I DETTE NUMMERET: Rusfeltet trenger sykepleiere ■ Hvordan kunne rettspsykiaterne være uenige? ■ Bli med på skrivekurs

Psykisk helse og rus

NR. 2-2013• ÅRGANG 24 NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS

Selvskading

– pasienters erfaringer i psykiatriske avdelinger

Sykepleien

Psykisk helse og rus blir gitt ut av NSF`s Faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus, i samarbeid med tidsskriftet Sykepleien.

REDAKTØR
Kjersti Øvernes
Tlf: 40457969
Kjersti.Overnes@tromso.kommune.no

STYRET
Faggruppeleder
Kurt Lyngved
Tlf. 75 56 55 65/90 55 31 78
Kurt.lyngved@gmail.com
Nestleder
Espen Gade Rolland
Tlf 40842941
esprol@vestreviken.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
Torfrid Johansen
Tlf 99291294
Torfrid.Johansen@vestreviken.no

ABONNEMENT
Bjarte Sælevik
Tlf. 45 45 26 48
Bjarte.saelevik@lyse.net
Eller: abonnement@psykiskhelse-ogrus.no

WEBANSVARLIG:
Unn Elisabeth Hammervold
Tlf. 90936740
unnhvold@online.no

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

Monica Hilsen
monica.hilsen@sykepleien.no

TRYKK
Color Print A/S

FORSIDEFOTO:
Colourbox

NESTE UTGAVE:
5. desember 2013

Innsending av artikler
Skriv artikler helst som word-dokument. Merke bilder tydelig, gjerne med bildetekster i artikkeldokumentet. 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. Epostadresse bør også medfølge.

23 **KURS:** Bli en bedre skribent.

Innhold

NR. 2-2013 • ÅRGANG 24

8 **RUS:** Rusfeltet trenger sykepleiere.

«Utrolig hva en klem kan gjøre!»

Pasientuttalelse i saken om selvskading, side 34

24 **INNSIKT:** Petter Nilsen om sykdommen sin.

4 Fylkesledere SPoR

5 LEDER: Kurt Lyngved

8 Rusfeltet trenger sykepleiere

10 Hvordan kunne psykiaterne gjøre så forskjellige vurderinger?

14 Landskonferansen ga stort faglig utbytte

16 Fikk stipend - skriver bok

18 Bli med på Mørketidskonferansen

23 Bli en bedre skribent

24 Mitt liv med en psykisk lidelse

31 Hva synes syke om NAV-prosjekt?

32 Mer treffsikkert søk på norsk

34 Selvskadende pasienters erfaringer fra psykiatriske avdelinger

FASTE SPALTER

6 Smånytt

12 Tilbakeblikk

22 Aktuelle bøker

SPoR fylkesledere 2012-2013

Liv Bech Johannessen	livbech.johannessen@lds.no	Oslo
Jørgen Due	jorgendue@bbnett.no	Oppland
Torfrid Johansen	torfrid.johansen@vestreviken.no	Buskerud
Bjørg Skjøtskift	Bjorg.Skjotskift@sykehuset-innlandet.no	Hedemark
Charlotte Walther	cwalth@online.no	Østfold
Kontaktperson Charlotte	cwalth@online.no	Akershus
Kontaktperson Charlotte	cwalth@online.no	Vestfold
Gitte Slåtta	Gitte.Slatta@sthf.no	Telemark
Eli Jorid Sveipe	Eli.Jorid.Sveipe@sshf.no	Aust Agder
Bodil Bakkan Nielsen	bodb@online.no	Vest Agder
Peter Hee Andersen	peterhee@lyse.net	Rogaland
Laila Heggernes Forsberg	laila.heggernes.forsberg@helse-bergen.no	Hordaland
Liv Stokkenes Jacobsen	liv.stokkenes.jacobsen@helse-forde.no	Sogn og Fjordane
Anne Synnøve Solvåg	Anne.SynnoveSolvag@molde.kommune.no	Møre og Romsdal
Janne Konstad	Lps.sortrondelag@gmail.com ;jannekonstad@hotmail.com	Sør-Trøndelag
Ingun Haug	Ingun.haug@hnt.no	Nord-Trøndelag
Marit Larsen	Marit.Larsen@bodo.kommune.no	Nordland
Åshild Fause	ashild.fause@uit.no	Troms
Anne-Lill Haabeth	annelillhaabeth@hotmail.com	Finnmark

Følg oss på Facebook

Siste nytt om NSFs faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus finner du på vår facebook-side. Søk på SPoR så kommer du til siden.

LEDER:
Kurt Lyngved

Mange spennende oppgaver venter oss

Enda en sommer er i ferd med å ta farvel for å sende oss inn i høstens praktfulle fargespekter. Høsten er på mange måter grotid og i løpet av noen korte måneder skal mye gjøres. Derfor håper jeg dere alle har hatt fine sommeropplevelser som har gitt ny energi og nytt pågangsmot til å ta fatt.

Sommeren er en tid da velfortjent ferie skal avvikles. Men for at ferie skal kunne gjennomføres kreves det at noen gjør de mange oppgaver som vi til daglig gjør. Det håper jeg har fungert greit slik at de som er avhengige våre tjenester har fått de tilbud som de forventer og har krav på gjennom gode ferievikarordninger der dette er nødvendig.

Mange av dem vi møter som brukere av våre tjenester, enten det er innen psykisk helse eller rusfeltet, sliter med å holde strukturer som organiserer deres liv. Mangel på gode boliger, arbeid, meningsfulle aktiviteter med mer, er fortsatt et problem for mange. Bolig og arbeid er sentralt for alle mennesker, men det er ikke alle som lever med denne trygheten. Dette er forhold vi må bidra til å fokusere på alle arenaer der dette kan gjøres noe med. Vi står foran et valg i år og det minner meg om at politikere er sentrale i forhold til de som bidrar til å legge til rette for gode ordninger til alle i Norge med hensyn til disse forhold. Men særlig ansvar har man for dem som strever med livene sine og som i utgangspunktet har problemer med å komme inn på både arbeids- og boligmarkedet. Individuelle tilpasninger og mye større grad av fleksibilitet er nødvendig for å skape gode vilkår for mennesker som sliter med livene sine. Ordnete bo- og arbeids-/aktivitetsforhold er etter min mening grunnpilarer i verdige liv og representerer mye av det som bidrar til nettopp det å leve meningsfulle liv. Mye annet i livet faller naturlig på plass når dette fungerer og dermed gis andre forhold i tilværelsen mening.

Eldre og psykisk helse og rus har vært områder som har vært forsømt og som gjennom tiden har hatt lite fokus. Dette kan ha mange årsaker og vi ønsker nå å ta fatt i dette for å kunne bidra med våre tjenester der eldre sliter med psykiske problemer og/eller rusproblemer. Derfor har vi sammen med Faggruppen for geriatri og demens og Norsk Sykepleierforbund planlagt en konferanse i Tromsø i november som nettopp skal ha fokus på dette. Vi håper riktig mange har anledning til å delta slik at vi sammen bidrar til å løfte blikket og starte prosesser hvor vi øker vår forståelse på området. Det er ikke slik at det er synonymt å være gammel og ha en dårlig psykisk helse, men for mange eldre er ensomhet og isolasjon et stort problem. Der har vi som sykepleiere som jobber innen feltet psykisk helse og rus noe å bidra med og det vil vi gjøre.

Mange oppgaver innenfor psykisk helse og rusfeltet er store og krever oss i stor grad. Det kan noen ganger virke som høye fjell som nesten er uoverstigelige. I tillegg lever vi i en tid hvor mye skjer veldig hurtig og det kan være vanskelig å henge med i alle de beslutninger og endringer som finner sted. Sykepleiere har gjennom mange år vært med å forme det psykiske helsearbeidet både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Det skal vi fortsette med. Men det krever at vi engasjerer oss og er på de arenaer der beslutninger tas og der vår stemme kan få betydning for de avgjørelser som tas. Vi må derfor fortsette vårt organiserte arbeid for å stadig bidra til å skape bedre psykiske helse og rusarbeid i landet vårt i samarbeid med brukerorganisasjonene og andre naturlige samarbeidspartnere. Kvalitet må være nøkkelordet og verdige liv for alle et utgangspunkt for tjenestene. Derfor har jeg lyst til å berømme dere som jobber i alle lokalgruppene i SPoR rundt i landet for det viktige arbeidet dere gjør. Et arbeid som er en nødvendig forutsetning for å drive et nasjonalt arbeid. Dette er arbeid som de fleste av oss gjør på fritid og som drives frem av vårt engasjement for psykisk helsearbeid på de arenaer vi opptrer på. I travle hverdager kan det kanskje noen ganger oppleves tungt å bruke fritiden til organisasjonsarbeid. Men vissheten om verdien av det vi gjør og interessen for eget fag er drivkraften og ønsket om stadig å kunne bidra til bedre og bedre psykisk helse og rusarbeid fra vårt ståsted.

Høsten bringer mange spennende opplevelser med seg. Jeg har allerede nevnt Mørketidskonferansen som jeg håper riktig mange har lyst til å delta på og som finner sted i Tromsø på en utrolig flott tid av året. Jeg har også lyst til å nevne TVIL-konferansen som går av stabelen i Oslo 25–27. september for dem som kunne være interessert i den.

I tidsskriftet ser du denne gangen også omtalen av skrivekurs som vi satser på å gjennomføre i løpet av høsten. Dette håper jeg det blir stor interesse for og et tilbud som vi kan gi våre medlemmer årlig.

Den meste spennende tiden lever vi der vi er og der vi jobber og har vårt hverdagsliv og jeg ønsker dere hver især en god høst og et godt arbeid. Det vi gjør i dag er også morgendagens synliggjøring av vårt fag og derfor er vi viktige tradisjonsbærere og utviklere innenfor eget fag hele tiden.

Med dette ønsker jeg dere alle en god høst!

Kurt J. Lyngved

Faggruppeleder

Søvnproblemer av ADHD

Mange barn med angst og/eller ADHD har søvnproblemer, viser en undersøkelse utført av barne- og ungdomspsykiater Berit Hjelde. Hos barna i undersøkelsen hang søvnproblemene sammen med økte oppmerksomhetsvansker for alle barna, og med mer følelsesmessige problemer for barna med angst. Hjelde mener at det er behov for økt fokus på søvnproblemer for barn og unge .

