kontakten som regel blir svekket over tid. Det er vanskelig å holde jevnlig kontakt med mennesker som lever i en så fjern verden. Den etterlatte er i eksil fra dem.

Livet i De sørgendes land byr på en rekke nye utfordringer når man er nyinnflyttet, for man må



innrette seg på nye måter. Hvordan skal Ingrid feire jul med barna dette året når pappa ikke kan være her slik han pleide? Det er for sårt å gjøre slik som før når hans stol står tom. Han var den som laget julematen. Om hun skal gjøre det, blir det ikke det samme. Hun må finne en ny måte å feire jul på. Hva skal de gjøre i feriene nå som hytta er solgt? Hva skal hun og barna gjøre på pappas fødselsdag? De må bli vant med å leve annerledes nå som de bor i De sørgendes land. Etter ett år er ikke alt nytt lenger. Etter to år begynner de å vende seg til den nye måten å leve på. Etter tre år har de fleste etablert et nytt liv med nye venner og nye tradisjoner. Kommer sørgende noen gang ut av sin eksiltilværelse? Ja, hvor langt kan vi strekke metaforen? Kanskje kan man si at på samme måte som en som bor i et fremmed land over tid blir endret, får nye vaner, verdier og perspektiver, blir også de som bor en tid i de sørgendes land endret. Om tilværelsen nesten

KJENTMANN I SORGLANDSKAPET: For den sørgende kan det være godt å få støtte av en som selv har mistet noen og vet hva sorg er.
Foto: Colourbox.



blir slik som før, er de likevel ikke de samme personene som før.

Hva trenger sørgende egentlig om vi tenker på dem som mennesker i eksil? En effektiv terapi kan nå forstås som et innføringskurs i det nye landets språk og kultur. Det kan gjøre overgangen litt mindre smertefull. Mest av alt trenger både mennesker i eksil og mennesker i sorg å få støtte og omsorg fra andre som skjønner hva de strir med. Mange er så heldige at de har venner eller familie som trer støtende til når de er i Ingrid's situasjon. De får praktisk hjelp, som hjelp til barnepass, og de får emosjonell støtte ved at den andre orker å lytte til hvordan de opplever situasjonen uten å fortelle dem hva de burde gjøre for ikke å ha det slik. For mange er det likevel slik at de enten ikke har så god støtte, eller at de føler de må begrense hvor store vekslers de trekker på venner og familie. For disse er det viktig at de kan finne støtte andre steder, for eksempel hos frivillige organisasjoner. Fransiskushjelpen gir et slikt tilbud for sørgende etter dødsfall i Oslo og omegn.

Om Fransiskushjelpens tilbud

Fransiskushjelpen er en diakonal stiftelse i Oslo som arbeider i Frans av Assisis ånd. Frans av Assisi er en katolsk helgen som på 1200-tallet utfordret sin samtid gjennom å bryte tabuet mot å være i kontakt med spedalske. Han stiftet Fransiskanerordenen som i århundrer har drevet diakonalt arbeid over hele verden. Fransiskushjelpen prøver å følge hans

«Noen har vært i de sørgendes land lenge, og de fungerer som kjentmenn.»

eksempel gjennom profesjonelt og frivillig arbeid overfor mennesker med behov vårt velferdssamfunn ikke har øye for. Hvilke behov dette er har skiftet med årene, og velferdsstaten har påtatt seg mange av behovene som Fransiskushjelpen arbeidet for å dekke tidligere, for eksempel gjennom utbyggingen av barnehager og hjemmehjelptjenester. I dag er Fransiskushjelpen mest kjent for sitt ambulering hospice der våre sykepleiere og hjelpepleiere gjør det mulig for kreftsyke å dø hjemme eller å bo hjemme så lenge som mulig. Denne tjenesten ledet i 1986 til opprettelsen av Sorgtjenesten, i utgangspunktet for å møte udekkede behov for støtte hos familiene til dem som døde av kreft (Ranheim, 2009). Det

ble snart tydelig at det i Oslo, og i mange av kommunene rundt Oslo, var et stort udekket behov for sorgstøtte.

Fransiskushjelpens sorgtjeneste ble startet i en tid der sorggrupper drevet som likemannsarbeid var i vinden. I 1987 begynte man å drive sorggrupper ledet av frivillige som selv hadde erfart sorg på kroppen. I løpet av årene som er gått har vi prøvd mange ulike varianter av slike grupper – åpne, lukkede, likemannsgrupper, forsterkede selvhjelpsgrupper, grupper for menn, grupper for spesielle typer sorg som etter tsunamien. I dag har vi 22 sorggrupper. Gruppene er livssynsnøytrale og gratis for de sørgende. Vi tar i mot alle over 18 år uavhengig av bosted og uten noen henvisning. De som tar kontakt blir først invitert til en inntakssamtale. Vi prøver å fordele sørgende til gruppene så alle finner mest mulig gjenkjennelse i de andre deltagerne. Vi prøver å organisere gruppene slik at alle finner noen på sin egen alder, av sitt eget kjønn og med et lignende tap i sin gruppe. Gruppene er åpne – de går fortløpende og nye tas inn når de kommer så sant det er ledig plass. Alle gruppene har møter i Fransiskushjelpens lokaler, enten på Enerhaugen eller i Storgaten i Oslo, to timer hver tredje uke. Deltagerne får fortsette så lenge de selv ønsker. Det er deltagerne selv som bestemmer hva det snakkes om i gruppene. Vi har ikke et forhåndsbestemt program for hva gruppelederne skal ta opp. Følgende sitat sier mye om hva deltagerne får igjen for å gå i slike sorggrupper: «Det ligger håp i å høre at man kommer seg videre, og det er en lettelse i å fortelle: nå er det flere som vet – og noen som forstår ...» (Ranheim, 2009: s 27-28) Noen har vært i De sørgendes land lenge, og de fungerer som kjentmenn for dem som er nye, og samtidig har de forståelse for det å være ny for de har nylig vært der selv.

