



# Psykisk helse og rus

NR. 1-2011 • ÅRGANG 22

TIDSSKRIFT FOR SYKEPLEIERE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS

Fagleder Jan Erik Skjølås:

## – Uakseptable holdninger i rusomsorgen

Sykepleien

## PSYKISK HELSE OG RUS

**Psykisk helse og rus** blir gitt ut av Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av psykiatriske sykepleiere, i samarbeid med tidsskriftet Sykepleien.

### REDAKTØR

Morten Leivseth  
tlf. 95 81 58 80  
mleivs@online.no

### STYRET

#### Faggruppeleder

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

#### Nestleder

Unn E. Hammervold  
Tlf. 51 53 04 70/ 90 93 67 40  
unnhvold@online.no

#### Styremedlem

Charlotte Walther  
tlf. 48209684  
cwalth@online.no

#### Kasserer

Bjarte Sælevik  
Tlf: 45 45 26 48  
Bjarte.saelvik@lyse.net

#### Sekretær

Olav Bremnes  
Tlf. 95 78 40 64  
olav@ntebb.no

#### Medlemsansvarlig

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

### ABONNEMENT

Charlotte Walthe  
tlf. 48209684  
cwalth@online.no

### ANNONSEANSVARLIG

Morten Leivseth  
tlf. 95 81 58 80  
mleivs@online.no

### HJEMMESIDE:

[www.sykepleierforbundet.no/psykiatrisysykepleiere](http://www.sykepleierforbundet.no/psykiatrisysykepleiere)

### ANSVARLIG 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

### GRAFISK FORMGIVER

Hege Holt  
hege.holt@sykepleien.no

### REPRO OG TRYKK

Stibo Graphic AS

### Forsidefoto:

Marius Sunde Tvinnerem

### INNSENDING AV ARTIKLER

Skriv artikler helst som word-dokument. Merke bilder tydelig, gjerne med bildetekster i artikkel-dokumentet. Oppgi navn på de som er på fotoet og hvor fotoet er tatt, også navn på fotograf. Bilder bør ha 300 dpi i oppløsning. Innstilling på digitalt kamera: Beste kvalitet. Alle artikler merkes med navn, tittel, arbeidssted eller bosted. Epost-adresse bør også medfølge.



**8 FOLKENE SOM JOBBER** for Psykiatrisk ambulanse i Bergen er stolte over å ha vunnet Akuttpsykiatriprisen.



**30 ER LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING** til størst nytte for ikke-rusavhengige, spør Nina Berg, sykepleier ved Halden fengsel.

# Innhold

NR. 1-2011 • ÅRGANG 22



## Jeg har hatt lyst til å riste folk som jobber i rusomsorgen.

FAGLEDER JAN ERIK SKJØLÅS



Illustrasjonsfoto: Colourbox

20

DIN HISTORIE KAN komme andre til nytte.

### 5 Leder

---

### ARTIKLER

---

### 8 Ambulanseteam vant akuttpsykiatriprisen

---

14 **ELSE MARIE LYSFJORD JUUL:**  
Psykosepasienter fornøyd med femdøgnsbehandling

---

15 **ARNE OKKENHAUG:**  
Schizofrene med usunn livsstil fra ung alder

---

20 **HILDE HEM:**  
Samler historier i ny kunnskapsbase

---

23 **BRITT HAUKØ:**  
Slik opplever foreldre Barnas time

---

26 **ELISABETH SORTLAND SANDE:**  
Brukermedvirkning - hva betyr det for fagrollen?

---

30 **NINA BERG:**  
Legemiddelassistert rehabilitering - til størst nytte for ikke-rusavhengige?

---

### FASTE SPALTER

---

### 6 Smånytt

---

12 **PORTRETET:**  
Jan Erik Skjølås etterlyser bedre holdninger

---

18 **HISTORISK BILDE:**  
Klar for lobotomi

---

### 24 Verdt å lese

---

### 34 På plakaten

---



NSFs LANDSGRUPPE AV  
PSYKIATRISKE SYKEPLEIERE

# VELKOMMEN

## TIL LANDSKONFERANSE 2011

First Hotel Ambassadeur, Drammen

### 25. - 27. mai



Layout: KRY Foto: Birgitte Simensen Berg

## *Optimisme*

i møte med mennesket

Virksomme relasjoner, perspektiver, metoder og holdninger

[www.sykepleierforbundet.no/psykiatrisykepleiere](http://www.sykepleierforbundet.no/psykiatrisykepleiere)



# Kjære alle medlemmer i LPS og andre lesere!



**Tro det eller ei!** I helgen så jeg våren igjen! Så den, lukket den og hørte den! Ikke helt og fullt, men et snev av vår drev inn over øya mi på Helgeland. Den kom liksom så plutselig og strøk seg mildt over erindringen av en lang og kald vinter med mye frost og snø. Aldri har våren vært mer velkommen og aldri har synet av en tilbakevendt tjeld vært mer kjærkommen. Og trekkfuglene på vei til Svalbard vinket jeg god reise og velkommen tilbake. Vi sees til høsten.

**Våren bringer med** seg budet om det nye som skal skje i naturen rundt oss. Vi har forventninger til denne lyse årstiden og de løfter som ligger i den og sommeren som følger. LPS har sin spesielle vår dette året og forventningene til den er stor! Dere sitter nå med et nytt tidsskrift mellom hendene og første utgave av «Psykisk helse og rus» er blitt en realitet. Det er vi veldig stolte av og håper vi sammen skal bidra til å skape et magasin som skal bli en tyngdekraft i formidlingen av det som skjer i sykepleiefeltet innenfor psykisk helsearbeid. Men tidsskriftet skal også være et talerør for psykisk helsearbeid i et bredt perspektiv der ikke minst brukerstemmene skal ha en plass. Etterfølgeren til Bivrost skal ta vare på de tradisjoner dette tidsskriftet har beredt grunnen for, og jeg benytter herved anledningen til å takke til alle de som har vært involvert i Bivrost gjennom årene. Samtidig ønsker jeg våre nye samarbeidspartnere i Sykepleien velkommen og ønsker oss alle lykke til med det videre arbeidet med å utvikle et godt tidsskrift.

**Enda historisk hendelse** denne våren er at LPS blir en faggruppe hvor også sykepleiere som jobber i rusfeltet ønskes velkommen som medlemmer. Dette synes vi er veldig spennende og hyggelig. Psykisk helse og rus er ofte relatert til hverandre og i våre hverdager opplever vi som sykepleiere at vi har felles utfordringer på de arenaer hvor rus og psykiske lidelser opptrer, enten dette er innenfor spesialisthelsetjenesten eller i kommunen. Derfor er det med store forventninger vi ser frem til vår historiske konferanse 31. mars og 1. april i Trondheim, hvor nettopp sykepleiekompetansen i rusfeltet, som den livsviktige kompetansen den er, settes i fokus. Samtidig er konferansen symbolet på at fra nå av er sykepleiere i rusfeltet en del av LPS. Mange har meldt seg på, og det tyder på at sykepleiere over det ganske land er opptatt av temaet rus og ulik kunnskap relatert til feltet. Det er med stor glede jeg på vegne av LPS kan ønske alle sykepleiere i rusfeltet hjertelig velkommen som medlemmer i LPS. Sammen skal vi bygge en sterk faggruppe innenfor psykisk helse og rusarbeid.

**Sykepleie innenfor det** psykiske helsefeltet har en lang tradisjon i det norske helsevesen. Sykepleiere har vært og er en viktig kompetanse i møtet med mennesker som sliter med ulike grader av psykiske lidelser. Den første erfaringskunnskapen utviklet vi innenfor institusjonspsykiatrien, men etter hvert ble også kommunehelsetjenesten en viktig arena for psykiatriske sykepleiere. I mer enn 30 år har vi bygget opp et kunnskapsfelt i kommunene, og det skal vi fortsette med. I det tverrfaglige perspektivet på psykisk helsearbeid skal de ulike faggruppene bidra på en slik måte at det er tydelig for brukerne hvem som er hvem, uansett hvor de møter oss. Sykepleie og våre fag- og erfaringskunnskaper sammen med våre tradisjoner, skal veie tungt i utviklingen av psykisk helsearbeid i den fremtid vi går i møte på ulike arenaer. Det påhviler oss alle et ansvar å synliggjøre vårt fag og være tydelig, modig og stolt der sykepleie innenfor det psykiske helsefeltet fokuseres.

**Våren er optimismens** tid. Forventningene om det som skal komme ligger der, og da er det fint å minne om LPS sin landskonferanse i Drammen i mai. LPS Buskerud har satt sammen et program hvor optimismen i møtet med mennesker er satt i fokus. Et utrolig spennende program. Jeg håper riktig mange har satt av dagene og setter kurs mot Drammen i mai! Jeg gleder meg til fine dager i Drammen og ser fram til å møte dere alle på de ulike arenaer en slik konferanse byr på. Faglig påfyll, gode samtaler og erfaringsutvekslinger er sentrale områder når vi møtes. Det er unikt å kunne møte sykepleiere fra hele landet og fra ulike områder relatert til psykisk helsearbeid og rus. Så har du ikke meldt deg på, så gjør alt hva du kan for å være sammen med kollegaer i Drammen denne fantastiske årstiden.

**Så da gjenstår** det for meg å ønske alle god fornøyelse i møte med det nye tidsskriftet og lesingen av det. Håper det faller i smak og at lesningen inspirerer til å være aktive bidragsyttere for å skape et stadig bedre organ for sykepleiere innenfor feltet psykisk helse og rus.

**Forresten – nyt våren** som ligger på lur, selv om det kanskje ligger noen kalde dager foran oss. Snart er den der!

*Kurt J. Lyngvold*  
Faggruppeleder



## Nytt terapitilbud til unge

Ungdom i Oslo som har vokst opp i hjem med rusmisbruk, får et nytt terapitilbud. Tilbudet bygger på samme idé som TUBA i Sandnes og Bergen. På TUBA-sentrene får ungdommene blant annet terapi hos psykologer og terapeuter som har kunnskap om rusmisbruk. Terapien tilbys unge over 16 år, og det er Blå Kors Øst som skal drive senteret. Hvis alt går etter planen, skal senteret åpne i mai i Storgata 38.

(Kilde: Blå Kors)

## Må avvise mange hjemløse

Blå Kors Bosenter i Oslo opplever stor etterspørsel etter akuttovernatningsplasser, og behovet for slike plasser er ikke dekket. Blå Kors Øst har avtale med Oslo kommune om å tilby 41 akuttovernatningsplasser på Blå Kors Bosenter i Storgata 38. I hele 2010 har etterspørselen vært større enn kapasiteten og etter at kulda satte inn i høst har etterspørselen vokst enda mer. De avviser nå 20 – 25 personer

### SMÅNYTT

## Musikk gir bedre helse

Musikkterapi er med på å bedre den psykiske helsen til pasienter med psykiske lidelser. Også pasienter som ikke har effekt av annen psykiatrisk behandling får utbytte av musikkterapi, ifølge forskere ved Griegakademiet sine senter for musikkterapiforskning. Forskerne har gjennomført en internasjonal undersøkelse på effekten av musikkterapi. De har blant annet sett på om musikkterapi har forbedret pasienters evne til å uttrykke seg emosjonelt, til å utvikle tilfredsstillende sosiale relasjoner og til å utvikle motivasjon til å gjøre ting. Pasienter fra Norge, Australia og Østerrike har deltatt i studien. Les mer på [helse.uni.no](http://helse.uni.no).