Kilde: Ahus.no

Mange har angst

En tredel av førskolebarn med ADHD viser symptomer på angst. Sårbarheten for angst begynner allerede i 3-årsalderen, viser en studie fra Folkehelseinstituttet. Funnene indikerer økt risiko for sameksisterende angstproblemer blant barn med mye ADHD-symptomer.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no

Ni av ti rusmisbrukere er psykisk syke

En norsk studie viser at ni av ti med diagnostisert rusmisbruk eller rusavhengighet, som fikk hjelp i spesialisthelsetjenesten for første gang, også hadde andre psykiske lidelser i tillegg. De fleste tilleggslidelsene var uavhengige av rusmiddelbruken. Mer enn fire av ti hadde kun rusmiddeluavhengige psykiske lidelser, 7 prosent hadde kun rusutløste og 38 prosent hadde både uavhengige og rusutløste psykiske lidelser. Det er psykiater og forsker Anne-Marit Langås ved FoU-avdelingen, Klinikk for psykisk helse og rus i Vestre Viken, som står bak undersøkelsen.

Kilde: Dagens Medisin

«Humor er den korteste avstanden mellom to mennesker.» *Victor Borge*

Dans gir bedre psykisk helse

Dans kan forbedre den psykiske helsen til jenter, ifølge en svensk studie. I studien fikk 59 jenter mellom 13 og 18 år med angst, depresjon og psykosomatiske smerter tilbud om dansetrening to ganger i uken i åtte måneder. Det resulterte i reduserte symptomer, sammenlignet med en kontrollgruppe på 53 jenter med de samme symptomene. Samtlige jenter hadde oppsøkt helsesøster med plagene sine, før de fikk tilbud om trening.

Dansetreningen la vekt på gleden ved å bevege seg, ikke på prestasjoner. Ett år etter at dansetreningen var avsluttet, opplevd 45 prosent av jentene forbedret generell helse. I kontrollgruppen hadde selvopplevd helse blitt forbedret med sju prosent.

Funnene kommer fra en studie ledet av Anna Duberg, fysioterapeut ved Universitetssykehuset i Örebro og doktorgradsstudent ved Örebro Universitet. Hennes konklusjon er at dans kan brukes til å hjelpe tenåringsjenter med psykiske og psyko-somatiske lidelser.

Kilde: Forskning & framsteg/fof.se

Leger undervurderer rusmisbruk

Leger undervurderer hyppigheten av rusmisbruk hos pasienter som blir innlagt ved akuttpsykiatrisk avdeling. Det fremgår av en norsk studie. Mens legene anslo at 28 prosent av 271 innlagte var påvirket av narkotiske stoffer eller alkohol, avdekket blodprøver psykoaktive stoffer i 56 prosent av prøvene. I alt fant forskerne 15 ulike stoffer i blodanalysene, med opptil åtte ulike stoffer i blodprøvene fra én pasient.

Kilde: Dagens Medisin

Søtsaker påvirker avkommet

Risikoen for rusmisbruk kan øke hos barnet hvis mor spiser mye sukker og fett, viser et eksperiment med rotter. Sammenliknet med rotter som spiste vanlig fôr, veide avkommene av mødre som hadde spist fett- og sukkerrik diett i graviditeten, mer som voksne og drakk mer alkohol. Eksperimentet ble utført ved University of Florida.

Kilde: Forskning.no

Rus bak rattet

I 2012 var alkohol fortsatt det rusmiddelet Folkehelseinstituttet fant hyppigst i blodprøver fra bilførere mistenkt for påvirket kjøring. Klonazepam (virkestoffet i Rivotril) var nummer to på landsbasis. Andre stoffer som påvises hyppig er cannabis, metamfetamin, amfetamin og diazepam (virkestoff i blant annet Valium og Vival).

Kilde: Folkehelseinstituttet

Tekst **Johan Alvik** Foto **Colourbox**

Flest barn med ME i Norge

Det diagnostiseres langt flere barn med ME i Norge enn i Sverige og Danmark.Tall fra svenske, danske og norske pasientregistre viser, at mens det i 2011 var 330 norske barn mellom 0 og 18 år med diagnosen ME, var tilsvarende tall i Sverige 74. Tallene for Sverige gjelder barn i alderen 0-17 år. I Danmark var det samme år 24 barn mellom 0 og 18 år med diagnosen.

Kilde: Dagens Medisin

Overfølsomme for lyd

Kvinner som lider av stressrelatert utmattelse kan bli overfølsomme overfor lyder når de er stressa. Selv et lydnivå som tilsvarer en vanlig samtale kan oppleves som smertefullt, ifølge en studie fra Karolinska institutet.

Undersøkelsen omfattet 208 damer og 140 menn mellom 23 og 71 år. Deltakerne opplevde fem minutter med både fysisk, psykisk og sosialt stress. Etterpå undersøkte forskerne hvordan personene opplevde lyd. Det viste seg at kvinner som i utgangspunktet hadde høyt nivå av følelsesmessig utmattelse ble mer sensitive overfor lyder etter stresset. De med lavt nivå av utmattelse reagerte derimot motsatt – og ble mindre følsomme. De samme trendene kunne spores hos mennene, men bare i liten grad.

Kilde: Forskning.no

Rusfeltet trenger sykepleiere

Sykepleiere har verdifull kunnskap som det er behov for i behandlingen av ruspasienter. Av **Stian Tuvnes Ellingsen**, leder SPoR-Buskerud

Jeg jobber i dag på en avrusningsinstitusjon, hvor vi behandler mennesker som har et rusproblem. Rusproblemer er en økende lidelse hos befolkningen og det blir mer vanlig å motta helsehjelp. Man er på god vei til å fjerne noen av fordommene rundt det å ha et rusproblem. Men dagens samfunn og vår kultur er fortsatt svært liberal til selve rusmiddelet, spesielt alkohol.

Rus er sykdom

Ruspasientene har pasientrettigheter og fikk i 2004 spesialisthelsetjenestestatus. Dette innebar at ansvaret fra kommunen ble flyttet inn i sykehusverden. Man fikk en dreining fra at rus er et sosialt problem til at det nå er en sykdom. Diagnosesystemene ICD-10 og DSM-IV skiller ruspasienten inn i skadelig bruk/misbruk og avhengighetsdiagnoser. Dette fører til at man må differensiere behandlingen.

«Sykepleiere er i stand til å ivareta ruspasientensmangfoldige behov.»

Fokusområder

Hvorfor er det så viktig å være sykepleier i rusfeltet?

Jeg velger å dele ruspasienten inn i fire fokusområder, hvor viktige behov må ivaretas:

1) En indre (jeg) struktur: Her blir det viktig å finne ut hvordan motivasjonen er hos ruspasienten, hvordan er psykisk tilstand, hvordan og hvorfor ruser personen seg.

2) En ytre observasjon: Her finner vi ut behovsområder ved å måle blodtrykk, puls, temperatur, blodprøver og urinprøver. Vi tar et klinisk «blikk» over den allmenne somatiske tilstanden og observerer psykisk tilstand ved tester og miljøobservasjoner.

3) En indre (vi) verden: Hvordan er det viktig at vi som sykepleiere framstår overfor ruspasienten? Hvilken kunnskap skal vi inneha? Hvordan ivareta pasientrettigheter og brukermedvirkning? Hvordan skaper vi trygghet og forutsigbarhet i behandlingsforløpet?

4) En ytre verden (samfunnet): Hvordan er de politiske føringene i forhold til rusfeltet, hvilke reformer og regler må vi forholde oss til? Hvordan er NAV-systemet, hva med bolig og økonomi? Hvordan fungerer samhandlings reformen? Hva med taushetsplikt? Har pasienten en individuell plan og ansvarsgruppe?

Ut ifra disse behovsområdene er det ingen tvil om at rusfeltet trenger sykepleiere. Sykepleiere er i stand til å ivareta ruspasientens mangfoldige behov. Vi er opplært i å danne oss et helhetsinntrykk av ruspasientens livssituasjon. Sykepleieren kan møte de utfordringene som oppstår i en rusavhengigs liv på en profesjonell og evidensbasert måte. Ja, til flere sykepleiere i rusfeltet.

TRENGER HJELP: Det blir stadig flere rusmisbrukere, og mange har behov for hjelp. Foto: Colourbox.

Hvordan kunne psykiaterne gjøre så forskjellige vurderinger?

Rettspsykiatrene konkluderte forskjellig om Anders Behring Breivik - og kampen mellom det medisinske og det humanistiske perspektivet på psykiske lidelser ble synlig for hele befolkningen.

Av **Ole Greger Lillevik**, førstelektor, master i helsefag, Høgskolen i Narvik

Etter dommen i 22. juli-rettssaken er det mange som sitter igjen med undring og spørsmål om hvordan det er mulig at to ulike rettsoppnevnte sakkyndigepar, som før rettssaken ble sett på som blant de fremste ekspertene på psykiske lidelser, kunne gjøre to vidt forskjellige diagnosevurderinger. Den ene vurderingen konkluderte med at Breivik hadde en psykotisk psykisk lidelse og den andre konkluderte med at han ikke var psykotisk. Konklusjonene ble gitt av rettspsykiatere etter usedvanlig omfattende observasjoner, mange samtaler og grundige vurderinger av observanden. Til tross for denne grundigheten av den psykiatriske ekspertisen ender fire eksperter ut med to diametralt forskjellige konklusjoner når det gjelder spørsmålet om Breivik var og er psykotisk eller ikke. Hvordan kan dette være mulig?

Tilbakeblikk

Når vi skal prøve å forstå hvordan dette er mulig må vi gå til den grunnleggende forståelsen av psykiske lidelser, og jeg vil ta utgangspunkt i noe av det jeg skrev i en kronikk i tidsskriftet Sykepleien i 2010:

På 1600-tallet utviklet filosofen René Descartes en tenkning basert på et mekanisk verdensbilde. Det var da vanlig akseptert å betrakte menneskekroppen ut fra en maskinmodelltenkning, og maskiner er bygd opp av deler som kan plukkes fra hverandre, og settes sammen igjen. Dersom noe er galt med en maskin, kan man reparere den ødelagte delen. Descartes mente at mennesket kunne deles i to ulike vesener, sjelen (det tenkende) og materien (kroppen). Materien, eller kroppen blir forstått med mekanikken alene (mekanistisk materialistisk verdensbilde). Dette ga grobunn for en maskinfeilmodell, der kroppen ses på som en maskin som det kan oppstå feil ved.

Naturvitenskapen har på mange måter tatt med seg dette mekaniske verdensbildet, og moderne medisin bygger nettopp på denne tenkningen. Den moderne psykiatri er blitt etablert slik vi kjenner den i dag fordi medisinen som disiplin begynte og interessere seg for menneskelig galskap, og legene tok med seg den biomedisinske arven inn i forståelsen av psykisk sykdom. Naturvitenskapen og det biologiske perspektivet har objektivitet og absolutt sannhet som gullstandard, og vitenskapsmannen skal kunne sette to streker under svaret. For å sikre objektivitet og vitenskapelig sannhet er det viktig å fjerne alle forstyrrende elementer. I medisinen er idealet å kunne gjøre nøyaktige uforstyrrede målinger ved hjelp av diagnostiske verktøy. Dette idealet er adoptert av den medisinske psykiatrien, og rettssaken etter 22. juli viste hvordan Sørheim og Husby gjennomført diagnostiske undersøkelser ved hjelp av standardiserte diagnostiske verktøy. Troen på at deres verktøyet skulle kunne måle sykdom objektivt og uforstyrret av andre elementer enn sykdommen selv var åpenbart til stede. Sørheim og Husby uttalte eksplesitt at de ikke ønsket å blande inn kontekst som for eksempel politisk forankring.