Avsluttende kommentarer

Jeg har i denne artikkelen argumentert for at vi bør skifte tankemåte når vi tenker om sorg. Ennå tenker vel de færreste at sorg er en sykdom, men det er en dynamikk i vårt samfunn som gjør at en slik tanke blir mer og mer nærliggende. For det første har vi gjort legen til voktere over hvem som skal få lettelse fra arbeid (sykemelding, sykelønn) og offentlige tilbud om omsorg og støtte, og for å kunne hjelpe må legen finne at den sørgende er syk. For det andre er man i ferd med å gjøre alvorlig sorg utover seks måneder til en psykisk lidelse. Det er en internasjonal industri å drive forskning og utvikling av

effektive behandlingstilbud og medikamenter. Bak dette ligger både økonomiske motiver og en tanke om at vi må endre måten vi møter menneskelige problemer på mot tiltak som har demonstrert en positiv virkning.

Det hviler nå et mistankens lys over alt man har pleid å gjøre – slik som å drive sorggrupper. Kanskje er det bare en myte at det har noe for seg. Kanskje burde man gjort noe annet og mer effektivt. Kanskje er det rett og slett skadelig, akkurat som mat vi før trodde var sunn har vist seg å være usunn. I hvert fall må de som driver sorggrupper være på vakt for at noen blir syke, og da straks prøve å skaffe personen rett medisinsk behandling. For sorggruppelidere blir en slags kloke koner som stoler på sine overleverte kjerringråd som ingen noen gang har vist noen effekt av. Og selv om deres råd kanskje hjelper noen, og ikke nødvendigvis er til skade, må kloke koner innse sin begrensning og overlate dem som er syke til legene. Så lenge vi godtar premisset om at sørgende trenger effektiv behandling er sorggruppelidere tvunget til å spille etter medisinsens pipe; enten å lære seg siste nytt i evidensbasert behandling for sorg eller finne vitenskapelig evidens for at likemannsgrupper er effektiv behandling. Hvis ikke må de leve med dette mistankens lys.

På den annen side kan man altså gjøre opprør mot denne medisinske tenkningen om sorgen. Vi kan gå sammen om å kreve aksept for at den sørgende har et livsproblem som man må ha respekt for. Den sørgende er ikke syk, men fortjener allikevel å få lettelse eller fri fra vanlig arbeid, og å få støtte og omsorg. Skal vi forstå hva sørgende er utsatt for er den beste sammenligningen at den sørgende er sendt i eksil i et fremmed land. Sorggruppelidere behandler ingen med kjerringråd. De er kjentmenn som tar i mot nye og viser dem til rette, og de er likemenn som gjør den sørgende mindre ensom ved å se at andre er i samme situasjon. De andres støtte er ikke å ligne med en effektiv medisin for en bakte-

riinfeksjon, men med å ha fått en ny familie og nye venner. Du spør ikke om et vennskap er en effektiv løsning på dine problemer. Du verdsetter en venn fordi du liker henne og setter pris på at hun vil være sammen med deg. Hvor lenge ens tilværelse i eksil i De sørgendes land er en krisetilstand avhenger av hvor raskt man blir kjent med og vant med den nye tilværelsen. Noen er raske til å tilpasse seg, andre er langsomme, men alle sørgende burde få den støtten og omsorgen de trenger. ■

NY TILVÆRELSE:

I stedet for å se sorgen som en indre prosess man skal igjennom, kan det være fruktbart å se sorgen som en tilvenning til å leve i et nytt land, en prosess med å bli kjent og vant med en ny tilværelse. Foto: Colourbox.



Referanser

- 1) Bonanno GA, Boerner K, Wortman CB (2008). «Trajectories in Grieving». In Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, Stroebe W (2008). Handbook of Bereavement Research and Practice. Washington DC: American Psychological Association, Ch 14: pp 287-308.
- 2) - Helsedirektoratet (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten. Rapport 15-1561.
- 3) - Horowitz AV, Wakefield JC (2007). The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder. Oxford: Oxford University Press.
- 4) - Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, Raphael B, Marwit SJ, Wortman C, Neimeyer RA, Bonanno G, Block SD, Kissane D, Boelen P, Maercker A, Brett T, Litz BT, Johnson JG, First MB, Maciejewski PK (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. PLoS Medicine, vol 6, nr 8, e1000121: 1-12.
- 5) - Ranheim U (2009). Du kommer ikke over det – men du kommer gjennom det: En bok om Sorgtjenesten i Fransiskushjelpen. Tønsberg: Uranus forlag.
- 6) - Shear MK, Frank E, Houck P, Reynolds CF III (2005) Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. JAMA 293: 2601-2659.

Er brukermedvirkning

Selv om brukermedvirkning er en lovfestet rettighet i Norge, har brukerne liten reell makt. Her er fire områder det bør jobbes videre med.



Foto: Jan-Henrik Kulberg

■ **Marit Borg**, professor ved Høgskolen i Buskerud



Foto: Erfaringskompetensarena

■ **Arne Johansen**, rektor ved Høgskolen i Buskerud



Foto: Jan-Henrik Kulberg

■ **Reidun Jonassen**, lærer, Høgskolen i Buskerud



Foto: Jan-Henrik Kulberg

■ **Bengt Karlsson**, professor ved Høgskolen i Buskerud

Vi som skriver denne artikkel arbeider sammen daglig om å utvikle «brukermedvirkning» i psykisk helse feltet. Vi skriver brukermedvirkning i anførselstegn for å vise at vi er høyst usikre på hva vi skal kalle fenomenet og om det er det mest dekkende begrepet. Følgelig vil vi i denne artikkelen forsøke å problematisere og diskutere hva brukermedvirkning kan være. Vi vil diskutere hvordan gode og velmenende politiske føringer for psykisk helse feltet, hvor brukermedvirkning er et sentralt mål, ofte fremstår som både motsetningsfylte og tvetydige. Avslutningsvis i artikkelen vil vi peke på områder som vi tenker er avgjørende for å kunne snakke om reell brukermedvirkning.

Hva kan brukermedvirkning være?