(Kilde: Uni helse)



## Å vente på en glede er også en glede.

GOTTHOLD EPHRAIM LESSING

## Trivsel øker treningslyst

Det psykososiale arbeidsmiljøet har betydning for om de ansatte deltar i trening på arbeidsplassen. Det viser en undersøkelse av 132 danske kontoransatte. Deltakerne besto i hovedsak av kvinner som hadde nakke- og skuldersmerter. Alle svarte på spørsmål om hvorvidt de trodde de kunne gjennomføre regelmessig trening, i tillegg svarte de på spørsmål rundt det psykososiale arbeidsmiljøet. Deretter fikk de innføring i en treningsøvelse og ble oppfordret til å gjennomføre denne daglig i ti uker. Resultatene viser at de som hadde et godt arbeidsmiljø, trente mest. Det Nationale Forskningscenter for arbeidsmiljø i Danmark står bak undersøkelsen.

(Kilde: Statens arbeidsmiljøinstitutt)

## Morsom trening på psykiatrisk sykehus

Østmarka sykehus i Trondheim har startet sin egen treningsklinikk, der pasientene kan få kunnskap om effektiv trening og dermed komme inn i en positiv sirkel. De ansatte ved klinikken hjelper pasientene med å systematisere og effektivisere treningen. Personalet er opptatt av at treningen skal være lystbetont, og at brukerne skal få en positiv treningsopplevelse. Treningsklinikken er et «fristed». Dypdykking i sjela foregår ikke der.

(Kilde: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, NAPHA)



hver uke. Blå Kors har ikke oversikt over hvilke tilbud de som er avvist får, men det er tydelig at det er et betydelig antall personer i Oslo som har svært dårlig botilbud eller ikke bolig i det hele tatt. Blå Kors mener at det må etableres et stort antall billige boliger for dem som faller utenfor boligmarkedet i byen, og at boligene må få tilsyn slik at dårlig fungerende personer får hjelp til å bli boende.

(Kilde: Blå Kors)

## Hyppigste årsak til selvmordsforsøk

I en studie fra Folkehelseinstituttet oppgir både gutter og jenter at en relasjonskonflikt var hovedårsaken til at de hadde forsøkt å begå selvmord. Blant guttene sier 32,7 prosent at dette var årsaken, tilsvarende tall blant jentene er 55 prosent. Konflikten kunne være i forhold til foresatte, kjæreste, venn eller annen nærstående.

(Kilde: Folkehelseinstituttet)

Tekst Johan Alvik Foto Colorbox.com

## Unge røykere tester cannabis

600 elever ved videregående skoler i Skåne i Sverige har svart på om de røyker, drikker alkohol og røyker cannabis. Forskerne ville finne ut om det var noen sammenheng mellom røyke- og alkoholvaner og cannabisbruk. Resultatene viser at 64 prosent av elevene som røyker regelmessig, også har testet cannabis. Blant elever som aldri har røykt tobakk, har bare 4 prosent prøvd cannabis.

Undersøkelsen viser også en sammenheng mellom alkoholvaner og bruk av cannabis. Blant elevene som regelmessig drikker seg beruset, har 51 prosent testet cannabis. Blant de som aldri drikker seg beruset er tilsvarende tall 1 prosent. Undersøkelsen er gjennomført av Statens folkhälsoinstitut.

(Kilde: Statens folkhälsoinstitut)



## Skriveverksted for bipolare

Mental Helse, Asker og Bærum lokallag skal starte et skriveverksted for personer med bipolar diagnose som også har erfaring med psykose. Gjennom et helt år skal deltakerne skrive om opplevelser de har hatt under psykose. Målet er å samle 6-10 historier i et manus. Tekstene skal reflektere den retningen innen sykdomsforståelsen som ikke vektlegger biologi, men i stedet brukernes egne opplevelser med mani og psykose.

I skriveprosessen vil deltakerne få veiledning både individuelt og i grupper hvor de deler hverandres tekstbidrag og får respons. Siste frist for å søke om deltakelse i skriveverkstedet er 1. mars i år.

Se egen nettside for prosjektet: <http://www.erfaringsnettverket.no>

## Skader seg i påvirket tilstand

En stor andel av eldre kvinner som skades i hjemmeulykker, har brukt sovemidler eller beroligende midler. Det viser en omfattende undersøkelse ved OUS, Ullevål. Bruken av sovemidler er bare ett av mange resultater forskerne har avslørt. I alt har rundt 2000 pasienter som har vært innom akuttmottaket på Ullevål deltatt i undersøkelsen. Pasientene kom til akuttmottaket med skader, og forskerne ville finne ut hvor mange av dem som hadde alkohol, narkotika og beroligende legemidler i blodet.

Kvinner over 65 år var den gruppen som oftest hadde beroligende legemidler eller sovemidler i kroppen. Av disse hadde 31 prosent brukt slike medikamenter. De var først og fremst skadd i fallulykker hjemme, med blant annet lårhalsbrudd som følge. Undersøkelsen sier ikke noe om hvorvidt kvinnene hadde skadet seg fordi de var påvirket av tablettenes. Undersøkelsen er gjennomført av forskere fra Folkehelseinstituttet, Oslo universitetssykehus og Statens institutt for rusmiddelforskning.

Les mer på: [www.fhi.no](http://www.fhi.no)

(Kilde: Folkehelseinstituttet)

**KUNSTPREMIER:** - Bildet og diplomet skal vi henge opp i akuttmottaket på Sandviken Sykehus, sier seksjonsleder Jarle Johannesse (til høyre), som tok imot prisen sammen med konstituert seksjonsleder Jan Arne Olse. Bildet er malt av kunstneren Roy A. Dahl.



# Psykebilen er best

– Kjempemotiverende! Dette er en stor anerkjennelse av jobben vi gjør, sier Jarle Johannessen ved Psykiatrisk ambulanse i Bergen. Sammen med kolleger fikk han Akuttpsykiatriprisen.

Tekst Johan Alvik Foto: Brede Aasen, Jarle Johannessen, Jan Arne Olsen og Johan Alvik

**K**lokken 14.00, den 18. februar i år, satt Jarle Johannessen og kollegaene spent og ventet på hvem som skulle vinne Akuttpsykiatriprisen. To minutter senere sto de på scenen i en fullsatt sal på Radisson Blu-hotellet i Oslo, og fikk tildelt et bilde laget av kunstneren Roy A. Dahl, diplom og 10 000 kroner. Flere hundre mennesker klappet.

– Det var fantastisk! sier Jarle Johannessen, som er seksjonsleder ved Psykiatrisk ambulanse ved Haukeland universitetssykehus..

Akuttpsykiatriprisen deles ut hvert

år til en person eller gruppe som setter fokus på akuttpsykiatri på en konstruktiv måte. Ambulansetjenesten fikk prisen blant annet fordi de gir mennesker i krise transport på en verdig måte.

– Prisen er en stor motivasjonsfaktor for alle oss som jobber på psykiatriambulansen. Men at vi har klart å få til en så god tjeneste skyldes samarbeidet vi har mellom Akuttmedisinsk seksjon ved ambulansetjenesten, AMK og Psykiatrisk divisjon. I tillegg må jo politiet i Bergen honoreres for utmerket samarbeid, sier Johannessen.

## Mange oppdrag

Psykiatrisk ambulanse rykket ut på sitt første oppdrag i mai 2005. Siden den gang har ambulanseteamet vært på mer enn 7000 utrykninger – inkludert 1100 vanlige ambulanseoppdrag.

– Vi har fra ett til 13 oppdrag om dagen, og dekker hele Helse Bergen sitt ansvarsområde. Det vil si 22 kommuner, med rundt 350 000 mennesker. Vi har bare en bil, og de vi ikke rekker å hente, må vanlige ambulanser eller politiet ta seg av, sier Jarle Johannessen.

Psykiatrisk ambulanse er nesten



## Fakta

- Psykiatrisk ambulanse-PA i Helse Bergen har ni ansatte, fordelt på seks stillinger.
- Tjenesten ble opprettet 9. mai 2005.
- Ambulansetjenesten skal sørge for at psykisk syke får transport til behandling som er preget av respekt, likeverd og faglighet.
- I perioden 2006 til 2010 hadde ambulansen 6028 oppdrag for å ta seg av psykisk syke, og i tillegg 1111 oppdrag som gjaldt fysisk sykdom eller skade.
- Tjenesten er operativ fra kl. 10 - 21, hele uken. Om natten rykker ordinær ambulanse eller politi ut.



**FØRSTE I LANDET:** - Psykiatrisk ambulanse i Helse Bergen var den første av sitt slag i Norge. Nå finnes et liknende tilbud i Stavanger, sier seksjonsleder Jarle Johannessen. Bak rattet sitter ambulansesjåfør Tore Ervik.



**LÅST FRA UTSIDEN:** Alt utstyret er plassert i et rom som kun kan nås fra utsiden av ambulansen.



**STØRRE ENN VANLIG:** Ambulansen har litt bedre plass innvendig enn vanlige ambulanser.

som andre ambulanser, men ikke helt.

– Bilen er strippet inni. Alt utstyr er innelåst i et rom på utsiden av bilen. Det er gjort for at pasientene ikke skal få tak i skarpe gjenstander som de kan skade seg selv eller andre med, sier Johannessen.

Det neste som er tilgjengelig inne i ambulansen er oksygen, samt utstyr som skal holde pasienten i ro.

– Vi har belter på pasientstolen, samt håndreimer og fotreimer. Det høres voldsomt ut, men det er sjelden de er i bruk. Bare på 2,5 prosent av våre oppdrag har vi brukt slikt utstyr, og det synes jeg er lite. Men når folk vil ta sitt eget liv ved å hoppe ut av bilen i fart, eller prøver å skade oss, er vi nødt til å stoppe dem, sier Johannessen.

### Syv dager i uken

Ambulansen er klar for utrykning hver dag hele året, men ikke om natten. Da tar ordinær ambulanse eller politi seg av oppdragene som Psykiatrisk ambulanse ellers ville tatt hånd om. Johannessen sier det er et stort behov for ambulansen, og han håper at den på sikt vil operere hele døgnet, men foreløpig har den ikke fått penger til det. Ni personer jobber ved ambulansetjenesten. De har forskjellig helsefaglig bakgrunn.

– Vi har ansatt folk som har erfaring fra akuttpsykiatri og har gode personlige egenskaper for å jobbe med mennesker. De får intern opplæring, blant annet i konflikthåndtering, samtaleteknikk og kroppsspråkforståelse. Det er viktig i vårt yrke å kunne «lese»

situasjoner, samt å lære seg å samhandle med andre mennesker i spente situasjoner, sier Johannessen.

– Hva er det mest givende med jobben?

– Det er å hjelpe mennesker i krise. Noen har vært alene i uker eller måneder, og slitt med psykose, depresjon, rus. Kanskje har de tanker om å ta sitt eget liv, og så er det endelig noen som tar kontakt med dem. Det hender at folk slenger seg rundt halsen på oss når vi kommer hjem til dem. De har vært så redd og alene, ikke turt å åpne døren for noen. Knapt fått i seg mat. Da er det godt å kunne ta dem med til et sted hvor de får hjelp, sier Johannessen.

– Hva skal premiepengene brukes til?

– En hyggelig sammenkomst for personalet, som takk for god innsats.



**AMBULANSEGGJENGEN:** Bak fra venstre: Spesialsykepleier Arjen van Dijk, sykepleier Christian Førsvoll, spl. student Nicholas Ny Pettersen, psykiatrisk sykepleier Ingvild Helle, psykiatrisk sykepleier Jan Arne Olsen, seksjonsleder Jarle Johannessen, ambulanseinspektør Jarle Vikebø. Foran fra venstre: Sykepleier Frode Jensen, sykepleier Bjarte Brurås, psykiatrisk sykepleier Eli Kristin Håheim. Fast personale som ikke var til stede: Vernepleier Solveig Dale Bremnes og sykepleiestudent Kjetil Andersen.

## JURYENS BEGRUNNELSE

Styret i Nasjonalt forum for akuttpsykiatri ga følgende begrunnelse for å tildele Psykiatrisk Ambulanse i Helse Bergen Akuttpsykiatriprisen 2011:

Manglende ressurser og uklarhet om ansvar har ført til at mange psykiatriske pasienter har blitt transportert til undersøkelse og behandling av politiet. Mange har opplevd innbringelse av ordensmakten som stigmatiserende og traumatisk.