Et paradigme kan forstås som en gjengs måte å forstå eller oppfatte et fenomen på, og i årenes løp har det

hersket ulike paradigmer i psykiatrien. I begynnelsen av forrige århundre var optimismen stor på at man kunne reparere hjernen hos den psykisk syke, og en medisinsk tenkning i psykiatrien hadde sterkt fotfeste. Etter hvert var det mange i fagmiljøet som forsto at psykisk sykdom må forstås i sammenheng med mange faktorer, og vi fikk framvekst av en humanistisk psykiatri, hvor psykisk helse ble sett i sammenheng med kontekst og det levde liv.

Gjennom eget arbeid i psykiatrien er det min oppfatning at det i deler av fagmiljøet har vokst fram en ny sterk tro på den objektive medisinske psykiatrien, og slik jeg ser det representerer den første sakkyndige erklæringen denne spesielle formen for perspektiv på psykiske lidelser.

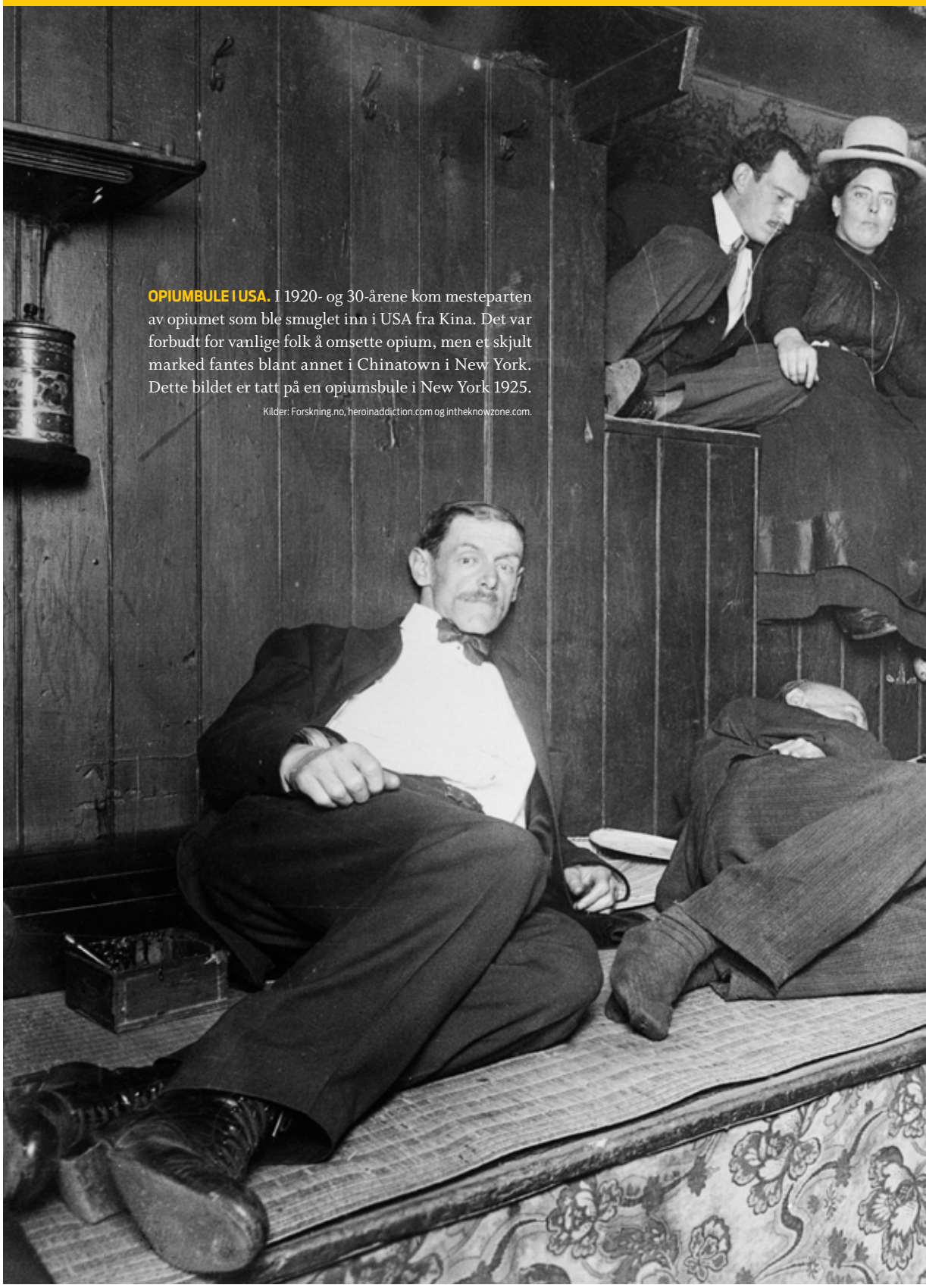
Etter dommen i 22. juli-rettssaken uttalte Johan Cullberg til Aftenposten.no (24. august) at den første kommisjonen (Sørheim og Husby) hadde sin stolthet i å ikke bry seg om kontekst, og at rapporten var et uttrykk for en rein medisinsk psykiatri som bedømmer symptom og tegn uten innblanding av hvilke grunner personen har hatt.

Viktig dom

«Kampen» mellom det medisinske og det humanistiske perspektivet på psykiske lidelser har gjennom rettssaken og dommen blitt synlig og kjent for hele befolkningen. Dommen var et usedvanlig grundig og faglig oppgjør med en ensidig medisinsk måte å forstå psykiske lidelser på. I så måte er også dommen en viktig melding til alle fagfolk, pårørende og pasienter i psykiatrien. Psykiatrien er ikke en medisinsk disiplin med objektive kriterier. Diagnoser er ikke objektive enheter som finnes her i verden i kraft av seg selv. Diagnoser er menneskeskapte konstruksjoner som påvirkes av historisk og kulturell kontekst. Det som var frisk før kan bli sett på som sykt nå og det som er sykt nå kan bli sett på som frisk om noen år. På samme måte kan det som forstås som sykt i en kulturell sammenheng bli sett på som frisk i en annen. Psykiatrien skal ikke være en forklarende men en forstående disiplin. Vi som jobber der skal undre oss mer, vi skal lytte mer og vi skal prøve å forstå mennesket i en kontekstuell sammenheng uten bestandig å ty til psykiatriske diagnoser. ■

«Dommen er en viktig melding til alle fagfolk, pårørende og pasienter i psykiatrien.»

TILREGNELIG: De to første rettsoppnevnte sakkyndige psykiaterne konkluderte med at Anders Behring Breivik var psykotisk og derfor strafferettslig utilregnelig. De to nye psykiatrisk sakkyndige fant Breivik strafferettslig tilregnelig. Foto: Scanpix/ AP Photo/ Frank Augstein.



OPIUMBULE I USA. I 1920- og 30-årene kom mesteparten av opiumet som ble smuglet inn i USA fra Kina. Det var forbudt for vanlige folk å omsette opium, men et skjult marked fantes blant annet i Chinatown i New York. Dette bildet er tatt på en opiumsbule i New York 1925.

Kilder: Forskning.no, heroinaddiction.com og intheknowzone.com.

Tekst **Johan Alvik** Foto **Scanpix/Bettmann/CORBIS**

GJORDE GODT ARBEID: Arrangementskomiteen for landskonferansen 2013, styret i SPoR Nord-Trøndelag: Monica Sjømæling, Linda Jørstad, Leder Ingun Haug, Anne Grethe Sjøbakk Lund, Gunbjørg Westerfjell, Kari Alstad , Anja Chatharina Back.

Stort faglig utbytte

Landskonferansen i Trondheim ble et vellykket arrangement, med mange interessante foredrag. Tekst og foto **Olav Bremnes**

SPoR sin årlige forskningsdag og landskonferanse ble avviklet i Trondheim 5. - 7. juni 2013. Lokalgruppa i Nord-Trøndelag og landstyret hadde ansvar for arrangementet som hadde tittelen «Levva livet - psykisk helse i livsløpsperspektiv».

Brukere og fagpersoner med ulik fagbakgrunn holdt foredrag som på en god måte viste ulike perspektiv og ulike former for god hjelp.

De ulike forelesningene legges ut på SpoR sin hjemmeside fortløpende som de kommer oss i hende.

Styret i SPoR ønsker å takke arrangementskomiteen og alle andre bidragsytere for en vel gjennomført konferanse!

Foredragsholdere

PhD i sosiologi **Astrid Helene Skatvedt** holdt foredrag om bedringsprosesser og psykisk helse.

Psykiatrisk sykepleier og dr. polit, **Eva Langeland**, fortalte om betydningen av salutogenese og helsefremming.

Psykiater **Lars Weisæth** hadde foredrag om traumer etter 22/7, forskning på langtidsvirkning hos berørte og pårørende.

Kari Kvaal, professor i psykisk helsearbeid, holdt foredrag om utfordringer innen praksis og forskning.

Psykiater **Sara Germans** holdt foredraget «Fra krisemaksimering til krisenimalisering».

Kenneth Ledang holdt foredrag om «Eldre og psykisk helse – utelatt eller glemt? Nye nasjonale føringer».

Petter Nilsen fortalte om veien tilbake til yrkeslivet, og hvilke utfordringer han har møtt på veien.

Leder i NAPHA **Trond Hatling**, holdt foredrag om ekspertrollen på individ- og systemnivå.

– Brukere og pårørendes bidrag er viktige

Erfaringer fra brukere og pårørende er det leder Kurt Lyngved trekker frem først, når han skal oppsummere høydepunkter fra årets Landskonferansen for sykepleiere innen psykisk helse og rus. Tekst **Roald Lund Fleiner/napha.no**

Det brukere og pårørende bidrar med på slike samlinger blir veldig viktig for hvordan vi innretter tjenestene. Erfaringskunnskap og fagkunnskap er likeverdige. Begge deler må være til stede for at man skal kunne gi et godt tilbud, sier Lyngved, som er leder for Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus.

5.-7. juni hadde faggruppen landskonferanse i Trondheim med tittelen «Levva livet – psykisk helse i et livsløpsperspektiv».

– Vi hadde blant annet en bruker som snakket om det å komme tilbake i arbeid, og jobbens betydning i hans liv. Den historien sitter godt igjen i ryggmargen hos meg når jeg skal oppsummere, sier Lyngved.