I psykisk helse feltet har brukermedvirkning lenge hatt en sentral og naturlig plass i ulike miljøer og sammenhenger. Brukermedvirkning er ofte et fellesbegrep både for pårørende og brukere. I praksis er det ulike erfaringer fra de to gruppernes side. Kulturrene for medvirkning og samarbeid innen helse- og sosialtjenester er ulike - noen steder har kommet lengre enn andre. Brukermedvirkning er videre et begrep med mange definisjoner og ulike dimensjoner i forhold til makt og innflytelse, fra representasjon til kontroll, fra symbolikk og retorikk til reelle posisjoner. Perspektivene og strategiene knyttet til brukermedvirkning har vært viktige og nødvendige. Likevel møtes og behandles brukermedvirkning ofte som noe særskilt og atskilt – som et eget prosjekt ved siden av «det terapeutisk». Fremdeles befinner brukeres erfaringskunnskap seg nederste på kunnskaps-hierarkiets liste, hvor evidensbasert kunnskap basert på RCT- studier troner på topp og viser seg gjennom nasjonale retningslinjer og kunnskapsbasert praksis. Dette til tross for at evidensbaserte innsatser i konkrete hjelperelasjoner og behandlingssituasjoner er en avveining mellom ulike forskningsresultater,

■ Brukermedvirkning

- Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet i Norge. Tanken bak brukermedvirkning er blant annet at dersom brukeren i større grad kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed styrke brukerens motivasjon. Det vil kunne bidra positivt til brukerens bedringsprosess, og således ha en terapeutisk effekt.
- Brukermedvirkning omfatter både brukere og pårørende.

Kilde: Helsedirektoratet.no

de profesjonelles praksiskunnskap og erfaringer og brukeres kunnskaper og erfaringer (Sacket et al, 2000; Torpor & Denhov, 2008).

I evidensdiskusjoner er det gjerne de beste tilgjengelige forskningsresultat, ofte forstått som randomiserte kontrollerte studier som vektlegges. Sacket et al (2000) definerer evidensbasert kunnskap bestående av tre fundament: 1. De beste tilgjengelige forskningsresultat, 2. Klinisk erfaring og kompetanse og 3. Pasientens ønsker og verdier. Ofte forsvinner verdien av de profesjonelles innsatser så vel som pasienters kunnskaper, ønsker og verdier. Vi er opptatt av at forståelsen av evidensbasert kunnskap må gjeninnskrives slik at alle de tre kildene likestilles. Særlig viktig er erfaringer knyttet til virksomme relasjoner mellom bruker og hjelper (Topor & Denhov, 2008). Her dreier det seg særlig om brukerens erfaringer som personen har med seg inn i møtet med ansatte i helsevesenet.

Brukererfaringer kan lett fremstå som noe allment og selvsagt, især overfor en profesjonsgruppe som har relasjonen, de subjektive erfaringer og individets kontekst i fokus. Det virker jo så enkelt å si at respekt, å lytte og anerkjenne er det viktigste.

ng mulig?



BØR BLI HØRT: Gjensidig kommunikasjon er viktig innen brukermedvirkning. Både bruker og sykepleier har kunnskap og erfaringer som man kan dra nytte av i behandlingen. Foto: Colourbox.

Vi glemmer fort at det er komplekse begreper og praksiser. Kunnskap om psykisk helse og psykiske problemer med utgangspunkt i menneskers hverdagsliv og hverdags erfaringer er helt avgjørende for å forstå hva folk strever med, og for å kunne hjelpe den enkelte. Studier om bedring og mestring (Boevink, 2005; Deegan, 2005; Borg, 2007) bidrar til å utvide og utvikle forståelse og gi inspirasjon til hva klinisk praksis bør vektlegge. Videre blir forståelsen av brukernes livssituasjon og egeninnsats for å håndtere barrierer i det daglige mer eksplisitt. Gjennom vektleggingen av de subjektive erfaringer og aktørperspektivet blir den enkeltes ressurser og ferdigheter tydeligere.

Nasjonale reformer

De senere års reformer rettet mot bedre psykisk helse hos den norske befolkning har hatt viktige og ambisiøse mål med stor vekt på brukermedvirkning. Både Opptappingsplanen for psykisk helse og

den aktuelle Samhandlingsreformen har hatt dette i fokus. Intensjonene er gode og Opptappingsplanen spesielt har gitt viktige bidrag ved sin tydeliggjøring av en grunnleggende radikal snuoperasjon i forhold til hvordan innbyggere med psykiske problemer skal forstås og møtes: «En person med psykiske problemer må ikke bare ses som pasient, men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd. Nødvendige hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og sosiale. Psykiske lidelser berører grunnleggende eksistensielle

«Brukere har liten reell makt.»

spørsmål». I Opptappingsplanens dokumenter var mening og mestring, personenes egne ressurser og kompetanse, sosialt nettverk, og rett til et liv og en hverdag i sitt lokalmiljø helt grunnleggende. Psykisk helsearbeid og koordinert samarbeid mellom ulike helse- og sosialinstanser, skulle være sentrale

områder i arbeidet mot bedre psykisk helse. Nå kommer Samhandlingsreformen, der igjen pasientenes behov for koordinerte og helhetlige tjenester settes i fokus, sammen med bedre oppgavefordeling mellom ulike instanser som er satt til å hjelpe og gode pasientforløp. Pasienter med behov for koordinerte tjenester skal ha rett til en person som kontaktpunkt i tjenestene, sterkere vektlegging av forebygging, en ny framtidig kommunerolle og mer presise økonomiske insentiver.

Hvordan komme videre?

Reformene har bidratt med mye bra og viktig. Slik vi ser det er det fortsatt mye retorikk og lite reell endring i forståelse av mennesker som sliter med psykiske problemer. Særlig spesialister i psykiatri og psykologi sitter fremdeles med definisjonsmakten om hva som er god og dårlig hjelp, og hva som kan defineres som gyldig kunnskap. Brukermedvirkning er fortsatt et honorord, brukere har liten reell makt og det er heller ikke lett å være kritiske brukerorganisasjoner når lønnen og eksistensgrunnlaget kommer fra myndighetene. Vi høgskoleutdannede akademiserer oss og skriver artikler i vitenskapelige tidsskrift så blekket spruter for å bli anerkjente, med fare for at den gode pasient- og brukernære praksiskunnskapen blekner. Hva skal så til for å komme videre?