Psykiatrisk Ambulanse i Bergen ble opprettet i 2005. Etter en fase med utprøvinger av løsninger, egne uniformer og en grå «psykebil», er nå Psykiatrisk Ambulanse en enhet under felles ansvar mellom AMK og Psykiatrisk Divisjon Helse Bergen.

Psykiatrisk Ambulanse berømmes for at den i utprøvningsfasen har vært i dialog med brukere, behandlingssenheter, politiet, helsemyndigheter og juridiske myndigheter. Juridiske

og behandlingsfaglige dilemmaer i skjæringspunktet mellom politimyndighet og helsehjelp har blitt problematisert. Det er gjort et betydelig arbeid med å dokumentere egen virksomhet og dette har vært til inspirasjon for andre helseforetak som i noen tilfeller har etablert lignende tjenester.

Brukere og interesseorganisasjoner for pasienter og pårørende opplever at transporten kan skje med verdighet og med lavere grad av opplevd tvang. Politiet beskriver at de i større grad bare involveres når assistanse fra politiet reelt er nødvendig.

Akuttpsykiatriprisen for 2011 tildeles Psykiatrisk Ambulanse i Helse Bergen for deres arbeid med å prøve ut og dokumentere erfaringer med transport av psykisk syke, for å etablere bedre samarbeidsformer mellom ordensmyndighet og helsetjenesten, men mest av alt for å representere et mer verdig og kompetent første møte med og transport av mennesker i krise.



# Etterlyser bedre holdninger

■ PORRETTINTERVJU MED JAN ERIK SKJØLÅS

– Stoffavhengige er ikke noe problem. De har problem. Derimot har jeg hatt lyst til å riste personell som jobber i rusomsorgen. Mange har uakseptable holdninger til brukerne.

Tekst Bjørn Arild Østby Foto Marius Sunde Tvinnereim

**Jan Erik Skjølås** begynte å jobbe i helsevesenet allerede som 18-åring. Han jobber der fortsatt, og vil fortsette med det.

– *Hvorfor rusomsorgen?*

– Fordi jeg elsker å jobbe med disse menneskene. Jeg kan ikke si det samme om rusomsorgen som system eller mange av dem som jobber der. Følte tidlig at her trengs endringer. Det har vært en viktig drivkraft for å fortsette.

De siste ni åra har han jobbet ved Helse- og overdoseteamet i Trondheim. Det er et lavterskel helsetilbud for sprøytenarkomane. Teamet består av tre psykiatriske sykepleiere, spesialsykepleier, jordmor og en psykiatrisk hjelpepleier.

– *Hva kreves i jobben?*

– Faglig kompetanse sier seg selv. Her kreves erfarne helsearbeidere som er forberedt på og kan takle uforutsigbare arbeidsdager. Men det er langt fra tilstrekkelig. Det kreves også mye av deg som person. Stikkord er godt humør, pågangsmot, at man kaller en spade en spade og at man aldri gir opp.

**I løpet** av åra Skjølås har arbeidet i psykiatrien har det skjedd en liten revolusjon. Ikke bare i forhold til flere desentraliserte tilbud. Også når det gjelder holdninger blant psykiatriske sykepleiere.

– Tidligere var holdningen at det var vi som visste best. Ja visste alt. Brukerne ble i svært liten grad tatt med og lyttet til. Nå opplever jeg at vi som yrkesgruppe i større grad står på egen faglig grunn. Og at vi er blitt flinkere til å tale mot både psykologer og leger når vi er uenige.

Men det er fortsatt mye å gripe fatt i, mener Skjølås.

– Sats på de nyutdannede blir det sagt. Det er en påstand jeg ikke tar sånn uten videre. Alt for ofte opplever jeg at mange unge etter kort tid i yrket alt for lett tar opp i seg gamle holdninger. Derfor er det under sykepleierutdanningen den gode, faglige grunnmuren skal lages - noe du skal være stolt av og flagge når du går ut i praksis.

**Det er** på gata han trives. Sammen med pasientene, på deres arena.

– Stoffavhengige har mer enn nok kontorer å forholde seg til. De orker sjelden å forholde seg til nok et offentlig kontor. Nitten av tjue avtaler på et sosialkontor brytes. Vi måtte ut til brukerne, sier lederen av helseteamet.

Med vår oppsøkende virksomhet fanger vi opp trender i stoffmiljøet, og får bedre oversikt over hele mil-

jøet. Ikke bare opiatbrukerne. I Trondheim er det i dag registrert vel 1500 sprøytenarkomane. Disse har et svært sammensatt sykdomsbilde. Stoffavhengighet fører til både psykiske og fysiske problemer.

– Som psykiatrisk sykepleier kan man vurdere helsetilstanden og sykdomsbildet. For oss er det viktig med god sykepleiefaglig kompetanse. Dette





## Jan Erik Skjølås

**ALDER:** 42 år

**STILLING:** Fagleder ved Helse- og overdoseteamet, Trondheim kommune.

**BAKGRUNN:** Han har videreutdanning innen psykiatrisk sykepleie, administrasjon og ledelse, veilednings- og konsultasjonsmetodikk samt tegnspråk. «Årets sykepleier» i Sør-Trøndelag i 2009.



gjelder både somatikk og psykiatri. For alle i rusmiljøet vil i større eller mindre grad stifte bekjentskap med psykiske problemer. Depresjon, angst, psykoser, selvmordsproblematikk er vanlige diagnoser for stoffavhengige, sier Skjølås.

**Teamet har** tett samarbeid med ambulansetjenesten, AMK-sentralen og sykehuset.

– På sykehuset får vi mulighet til å være alene med pasienten. Ved overdoser prater vi åpent og direkte om hva som har skjedd og hvor heldig han eller hun er som fortsatt er i live. Vi prater helt bevisst om dødsangsten og mange får også på sykehuset en første aha-opplevelse, den første innsikten i alvor. Her kan vi faktisk motivere til behandling og gi de mulighetene til

fjorten dagers opphold på en kriseplass og deretter opphold på en behandlingsinstitusjon, dersom det finnes tilgjengelige akutt plasser, sier Skjølås

– Blir du ikke nedfor av stadig å være tett på så mange triste skjebner?

– Nei, gjort er gjort og noe du ikke har mulighet til å forandre. Her må vi se framover, sier Jan Erik Skjølås. Fortsatt opplever han hver dag som en fest.

# Fornøyd med femdøgnsbehandling

Hvilke erfaringer har psykosepasienter med et langtidsbehandlingstilbud som innebærer at pasientene reiser hjem i helgene?

Av Else Marie Lysfjord Juul

Psykiatrisk sykepleier, Sykehuset Namsos

**M**in mastergradsoppgave omhandler pasienterfaringer med et spesifikt behandlingstilbud til psykosepasienter. Psykoseavdelingen er i dag en 5-døgns avdeling, noe som innebærer at aktiv behandling i institusjon foregår i ukedagene og pasientene reiser på permisjon til hjemmet i helger og høytider. Hensikten med studien er å se på hvilke erfaringer psykosepasienter har med denne formen for behandling og på bakgrunn av disse videreutvikle behandlingstilbudet.

## Om studien

Undersøkelsen er en kvalitativ studie som bygger på dybdeintervju av seks psykosepasienter våren 2009. Undersøkelsen er en del av et større evalueringsarbeid som gjøres i avdelingen knyttet til omorganisering og etablering av et nytt behandlingstilbud. Det er også et mål med studien å stimulere til refleksjon rundt ulike problemstillinger innen praksisfeltet for å bidra til økt bevissthet og forståelse av pasientenes opplevelser knyttet til den behandling vi gir. Som bakgrunn for hovedtema har jeg gjort rede for aktuell teori om psykose, schizofreni, hjemmets betydning, behandlingstrategier og det behandlingstilbudet en gir i 5-døgns avdelingen.

I presentasjon og diskusjon av funn presenterer jeg informantenes erfaringer i form av sitater og diskuterer disse opp mot aktuell teori og forskning på området. Pasienterfaringene med 5-døgns behandlingstilbudet omhandler erfaringer knyttet til «Trygghet», «Sosiale behov og Sosial status» og «Deltagelse i egen behandlingsprosess på veien mot et selvstendig liv.»

## Pasientenes erfaringer

Pasientene har i hovedsak positive erfaringer knyttet til behandlingstilbudet. De beskriver erfaringer knyttet

til opplevelse av trygghet i hjemmet og i avdelingen. Enkelte pasienter opplever overflyttinger til andre avdelinger som et brudd i trygghet og relasjon.

Helgene beskrives som den viktigste arena for sosial kontakt for de fleste pasientene. Helgene i hjemmet beskrives også som en arena for trenings- og erfarings situasjoner, en arena for utførelse av praktiske gjøremål og som et fristed. De fleste av pasientene beskriver erfaringer som jeg ser som stigmatisering. Pasientene beskriver at de er i stor grad delaktige i utformingen av eget behandlingssopplegg og de formidler at et behandlingssopplegg hvor en veksler mellom institusjon og hjem bidrar til at utskrivelsen blir enklere for dem. De opplever 5-døgns behandling som et hensiktsmessig behandlingstilbud på veien mot et selvstendig liv.



Artikkelen er et sammendrag av **Else Marie Lysfjord Juul** sin Masteroppgave i tverrfaglig helse- og sosialfag med fordypning i psykisk helsearbeid. Høgskolen i Nord-Trøndelag (HINT), Avdeling for helsefag



**STØTTE PÅ VEIEN:** Pasientene synes de får god hjelp på veien mot et selvstendig liv.

# Masteroppgave om schizofreni: Usunn livsstil fra ung alder

Folk som får diagnosen schizofreni, kan allerede i tenårene ha etablert en mindre sunn livsstil enn sine jevnaldrende.

Av Arne Okkenhaug  
Psykiatrisk sykepleier

**D**en fysiske helsetilstanden til mennesker med en schizofrenilidelse, ser generelt ut til å være dårligere sammenliknet med mennesker uten samme lidelse. Kan en kartlegging av forhold rundt den fysiske aktiviteten mens de var unge og friske, bidra til å øke kunnskapen vedrørende lidelsen og fysisk aktivitet?

## Kasusgruppen

Ung HUNT 1 er den første ungdomsdelen av Helse Undersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). Rundt 10000 barn og unge ved ungdom- og videregående skole i Nord Trøndelag, ble invitert til å delta. Ung HUNT 1 undersøkelsen inneholder svarene fra et spørreskjema med 125 helserelaterte spørsmål, 90 prosent deltok.

Masteroppgaven er en prospektiv kasus – kontrollstudie basert på resultater fra Ung HUNT 1 undersøkelsen

i 1995 – 1997. Ti ungdommer som deltok, og som senere har fått påvist schizofreni (F20.0 - F20.9), utgjorde kasusgruppen. De ga sitt samtykke til bruk av deres besvarelser fra Ung HUNT1 og informasjonen fra deres psykiatriske journal. Disse ble sammenliknet med en matchet kontrollgruppe fra Ung-HUNT1.

## Resultat

Selv om det er knyttet stor statistisk usikkerhet til de funn som er gjort gjennom denne studien, kan flere resultater tyde på at ungdommer som senere får diagnosen schizofreni allerede i tenårene etablerer en mindre gunstig livsstil, med mindre fysisk aktivitet, mer uregelmessighet i forhold til måltider og hyppigere sigarettøyking. Det var også mer vanlig å rapportere ensomhet i denne gruppen enn i kontrollgruppen.

Tema som fysisk aktivitet, kosthold,



Illustrasjonsfoto: Colourbox

**ALENE MED PROBLEMENE:** Flere sier at de følte seg ensomme i ungdommen.

helserelatert risikoatferd, fritid og venner blir diskutert på en måte som viser at disse områdene bringer frem relevant informasjon i den kliniske og forskningsmessige hverdagen innenfor schizofrenifeltet.