Foreldre som pårørende

Også foreldrene til en jente som hadde hatt store psykiske problemer, med blant annet selvskading, gjorde inntrykk.

– De fortalte godt om hva det gjør med en familie å gå rundt med denne utryggheten, sier Lyngved.

Han vil også trekke frem sosiolog Astrid Helene Skatvedt, som holdt innlegget «Alminnelighetens potensial – om bedringsprosesser og psykisk helse i et sosiologisk perspektiv».

– Hun snakket blant annet om måten hjelpere og brukere snakker til hverandre på, og at en vennskapelig og til og med litt røff tone kunne være uttrykk for et «kjærlighetsspråk» som vitner om en god relasjon, sier Lyngved.

POSITIV UTVIKLING: -Vi jobber mye mer sammen med andre faggrupper nå enn vi gjorde for tyve år siden, sier Kurt Lyngved. Foto: Trond Hatling/NAPHA.

Han kjenner seg igjen i dette.

– Det er viktig at vi som hjelpere har en åpenhet og møter folk som mennesker. Det handler ikke om å blottstille hele sitt liv, men om å ha en åpen holdning mot verden. Gjennom en vennskapelig tone kan du vise at du er genuint interessert i den andre, som da ser at du vil vedkommende vel, mener Lyngved.

Stipend til bok

Det ble for andre gang delt ut stipend på 75 000 kroner, gjennom Marie Lysnes´ stiftelse.

– Stipendet gikk til psykiatrisk sykepleier May Bente Hagen, som også har erfaringskompetanse som bruker. Hun skal være redaktør for en bok om miljøterapi i forhold til pasienter med traumerelaterte psykiske lidelser som følge av vold i nære relasjoner i oppveksten, forteller Lyngved.

Mer samarbeid

Han har ledet faggruppa for sykepleiere innen psykisk helse og rus de siste tre årene, og vært aktiv i gruppa gjennom mange år før det.

– Det er tyve år siden jeg første gang var på en sånn konferanse. Vi jobber mye mer sammen med andre faggrupper nå enn vi gjorde for tyve år siden. Jeg ser også at erfaringskompetanse har fått en mye sterkere status. Det påvirker vårt fag på en god måte, mener Kurt Lyngved.

Vil øke kunnskapen om traumer etter vold

– Helsepersonell vet for lite om pasienter som sliter med psykiske lidelser etter vold i nære relasjoner, sier May Bente Hagen. Hun har fått stipend for å skrive bok om temaet.

Tekst **Johan Alvik** Foto **Unni Tobiassen Lie**

May Bente Hagen (52) er psykiatrisk sykepleier og har jobbet ved ulike avdelinger innen psykiatrien. Hun er også utdannet gestaltterapeut og har en mastergrad i helse- og sosialfag. I år fikk hun stipend på 75 000 kroner fra Marie Lysnes´ stiftelse for å skrive bok.

– Boken skal handle om miljøterapi i forhold til mennesker som har fått psykiske lidelser etter vold i barndommen, sier May Bente Hagen.

Hagen har utviklet en ny teori om miljøterapi mot denne pasientgruppen, og teorien blir forklart i boken. Hun skal gi den ut sammen med António Barbosa da Silva, som er professor i psykisk helsearbeid og helseetikk ved Ansgar Teologisk Høgskole.

Hun snakker av erfaring.

– Jeg har opplevd vold. Jeg har også erfaring som bruker av psykisk helseomsorg, både fra den lokale psykiatritjenesten og ved Modum Bad. Jeg har erfart at det er en vesensforskjell mellom disse to tilbudene. Ved traumeavdelingen på Modum Bad har sykepleierne solid kunnskap om traumer. I lokalpsykiatrien, eller psykiatrien generelt, er det min erfaring at det er altfor få som har denne kunnskapen, sier Hagen.

Hun håper at dette vil endre seg på sikt.

– Pasienter som strever med psykiske lidelser som følge av alvorlige relasjonstraumer, har behov for å bli møtt med kunnskap, respekt og omsorg fra kvalifisert helsepersonell. Vold mot barn bør være et obligatorisk emne i alle profesjonsutdanninger der studentene senere vil komme i kontakt med barn, sier Hagen.

«Det er tilfeldig om man får riktig hjelp når senskadene melder seg.»

Har vært pasient

Hagen ønsker at boken skal bli brukt som lærebok i utdanningen av sykepleiere og annet helsepersonell.

– Det er lite undervisning om psykiske lidelser som følge av vold i barndommen, og det er tilfeldig om man får riktig hjelp når senskadene melder seg i voksen alder, sier Hagen.

Glad for støtten

May Bente Hagen er styremedlem i SPoR Buskerud, og det var et av de andre medlemmene der som tipset henne om at hun kunne søke stipend fra Marie Kristofa Lysnes stiftelse for å skrive bok. Hagen søkte, og fikk stipend.

– Jeg ble kontaktet av forvalter av Marie Lysnes Stiftelse, Kjell-Henrik Hendrichs på telefon, som fortalte at jeg hadde fått stipendet. Det var en uventet og gledelig overraskelse, sier Hagen.

– *Hva betyr det for deg å få stipendet?*

– Økonomisk letter det absolutt gjennomføringen av skrivearbeidet, da jeg er uten fast arbeid på grunn av helsen. Men det betyr også at temaet jeg vil skrive om, er av interesse for faggruppen vår, og det synes jeg er veldig positivt. Det oppleves som en anerkjennelse som motiverer skrivearbeidet, sier May Bente Hagen.

Første stipend i fjor

Marie Lysnes stipend ble første gang delt ut i fjor. Da fikk Anne Grete Orlien 75 000 kroner for å skrive bok om hvordan det er å få en alvorlig diagnose.

Kvinnen som stipendet har fått sitt navn etter, Marie Kristofa Lysnes, døde i 2004. Ifølge Kjell-Henrik Hendriks var Lysnes en foregangskvinne innen psykiatrisk sykepleie. Hun ville at alt som ble igjen etter henne skulle gå til en stiftelse, og at pengene skal brukes til å heve kvaliteten på sykepleierutdanningen og det psykiske helsefeltet.

REDAKTØR: Sykepleier May Bente Hagen har fått stipend for å lage bok om miljøterapi.

Velkommen til mørketidskonferanse

Eldre og psykisk helse er temaet for mørketidskonferansen som arrangeres i Tromsø i november.

Det er en stor glede for oss å ønske velkommen til mørketidskonferanse i Tromsø, 28. - 29. november 2013. Vi har lenge hatt et ønske om å lage en konferanse med fokus på eldre og psykisk helse.

Temaene for konferansen vil rette seg mot opplevelsene av ensomhet og isolasjon hos eldre og noen av konsekvensene av dette i form av meningsløshet, rus, selvmordsproblematikk m.m. Samtidig er vår intensjon å fokusere på at mange har en god psykisk helse og lever meningsfulle liv i denne delen av livsløpet.

Vi ønsker at formidlingene skal synliggjøre noe av det mangfoldet vi står i innenfor områdene geriatri, demens, psykisk helse og rusfeltet i den virkelighet vi lever i. Programmet vil inneholde både plenums- og parallellsesjoner med ulike vinklinger og perspektiver. Vi håper også at programmet engasjerer deltakerne på konferansen til deling av erfaringer og refleksjoner rundt tematikken.

Vi håper at programmet gjennom ulike perspektiver vil sette fokus på brukere og pårørende, folkehelse og helsefremmende arbeid, fag- og erfaringskompetanse og forskning som er relatert til temaene.

Konferansen arrangeres av Norsk Sykepleierforbund, NSFs Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens (FGD) og NSFs faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus (SPoR).

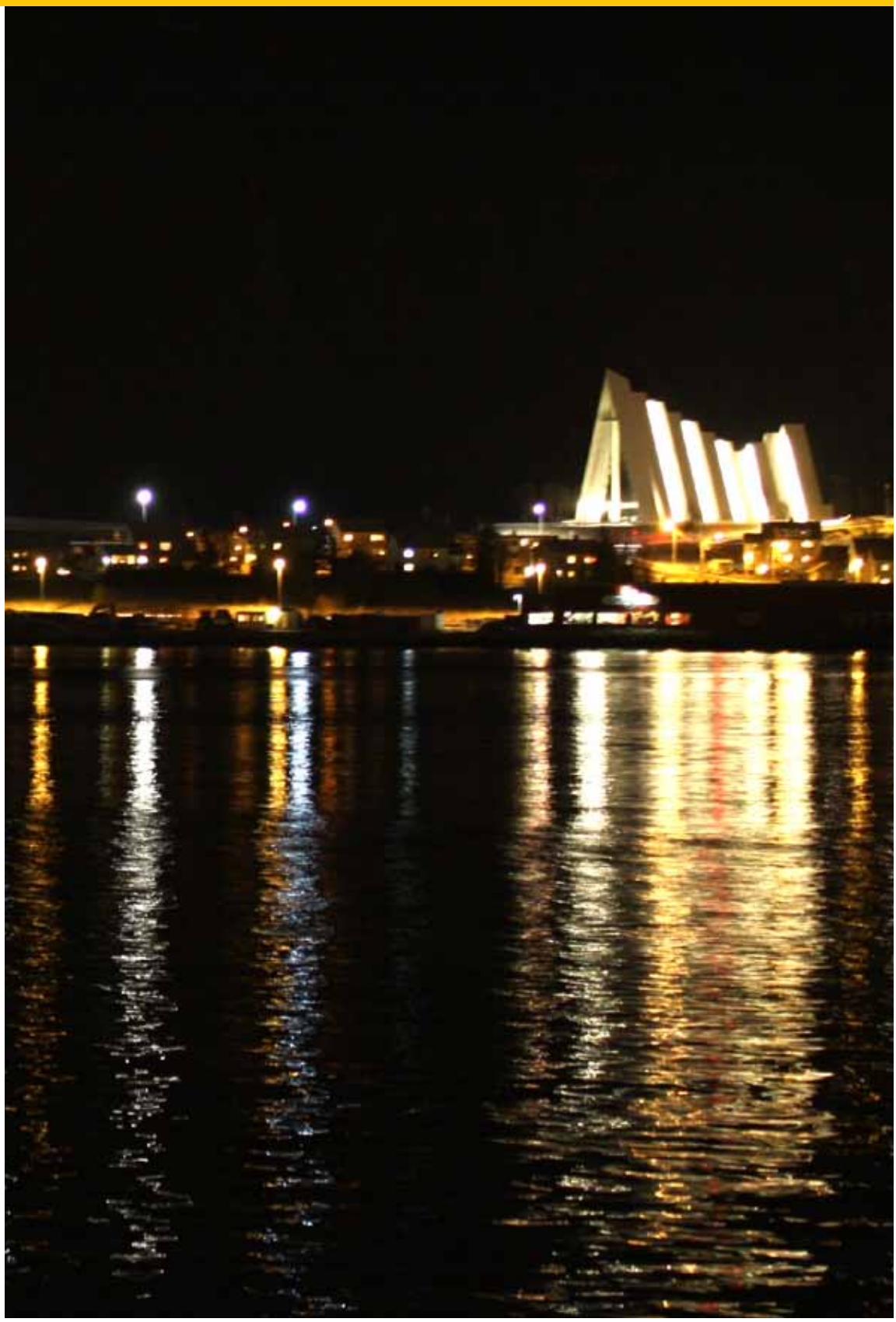
Igjen, velkommen til spennende faglige og sosiale dager i Tromsø.