Vi vil ta for oss fire områder det må jobbes videre med:

Å møte folk som folk. Vi spurte en gang pasienter som skulle utskrives fra en akuttavdeling om erfaringene med dette stedet. En voksen og erfaren pasient likte seg på denne avdelingen og sa: «Her er det godt å være for her møter de folk som folk». Brukere er kvinner og menn som lever i en sosial sammenheng, med sine styrker og svakheter. Akkurat som fagpersonen den enkelte møter. Vi som har påtatt oss og er betalt for å hjelpe andre, må møte personen som strever med ulike livsproblemer, sammen med hans eller hennes nærmeste der det er naturlig. Det å oppleve psykisk problemer er både et personlig og sosialt fenomen. Vi er alle mennesker som lever med vår

psykiske helse som i perioder kan innebære psykisk uhelse. Det er ikke en spesiell gruppe mennesker eller en erfaring som bare noen spesielle kan oppleve. Det å omtale et menneske som

«en schizofren» eller som «psykisk syk» er en reduksjon av den enkelte til en endimensjonal person. Begrepet «psykisk syk» kan være fremmedgjørende og stigmatiserende. Det anerkjenner ikke psykisk lidelse som både en personlig opplevd lidelse og som en fellesmenneskelig erfaring. Lidelsen er både en personlig erfaring og den uttrykker seg sosialt mellom mennesker. Ved insisterende og gjentagende å benevne dette som «psykisk sykdom» definerer vi personen som identisk med sine vansker og manglende livskompetanse. Vår manglende forståelse av det «uforståelige» omtalt som «psykisk sykdom» bidrar til sosial og personlig eksklusjon.

Samarbeidende fagpersoner. Når vi spør folk som har vært brukere av psykisk helsetjenester om hva som er viktig, er det gjerne noen områder som går igjen: bli vist respekt, bli lyttet til og vist interesse, bli trodd på og at man jobber sammen om veien videre. Alle vil bli anerkjent som innbyggere som vet noe om seg selv og livet sitt og om hva som skal til for å komme videre. Hjelperroller og kunnskap får nye muligheter og utfordringer om brukerkunnskap i større grad legges til grunn. Det handler om å ta folks ønsker og valg på alvor. Veien de vandrer, livet og hverdagen består av så mye mer enn symptomer og vansker. Samarbeidende praksiser, gjensidighet og likeverd innebærer å legge ekspertrollen en del til side og forstå at festtaleord som respekt og likeverd handler om endring av den profesjonelle rolle. Det innebærer et videre kunnskapsperspektiv og andre samhandlingsformer. Det er en annen hjelperrolle; mer som medvandrer og mindre som ekspert. Å hjelpe folk med psykisk helseproblemer innebærer å støtte den enkelte i livsprosessen, slik at den enkelte kan leve livet sitt der han/hun ønsker. Hjelp til forhold som arbeid, aktivitet, et trygt hjem, nok penger, venner og familie, er vel så viktig som individuelle samtaler og medisiner. Denne hjelpen må utvikles i en samarbeidsrelasjon der ulike parter, personen selv, pårørende og fagfolk er med på å legge premissene.

Andre mål og resultatvurderinger. Verdier, visjoner og mål i psykisk helsetjenester er gjerne generelle og vanskelige å forholde seg til. Respekt er en vanlig verdi – hvordan avgjøre om respekt kjennetegner en tjeneste uten å spørre brukeren? Kvalitet er et annet mål – hvem definerer kvaliteten innen psykisk helsetjeneste? Trygghet er tredje – hvordan defineres hva som er trygt? Trygghet for hvem? Reformenes gode intensjoner hjelper lite når





EKSPERT PÅ EGET LIV: Alle vil bli anerkjent som innbyggere som vet noe om seg selv og livet sitt og om hva som skal til for å komme videre. Foto: Colourbox.

grunnleggende rammebetingelser ikke følger med. Vi trenger andre former for resultatvurderinger og bevege oss vekk fra ensidig produksjonsrettethet og over til person- og kontekstorienterte. Antall polikliniske er temmelig intetsigende i forhold til mål som respekt og trygghet. En poliklinikk kan ha 100 konsultasjoner en periode – som kan være et strålende resultat for en leder, men det sier intet om en person har fått hjelp til det han/hun trenger, eller er møtt med respekt, og har følt seg trygg. Et tilsynelatende effektivt helsevesen betyr nødvendigvis ikke meningsfull og nyttig hjelp. Det kan rett og slett bare bety at her er man god til å følge byråkratiske prosedyrer.

Helhetlig utvikling. Bedre koordinerte og mer helhetlige tjenester for den og de som skal ha hjelp har i årtier vært et helsepolitisk mål. Da må systemendringer også være helhetlige. Det er meningsløst å endre en del av en organisasjon med ett mål og en retning og samtidig endre en annen del av

det samme system med et annet mål og en annen retning. Et eksempel er innføringen av ambulante akutteam. Intensjonen var her å styrke muligheter for hjemmebehandling og sikre mer humane akuttilbud i folks nærmiljø. Samtidig ble det flere steder etablert spesialiserte og ressurskrevende akuttavdelinger på sykehus. Det blir i slike sammenhenger lett konkurranse om de samme målgrupper og om hvem som representerer den viktigste og riktigste behandlingsstrategi. Et annet eksempel er de ulike spesialiserte team som etableres parallelt ut fra et diagnostisk grunnlag: akutteam, psykoseteam, rehabiliteringsteam, ACT-team, rusteam og oppsøkende team. Dette bidrar til mer tidkrevende forhandlinger om hvem som skal gjøre hva, enn en helhetlig tjeneste for befolkningen. Vi mennesker er ikke enkle å kategorisere og klassifisere, selv om byråkrater og jurister og en del helsepersonell så gjerne vil og tror dette er bra. Tidkrevende uoversiktlige tilbud er kostbare og representerer ikke nødvendigvis kvalitetsforbedring. ■

Referanser

- 1) **Boevink, W.** (2005). From being a disorder to dealing with life: An experiential exploration of the association between trauma and psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (1), 17–19.
- 2) **Borg, M.** (2007). The Nature of Recovery as Lived in Everyday Life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems. Trondheim: NTNU.
- 3) **Deegan, P. E.** (2005). The importance of personal

medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(66), 29–35.

- 4) **Helse- og omsorgsdepartementet** (2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 47, (2008-2009)
- 5) **Sackett, D.L., Strauss, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes R.B.** (2000). Evidence based medicine. How to practice and teach EBM (2nd ed.) London: Churchill Livingstone.