- **Arne Okkenhaug** er sykiatrisk sykepleier og Master i tverrfaglig helse – og sosialarbeid, Helse Nord-Trøndelag HF, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Levanger.
- Okkenhaugs masteroppgave viser resultater fra en kasus – kontroll studie basert på data fra UNG – HUNT (1995 – 97), ungdomsdelen av Helseundersøkelsen i Nord – Trøndelag.
- Arne Okkenhaug skrev masteroppgaven da han var student ved Høgskolen i Nord Trøndelag (HINT).

# Gir hjelp til

■ FAKTA



- **Unni Kristiansen** er psykiatrisk sykepleier, Helse Nord-Trøndelag, psykiatrisk klinikk, Sykehuset Namsos.
- Fra oppstart våren 2008 og fram til 2011 har Familieambulatoriet ved Sykehuset Namsos hatt 50 henvisninger.
- Hovedproblematikken har vært psykiske helseplager hos den gravide, så som angst og depresjonsproblemer knyttet til psykososiale og sosioøkonomiske bekymringer i familien.
- Familieambulatoriet er et tilbud til gravide og fedre som bruker alkohol, medisiner og andre rusmidler, eller har psykiske vansker.
- Fagteamet består av jordmor, sykepleier og sosionom.
- Prosjektet er støttet av midler fra Helse og Omsorgsdepartementet, og det er en del av regjeringens og Helse og Omsorgsdepartementets tiltak for barn av psykisk syke og rusavhengige foreldre. Satsningen er også et ledd i departementets handlingsplan mot fattigdom.



Familieambulatoriet er et tilbud til foreldre som sliter med psykisk sykdom eller rus - og barna deres.

■ **Av Unni Kristiansen**  
 Psykiatrisk sykepleier, Sykehuset Namsos

I 2007 ble det nedsatt en prosjektgruppe som arbeidet med utformingen av et tilbud for tidlig intervensjon med tiltak rettet mot barn av foreldre med psykisk sykdom og rusrelaterte problemer. Det var et samarbeidsprosjekt i regi av Helse Nord Trøndelag HF, Barne- og familieklubben og Psykiatrisk klinikk. Selve prosjektet, som fikk navnet Familieambulatoriet, hadde oppstart våren 2008.

En ønsker gjennom prosjektet å forbedre tilbudet i spesialisthelsetjenesten til gravide og småbarnsforeldre med psykisk- og/ eller rusproblematikk. Prosjektet skal også bidra til at det internt i spesialisthelsetjenesten samarbeides bedre og mer systematisk mellom de ulike klinikkene i forhold til målgruppen. Familieambulatoriet har et helsefremmende perspektiv i arbeidet med familiene.

Modellen tar utgangspunkt i Familieambulatoriet ved Hvidovre sykehus i København, som er en tverrfaglig avdeling og et lavterskeltilbud for gravide rusmiddelmissbrukere og deres barn fram til skolealder. Fami-

lieambulatoriet i København har vært en viktig inspirasjonskilde til arbeidet.

**Følger opp familiene**

Familieambulatoriet i Trøndelag har i dag etablert to fagteam i HNT, henholdsvis ved Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger. Det er et flerårig utviklingsprosjekt. Tilbudet innebærer oppfølging av familien gjennom graviditet og til barnet er seks år. Den overordnede målsettingen er her å forebygge rusrelaterte skader og psykososiale vansker hos barna i målgruppen og bidra til en trygg oppvekst og sunn utvikling hos barna. Det forebyggende arbeidet fokuserer spesielt på å styrke tilknytning til barnet under graviditet og styrke foreldrekompetansen slik at foreldrene kan gi barnet gode utviklingsmuligheter. Utformingen av hjelpetiltak skjer i samarbeid med familiene.

Familieambulatoriet tilbyr veiledning, støtte og oppfølging. Samtaler og hjemmebesøk er vesentlig i arbeidet med familiene. Det antas å ha stor betydning for å treffe fami-



# barnefamilier

## FØLGER OPP:

Familiene får støtte gjennom graviditet og til barnet er seks år.

lien på hjemmebane om familien ønsker dette. Modellen bygger på et tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, spesialisthelsetjeneste og den enkelte kommune familien bor i.

Familieambulatoriet har som oppgave tidlig å identifisere og fange opp gravide og deres familie. Formålet er å gi familiene et individuelt tilpasset tilbud etter de behov for hjelpetiltak som trengs ut i fra en helhetlig tenkning.

## Kort ventetid

Ambulatoriet er et lavterskeltilbud innenfor spesialisthelsetjenesten, der ventetiden er kort, henvisning kan gjøres direkte til teamet. En har som mål at kontakt etableres i løpet av første uke etter henvendelse. Familieambulatoriet ønsker å være en følgesvenn i et langtidsperspektiv, som gir kontinuitet fram til barnet når skolealder. Dette gjøres i samarbeid med hjelpetiltak i familienes hjemkommuner. Organisatorisk er Familieambulatoriet i 2011 organisert inn under Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk ved de respektive sykehus.



**EN MANN BLIR LOBOTOMERT** ved et sykehus i England i 1947. Slik kunne det også sett ut i Norge på den tiden. Førjulsvinteren 1941 ble det første lobotomiinngrepet i Norge - og Norden - utført ved Gaustad Asyl. I alt ble lobotomi praktiser ved 19 psykiatriske institusjoner i Norge. Den siste operasjonen ble foretatt i 1974.

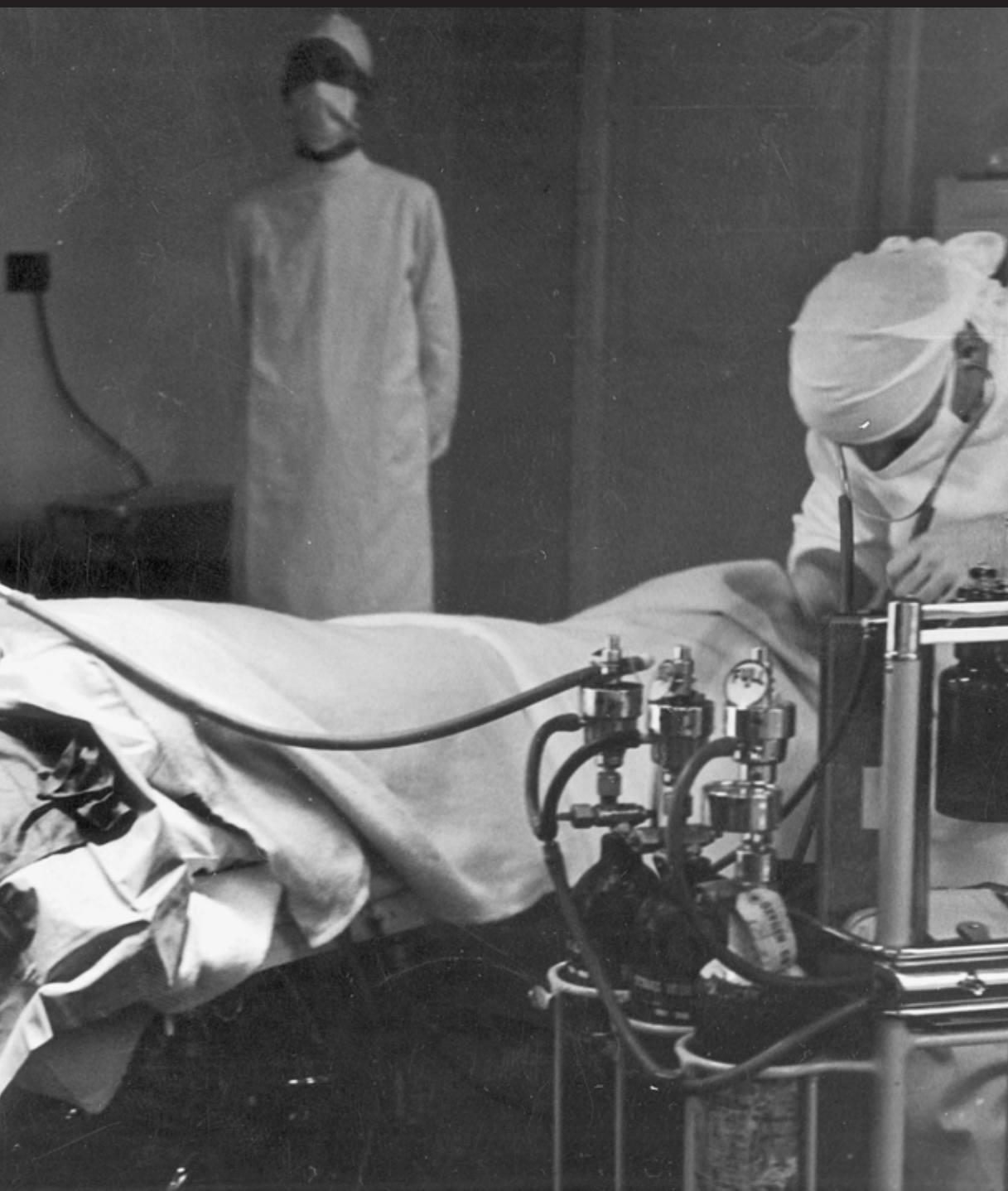
Formålet med lobotomi var å påvirke den menneskelige psyke ved å ødelegge forbindelsen mellom pannelappen og resten av hjernen. Det ble forventet at pasienten skulle bli mindre utagerende, oppleve mindre angst og dermed fungere bedre sosialt. Inngrepet ble foretatt på pasienter med alvorlig psykisk lidelse, i hovedsak folk med schizofrenidiagnose.

Lobotomi ble introdusert av professor i nevrologi, Egas Moniz. Operative inngrep ble påbegynt i november 1935, først med injeksjon av alkohol i hjernens pannelapper, deretter med skjæreinstrumenter. Bruken av lobotomi toppet seg i 1940- og 50-årene. I 1949 mottok Moniz nobelprisen i medisin. Et viktig argument i Nobelkomiteens begrunnelse var at Moniz hadde bidratt til å løse et pleieproblem i psykiatrien.

I 1996 vedtok Stortinget at alle gjenværende lobotomerte i Norge kunne tildeles erstatning på generelt grunnlag, fordi inngrepet ble vurdert som et svært spesielt behandlingstiltak. Beløpet ble satt til hundre tusen kroner. Erstatningsordningen ble gjort gjeldende fra 20. august 1996 og er uten formell tidsavgrensning.

(Kilde: Arkivverket/Riksarkivet)





# Send oss historier om psykisk helse

Erfaringer gjort av psykisk syke og deres pårørende skal samles i en egen kunnskapsbase. Nå trenger vi historier.

■ Av Hilde Hem

Daglig leder ved Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

**F**or første gang i Norge vil psykiske erfaringer fra brukere og pårørende bli samlet, systematisert og gjort tilgjengelig. Det skjer i en egen kunnskapsbase i regi av Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Kompetansesenteret er nå i gang med å bygge opp kunnskapsbasen, men trenger historier, erfaringer og refleksjoner innen psykisk helsefeltet. Målet med kunnskapsbasen er å gjøre ny kunnskap tilgjengelig for samfunnet og bidra til å skape likeverd mellom erfaring og fag. Vi inviterer derfor brukere og pårørende til å bidra med fortellinger, artikler, noveller, dikt, musikk og film som vil bli lagt ut både i vårt bibliotek og digitalt på erfaringskompetanse.no. Innsamlingsmetodene bygger på utarbeidede retningslinjer, og disse har vært til høring hos brukerorganisasjoner, regionale brukerstyrte sentre, vårt eget rådgivende forskningsutvalg og andre kompetansemiljøer. Det har vært avgjørende viktig for oss med åpen og god dialog med Datatilsynet i forbindelse med arbeidet.