Komitémedlemmer:
Cecilie Olsen, leder FGD
Kurt Lyngved, leder SPoR
Svein Roald Schømer-Olsen, NSF
Hilde Fryberg Eilertsen kasserer, FGD
Kjersti Øvernes, styremedlem SPoR
Torill Sæterstrand, nestleder FGD
Espen Gade Rolland, nestleder SPoR

Her er foreløpig program for konferansen:

TORSDAG 28. NOVEMBER	
09.30	Åpning av konferansen ved NSF og faggruppene. En hilsen fra Tromsø
10.00	Eldre og psykisk helse v/Tove Gundersen
10.45	Selvmord blant eldre – tar vi det på alvor? v/Henning Herrestad
11.30	Pause
11.45	Eldre hjemmeboende og psykisk helse v/Arvid Birkeland
12.30	Lunsj
13.30	Brukerrepresentant/pårørenderepresentant
14.15	Pause
14.30	Erfaringer, tidlig intervensjon og sykepleiers rolle, eldre og rusmisbruk Oslo v/Marcus Nøstdahl
15.15	Pause
15.30	Parallellsesjoner
17.00	Avslutning av fagprogrammet
20.00	Festmiddag på Radisson Blu

FREDAG 29. NOVEMBER	
08.30	Åpning av dagen ved faggruppene. Kulturelt innslag
08.45	NSF's strategi for psykisk helse og rus v/Svein Roald Schømer-Olsen
09.15	Pause.
09.30	Samer snakker ikke om helse og sykdom v/Berit Bongo
10.15	Pause
10.45	Eldre og psykisk helse – utelatt og glemt? Nye nasjonale føringer v/Kenneth Ledang
11.30	Lunsj
12.30	Erfaringer fra 1. linje arbeid med eldre og det kommunale tjenesteapparatet v/Fredrik Hansen
13.15	Pause
13.30	Seniorsentrene – en viktig arena for forebygging. v/Bjørg Tryti
14.15	Avslutning av konferansen



Foredragsholdere

Tove Gundersen er generalsekretær i Rådet for psykisk helse og psykiatrisk sykepleier med hovedfag i helsefag fra Universitetet i Oslo. Hun har mer enn 20 års erfaring fra ledelse i spesialisthelsetjenesten.

Henning Herrestad er arbeidende styreleder for LEVE – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord, spesialrådgiver ved RVTS Øst ved OUS og koordinator for sorgtjenesten i stiftelsen Fransiskushjelpen. Han er dr.philos. og filosofisk praktiker. Han har arbeidet med selvmordsforebygging som førsteamanuensis ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og selvmordsforebygging ved UiO.

Om foredraget: Menn over 85 år har den høyeste selvmordsraten i Norge. Enkelt sagt velger de å dø for egen hånd framfor å godta de livsvilkårene de ser foran seg. Disse livsvilkårene er preget av deres plager og sykdom, men også av samfunnets holdninger til og behandling av eldre. Nesten all selvmordsforebygging er fokusert på ungdom og på pasienter i psykiatrisk behandling. Gjør det at vi forstår at de velger døden, at vi for lett godtar at dette skjer?

Arvid Birkeland har hovedfag i sykepleievitenskap og er førstelektor ved Høgskolen i Stord/Haugesund. Han har arbeidsbakgrunn fra hjemmesykepleien og fra psykisk helsearbeid, både akuttpsykiatri og psykiatrisk senter i Haugesund. Han har forsket noe på hjemmesykepleie, eldre og ensomhet og har følgende publikasjoner: Birkeland, A og Natvig, G. K. (2008). Gamle hjelpetrengende og alene. Vård i Norden. Birkeland, A og Natvig, G. K. (2008). Eldre som bor alene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning. Birkeland, A. (2013). Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. Sykepleien Forskning. Bok: «Sykepleie i hjemmet», 2011.

Marcus Nøstdahl er prosjektkoordinator i Nettverket eldre og rusmisbruk Oslo. Han er sykepleier med lang fartstid innen rusarbeid i Oslo kommune, blant annet som fagansvarlig ved Sprøyterommet. Nøstdahl vil i sitt foredrag komme inn på bakgrunnen for prosjektet, funn og erfaringer. Hva er tidlig intervensjonen, og hvorfor hos denne gruppen, helseperspektivet og sykepleiers rolle, samtaleintervensjon.

TROMSØ

Tromsø by representerer mørketiden på denne tiden av året, den er den største byen i Nord-Norge, den sjuende største bykommunen og den niende største byen i Norge. Siden omkring 1840 har byen hatt tilnavnet «Nordens Paris».

Byens største arbeidsplasser er Universitetet i Tromsø (UiTø) og Universitetssykehuset Nord-Norge. Framsenteret ble opprettet 29. september 2010 og huser blant annet Norsk Polarinstitutt, som har sitt hovedsete i Tromsø. Nordlysobservatoriet ble opprettet i 1928, og to bedrifter tilknyttet Kongsberg Gruppen henter ned satellittdata fra verdensrommet på oppdrag fra inn- og utland. Fiskeindustrien har stor betydning. Norges Råfisklag og Eksportutvalget for fisk har sine hovedkvarter i Tromsø. Også SpareBank 1 Nord-Norge har sitt sete i byen. Tromsø er sete for Troms fylkeskommune, Fylkesmannen i Troms og flere mindre institusjoner, og omkring 50 % av arbeidsplassene er i offentlig sektor.

Tromsø kommune fikk sin nåværende utstrekning 1. januar 1964, da bykommunen ble slått sammen med nabokommunene Tromsøysund, Hillesøy og Ullsfjord. Tromsøregionen består av kommunene Tromsø og Karlsøy, og er siden 2003 en av 16 byregioner i Norge. Siden 2010 inngår kommunene Tromsø, Karlsøy og Balsfjord i Tromsø-områdets regionråd. Tromsø kommune hadde 70 818 innbyggere per 1. april 2013, men med tilstrømningen av studenter bor det over 75 000 mennesker i kommunen store deler av året. Rundt 58 000 mennesker bor i bymessige strøk, mens resten bor spredt over hele kommunen.

Foto: Robert Greiner/NRK

Svein Roald Schømer-Olsen er spesialrådgiver Norsk Sykepleierforbund, avdelig for sykepleie og profesjonsutvikling.

Berit Bongo er 1. amanuensis i helsefag, Høgskolen i Finmark.

Kenneth Ledang er utdannet psykiatrisk sykepleier og har snart 30 års erfaring fra psykiatrien og psykisk helsearbeid. Han har vært leder og kliniker i kommunalt psykisk helsearbeid, jobbet som behandler i voksenpsykiatrisk poliklinikk og vært ansatt som faglig rådgiver innen psykisk helsearbeid hos Fylkeslegen/Fylkesmannen i Nord-Trøndelag. I dag er han seksjonsleder for Seksjon alderspsykiatri ved Sykehuset Namsos og har i tillegg et engasjement som faglig rådgiver ved Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

Fredrik Hansen har jobbet som psykolog for eldre i Askøy kommune siden 2010. Tema for hans foredrag vil være erfaringer fra arbeidet med eldre i kommunehelsetjenesten, samhandling og tverrfaglig arbeid med andre aktører i kommunen (institusjon, åpenomsorg m.fl.) og typiske problemstillingen han møter i den eldre populasjonen.

Bjørg Tryti har jobbet som fagkonsulet ved seniorsentrene i Bærum kommune siden 2008. Hun er utdannet psykiatrisk sykepleier, med videreutdanning innen kognitiv terapi og veiledning. Hun har erfaring fra spesialisthelsetjeneste i både somatikk og psykiatri og for kommunehelsetjenesten. Er opptatt av relasjoner, fagutvikling og forebyggende arbeid.

Frie foredrag

Torsdag 28. november kl. 15.30 – 17.00.

Tema: Sykepleie innen fagfeltet eldre, psykisk helse og rus. Det inviteres til muntlige innlegg med 20 min + 5 min spørsmål (totalt 25 min).

Vi ønsker innlegg om fagutviklingsarbeid, forskningsprosjekt og gode eksempler fra praksis innen fagfeltet eldre, psykisk helse og rus.

Abstract om fagutviklingsarbeidet/forskningen kan ha inntil 250 ord.

Abstract sendes: Torill Sæterstrand, e-post: torill.saeterstrand@gmail.com innen 01.10.13

Det er kun elektronisk påmelding. Vi ber om at abstractene skrives i Word.

PRAKTISKE OPPLYSNINGER	
Tid/sted	Radisson Blu hotell Tromsø, 28. – 29. november 2013
Deltakeravgift	kr 1300,- I deltakeravgiften inngår faglig program, kaffepauser, lunsj torsdag og fredag samt festmiddag torsdag. Tillegg til deltakeravgiften for ikke-medlemmer i NSF: kr 500,-
Overnatting	Kr 1125,- per natt. Bestilles av den enkelte deltaker direkte til hotellet via nettsidene til faggruppene eller telefon 02525, oppgi bestillingskode SYKE13. Etter 14.10.13 gjelder hotellets egne priser
Påmeldingsfrister	Påmelding etter 30. august 2013 påløper et gebyr på kr. 500,-. Ved påmelding etter 14. oktober og frem til konferansestart påløper et gebyr på kr 1000,-
Påmelding	Må skje elektronisk. Påmeldingen er bindende. Gå inn på nettsidene til faggruppene: www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/psykiatriske-sykepleiere www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleiere-i-geriatri-og-demens Spørsmål vedrørende påmelding rettes til Anne Margrethe Sandberg. Kontaktinformasjon: e-post: anne.m.sandberg@hint.no Tlf: 74212328 / 90518790
Betalingsform	Ved elektronisk påmelding vil du få en bekreftelse på skjermen, som du skriver ut. Faktura sendes ut i henhold til bestilling
Avbestilling	Kun skriftlig avbestilling(per mail). Avbestilling før 14. november refunderes 50 % av deltakeravgiften, avbestilling etter 14. november refunderes ikke

Aktuelle bøker

Tekst **Johan Alvik** Omslagsfoto **Forlagene**

BOKOMTALE

Narkoman i familien

Broren min handler om å ha en rusavhengig i familien. Den handler om julegaver som blir ryddet bort, flybilletter som aldri når så langt som til innsjekking, og om en hverdag som kan snu på to minutter. Og den handler om en lillesøsters kjærlighet til broren sin.