6) **Topor, A. & Denhov, A.** (2008). Evidens – en introduksjon. Stockholm: FoU-enheten. Psykiatriens Södra.

7) **Sosial- og helsedepartement** (1998). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. St prp nr 63 (1997-98).

Artikkelen er en videreutvikling av kronikken «Makt- og kunnskapsposisjoner i forskning» som tidligere har stått på trykk i bladet *Psykisk Helse* nr. 2, 2011, s.39.

Att hjälpa utan att

Det går att utföra svåra arbetsuppgifter, som tvångsvård, utan att kränka, menar psykiatrisjuksköterska Åsa Lidman. Tekst Mikael Nilsson Foto Colourbox och privat

Asa Lidman är psykiatrisjuksköterska och arbetar på Team 618, en psykosöppenvård i Göteborg. Hon talade under rubriken «Att hjälpa utan att kränka» och menar att det går att utföra många av våra svåra arbetsuppgifter, som tex vid tvångsvård, utan att kränka. Det är inte frågan om att utföra den, utan hur vi väljer att göra det.

Är vi för rädda för att riskera att kränka den personliga integriteten? Det är kanske mer kränkande för patienten om vi inte agerar mot dess vilja i ett psykotiskt tillstånd? Exempelvis om någon vägrar att duscha eller inte klarar av att få i sig lämplig föda i en situation som börjar bli ohållbar.

Åsa påpekar att det är väldigt lite psykiatrisk omvårdnad vid sjuksköterskeutbildningen. Det fungerar lite olika beroende på vilken högskola eller universitet man går, men diskussioner av det här slaget är få.

Personer som drabbats av psykossjukdom kan ha tappat hoppet, vilket medför en känsla av meningslöshet, man är rädd och känner sig utanför samhället. Hur kan vi hjälpa dessa personer? En sak som föreläsaren påpekar är att samverkan mellan kommun och landsting är oerhört viktig. Vi måste vara flexibla i våra yrkesroller och kunna ge det där «lite extra» av oss själva, framför allt i situationer som upplevs svåra av patienten.

Våra arbetsdagar är fyllda av administrativa uppgifter och göromål av praktisk karaktär, såsom att sköta avdelningen/mottagningen med mat, tvätt och förråd. Det är viktigt att vi ger varandra tid i arbetet med att väcka hopp hos en patient, vilket är en individuellt anpassad omvårdnadsåtgärd och således kan se oerhört olika ut.

Tre komponenter

Att vårda personer som är annorlunda i sitt agerande är många gånger svårt och kan vara skrämmande.

■ Om RSN

- I Göteborgsregionen och i Halland finns ett Regionalt psykosjuksköterskenätverk, RSN. Motsvarande finns även på flera andra håll i landet. Ett nätverket finns också på nationellt plan med representanter från hela Sverige.
- Målsättningen är att kollegor inom vårt kompetensområde träffas och får möjlighet till fortbildning genom bla annat föreläsningar några gånger per år.
- I Västsverige så har vi under maj månad arrangerat en föreläsningseftermiddag som körs vid två tillfällen. Detta för att psykiatrisjuksköterskor från heldygnsvården då har bättre möjlighet att delta.
- Viktigt är också att de närvarande har möjlighet att träffas och diskutera sin arbetsituation. Arrangemanget är sponsrat av Jansen.

Därför är det viktigt att vi har rätt attityd till dessa personer och att det finns en förståelse för personernas utsatthet och svårigheter i den kultur som finns på arbetsplatsen. Vi präglas också av den bild vi fått med oss under uppväxten av psykisk ohälsa.

Utifrån en socialpsykologisk modell kan vår attityd till andra förklaras utifrån tre komponenter:

1. Den kognitiva komponenten; den faktiska kunskap en person besitter i den aktuella frågan.
2. Den affektiva komponenten; de känslor man hyser mot någon eller något.
3. Handlingskomponenten; hur vi agerar. Handlingskomponenten kan ses som en konsekvens av de två föregående.

Här nämner föreläsaren vikten av att ha utrymme för att ta reda på den kunskap man som personal behöver i mötet med patienten samt även självreflektion för att känna sig trygg i sin värdegrund.



PSYKIATRISJUKSKÖTERSKA: Åsa Lidman arbetar på en psykosöppenvård. Hon menar det går att utföra tvångsvård utan att kränka. Foto: Privat.

kränka

Integritet

Historiskt sett har psykiatrin kränkt många integritet, kanske inte av medvetenhet utan mer för att man då trodde att den tidens vårdande var det bästa för de personer som drabbats av en psykosjukdom. Begreppet integritet är förknippat med stolthet och självkänsla, vår personliga sfär. Vi vill bli fredade inom den personliga sfären, oavsett om vi har någon sjukdom eller inte. Många som har varit sjuka länge har en dålig integritet på grund av att deras personliga sfär blivit kränkt upprepade gånger och är idag till synes oberörda av att idag utsättas för saker som vi andra skulle reagera för. Vi får höra ett exempel på en man som då han skall ha sin injektion drar ner sina byxor direkt då han kommer in i behandlingsrummet, och blottar sig innan någon har hunnit stänga dörren för insyn från andra. Han har tappat kontrollen över sin personliga sfär och det egna självbestämmandet över sin egen kropp. Vi behöver hjälpa en person som denna tillbaka till integriteten och påvisa «Du är värd att skyla dig du också, inte visa upp dig utan kläder i en sådan här situation».

Vi måste rannsaka oss själva och ställa oss frågan. «Kan jag väcka något hopp hos den här patienten?» Om jag inte lyckas så skall jag fråga mig om jag kanske behöver ändra arbetssätt inför den här personen.