**Hvem er kunnskapen nyttig for?** Vi

mener den vil være aktuell for svært mange. Helse- og sosialpersonell og tjenesteapparatet som NAV, kan bruke vår samling for å øke brukerkunnskapen sin. Utdanningssystemene, studenter, fagfolk og forskere kan blant annet bruke erfaringer som litteraturgrunnlag i masteroppgaver, hovedoppgaver og forskningsrapporter. Vi håper også at andre brukere og pårørende i psykisk helsefeltet kan ha nytte av dette. Ved å lese andres historier kan en få en opplevelse av ikke å være alene, få forslag til behandlingsmetoder og få håp om bedring. Senteret kan løfte erfaringene på flere måter. Vi gjør dem søkbare i det nasjonale biblioteksystemet Bibsys som høyskoler og universitet bruker. Erfaringene kan bli brukt i en aktuell sak på nettstedet erfaringskompetanse.no, eller de kan vise tendenser som kan bli løftet opp enten i samfunnsdebatten eller i forskning.

**Behovet er stort** for en nasjonal og kvalitetssikret kunnskapsbase av bruker- og pårørendekunnskap. I henhold til vårt oppdrag, har vi et særlig fokus

på å samle og systematisere bruker- og pårørendekunnskap, gi gyldighet til og formidle denne kunnskapen til samarbeidspartnere og målgrupper. Vi ønsker at kunnskapsbasen fremstår med kvalitet og imøtekommer det behov som finnes for en samlet base av bruker- og pårørendekunnskap i Norge. Erfaringsbasert kunnskap er så verdifull at den skal forvaltes med klokskap og målrettet arbeid. Nettopp derfor inviterer vi til samarbeid!

**Samarbeidsaktørene er mange.** Men all god innsats trengs om vi skal løfte erfaringsbasert kunnskap til nye høyder. Gjennom dialog og felles møteplasser kan vi utfordre hverandre og bli klokere sammen, og finne mønstre på tvers av enkelthistorier.

Det er så viktig at dialogen og debatten foregår åpent, at vi er nytenkende i vårt samarbeid og inviterer parter som tradisjonelt ikke har lang erfaring i å samarbeide.

En debatt der brukermedvirkning er mer enn symbolpolitikk, og handler om prioriteringer og deltakelse.

Viktige debatter skal føres i åpen-



# ier



het, slik at alle berørte parter kan ta del. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse ønsker som brobyggere mellom fagkunnskap og erfaringsbasert kunnskap, å legge til rette for flere åpne møteplasser – der vi snakker med hverandre og ikke til hverandre.

**Makten står for fall.** I alle fall den makten som definerer den andre som sekundær i forholdet mellom behandler og pasient. Dessverre finnes det for mange eksempler på at nettopp dette er tilfelle. Troverdigg maktutøvelse handler slik jeg ser det, nettopp om å gi avkall på makt. På den måten kan vi sette tjenestemottakeren i sentrum, både i eget liv og i samarbeidet om den gode behandling. Heldigvis finnes det mange gode eksempler på tjenestutøvere som vet å kombinere sin profesjonelle fagkunnskap, sin yrkesmessige erfaring og sin personlige dømmekraft til beste for det medmennesket som trenger våre helsetjenester.

## FAKTA



- **Hilde Hem** oppfordrer psykisk syke og pårørende til å skrive om sine erfaringer og sende dem til Nasjonalt senter for erfaringskompetanse.
- Målet er å gjøre ny kunnskap tilgjengelig for samfunnet og bidra til å skape likeverd mellom erfaring og fag.
- Innsamlingen av fortellinger, artikler, noveller, dikt, musikk og film vil bli lagt ut i senterets bibliotek og på erfaringskompetanse.no.
- Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse er finansiert av Helsedirektoratet.



Illustrasjonsfoto: Colourbox

**Det er en viktig og meningsfull oppgave** Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse har blitt til del. Jeg kjenner ydmykhet i forhold til den kompleksitet og de utfordringer som ligger i oppgaven med å løfte bruker- og pårørendekunnskapen inn i «det etablerte selskap». Men samtidig kan jeg knapt tenke meg noe mer meningsfullt og spennende. Og jeg tror vi står foran et tidsvindu, der det etablerte selskap består av mange kloke og handlingskraftige forskere og yrkesutøvere som ønsker det beste for de mennesker vi er satt til å tjene. For det er slik jeg ser det: Vi er

tjenesteutøvere og tjenestemottakere – og disse rollene skifter gjennom et menneskes liv.

**Et samfunns verdighet** kan vurderes i forhold til hvordan det behandler sine borgere i situasjoner der vi er som mest sårbare. Og samfunnet er til syvende og sist deg og meg. Her kan ingen fraskrive seg ansvar – verken for eget liv eller for de relasjoner vi inngår i. Det trengs god vilje og godt skjønn i utvikling og anvendelse av kunnskap. Vi trenger felles refleksjonsrom der erfaringsbasert kunnskap og mer tradisjonell kunnskap møtes. For det er

nettopp i møtet mellom ulike perspektiv at ny, bærekraftig kunnskap har muligheter for å vokse frem!

Det enkelte mennesket og dets iboende livsevne er den viktigste ressursen vi har i alt helsearbeid. Derfor er enkeltmenneskets livserfaring og bedringsprosesser gyldige kunnskapskilder.

**God faglig dømmekraft** er en annen ressurs. Vi skal være våkne og bevisste når vi vurderer innholdet og kvaliteten innen forskning og praksis. Men også derfor er det viktigere enn noen gang at stemmene til brukere og pårørende blir hørt, samlet og formidlet. På den måten kan vi kanskje en dag oppleve at brukere og pårørende er likestilt med fagfeltet.

Vil du vite mer?

Gå inn på [www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no)

## **Vi er tjenesteutøvere og tjenestemottakere – og disse rollene skifter gjennom et menneskes liv.**



## **Følg oss på Facebook**

**LPS er endelig på Facebook, og du finner oss ved å søke på LPS (landsstyret).**

# Foreldres oppfatning av Barnas time

Barn av psykisk syke får forebyggende helsehjelp gjennom Barnas time.

Av Britt Haukø

Prosjektleder, psykiatrisk klinikk,  
Sykehuset Namsos

Det er godt dokumentert at barn av psykisk syke har større risiko for selv å utvikle psykiske problemer. Det er også dokumentert at forebyggende intervensjoner kan redusere risiko. Barnas Time er en familiesamtale i voksenpsykiatrien når foreldre mottar behandling. Tilbudet har vært prøvd ut i vel syv år, som et forebyggende tilbud for barn av psykisk syke. De fleste, men ikke alle foreldre som tilbys dette ønsker å delta.

## Studiens mål og metode

Studien hadde som overordnet mål å evaluere tilbudet Barnas Time, gjennom å finne ut om foreldrenes opplevelse og erfaringer kan bidra til en bedre forståelse av hvordan Barnas Time oppleves av brukerne. Det var også et mål å bidra til å forbedre Barnas Time som et tilbud i voksenpsykiatrien.

For å oppnå dette, valgte jeg å ta utgangspunkt i foreldrenes opplevelse av sin egen og barnas situasjon og tilbudet de har deltatt i. Studien er en kvalitativ tilnærming som bygger på

intervju av fem informanter som har vært innlagt ved en psykiatrisk post ulike steder i Helse Nord- Trøndelag, og deltatt i Barnas Time. Intervjuene foregikk våren og høsten 2009.

## Resultater av undersøkelsen

Alle de fem foreldrene jeg intervjuet Alle de fem foreldrene jeg intervjuet bekymret seg for sine barn, og fire av fem satte barnas problemer i sammenheng med egne psykiske vansker. Alle gav uttrykk for behov for hjelp til å forklare barna om egen sykdom, og snakke sammen om familiens situasjon. Dette samsvarer med nordiske og internasjonale studier.

Gjenkjennelse i informasjon om Barnas Time, at personalet bruker et forståelig språk og frivillighet, fremheves som viktig for valget om å delta. Pasientundervisning er en viktig arena for gjenkjennelse og erkjennelse. Pasientundervisning bør derfor vurderes innført også i poliklinikk. Faglig tyngde hos de som informerte, og opplevelse av ryddighet i tilbudet ble sagt å ha betydning. Redsel for barnevernets innblan-



**TRENGER VEILEDNING:** Mange ønsker hjelp til å snakke med barnet om sin egen sykdom.

ding ser ut til å kunne være en hindring for deltagelse i Barnas Time. Dette gjaldt de som hadde deltatt, og var også deres antagelse om årsaken til at noen foreldre avsto tilbudet. Jeg foreslår av den grunn at både voksenpsykiatrien og barneverntjenesten i større grad kan synliggjøre barnevernets positive sider, nemlig at hovedinnsatsen rettes mot tiltak for barna i heimen.

## FAKTA



- Artikkelen er et sammendrag av psykiatrisk sykepleier Britt Haukøs' masteroppgave i tverrfaglig helse- og sosialfag med fordypning i psykisk helsearbeid.
- Barnas Time er en informasjons- og spørretime. Tilbudet gis til barn fra 2 til 18 år når foreldre mottar behandling for psykiske- og/ eller rusproblemer. Hovedmålet er å gi barna forebyggende helsehjelp gjennom å snakke med barn og foreldre om barnas livssituasjon.
- Metoden beskrives utførlig i boken om Barnas time. Utgitt av Tapir Akademisk forlag.

# Aktuelle bøker



## BOKOMTALE

### Hvordan hjelpe rusavhengige?



**Håndbok i rusbehandling** gir råd om behandling av pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet. Boken viser at rusbehandlingen må legges opp individuelt i samråd med pasienten.

Sentralt spørsmål er: Hva er den optimale behandlingen for akkurat denne pasienten? Hvordan kan vi bistå på best mulig måte i personens egenutvikling, og hvilke utfordringer kan vi støtte på i behandlingsprosessen. Forfatterne drar veksler på mange års erfaring som terapeuter innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Redaktør er Kari Lossius.

*Håndbok i rusbehandling, Gyldendal.*

## BOKOMTALE

### Ny utgave av Psykiatri



**Psykiatri** gir en grundig innføring i individuell psykopatologi. Boken gir også en oversikt over psykiatriens historiske utvikling, og har egne kapitler om blant annet rettspsykiatri og psykiatrisk etikk. Boken er skrevet for alle med faglig tilknytning til psykiatrien. Psykiatri ble første gang utgitt i 1972 og har siden den gang vært revidert flere ganger. Denne 10. utgaven følger i store trekk forrige utgave som kom ut i 2008, men den er ajourført med nye forskningsresultater. Kapittelet om rettspsykiatri er fullstendig omskrevet. Forfatter er professor i klinisk psykologi Einar Kringlen.

*Psykiatri, Gyldendal.*

## BOKOMTALE

### Lær kognitiv terapi



**Den indre samtalen** gir en beskrivelse av de grunnleggende elementene i kognitiv terapi, samt en innføring i hvordan terapien kan brukes i behandlingen av mennesker med depresjoner, angst og psykoser. I boken beskrives samtaler mellom pasient og behandler, for å gi leseren en forståelse av hvordan terapien fungerer i praksis.

Boken er redigert av Torkil Berge og Arne Repål, som er spesialister i klinisk psykologi. De to har tidligere skrevet selvhjelpsbøkene *Trange rom og åpne plasser - hjelp til mestring av angst, panikk og fobier* og *Lykketyvene - hvordan overkomme depresjon*.

*Den indre samtalen - lær deg kognitiv terapi, Gyldendal.*

## BOKOMTALE

### Lær om psykodynamisk behandling



**Psykodynamisk behandling av ruslidelser** presenterer en systematisk behandlingsmodell basert på psykodynamiske prinsipper. Forfatterne hevder at psykodynamisk teori har sin styrke i forståelsen av psykologiske og relasjonelle fenomener som er vanskelig tilgjengelige for vår umiddelbare bevissthet. Boken er skrevet for helsepersonell som arbeider med ruspasienter, uavhengig av fagbakgrunn. Boken er skrevet av psykiaterne Per Føyn og Shahram Shaygani.