Eline Johnsen Helledal (f. 1991) vant A-magasinets reportasjekonkurranse i 2010 for artikkelen «Livet på pause», som handlet om å leve med en narkoman bror. Broren min forteller hele historien om Eline og Henrik. Vi får også innblikk i Henriks verden, gjennom hans egne tekster.

Broren min, Gyldendal

BOKOMTALE

Hjelp til angstpasienter

I denne boken oppsummerer ledende fagfolk kunnskapsstatus for angstlidelser og deler egne erfaringer og synspunkter på hva som skal til for å sikre at god hjelp blir tilgjengelig. Bare et fåtall med angstplager får stilt riktig diagnose, og et mindretall får adekvat behandling. Svært mange blir derfor langtidssykmeldt eller uføretrygdet. Barn med angstlidelser kan utvikle tilleggsproblemer som depresjon og rusproblemer. Skal mennesker med angstlidelser få virksom behandling, kreves satsing på utdanning, videreutdanning av helsepersonell og bedre organisering av behandlingstilbudet, skriver forlaget i omtalen av boken.

Hvordan sikre angstpasienter kunnskapsbasert behandling? Universitetsforlaget

BOKOMTALE

Spaltet personlighet

Forfatteren utviklet spaltet personlighet, som følge av store påkjenninger. Dette er historien om veien tilbake til å bli et helt menneske. I innledningen til boken skriver forfatteren Inger Eggen: «Jeg utviklet en spaltet personlighet, noe jeg ønsker å vise er en normal menneskelig reaksjon på unormale og ekstreme livserfaringer. Veien mot integrering og heling er lang og tung, den tar år med hardt arbeid. Dissosiasjonen var min redning og trøst som barn og ung kvinne. Den ble mitt livs nederlag som godt voksen.»

I boken har psykologens funksjon og rolle i behandlingen en sentral plass.

Fra traumer til vonde minner, Universitetsforlaget

BOKOMTALE

Arbeidsliv og psykisk helse

I Norge står nesten 700 000 personer i yrkesaktiv alder helt eller delvis utenfor arbeidslivet. Personer med psykiske helseproblemer utgjør en stor og økende andel av disse, ifølge forfatterne av boken. Boken beskriver metoder for å dempe effekten som psykiske lidelser har på arbeidsevnen, styrke jobbmestring og redusere sykefravær. I boken omtales arbeidsrelaterte problemer knyttet til vanlige psykiske lidelser som depresjon og angst, men også vanskene som oppstår når arbeidstakeren plages av symptomer på alvorlige psykiske lidelser, som schizofreni.

Se mulighetene, Gyldendal

Bli en bedre skribent

Høsten 2013 vil vi gjennomføre et skrivekurs i samarbeid med NAPHA for SPoRs' medlemmer.

Vi har gjennom Sentralt Fagforum fått tilskudd på 50 000 kroner til å gjennomføre dette pilotprosjektet som vi håper det vil være interesse for.

Intensjonen med å tilby denne type kurs er å motivere sykepleiere til å bli mer familiære med å skrive, slik at vi kan i enda større grad dokumentere praksis og synliggjøre vårt arbeid innen psykisk helse og rusfeltet.

Målet er også at vi gjennom de fortellingene som skrives, vil bidra til i enda større grad å synliggjøre vår praksis også for andre enn sykepleiere. Vi ønsker å ta vare på verdifull kunnskap i egen samtid og for fremtiden.

Fortellinger fra praksis kan være en måte å formidle vårt arbeid på innen egne rekker men også for andre. I tillegg er det å skrive egne tekster morsomt og inspirerende.

Vi kommer til å inngå et samarbeid med NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) om gjennomføringen av skrivekurset. De har etter hvert fått en del erfaringer med disse kursene og de som er interessert kan gå inn på deres hjemmesider for å se mer på dette.

For øvrig vil det bli mer informasjon om kurset på våre hjemmesider så følg med.

Hvor mange som vil kunne delta på dette første kurset er ikke enda bestemt. Dersom det blir mange interesserte vil vi foreta loddtrekning med hensyn til deltakelse.

Men følg med på våre hjemmesider for ytterligere informasjon!

Håper riktig mange har lyst til å delta slik at vi kan legge denne type kurs inn SPoR's aktivitetsplan slik at dette for fremtiden blir gjennomført årlig!

Mvh
Kurt Lyngved
Faggruppeleder SPoR

NSFs faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus

Mitt liv med en psykisk lidelse

I boken *Utenpå meg selv* skriver jeg om hvordan det var å være pasient, og hvordan jeg etter hvert ble frisk.

Tekst **Petter Nilsen**, forfatter av boken *Utenpå meg selv*

Boken *Utenpå meg selv* handler om mitt liv med en psykisk lidelse. Den handler om min opplevelse av å være syk, og hvordan jeg har blitt frisk. Jeg forteller blant annet om angst, depresjon, mestring, forsoning og hvordan jeg har opplevd behandlingen jeg har fått. Det har vært mange utfordringer på veien til å bli frisk, men jeg ønsker å formidle at det kan gå bra. Denne artikkelen inneholder utdrag fra fire av kapitlene i boken: Angst- og depresjonsmestring, Min psykiske lidelse, Veien tilbake til det normale liv, og til slutt et kapittel om innleggelser.

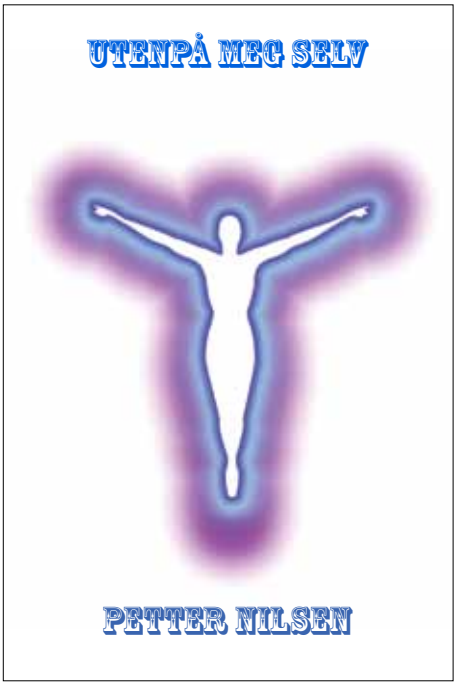
Jeg er utdannet grafisk designer, og har selv laget omslaget til boken *Utenpå meg selv*.

FORFATTER: Petter Nilsen forteller i boken *Utenpå meg selv* om hvordan det har vært å leve med sykdommen. Foto: Privat.

KAPITTEL

Angst- og depresjonsmestring

Jeg vil fortelle noe om problemene jeg har hatt med angst og depresjon, og hvordan jeg har mestret disse. I likhet med mange andre psykiatriske pasienter, har jeg til tider slitt mye med angst og depresjon. Dette som oftest før og etter en psykose. Dette har vært det som har trigget psykosen, og ligget i bunnen av min psykiske lidelse. Jeg har gått på angstdempende medisiner og medisiner mot depresjon. Dette har hjulpet meg på veien til å mestre disse problemene. Medisinene har dekket over den verste angsten, så jeg har klart å ta utfordringer og kommet tilbake til meg selv igjen. Ellers har jeg lært å mestre angsten, og ikke la den lede meg. Dette har jeg gjort ved å møte vanskelige situasjoner, og lært meg at angsten ikke er farlig. Det oppleves som ubehagelig, men er egentlig ingenting å være redd for. Dersom man «står i det» og ikke avslutter det man holder på med, går angsten over av seg selv etter hvert. Et angstanfall kan vare i bare noen minutter, men også i en del lengre tid. Etter hvert som man ser at angsten ikke er noe å frykte, vil den avta, og man mestrer den bedre for hver gang. Dette gir økt selvtillit og selvbilde, og man får en veldig god følelse etter å ha mestret dette. Angst kan også legge lokk på andre følelser som man kommer til ved å mestre angsten. Angst og depresjon henger også ofte sammen, så ved å mestre angsten forsvinner også ofte depresjonen. Jeg tror en del unngår situasjoner som gir angst, og da utvikler man en angst for angsten. Dette trigger bare angsten mer, og man får større problemer med å mestre den. Dette kan igjen gjøre en mer deprimert, og man kommer inn i en ond sirkel. Sykdomsinnsikt og sykdomsaksept kan være viktige faktorer for å mestre dette. Selv har jeg både innsikt og har akseptert sykdommen min. Dette skal jeg fortelle mer om senere. For å mestre angsten tok jeg utfordringer gradvis og lærte meg selv å kjenne bedre. Jeg merket da om jeg trengte litt tid til å hente meg inn, hvis jeg hadde vært veldig aktiv og tatt mange utfordringer. Dersom man har noe å gjøre og å være opptatt av, får man mindre tid til angsten. Dette kan være å trene eller holde på med en hobby. Da er man opptatt av det man gjør, og har ikke så mye tid til å se for mye inn i



seg selv. Dersom en har for mye ledighet, tror jeg det er lettere for angsten å slippe til, og en trenger noe som bryter opp mønsteret. For å mestre angst, har jeg sagt til meg selv at angsten ikke er farlig når den har stått på. Dette har gjort at jeg ikke har fryktet den lenger, men bare latt den komme. Da går den som sagt over av seg selv og man får en god mestringsfølelse.