Vårdrelationen

Vårdrelationen är det viktigaste redskapet vi har för en lyckad återhämtning. Det finns i litteraturen och de studier som är gjorda, ett entydigt svar att det är den enskilt mest bärande faktorn till ett förbättrat tillstånd. En bra vårdrelation ger ett bra behandlingsresultat. Men den skall också vara bärande och stå pall för situationer då patienten mår sämre och uppvisar frustration, ilska eller sorg. Vi som personal har ett maktövertag, speciellt hos de äldre patienterna, som är vana med att personalen för «vårdens» talan. Förhoppningsvis så har det idag ändrats så vi personal för «patientens» talan. Att vi blir något av patienternas advokater i de lägen där patienten



VÄCKA HOPP: Det är viktigt att vi ger varandra tid i arbetet med att väcka hopp hos en patient.

själv tappat i funktion. Åsa Lidman ställer frågan om hur man gör då någon patient skall ha en tvångsinjektion? Ringer man in annan personal från andra avdelningar som utför åtgärden? Hon menar att man kan göra på olika sätt men att i huvudsak skall ordinarie personal utföra detta, men att man gör det så etiskt som möjligt och följer upp efteråt med patienten. Man skall stå

«Vi skall göra det med patientens bästa för vårt inre».

kvar i sin relation med patienten även i kritiska situationer som den här.

Patienten skall självklart stödjas till att ta sina egna grundade beslut men då han eller hon brister så skall vi som personal våga gripa in och med goda intentioner hjälpa till. Vi skall göra det med patientens bästa för vårt inre. Vi måste våga det och se det som om patienten kränks ännu mer på sikt om man tillåts göra en massa saker i sitt psykotiska tillstånd som får negativa konsekvenser framöver. Föreläsaren gör en jämförelse med om någon bryter ett ben så är det ingen som ifrågasätter att man får ett gips som stödjer den delen hos personen som inte fungerar. På samma sätt kan man se det om en

person med sin «mentala fraktur» inte klarar att sköta sin ADL. Men det är inte självklart att vi gör detta i en motsvarande situation. Vi är rädda för att kränka. Vi måste våga hjälpa utan att kränka. Personen kränks mer om vi inte gör något, inte står på oss och är obekväma i dessa situationer.

Det finns en undersökning som visar att 9 % är den delen som personal på ett gruppboende inom kommunal psykiatrisk vård, av sin arbetstid, ägnar åt direkt kontakt med de boende.

(Hellzén O m fl. *Living in a group dwelling: how do residents spend their time in a psychiatric group*

dwelling? International Journal of Nursing Studies, 41, 651-659)

Vidare så finns det också tecken på att man som vårdare inte ägnar sin disponibla tid jämt fördelat mellan patienterna utan att vi lägger mest tid på dem med högst funktionsnivå, på de som fixar att klara av aktiviteter. De andra med större behov ger vi mindre av vår tid. Kanske gör vi så för att det är mer krävande att behöva jaga ifatt någon och lägga en massa energi på motivationsarbete.

Patienten luktar illa

Hur närmar vi oss en person som luktar så illa, på grund av misskött hygien, att folk runtomkring undviker den personen. Detta väcker en diskussion med olika patientfall bland de lyssnande. På en avdelning kan det vara så att övriga patienter reagerar med att undvika personen och de andra ber att få äta på sina rum för att slippa stanken. Hur säger vi till på bästa sätt? Det är lättare för oss att ta tag i det hela ju sämre funktionsnivå personen i fråga har. Är det en i övrigt välfungerande individ så har vi i regel mer problem med att framföra budskapet. Dom kroniskt sjuka har troligtvis varit med om samma eller liknande situationer förr och har därför «stängt av sig» så att man inte blir kränkt på samma sätt.

Men återigen kan man konstatera att personen ifråga blir mer kränkt om vi inte agerar än om vi gör det. Men det är oerhört svårt med någon som vägrar duscha och på så sätt skapar sin egen isolering. Antagligen så känner personen inget hopp alls och ser därför ingen anledning till att ändra på sig. Så svaret kan ofta vara att vi måste ge hopp och försöka hitta en ljusstrimma i denna persons liv för att kunna gå vidare i argumentationen.

Vi måste våga «Att hjälpa utan att kränka». ■

GOD VÅRD: Vi måste vara flexibla i våra yrkesroller och kunna ge det där «lite extra» av oss själva.



Böcker inom ämnet

Vi rekommenderas också två böcker inom ämnet Psykiatrisk omvårdnad:

- *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå* av Jan Arlebrink.
- *Vårdande vid psykisk ohälsa: på avancerad nivå* av Lennart Fredriksson.

FORSKNINGSDAGEN

7. mai - i regi av LPS landstyret

Det inviteres til posters og muntlige innlegg på forskningsdagen. Abstrakt sendes kurt.lyngved@gmail.com innen 1. mars 2012.

Abstraktet på det muntlige innlegget skal inneholde tittel, navn på forfattere og beskrivelse av innlegget. Abstraktene vil bli vurdert av en komité.

FAGKONFERANSEN 2012

8. - 9. mai - i regi av lokallaget i LPS Vest- Agder

Tema:

8. mai: Rus og psykisk helse - 2 sider av samme sak?
9. mai: Historier om endring

Foredragsholdere: Inger Beate Larsen, Trond Aarre, Kari Henriksen, Trygve Wyller, Per Ivar Støle og Anders W. Andersen med flere.

Helhetlig program sendes alle medlemmer i LPS og legges ut på www.sykepleierforbundet.no/psykiatrisykepleiere

Tittelen "tvangstrøye og ensomhet, blomstervaser og kjærlighet" er hentet fra en artikkelserie på 3 hvor denne publiseres i Tidsskrift for psykisk helsearbeid i juni.

Inger Beate Larsen og Anders Johan W. Andersen har tatt for seg 12 skandinaviske selvbiografier skrevet i tidsrommet 1918 til 2008, skrevet av mennesker som selv eller av andre har blitt betegnet som psykisk lidende.

Foto: Bodil B. Nielsen



“Tvangstrøye og ensomhet, blomstervaser og kjærlighet” - Hvor går vi i 2012?

Forskning, fag og erfaringskonferanse i Rus og Psykisk helsefeltet

Clarion Hotel Ernst
Kristiansand
7.-9. mai 2012



NSF LANDSGRUPPE AV
PSYKIATRISKE SYKEPLEIERE

Spre informasjonen!