*Psykodynamisk behandling av ruslidelser, Universitetsforlaget.*



Noen bøker bør en smake på - andre bør en sluke, - noen kan tygges og fordøyes.

FRANCIS BACON



## Hasjrøykernes hverdag

**Cannabiskultur** gir et innblikk i hasjrøykernes hverdag i Norge. Vi blir kjent med sporadiske brukere av cannabis - som ofte lever konvensjonelle liv - men også med cannabisdyrkere, medisinske brukere, smuglere og selgere. Forfatterne hevder at innsikt i kulturen er avgjørende for å forstå hvorfor stoffet appellerer. Boken gir også et nytt perspektiv på risikoene ved bruk av cannabis: De ligger ikke primært i helsefarene, men i at hasjrøykerne veves inn i cannabiskulturen og den illegale økonomien. Cannabiskultur er basert på over hundre intervju med folk som på ulike måter er involvert i cannabismiljøet. Boken er skrevet av professor i sosiologi ved Universitetet i Oslo, Willy Pedersen og postdoktor i sosiologi ved universitetet i Oslo, Sveinung Sandberg.

*Cannabiskultur*, Universitetsforlaget.

## Bli medlem i LPS

SYKEPLEIERE  
med interesse for, eller som jobber  
INNEN RUS OG PSYKISK HELSE:

**BLI MEDLEM i LPS PÅ 1-2-3**

sms: 41 687 687 eller  
[bodb@online.no](mailto:bodb@online.no)



Foto: Bodil B. Nielsen

Jeg trenger fullt navn og adresse,  
e-post- adresse, fylke, og medlemsnummer i NSF.

Jeg legger deg direkte inn på vår  
medlemsliste og sender oppdatering  
til leder i lokalgruppen i ditt fylke.

Hilsen Landsgruppen av psykiatriske  
sykepleiere ved medlemsansvarlig  
Bodil Bakkan Nielsen

Bli medlem nr. 2000 og få gratis deltakeravgift  
på Landskonferansen. Les mer på vår hjemmeside:  
[www.sykepleierforbundet.no/psykiatrisysykepleiere](http://www.sykepleierforbundet.no/psykiatrisysykepleiere)

# Brukermedvirk

## – hva betyr det for fagrollen?

Brukermedvirkning kan bli en kamp som begge taper, eller et samarbeid med ulike roller der begge vinner.

Av Elisabeth Sortland Sande  
Prosjektleder Jæren DPS

**B**rukeren har en lovfestet rett til medvirkning i eget tjenestetilbud. I de fleste tilfeller betyr det mer treffsikre og mer virksomme intervensjoner og tjenester. Men brukerens rett til medvirkning innebærer også retten til å la være å ta imot hjelp. I slike situasjoner settes det faglige virke opp mot brukernes rettigheter. Dette kan bli en kamp som begge taper – eller et samarbeid med ulike roller der begge vinner!

Dette var det jeg erfarte gjennom mitt masterstudium der jeg fokuserte på det komplementære i rolleparet bruker og hjelper. Vektlegging av brukerens rett til medvirkning i eget tjeneste- og behandlingstilbud, vil nødvendigvis få følger for hvordan det faglige virke kommer til uttrykk. Den ene rollen kan ikke endres uten at dette får følger for den andre.

Bakgrunnen for temaet var en erfaring om at brukermedvirkning overfor brukere med alvorlig og langvarig psykisk lidelse er et utfordrende tema. Opptrappingsplanen for psykisk helse hadde som mål at alle skulle få tilbud på kommunalt nivå som ga dem mulighet for en tilværelse i eget lokalmiljø preget av mestring og verdighet. Slett

ikke alle kan rapportere om verken mestring eller verdighet. Dyktige fagpersoner innenfor kommunehelsetjenesten er ofte fortvilte. Ikke fordi de mangler ressurser, men fordi brukeren ikke vil ta imot det de har å tilby av gode tjenester. Brukeren avviser hjelpen, og gjør dette med sine rettigheter i behold.

Med utgangspunkt i studiens funn og konklusjon, vil jeg kort gjøre rede for hvilke forhold som bør vurderes hver for seg, sammen og opp mot hverandre i debatten om hvordan brukermedvirkning skal, kan og bør praktiseres innenfor psykisk helsefeltet.

### Makt og empowerment

Empowerment handler om å gi makt og myndighet til grupper som fra før regnes som undertrykte i samfunnet. Når empowerment er et tilbakevendende tema innenfor psykisk helsefeltet, har det sin berettigelse på flere måter. Det er nok å nevne stigmatisering, avhengighet til andre og manglende sykdomsinnsikt – forhold som bidrar til å opprettholde personer med psykiske lidelser som en undertrykt gruppe i samfunnet.

Debatten om hvorvidt og på hvilken

måte psykisk helsetjeneste bidrar til å undertrykke brukerne, er nødvendig og viktig, ikke minst fordi lovverket hjemler bruk av tvang. Samtidig må ikke det at debatten finner sted, være ensbetydende med at brukere av psykisk helsetjeneste er en undertrykt gruppe. Motsatsen til maktmisbruk er ansvarsfraskrivelse. Det ene er like lite ønskelig som det andre. Det er på tide å føre debatten inn i nye termer uten at vi av den grunn glemmer poengene i debatten om fare for maktmisbruk.

Makt kan forstås som et statisk begrep og som et ekspansivt begrep. Ved statisk makt får den ene part mindre når den andre får mer. Ekspansiv makt handler derimot om at koordinering og økt gjensidighet mellom aktører fører til at alle får mer makt, og at summen av makt kan vokse. Når makt forstås som et ekspansivt begrep, unngås maktkampen – en kamp som brukerne mest sannsynlig vil tape. Forståelsen og definisjonen av makt som et ekspansivt begrep kan føre psykisk helsefeltet inn i dypere diskusjoner om hvordan brukermedvirkning kan forstås og anvendes – og dermed gi grunnlag for et likeverdig samarbeid der både bruker og fagperson fyller rollene optimalt.

# ning



## Fakta

- Elisabeth Sortland Sande er utdannet psykiatrisk sykepleier. Hun har master i helse og sosialfag med fokus på brukerperspektiv.
- Tittelen på masteroppgaven var «Bruker og hjelper - komplementære roller under gjensidig påvirkning». Hensikten med studien var behov for utdypende forståelse av brukermedvirkning som rettighet og ideologi innenfor helsevesenet, spesielt innenfor arbeidet med personer med alvorlig og langvarig psykisk lidelse, og ofte sammensatt tjenestebehov.
- Jæren Distriktpsikiatriske Senter (JDPS) er både psykiatrisk lokalsykehus og distriktpsikiatriske senter.

## Likeverdighet

Min studie har temaet «Bruker og hjelper – komplementære rolle under gjensidig påvirkning». Den ene rollen er avhengig av den andre, og motsatt. Men rolleparten bruker og hjelper er ikke symmetriske. Kunnskap og makt er nær forbundet med hverandre. Brukeren er avhengig av fagpersonenes kunnskap, og uten denne avhengigheten har verken bruker eller fagperson noen berettigelse.

Likeverdighet er en høyt aktet verdi, og ofte en verdi som løftes frem når det er snakk om brukermedvirkning. Kan et asymmetrisk forhold være et likeverdig forhold? Ja – i forhold til den medmenneskelige dimensjonen. Ja – i forhold til retten til å eie den subjektive oppfatningen om hva som er riktig og viktig og smått og stort i livet. Nei – i forhold til kunnskap og erfaring om psykisk lidelse og tilhørende behandling. Fagpersonen og brukeren må posisjonere seg på en slik måte overfor hverandre at faglige vurderinger foretas på bakgrunn av mest og best mulig informasjon og medvirkning fra brukeren om de subjektive erfaringene i forbindelse

med den psykiske lidelsen. Samarbeidet mellom bruker og fagperson bør preges av gjensidig tillit til, forståelse for og aksept av hverandres roller og funksjon. Uten et slikt samarbeid vil selv den mest kunnskapsrike og erfarne fagperson komme til kort. Lykkes en derimot i samarbeidet med brukeren, vil faglige vurderinger og intervensjoner være treffsikre, virksomme og til det beste for brukeren.

### Behandlings- vs hverdagsperspektiv

Studiens empiri viser at fagpersoner som arbeider med brukere som har alvorlig og langvarig psykisk lidelse, har en rolle som strekker seg fra behandling og intervensjoner i akutte og kritiske faser, til langvarig oppfølging innenfor hverdagslivet. Innenfor denne vide og omfattende rollen, har fagpersonene det samme ansvar for å legge til rette for at brukeren får innfridd sine rettigheter om medvirkning i eget behandlings- og tjenestetilbud. Studiens informanter

tolker dette ansvaret ulikt avhengig av om de definerer sin rolle som rettet mot behandling av lidelsen eller om de retter sin rolle mot brukerens hverdagsliv. Innenfor et behandlingsopplegg legger fagpersonen til rette for at valg og medvirkning ikke bør foregå i større utstrekning enn det som brukeren har forutsetning for å forholde seg til. Bakgrunnen for denne tolkningen er brukerens åpenbare lidelse og normer for god praksis. I sin ytterste konsekvens gir ikke fagrollen rom for medvirkning i det hele tatt. I den andre ytterligheten gir rollen rom for medvirkning til dels på tvers av fagpersonens anbefalinger.

Fagpersoner som har sin rolle innenfor brukerens hverdagsliv, har ikke samme etablerte norm for hva god praksis handler om – til det er historien for kort. Fagpersonene har på den ene siden kunnskap om og erfaring med gode og anerkjente behandlingsformer, men overføringsverdien av denne kunnskapen til brukerens hverdagsliv er ikke like åpenbar. Dette skyldes til dels lovverk og helsepolitiske føringer som i sterk grad vektlegger brukernes rettigheter. Det ser også ut som at det å rette sin rolle mot brukerens hverdagsliv, gir fagpersonen økt sensitivitet for hvor mye inngripen som er akseptert uten at det krenker respekten for den enkelte.

### Som rettighet og ideologi

Brukermedvirkning er beskrevet med utgangspunkt i empowermentideologi og maktteori, noe som er relevant når en skal forklare undertrykte gruppers kamp for likeverdighet og demokrati. Pasienter, og i særdeleshet personer med psykisk lidelse, har en historie som tilsier undertrykking og uverdighet i behandlingen så vel som i samfunnet for øvrig. I det perspektivet er empowermentideologi og brukerrettigheter et tegn på utvikling, redusert stigmatisering og økt demokrati. Denne ensidige forankringen står i fare for å overskygge brukernes rett til helsehjelp, og at helsehjelp kun har sin berettigelse i et asymmetrisk maktfor-

hold. Studiens empiri viser nødvendigheten av å ha begge disse dimensjonene med når brukermedvirkning som rettighet og ideologi skal forklares, tolkes og anvendes gjennom skjønn i daglig praksis.

### Som kvalitetsvariabel

Lovverk og helsepolitiske føringer om hvordan brukerne skal sikres rett til medvirkning, har utelukkende til hensikt at tjenestetilbudet skal bli bedre og at brukeren skal oppleve økt mestring og verdighet gjennom medvirkning og deltagelse i tjenestetilbudet. Deler av studiens empiri viser at fagpersoner vurderer brukermedvirkning som en forutsetning for treffsikre intervensjoner, og dermed også en forutsetning for utvikling av fagrollen. Studiens empiri viser også at brukerrettighetene kan føre til forringelse av tjenestetilbudet og svekket helse og velferd. Dette gir ingen utvikling av fagrollen, tvert imot reiser slike situasjoner spørsmålet om fagrollen reduseres med fare for å grense mot faglig uforsvarlighet. Dette viser at fagrollen påvirkes av helsepolitiske verdier og strømninger og at fagrollen i noen tilfeller kommer i konflikt med profesjonsteori og profesjonsetikk som tilsier at fagrollen skal sikte mot bedring av helse og velferd. For at fagpersoner skal utøve sitt virke i samsvar med profesjonsteori og profesjonsetikk, må brukermedvirkning som rettighet og ideologi sammenholdes med brukermedvirkning som en rettighet som skal sikre kvalitetsforbedring av tjenestetilbudet.