KAPITTEL

Min psykiske lidelse

Jeg vil nå fortelle litt mer om min psykiske lidelse, og hvordan den har utartet seg. Jeg har diagnosen Paranoid Schizofreni, og fikk denne stadfestet etter min siste innleggelse. Det er et veldig bredt spekter innenfor denne diagnosen, og jeg har en mild variant av sykdommen. Jeg har hatt to psykoser, men hatt veldig god effekt av medisiner. Når jeg har vært psykotisk, har jeg isolert meg og vært paranoid og redd noen var ute etter meg. Jeg var også redd for om familie og venner ville meg vondt, og stolte ikke på de rundt meg. Dette

bunner i depresjon og angst som har utviklet seg til psykoser. Når angsten og depresjonen har blitt for mye å håndtere, har jeg skapt meg en indre verden som ikke stemmer overens med virkeligheten. Dette har jeg nok gjort for å beskytte meg selv mot de vonde følelsene og tankene jeg har hatt å stri med. Når jeg har vært syk, har jeg vært svært lite aktiv og prøvd å bli frisk på egen hånd. Jeg har derfor ikke villet ta imot hjelp, eller snakke med noen. Dette skyldes nok også at jeg ikke har hatt overskudd til å være sosial, og ikke orket møte folk. Når foreldrene mine har ringt, har jeg unnlatt å ta telefonen, og ville heller ikke åpne når de ringte på døren. Jeg har vært redd for å miste kontrollen og redd for hvor dårlig jeg kunne bli. Når jeg har pratet med behandlere, har det vært usikkert om jeg hører stemmer eller ikke. Selv mener jeg at jeg hører tankene mine inni hodet mitt, og jeg vet at det er mine egne tanker. Jeg oppfatter det ikke som stemmer utenfra, og jeg vet det er jeg som har en indre dialog med meg selv. Det oppleves ikke som skremmende, og er heller ikke spesielt slitsomt, med mindre jeg tenker veldig mye. Når jeg syk mister jeg virkelighetskontakt og blir mistenksom på omgivelsene rundt meg. Dette gjør at jeg på en måte «kobler ut», og ikke ønsker kontakt med mine nærmeste. Når de ringer og spør hvordan det går, oppfatter jeg det som mas og mener at de ringer for mye. For at ikke angsten skal ta helt overhånd, må jeg derfor la være å svare og være for det meste for meg selv. De forsøker da å få meg innlagt, eller å få meg til å prate med noen. Dette ønsker jeg ikke, og det blir en vanskelig prosess for foreldrene mine. Jeg mister interesse for det jeg liker til vanlig, og driver ikke med hobbyer som jeg holder på med ellers. Jeg har også vært redd for om jeg ville bli så dårlig at jeg ville gjøre meg selv noe. Jeg har hatt vrangforestillinger knyttet til de rundt meg, men ikke til personer jeg ikke kjenner. Første gang jeg fikk psykose var jeg redd for om faren min hadde kreft. Jeg mente han ikke gikk ofte nok til legen, og trodde det var han som var syk. Ved siste tilfelle av psykose var jeg redd for min egen fysiske helse. Da var jeg redd jeg selv hadde fått kreft, eller en annen form for alvorlig sykdom. Andre gang jeg fikk psykose var det lettere å håndtere det enn første gangen. Ved første tilfelle fikk jeg sjokk, og skjønte ikke hva som hendte. Dette er også relatert til min psykiske lidelse, at jeg ikke klarer selv å se at jeg er syk. Jeg vil også klare å bli frisk på egen hånd, og tror da at hjelpen jeg kan få ikke er til det beste for meg. Vennene mine lurer da på hva som skjer, og hvorfor jeg plutselig ikke tar noe kontakt eller er noe sosial. Da jeg fikk psykose første gang, var jeg redd for om noen var ute etter meg når jeg var ute på byen. Det var ingen grunn til at noen ville meg noe vondt, men jeg dannet meg en egen oppfatning om hvorfor de ville det. Dette mønsteret klarte jeg ikke bryte opp på egen hånd, og ble redd for å gå ut døren. Vanligvis er jeg ikke mistenksom eller redd for fysisk sykdom. Jeg er også veldig aktiv og har mange hobbyer jeg liker å holde på med. Når jeg er syk sliter jeg også med søvnen og har nedsatt matlyst. Jeg føler meg også veldig tung, og har som sagt ikke overskudd til noe særlig. Jeg får det også veldig vanskelig økonomisk, og betaler ikke regninger. Vanskelig økonomi har vært en sentral faktor ved samtlige sykdomstilfeller. Det stresser meg opp å ikke ha kontroll på økonomien, og jeg ender med ikke å ha oversikt i det hele tatt. Jeg er da heller ikke i stand til å få meg noen jobb, og det blir et veldig negativt mønster. Dette har også blitt et problem etter at jeg har blitt skrevet ut fra sykehus. Jeg tror dette er et problem veldig mange med en psykisk lidelse sliter med. Det er et veldig skille mellom hvordan jeg fungerer uten og med medisiner. Uten medisinene har sykdommen tatt overhånd, og jeg klarer ikke selv se at det er en sykdom. Så fort medisinene har begynt å virke, klarer jeg veldig godt å skille mellom hva som er relatert til sykdommen og ikke. Selv om jeg har diagnosen Paranoid Schizofreni, har jeg ikke mange av symptomene som kjennetegner de mest alvorlige tilfellene. Jeg har ingen kronisk angst eller depresjon, og fungerer veldig godt i det daglige. Jeg har også fått veldig stor livserfaring, og lært mye som kanskje mange andre ikke har. Derfor tror jeg at også de som ikke har en psykisk lidelse kan lære mye av meg. Jeg er en veldig dyp person som alltid har vært grublende, så det har nok vært en del av meg. Det har bare fått utslag etter hvert som jeg ble voksen. Jeg er en veldig kreativ person, og

det har nok sammenheng med min sårbarhet for psykoser. Mange som har lidelsen jeg har, er ofte kreative, og det kan trigge en slik sykdom. Jeg ser derfor at den er en naturlig del av meg, siden jeg er den personen jeg er.

KAPITTEL
Veien tilbake til det normale liv

Når man har en psykisk lidelse kan veien tilbake til det normale liv ofte være lang. Etter å ha vært innlagt og opplevd mye vondt, er det tøft å ta fatt på veien videre i livet. Man har mange vonde følelser. En del gir opp fordi de tenker at livet er over siden de har hatt en psykose. De mister troen på å kunne leve et godt liv og klare å ha jobb. Noen er også såpass syke at det er vanskelig å nå det målet. Desto lenger man er innlagt, desto vanskeligere er veien tilbake til å fungere i et normalt liv. Man opplever noe som endrer livet, og kan gjøre at man ikke får det livet man hadde drømt om. Man blir også preget av å være innlagt på psykiatrisk sykehus over tid, og man trenger å tilpasses gradvis tilbake til samfunnet igjen. Man har også en sykdom, noe som gjør at man må ta litt ekstra hensyn til seg selv. På veien tilbake til det normale liv er det flere tiltak som kan hjelpe. Problemet er nok at en del takker nei til disse fordi de ikke har troen på at det vil hjelpe. Da er det vanskelig å komme i gang og få begynt på veien tilbake til livet. Selv har jeg takket ja til flere tilbud jeg har fått, og jeg har sett at disse har hjulpet. Jeg har også tatt medisiner som foreskrevet, noe en del ikke vil. Dette fører til at man blir dårligere igjen og kan havne tilbake på sykehus. Det er nok også viktig å forsøke å være positiv og se lyst på fremtiden. Dette kan tenne en gnist som gjør at man bestemmer seg for å prøve å gjøre noe med situasjonen man er i. Jeg har fått veldig støtte fra familien min, noe som har hjulpet meg veldig på vei. Men mye av årsaken til at jeg har kommet så langt, er nok at jeg har jobbet veldig med meg selv. Jeg har innsett at ingen andre kan klare dette for meg, og bestemt meg for å klare det selv. Jeg har også hatt veldig god effekt av medisiner, og hatt veldig lite bivirkninger. Når det gjelder dette har jeg kanskje vært noe heldig, men også innstilt på at medisinene hjelper. Dersom man er mot medisiner blir det vanskeligere å hjelpe seg selv. Når jeg har vært på behandlings- og rehabiliteringspost har jeg tatt tak i problemene, og sett at jeg burde kjenne litt på det vonde da jeg var der. Jeg har hele tiden hatt som mål å klare meg selv, men for å nå det målet måtte jeg først kjenne på det vonde. Jeg måtte lære meg å mestre dette og finne ut hvordan jeg skulle gå frem for å nå mine mål. Det var viktig at jeg satte meg små mål, og jeg vokste på å klare å nå disse. Hvis det gikk litt i motbakke av og til, mestret jeg dette, og lærte meg selv å kjenne bedre. Det er nok en del som ikke våger ta utfordringer fordi de frykter at det kan bringe frem vonde følelser. Da får man ikke bearbeidet følelsene eller kommet seg videre. Man må selvsagt først bli såpass frisk at man kan ta fatt på veien videre, men at man har den rette innstillingen tidlig har mye å si. Jeg har også erfart at en del mener de hadde det bedre da de var psykotiske, og mener de har fått det verre etter å ha fått behandling og medisiner. Da tror jeg det kan være viktig å fokusere på at man fungerer bedre, og har et langt mer innholdsrikt liv når man går på medisiner. For meg er det hvert fall veldig stor forskjell på hvordan jeg fungerer uten og med medisiner. Jeg tror det er mulig for flere å kunne leve et tilnærmet normalt liv med sin sykdom, og jeg håper at min historie kan hjelpe dem til å se hvordan. Selv om man har hatt en psykose, behøver som sagt ikke livet være over, og man kan finne veien tilbake til et godt og normalt liv.

Å leve normalt med en psykisk lidelse

Jeg har, i likhet med mange andre, klart å leve et normalt liv til tross for min psykiske sykdom. Dette er noe jeg verdsetter, og jeg er glad for at jeg fungerer så godt som jeg gjør. Jeg lever et tilnærmet normalt liv, men må ta litt ekstra hensyn til meg selv av og til. Dersom jeg blir sliten kan jeg ha behov for en «time out» og hente meg inn igjen. Jeg bruker litt medisiner, men klarer alle ting som folk uten en psykisk lidelse klarer. Med min erfaring har jeg også lært mye om meg selv og livet, og tror jeg stiller sterkere enn enkelte andre. Jeg vet hva som er viktig for meg, og setter pris på at jeg kan gjøre disse tingene. Etter at jeg ble skrevet ut fra behandlingsposten i 2009, har jeg bodd for meg selv og hatt jobb. Jeg har også hatt mye sosial

kontakt med venner og familie, og hatt hobbyer jeg har drevet med på fritiden. Ellers har jeg tatt vare på helsen min ved å trene og ha et sunt kosthold. Også etter min innleggelse i 2003 fikk jeg meg jobb og levde et tilnærmet normalt liv. Jeg tok også utdannelse og ble grafisk designer. Deretter startet jeg et enkeltmannsforetak og jobbet som assistent i en skolefritidsordning. I dag reiser jeg rundt og holder foredrag, og deler min historie på andre måter også. Jeg har vært med på en minidokumentar, og delt erfaringer ved intervjuer og publisering av artikler. Jeg har som sagt mye kontakt med venner og familie, og er en sosial person. Av og til har jeg fester i leiligheten min, og samler venner og bekjente. Jeg kan ha et noenlunde normalt forhold til alkohol, men bør være noe forsiktig. Dette passer meg bra siden jeg har et fornuftig forhold til alkohol. Jeg har en nevø og en niese som jeg er ofte sammen med og som jeg pleier å passe av og til for broren min. Det siste året har jeg jobbet i en bolig for psykisk utviklingshemmete, og syntes det var veldig givende. Jeg ønsket å jobbe med mennesker, men sluttet der for å skrive denne boken og holde foredrag. Når jeg har gått til psykolog har jeg fått høre at jeg klarer mer enn mange andre, også de uten en psykisk lidelse. Dette kommer nok av at jeg er en aktiv person, og ikke liker å gå særlig lenge uten å ha noe å gjøre. Derfor har jeg prøvd å få meg jobb veldig fort etter endt utdannelse, og så fort jeg har blitt frisk etter innleggelse. Når jeg har holdt foredrag har enkelte sagt at det er gøy å høre at jeg har de samme livsverdiene som dem som ikke har hatt noen psykisk lidelse. Jeg ønsket også å klare meg selv ved å bo for meg selv, jobbe og leve det anser som et godt liv. Det at jeg hele tiden har hatt dette målet, har nok bidratt en del til at jeg har klart det. Alle har kanskje ikke dette som mål, men sier seg fornøyd med en annen livssituasjon. Noen ønsker heller å klare seg uten medisiner, enn å leve tilnærmet normalt med dem. Dette har jeg forståelse for siden mange har bivirkninger som følge av medisinene. I dag går jeg ikke lenger til behandling, men bruker fastlegen min som følger meg opp. Jeg går til han en gang i blant, og tar blant annet blodprøver. Dette er en ordning jeg er veldig godt fornøyd med, og jeg har fått et godt forhold til fastlegen min. Han fulgte meg opp da jeg var syk, og kom hjem til meg ved en anledning. For å klare det jeg har klart, er det viktig å ta utfordringer og å prøve og feile litt. Jeg har gjort dette, og til slutt funnet den balansen som gjør at jeg kan leve et normalt liv.