Kontaktperson:

Morten Leivseth

Tlf.: 95815880

E-post: mleivs@online.no

Bli medlem

Er du sykepleier i rus eller psykisk helsefeltet i Norge meld deg inn som medlem i LPS til Bodil Bakkan Nielsen mail:bodb@online.no eller mobil 41687687

Sykehuset Namsos

21. og 22. september 2011

Førstehjelp ved selvmordsfare

I Namsos arrangeres kurs i førstehjelp ved selvmordsfare. Kurset er et intensivt kurs på 14 timer som går over to påfølgende dager. Det er et praktisk, tverrfaglig kurs hvor deltakerne lærer å tyde faresignaler og gripe inn i tilfelle akutt selvmordsfare. Kurset gir deltakerne større trygghet og mer selvtilit i møte med mennesker som er i alvorlig tvil om de orker å leve videre. Ca. 20 000 personer over hele landet har hittil deltatt på kurset. På kurset lærer man blant annet:

- å fange opp mennesker som har det vondt og som kan være i selvmordsfare
- å stille direkte spørsmål om selvmordstanker
- å lage og iverksette en plan med vedkommende, hvor målet er å berge livet

For deltakelse på kurset betales det en kursavgift på kr 2000. Inkludert bevertning.

Påmelding, nærmere informasjon, overnatting: Ta kontakt med Ingun Haug: tlf: 74215663 99243230 / epost: ingun.haug@hnt.no

Mer info på www.unn.no/vivat og www.vivatselvmordsforebygging.net

Høgskolen i Nord-Trøndelag, Namsos

18. – 19. oktober 2011

Namdalskonferansen

«Nye tider – Nye forventninger. Samhandling – den enkleste kunst?»

Midt-Nordisk konferanse i psykisk helse.

Målgruppe for konferansen er blant andre ansatte i helse og sosialtjenesten i kommunene, barnevernstjenesten, skolepersonale, fastleger og politi.

Hovedforelesere er Per Fugelli, Trond Aarre, Anders Smith og Ellen Brodtkorb. Temaene de tar opp er blant andre fremtidsperspektiver innen psykisk helsevern, hvor mye endring og omstilling brukere og tjenesteytere tåler, Folkehelseoven og Lov om kommunale helse og omsorgstjenester. Brodtkorb vil i sitt foredrag si noe om sine erfaringer som bruker av psykisk helsetjeneste.

Påmeldingsfrist 18. september 2011

Spørsmål vedr. påmelding rettes til: Anne M. Sandberg Tlf: 74 21 23 28/90518790 E-post: anne.m.sandberg@hint.no

Grimstad UiA

29. september 2011

Skam og skammeligheit

NSFs landsgruppe av psykiatriske sykepleiere arrangerer heldagsseminar med tema: Skam og skammeligheit. Forelesere er Kari Martinsen og Grethe Dāvøy. Kari Martinsen er professor i sykepleievitenskap ved Høgskolen i Harstad og Haraldsplass Diakonale Høgskole. Hun er psykiatrisk sykepleier og PhD i filosofi. Grethe Dāvøy er høgskolelektor ved Høgskolen i Bergen, sykepleier og master i helsepedagogikk. Tid og sted: Seminaret skal foregå i lokalene til Universitetet i Agder i Grimstad, fra klokka 09.15 til 15.00.

Kursavgift: Kurset er gratis for medlemmer i LPS og studenter og ansatte ved UiA. For andre deltakere er kursavgiften kr 300.

Påmelding og mer informasjon: Bodil B. Nielsen, e-post: bodb@online.no, bodilska@hotmail.com

29. september 2011

Skam og skammeligheit

NSFs landsgruppe av psykiatriske sykepleiere arrangerer heldagsseminar med tema: Skam og skammeligheit. Forelesere er Kari Martinsen og Grethe Dávøy. Kari Martinsen er professor i sykepleievitenskap ved Høgskolen i Harstad og Haraldsplass Diakonale Høgskole. Hun er psykiatrisk sykepleier og PhD i filosofi. Grethe Dávøy er høgskolelektor ved Høgskolen i Bergen, sykepleier og master i helsepedagogikk. Tid og sted: Seminaret skal foregå i lokalene til Universitetet i Agder i Grimstad, fra klokka 09.15 til 15.00. Kursavgift: Kurset er gratis for medlemmer i LPS og studenter og ansatte ved UiA. For andre deltakere er kursavgiften kr 300.

Påmelding og mer informasjon: Bodil B. Nielsen, e-post: bodb@online.no, bodiliska@hotmail.com

Göteborg

23. februar 2012

Konferensdagen

PRF anordnar en 1-dags konferens i Göteborg den 23 februar 2012 på Sahlgrenska Universitetssjukhuset og i samband med detta hålls årsmöte. Konferensdagens tema blir "Psykiatrisjuksköterskans roll vid psykisk ohälsa".

Program mellan kl 10-16, därefter årsmöte och middag. Mer om detta kommer att dyka upp på Hemsidan och i nästa nummer av Psyche.

Kristiansand

7. mai 2012

Forskningsdag

LPS arrangerer for første gang en forskningsdag i forbindelse med landskonferansen som arrangeres i Kristiansand i mai. Denne dagen avholdes 7. mai og vil være åpen for alle interesserte. Hovedfokus vil være sykepleie innen fagfeltet psykisk helse. Professor Brendan McCormack og professor Larry Davidson har allerede takket ja til å forelese på konferansen. I tillegg inviteres forskere på master og doktorgradsnivå til å presentere sine arbeider. Interesserte kan kontakte nestleder Unn Hamervold, unnhvold@online.no. Følg med på LPS sine hjemmesider der informasjon om både forskningsdagen og landskonferansen legges ut.

Bli medlem

Är du sjuksköterska och intresserad av psykiatri?

Psykiatriska Riksföreningen (PRF) är en riksomfattande yrkesorganisation för sjuksköterskor. PRF:s verksamhetsområde omfattar den psykiatriska hälso- och sjukvården med näromliggande områden.

PRF arbetar för medlemmarnas gemensamma yrkesintresse. PRF är den naturliga mötesplatsen för människor med ett intresse för psykiatri ur ett sjuksköterskeperspektiv. Ordinarie medlemskap 325:- per år

Som medlem får du:

Vårdtidskriften Psyche direkt i brevlådan.

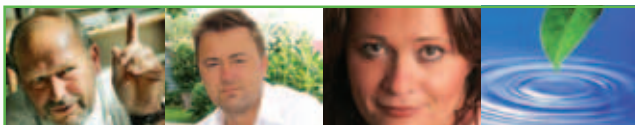
Du får tillträde till PRF:s årskonferens, studiedagar och seminarium och Nordisk kongress till reducerat pris.