### Som kvalifisert medansvar

Brukermedvirkning som rettighet og ideologi har vært den mest fremtredende delen av dette temaet siden innføringen av pasientrettighetsloven ble i 1999. Helselovgivningen og helsepolitiske dokumenter har alle i seg formuleringer som, i tillegg til brukermedvirkning, sier noe om fagpersoners ansvar for å sørge for at brukeren har kompetanse for medvirkning. Studiens empiri viser at dette i stor



Illustrasjonsfoto: Colourbox

**BRA FOR BEGGE:** Lykkes en med samarbeidet, kan brukermedvirkning være bra for både pleier og pasient.



grad oppfattes som samtykkekompetanse etter helselovgivningens formuleringer, hvilket betyr at nær sagt alle har samtykkekompetanse. På bakgrunn av studiens analyse og drøfting av empiri, kommer det fram at samtykkekompetanse og medvirkningskompetanse ikke kan forstås som likeverdige begrep. Medvirkningskompetanse forutsetter ikke bare forståelse for ulike valg, men også for konsekvensen av valgene. Brukermedvirkning innebærer et medansvar, og hvis det skal være etisk forsvarlig med bakgrunn i fagpersonens yrkesetikk, må brukeren være kvalifisert for medansvar. Fagrollens ansvar i prosessen som skal gjøre brukeren kvalifisert for medansvar går gjennom ekte paternalisme i faglig trygghet for at paternalistiske tilnærminger kan bidra til å styrke brukerens autonomi.

Denne studien er gjennomført som en del av masterstudiet Helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv ved Universitetet i Stavanger. Hensikten med studien var behov for utdypende forståelse av brukermedvirkning som rettighet og ideologi innenfor helsevesenet, og da spesielt innenfor arbeidet med personer med alvorlig og langvarig psykisk lidelse, og ofte sammensatt tjenestebehov. Flere undersøkelser tyder på at idealer og realiteter ikke stem-

mer overens. En dypere forståelse for hvilke konsekvenser brukermedvirkning medfører for fagutøvelsen, vil også gi en dypere forståelse av hva brukermedvirkning som rettighet og ideologi innebærer for brukeren. Jeg håper kunnskapen som har kommet frem vil være til nytte og inspirasjon i det daglige arbeidet med brukergruppen, og at den enkelte bruker opplever at medvirkningen i eget tjenestetilbud virkelig fører til en bedret tilværelse.

**Likeverdighet er en høyt aktet verdi, og ofte en verdi som løftes frem når det er snakk om brukermedvirkning.**

## SØK LPS OM FAGSTIPEND

LPS deler i år ut  
**kr 30.000** i fagstipender

Søknadsfrist for 2011 er 15. april og 15. september

Søknadene sendes til:

Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Psykiatriske Sykepleiere – LPS  
v/leder Kurt Lyngved, Per Helgesens vei 16, 8013 Bodø

E-mail: [kurt.lyngved@gmail.com](mailto:kurt.lyngved@gmail.com)





**KRITISK:** Er legemiddelassistert rehabilitering til størst nytte for ikke-rusmiddelavhengig? spør Nina Berg.

# Langer ut mot LAR

Jeg har valgt å skrive dette innlegget fordi jeg som sykepleier er rystet over at man kan behandle avhengighet med å gi rusmisbrukeren det han eller hun er avhengig av, skriver Nina Berg.

Av Nina Berg

Sykepleier ved Halden fengsel

I møte med hjelpetrequende rusmisbrukere er Legemiddelassistert rehabilitering ikke til å komme utenom, siden det nå satses stort på denne typen behandling, både i Norge og internasjonalt. I mitt møte med enkelte LAR – pasienter forteller de om alvorlige komplikasjoner av behandlingen. Noen av dem har fortalt at de føler seg fanget i en ny avhengighet og føler seg manipulert av staten til å takke ja til en behandling som de over tid kjenner at ødelegger kroppen deres.

Hvem er behandlingen da egentlig helsefremmende for?

**Formålet med legemiddelassistert rehabilitering** er at personer med opioidavhengighet skal få økt livskvalitet, og at den enkelte får bistand til å endre sin livssituasjon gjennom bedring av vedkommendes optimal mestrings- og funksjonsnivå. Formålet er også å redusere skadene av opioidavhengighet og faren for overdosedødsfall.

Legemiddelassistert rehabilitering, LAR, har i praksis utdeling av Metadon eller Subutex/Suboxone til

rusavhengige som sin hovedoppgave. Dette er preparater som er svært likt morfin, og som er grunnlaget for produksjon av heroin .

Metadon og Subutex stopper abstinenser, gir psykisk effekt og virker som en erstatning for heroin. Den nevrobiologiske og psykologiske avhengigheten fjernes ikke av disse medikamentene, og Metadon kan føre til kognitiv svikt hos brukerne. Er det slik at dette medfører økt livskvalitet ?

**Med Subutex og Metadon** sies det at suget etter rus forsvinner, men Metadon har ingen innvirkning på trangten til å innta andre rusmidler. Erfaringer viser at inntak av enhver form for rusmidler, reduserer motivasjonen for å ha rusfrihet som mål. Metadon er det sterkeste vanedannende narkotikum som finnes, og gir enda sterkere fysisk avhengighet enn Heroin. På den måten blir den rusavhengige i LAR fortsatt fanget i avhengighet, og tanken er livslang behandling. Medikamentene virker «emosjonelt forflatende», men kan samtidig gi angst, depresjon og ulike

## FAKTA

- **Nina Berg** er sykepleier med videreutdanning innen rus. Hun har erfaring fra rusmestringsenhet innen akuttpsykiatrien og fra kriminalomsorgen.
- Som sykepleier, ansatt i Halden fengsel, er hun dypt engasjert i rusmestring og rusbehandling. Hun tilbyr NADA akupunktur på rusmisbrukere for å dempe abstinensproblemer. I det følgende retter hun et «kritisk blikk» på LAR – behandling av rusmiddelavhengige.

fysiske lidelser. Var ikke formålet med LAR å redusere skadene av opioidavhengighet ?

LAR gir altså opiater som behandlende legemiddel til rusavhengige. Betyr dette at helsevesenet mener at inntak av opiater er helsefremmende ?

Vi vet noe om at toleransutviklingen til medikamenter øker over tid, og legen må derfor ordinere større dose for å holde abstinensene og effekten av middelet stabilt. Rusavhengigheten og problematikken den medfører øker ved å gi rusmisbrukeren enda en avhengighet. I overført betydning kan LAR medikamentene sees som like helseskadelig som å gi diabetikeren sukker som medisin for sin diabetes.

**Den rusavhengige får ros** for å følge reglene i LAR. De kan da eksempelvis avgi færre urinprøver og få med medikamentdoser hjem. Hvis rusavhengige klarer å «lure med seg» litt Metadon ut i det illegale markedet, får den rusavhengige positive sanksjoner fra venner i rusmiljøet. Da blir spørsmålet: Hvilke sanksjoner er mest positive for brukeren? Og hva blir det egentlige fokuset i behandlingen da?

Behandlingen tillater ansvarsfraskrivelse, og fratrar den rusavhengige troen på at livet ville vært bedre uten opiatet – det være seg legeordinert eller illegalt bruk. Er dette resultatet av nytenkningen i behandlingen av rusavhengige – at det er best å gi opiatet når kroppen skriker etter det, slik de rusavhengige alltid har gjort?

Slik jeg ser det handler LAR ikke om behandling av rusavhengige, men er en systematisk masseordning av opiatet som holder rusavhengige ned. Skulle man have innenfor denne behandlingen er det «ingen vei tilbake», fordi målsettingen til LAR er livslang behandling.

Det er ingen solide holdepunkter som tilsier at LAR reduserer dødeligheten i følge Kunnskapssenteret 2006. De overdoserrelaterede dødsfallene er trolig høyere enn antatt, fordi rusavhengige som dør av lungebetennelse, leversvikt, forgiftninger og trafikkulykker når de behandles i LAR, vil telle i en annen dødsårsaksstatistikk. Personer i LAR kan dø av respirasjonsstans grunnet overmedisinering, men formålet er å redusere faren for overdosedødsfall.

Metadon og Subutex/Subuxone betegnes som et skadereuserende tiltak. Tiltaket er å gi rusavhengige forutsigbar tilførsel av stoff i form av legeordinert Metadon eller Subutex, og derved hindre kriminelle handlinger for å kunne kjøpe narkotiske stoffer. Helsevesenet driver skadereduksjon for samfunnet ved å gi rusavhengige gratis opiatet og pasientrettigheter.

**Mitt møte med LAR** i kriminalomsorgen, er at enkelte innsatte står i fare for å få avslag på 2/3 soning dersom de ikke mottar LAR behandling. Begrun-

nelsen som gis er frykten for en overdose etter løslatelse. Under soning, ser jeg som sykepleier, en mulighet for endring og en ny start etter løslatelse. Men når løslatelsen nærmer seg, sløves de ned på opiatet og settes inn i en LAR behandling, etter det som for mange har vært en rusfri periode under soning.

Hva er målet? Ytterligere avhengighet? Mindre kriminalitet? Redusert dødelighet? Redusere antall søkere til behandling for fortsatt rusfrihet?

**Det er viden kjent** at ved lengre tids rusfrihet øker risikoen for å ta en dødelig dose opiatet ved en «sprekk». Når dette ligger til grunn for at det skal være enklere å komme inn i LAR, så fratas den enkelte tanken om at rusfrihet er mulig. Dette er en risiko tidligere rusmisbrukere har måttet ta for å lykkes i kampen mot rusmidlene.

Er det virkelig slik at jeg eksempelvis burde slutte å kjøre bil fordi det er en fare for at jeg kan dø i trafikken? Ja, kanskje jeg burde det, men jeg velger å ta risikoen.

Jeg skulle virkelig ønske at helsevesenet og den rusavhengige selv våget å ta risikoen på rusfrihet som målsetting. Det er ofte denne «risikoen» vi er så redde for å ta. Som sykepleiere må vi tørre å stå sammen med et annet menneske i de utfordringene som er forbundet med det å ruse seg. Vi må hjelpe den enkelte rusmisbruker til å se at rusfrihet må bli et overordnet mål, i stedet for å bytte ut en rus med en annen. Vi må hjelpe rusmisbrukeren å redde seg selv til rusfrihet.

Veien dit er forbundet med en stor risiko – ja, det er en fare for at ting går ille. Men vi må hjelpe rusmisbrukeren til å sette ord på «hva det er som er så ille at du føler behov for å ruse deg nå – i denne spesielle situasjonen?». Hjelpe dem til det som er best i stedet for det som er minst verst; å få rus legalisert.





**En sykepleier har** enormt mange helsefaglige utfordringer han eller hun må forholde seg til i møte med rusmisbrukeren: absesser, åpne sår, fysiske og psykiske kriser. Ikke minst må vi våge å stille rusmisbrukeren flere eksistensielle spørsmål: Hva ønsker du med livet ditt nå? Ønsker du rusfrihet? Har du det som mål for deg selv nå?

Hvilke andre mål har du for å være i LAR:

- Å løslates etter 2/3 av soningen i fengsel ?
- Å få gratis opiat ?
- Å slippe abstinenser ?
- Å lure unna medikamenter ved utdeling for å kunne betale for en illegal heroindose ?
- Å selge din LAR dose til en ikke-LAR- bruker ?
- Livslang LAR behandling ?
- Å stå på LAR – dose en periode ?

**Er det slik at** den rusavhengige blir spurt om målsettingen deres for å begynne i LAR ?

Har man glemt, eller unnlatt å se at det er rusmiddelet, opiatet eller medikamentet som er roten i rusproblematikken. Det er like skadelig for kroppen uansett hva opiatet kalles, eller hvem som administrerer det. Dette kan føre til ytterligere skade og større fortvilelse hos rusmisbrukeren på sikt. Er det ikke slik at det er primærproblemet som må bekjempes, fremfor legalisering og avkriminalisering?

LAR tilbyr altså rusavhengige et syntetisk opiat som behandlingsform for deres avhengighet. Den rusavhengige er ikke lenger bruker av illegale opiater, men er bruker av legeordinerte medisiner. Dette omdefinerer rusmisbrukeren til en pasient. Men på samme tid blir en person som stoppes av politiet på gata med en flaske Metadon straffet for omsetning av narkotika. Da er det kanskje ikke så rart at en rusmisbruker en gang sa til meg at «LAR er et annet ord for Legemiddel Assistert Rus eller Løgnere Av Rang».

## La oss hjelpe rusavhengige ut av avhengighet – ikke gi dem et tilleggspøblem.

NINA BERG

Etter de nye retningslinjene for LAR er det dessverre ikke lenger noen aldersgrense for inntak i LAR. Sidemisbruk er tillatt og jeg har i min sykepleiepraksis opplevd at ikke-opiatavhengige får LAR-behandling. Med andre ord kan man rekruttere seg selv til LAR behandling. Rusavhengige kan oppleve at staten har blitt deres nye pusher, hvor de må følge pusherens krav for å få mer opiater.

**Jeg vet at mange** er faglig uenig med de ytringene jeg her har kommet med, men jeg vil at det stilles viktige spørsmål når ungdom og rusavhengige skal «fanges» i et slikt behandlingssopplegg. Metadon og Subutex ansees å være helsefremmende fremfor skadelig fordi det er en lege som foreskriver preparatet. Spørsmålet er ikke hva som er skadelig eller fører til avhengighet, men lovligheten, hvor mye som tas, hvem som bestemmer og sosial status.

Hjelp til neste dose skal du få, men ønsker du en hånd å holde i når abstinensen river som verst, eller ønsker du behandling for å bli rusfri er helsevesenet betydelig mindre tilgjengelig.

Å få med seg Metadon/Subutex hjem sees på som belønning for at man ikke har hatt sidemisbruk. Det ser altså ut til å ha effekt å belønne rusfrihet. Dette viser derfor at avhengighet kan være kontrollerbart, og at tanken om at avhengighet er en sykdom ikke holder mål.

**Jeg ser på LAR** som «helsefremmende» for nyttige samfunnsborgere som

møter rusavhengige med stakkarsliggjøring og «omsorg». Dette fordi LAR viser til mindre kriminalitet, redusert overdosefare og pasientrettigheter som medfører at de «samfunnsnyttige» får bedre samvittighet.

Mange sier: Det er jo bedre for en rusmisbruker å få dette gratis enn å fly i rennesteinen å kjøpe og selge. Det er ikke bedre – det er verre! Det som ofte skjer når hjelpeapparatet forsøker å ta kontrollen over livene deres, er at rusmisbrukeren ønsker kontrollen tilbake – heldigvis.

La oss hjelpe rusavhengige ut av avhengighet – ikke gi dem et tilleggspøblem.

### Litteratur

- 1 Askheim O.P. (2009) Brukermedvirkning – kun for verdig trengende ? Om brukermedvirkning i rusfeltet I: Tidsskrift for psykisk helsearbeid
- 2 Fekjær H.O. (2009) RUS bruk. Motiver, skader, behandling, forebygging, historikk Oslo: Gyldendal Akademisk 3. utgave, 1.oppplag
- 3 Furuholmen, D. og A.S Andersen (2007) Fellesskapet som metode – om miljøterapi og rus. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag AS 3. utgave, 1.oppplag
- 4 Holstad, L.O (2008) Livslang avhengighet URL: www.marita.no
- 5 Lie, T. & S. Nesvåg (2006) Betydningen av ulike psykososiale tiltak i rehabiliteringen av opioidavhengige i substitusjonsbehandling – en kunnskapsoppsummering Stavanger: IRIS 161 RLE
- 6 Stokke, A – K (2009) LAR – medikamentelle aspekter I: Utposten Nr. 4 – Årgang 38 Oslo: RMR/ Utposten Side 18 – 21
- 7 www.sa.no (2009) Avkriminalisering gjør vondt verre ( lesedato 05.12.2009 )
- 8 <http://www.sa.no/eceRedirect?articleId=47438887&pu bild=101> Sarpsborg Arbeiderblad nettutgave.
- 9 (2009-12-18 nr. 164) Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR forskriften) § 2

## Spre informasjonen!

### Kontaktperson

**Morten Leivseth**

**Telefon:** 95 81 58 80

**E-post:** mleivs@online.no

### Oslo Kongressenter

29. - 30. mars

#### Dobbeltdiagnose-konferansen

Dobbeltdiagnose-konferansen er en tverrfaglig møteplass. Den arrangeres for 10. gang. I programmet finner du konkrete arbeidsmetoder til inspirasjon og engasjerte formidlere:

- Behandling og rehabilitering – hvilke metoder gir best effekt
- Implementering av nye nasjonale retningslinjer – hva, hvordan og hvorfor
- Erfaringsbasert kompetanse og tverrfaglig samarbeid i fokus
- Faglig oppdatering og synliggjøring av konkrete tiltak som virker
- Pårørende og brukere – for positivt samspill med hjelpeapparatet.

Programmet retter seg mot deg som arbeider klinisk med rus og psykiatri, arbeider med rus og helse, omsorgs- og pleiearbeidere, psykiatrisk helsepersonell, rus- og eller psykiatriske rådgivere/fagpersoner.

### Har du en god idé til et prosjekt?

Frist 1. april

#### Søk prosjektmidler fra ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering gjennom Mental Helse.

ExtraStiftelsen er en stiftelse som består av 27 helse- og rehabiliteringsorganisasjoner, som står bak tv-spillet Extra. Overskuddet fra dette spillet går til frivillige organisasjoners prosjekter innen forebygging, rehabilitering og forskning, og hvert år deler ExtraStiftelsen ut over 200 millioner kroner til ulike prosjekter. Søknader om prosjektmidler fra Extrastiftelsen må gå gjennom frivillige, humanitære organisasjoner. Som en av landets største bruker- og pårørendeorganisasjoner innen område psykisk helsearbeid er Mental Helse blant de organisasjonene som får gjennomslag for flest prosjekter gjennom Extrastiftelsen.

Har du en god idé til et prosjekt? Mental Helse oppfordrer alle som har prosjektidéer innen området psykisk helse, store eller små, om å kontakte dem for å diskutere en prosjektsøknad. I vurderingen av søknadene vil Mental Helse spesielt vektlegge søknader hvor brukermedvirkning integreres i prosjektet.

På ExtraStiftelsen sitt nettsted <http://www.extrastiftelsen.no/> vil du finne viktig informasjon om retningslinjer og søkerveiledning som gjelder for søknader til ExtraStiftelsen.

**Du må registrere deg som søker innen 1. april**

Radisson Blu Royal Garden Hotell, Trondheim

31. mars - 1. april

#### Konferanse om rus i Trondheim

Rusvirkeligheten- hva nytter? Det er temaet for en konferansen om rus i regi av NSF's landsgruppe av psykiatriske sykepleiere. På konferansen behandles blant annet temaene lavterskeltak og sykepleieres rolle i rusbehandling.

### Radisson Blu Royal Garden Hotell, Trondheim

1. - 3- april

#### Lokalgruppelederkonferanse

Lokalgruppelederne i NSF møtes i Trondheim den første helgen i april. På konferansen blir de blant annet oppdatert om arbeidet som utføres ved Nasjonalt kompetansesenter for psykisk arbeid NAPHA.

### Holmen Fjordhotell

5.- 6.april

#### Tvang i psykisk helsevern

Nasjonal konferansen om forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet arrangeres i år på Holmen Fjordhotell i Asker. Arrangør er Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling. Nettverket ble opprettet august 2008, og er forankret ved Institutt for Samfunnsmedisin (ISM) ved Universitetet i Tromsø. Det primære formålet med nettverket er å stimulere til økt forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Nettverket finansieres av Helsedirektoratet. Les mer på [www.tvangsforskning.no](http://www.tvangsforskning.no).

### Clarion Royal Christiania Hote, Oslo

4. - 5. april

#### Nasjonal konferanse om selvmordsforskning og -forebygging

Årets program byr på spennende plenarsesjoner om dialektisk atferdsterapi, mentaliseringsbasert terapi og sorgterapi, samt parallellsesjoner om psykoterapeutiske intervensjoner, sorggrupper, kvinnehelse i relasjon til suicidalitet og suicidal atferd blant etniske minoriteter.

Målgruppen for konferansen er ansatte i spesialhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, alle deler av tjenesteapparatet som kommer i kontakt med mennesker som omfattes av konferansens tema.

Arrangør er Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) i samarbeid med Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE).

# Verv medlemmer til LPS

## Vinn Apple iPad



Vi ønsker nye medlemmer velkommen til LPS, og oppfordrer alle til å delta i vår vervekampanje hvor du kan vinne en flunkende ny Apple iPad.

Den av våre medlemmer som har vervet flest medlemmer frem til 1. mai 2011, får en Apple iPad, som vil bli overlevert vinneren i forbindelse med landskonferansen i Drammen i 2011.

Husk og gi oss beskjed om hvem du har vervet til Charlotte Walther på e-post: [cwalth@online.no](mailto:cwalth@online.no)  
Den som blir medlem nr 2.000 blir også premiert med gratis deltakeravgift til landskonferansen i 2011.

Solstrand hotel og bad, Bjørnefjorden, Bergen

28. - 29- april

### Nordisk kjønnskonferanse

Møt blant andre Märta Tikkanen, Susan Hart, Thore Lagenfeldt, Synnøve Skorge, Kari Lossius og Ingeborg Marie Helgeland på Stiftelsen Bergensklinikkenes Nordiske Kjønnskonferanse. Sentrale tema er «Hvordan skreddersy behandling med kjønn som en sentral dimensjon?» og «På hvilken måte har kjønn betydning for terapi og for psykososialt arbeid med barn, ungdommer og voksne?»

Sted: First Hotell Ambassadeur, Drammen

25. - 27. mai

### Landskonferansen i Drammen

Bli med på LPS landskonferanse i Drammen. Temaet for konferansen er «Optimisme i møtet med mennesker - virksomme relasjoner, perspektiver, metoder og holdninger». Programmet er fylt med spennende tema som skal bidra til inspirasjon og optimisme. Tematikken spenner fra brukerperspektiv og helsefremmende arbeid til forskning og erfaringer innen psykisk helsevern. Vi fokuserer på virksomme relasjoner, perspektiver, metoder og holdninger i møtet med mennesket. Temaene representerer noe av mangfoldet vi som psykiatriske sykepleiere står ovenfor i vårt daglige virke. Vi har sydd sammen programmet i form av plenumsforedrag og parallelle sesjoner fra ulike fagmiljøer.

Påmelding må skje skriftlig pr. fax, post eller elektronisk ved å gå inn på [www.sykepleierforbundet.no/psykiatrisysykepleiere](http://www.sykepleierforbundet.no/psykiatrisysykepleiere). Påmeldingen er bindende. Påmeldingen sendes til: Kurs og kongressservice, LPS, 7340 Oppdal. Fax 72 42 34 40. E-post: [post@kursogkongress.no](mailto:post@kursogkongress.no)

For spørsmål ta kontakt med Kurs & Kongressservice tlf 72 42 34 48

# Annonser

i Psykisk helse og rus

**Vær synlig**  
samtidig som du  
treffer hele  
målgruppen

**Annonsepriser 2011:**

1/1-side kr 4.000

1/2-side kr 2.000

Mindre kr 1.000

Stillingsannonser kr 1.000,-

**For mer info eller bestilling**

kontakt redaktør Morten Leivseth

epost: [mleivs@online.no](mailto:mleivs@online.no)

tlf. 95 81 58 80