Bli medlem skicka ditt namn, adress, telefonnummer, e-postadress samt personnummer till Susanne Syren eller fyll i formuläret.

Susanne Syrén

Mobil: 073-98 52 754

susanne.syren@lnu.se



JUBILEUM

- Jakten på egne krefter -

31. okt. - 1. nov. 2011

Soria Moria hotell og konferansesenter, Oslo

På programmet blant annet:

Per Fugelli:

Diagnosen er himmelsyken
- resepten er nokpunktet

Einar Øverenget:

Livets øyeblikk

Nora Gotaas, NIBR:

Forskning på selvorganisert selvhjelp

Eytor Sigurbergsson:

I Soria Morias skygge

- en multimediapresentasjon

Geir Sverre Braut:

På rett veg?

Refleksjoner om brukermedvirkning

Jakten på egne krefter:

Deltakere fra Angstringen, RIO og IKS

setter ord på sine endringsprosesser

Kulturelt innslag:

Rigmor Galtung

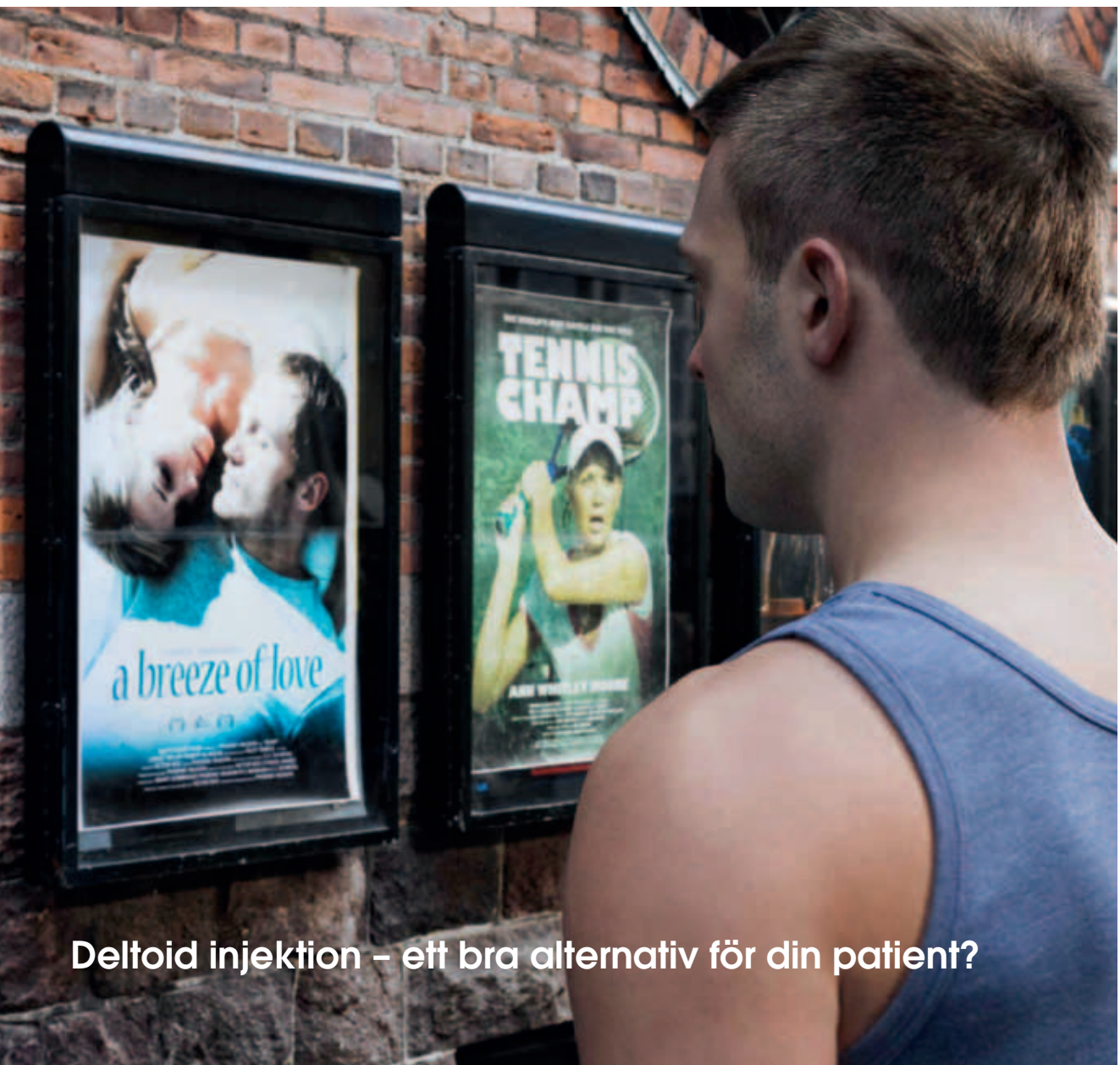
Gamle Oslo Kro- og kirkekor

Selvhjelpsarbeid for mennesker med angst fyller 25 år!

For utfyllende program og nærmere info: angstringen.no

Angstringen
NORGE





Deltoid injektion – ett bra alternativ för din patient?

www.risperdalconsta.se

Risperdal[®] CONSTA[®]
risperidon

Risperdal[®] Consta[®] (risperidon) är ett neuroleptikum med ATC-kod N05AX08. Risperdal[®] Consta[®] är indicerat för underhållsbehandling av schizofreni till patienter som för närvarande stabiliserats med peroral antipsykotika. Det är receptbelagt och ingår i läkemedelsförmånen. **Risperdal[®] Consta[®] doseras varannan vecka och finns i följande styrkor och förpackningar:** Pulver och vätska till injektionsvätska, depotsuspension: 25 mg, 37, 5 mg 50 mg.

Pris: 25 mg kostar 1124 kr, 37,5 mg 1662,50 kr, resp 50 mg 2201 kr. Kör förmåga och användning av maskiner: Risperdal[®] Consta[®] kan hos vissa personer försämra reaktionsförmågan, vilket man bör tänka på vid tillfällen då skärpt uppmärksamhet krävs, t ex vid bilkörning. **Informationen sammanställd februari 2011.** Läs mer på: www.risperdalconsta.se