KAPITTEL
Innleggelser

Jeg skal nå fortelle noe om mine innleggelser på psykiatrisk sykehus. Jeg har hatt tre innleggelser og noen opphold på rehabilitering- og behandlingspost. Den første innleggelsen skjedde da jeg bodde i Stavanger hjemme hos foreldrene mine. Jeg var da 19 år gammel og hadde sluttet på videregående skole. Som jeg har nevnt tidligere, hadde jeg også slitt en lang periode med angst og depresjon. Dette endte da med en frivillig innleggelse, da det var behov for akutt behandling. Da jeg kom inn på sykehuset var jeg veldig redd og jeg visste ikke hva jeg gikk til. Problematikken var da angst og depresjon, og jeg var ikke like alvorlig syk, som ved mine to senere innleggelser. Jeg ble henvist til en psykiater på sykehuset som jeg fort fikk veldig tillit til. Da jeg hadde fått tilliten føltes det trygt at jeg var kommet til et sted der jeg ville få hjelpen jeg trengte. Jeg følte jeg trengte en ny start, og at jeg fikk starte med blanke ark. Psykiateren min hadde en lang samtale med foreldrene mine og meg, og fant fort ut hvorfor jeg hadde panikkangst og var deprimert. Han mente det kom av at jeg har nedsatt hørsel, og hadde utviklet en usikkerhet i sosiale sammenhenger. Dette hadde deretter utviklet seg til angst for sosiale settinger som gjorde at jeg isolerte meg. At han sa dette var mye av grunnen til at jeg fikk veldig tillit, siden jeg egentlig visste at dette var problemet selv. Behandleren sa derfor at jeg bare måtte begynne å bruke høreapparat og få angstdempende medisiner. Han mente da at jeg ville begynne å føle meg bedre etter kort tid. Jeg gjorde som han sa, og merket at det var en lettelse å fungere godt i sosiale sammenhenger ettersom jeg hørte hva som ble sagt. Det førte til at jeg sosialiserte meg med de andre på posten, og følte meg tryggere på meg selv. Jeg trengte ikke lenger anstrenge meg for å høre hva som ble sagt, og føle på at jeg ikke fikk med meg alt. Etter en ukes tid kom jeg meg veldig, og psykiateren min mente jeg

kunne bli skrevet ut et par uker senere. Den siste uken var jeg innlagt som dagpasient, og vi begynte å snakke om hva jeg skulle gjøre framover. Vi hadde da et møte sammen med foreldrene mine, og det ble foreslått at jeg kunne begynne på folkehøyskole. Selv var jeg noe skeptisk til dette, fordi jeg mente det ville bli for sosialt for meg. Behandleren min sa at jeg kunne bruke noe tid til å tenke på det, og finne litt mer ut av hva ett år på folkehøyskole innebar. Han mente at jeg ville ha veldig godt av et veldig sosialt miljø, ettersom jeg hadde levd veldig isolert en stund. Faren og moren min var også enige i dette, og mente at jeg ville ha veldig godt av et år på folkehøyskole. Jeg tenkte på dette en ukes tid og fant ut av at jeg syntes det kunne være spennende å prøve noe helt nytt. Det som skremte meg litt først begynte å virke spennende og gøy. Jeg bestemte meg da for å ta et år på folkehøyskole på Vestlandet. Dette året skulle vise seg å bli veldig bra, og jeg lærte der å kjenne meg selv bedre. I begynnelsen var jeg noe urolig, i og med at jeg ikke var vant til å være så sosial. Ettersom jeg begynte å trives, så jeg at jeg hadde tatt en riktig beslutning. Jeg fikk mange nye venner, og likte godt å bli kjent med folk fra andre steder i landet. Dette ga meg økt selvtillit, og gjorde at jeg fikk et veldig begivenhetsrikt år der.

Etter at jeg var ferdig på Folkehøyskolen, tok jeg ferdig videregående skole som privatist i Bergen, og flyttet etter hvert til Stavanger igjen. Jeg bodde en stund hjemme hos foreldrene mine, og studerte noen fag en tid. Jeg hadde hele tiden hatt oppfølging fra psykiateren min og gått i terapi hos ham. Dette hadde jeg altså gjort fra jeg var 19 til jeg ble 23. Etter å ha bodd hjemme noen måneder, fant jeg ut at jeg ville bo for meg selv, og leide meg en leilighet. Det gikk bra med meg så lenge jeg hadde studiene å være opptatt av. Etter at studiene var ferdige og jeg strøk på eksamen, hadde jeg vanskelig for å komme meg ut i jobb. Jeg kjente heller ikke mange i byen og ble værende mye alene. Samtidig begynte jeg å gå på byen alene, og hadde ingen å være sammen med. Det var noen episoder hvor jeg hadde drukket for mye alkohol og kom i klammeri med noen ute på byen.

Ettersom jeg ikke hadde noen å prate med dette om, ble jeg etter hvert redd for å gå ut på byen, og fryktet at noen var ute etter meg. Dette skyldes blant annet at jeg ikke hadde noen å få tilbakemelding fra om at det ikke var slik. Jeg fortalte til foreldrene mine at jeg var redd noen var ute etter meg, og de ba meg si dette til behandleren min. På dette tidspunktet begynte jeg å bli dårligere, og jeg ble sittende mer og mer alene. Foreldrene mine skjønte at jeg var blitt syk, men ventet til jeg hadde pratet med behandler for å se hva han sa. Behandleren min skjønte fort at jeg var paranoid, og foreskrev en resept på Zyprexa. Siden jeg var syk, trodde jeg han ikke mente at jeg skulle ta de, og at han egentlig mente noe annet. Foreldrene mine ble veldig bekymret, og konfronterte meg med at jeg var syk. De prøvde å få meg med til legevakt for å få meg innlagt, men dette ville jeg ikke frivillig. Jeg mente jeg egentlig ikke var syk, selv om jeg hadde mye angst og var deprimert. Etter en stund fikk likevel faren min meg med til legevakten, der jeg fortalte hvordan jeg følte det og hva jeg tenkte. Legevakten skjønte da at jeg hadde en psykose, og sa jeg måtte bli innlagt. Jeg kunne enten bli med frivillig i sykebil, eller så måtte politiet ta meg med. Siden jeg ikke ville bli med frivillig, endte det med at politiet tok meg med og at jeg ble tvangsinnlagt. Dette foregikk uten spesielt mye dramatikk, og jeg følte det egentlig som en lettelse å vite at jeg ville få hjelp. Da jeg kom inn på sykehuset var behandleren min på ferie, så jeg hadde samtaler med en del forskjellige behandlere. De prøvde å få meg til å ta medisinene, men dette ønsket jeg fortsatt ikke. Dette skyldtes nok blant annet at jeg ikke så at jeg selv var syk. Jeg klarte ikke se at jeg trengte være innlagt, og hadde på det tidspunktet ikke noe tillit til behandlingssystemet. Fortsatt var jeg redd for om noen var ute etter meg, og jeg tenkte at de rundt meg ikke ville meg noe godt. Da jeg ikke tok medisinene, endte det med tvangsmedisinering. Dette opplevde jeg der og da som veldig oppskakende, men har sett i ettertid at det var nødvendig. Da psykiateren jeg hadde gått i terapi hos kom tilbake, kom også tilliten min tilbake. Jeg tok medisinene og begynte å komme meg raskt. Jeg så at jeg var syk, og tok imot den hjelpen jeg fikk. Jeg var da innlagt i tre måneder før jeg hadde et opphold på en rehabiliteringspost. Dette skal jeg fortelle om senere. Først vil jeg fortelle om min tredje og siste innleggelse. Denne innleggelsen fant sted i Oslo da jeg var 28 år gammel. Jeg

flyttet fra Stavanger til Oslo da jeg var 26 år, og begynte på utdanning til grafisk designer. Familien min flyttet også til Oslo, også bodde mange av vennene mine her. Jeg hadde da jobbet noen år som budbilsjåfør i Posten i Stavanger, og fant ut at jeg ville ta en utdannelse. Jeg hadde vært stabil i fem år, men gikk på noen medisiner. Da jeg holdt på med utdannelsen, fant behandleren min ut at jeg kunne trappe ned på disse. Det var fortsatt behandleren min i Stavanger som fulgte meg opp, og som jeg hadde samtale med av og til. Jeg trappet ned på medisiner, og det gikk veldig fint en stund. Det var da jeg var ferdig med utdannelsen og skulle ut i jobb at det begynte å bli vanskelig. Noen av årsakene til dette var at jeg trappet ytterligere ned på medisinene, samtidig som jeg hadde vanskelig med å få jobb. Jeg startet et enkeltmannsforetak og jobbet som vikar i en skolefritidsordning. Etter hvert som jeg fikk flere oppdrag med firmaet, valgte jeg å satse på dette og sluttet i vikarjobben. Jeg måtte ta meg av å skaffe kunder, fakturere og føre regnskap. Dette ble etter hvert for mye å tenke på, og jeg begynte å bli veldig stresset. Samtidig ble det lite annen sosial kontakt enn den i forbindelse med firmaet. Dette gjorde at jeg etter hvert ble mistenksom på om kunder kom til å betale og om jeg kunne stole på dem. Det endte med at jeg sluttet å jobbe med firmaet, og igjen trakk meg tilbake fra sosiale relasjoner. Når foreldrene mine ringte meg kunne det gå flere dager før jeg ringte dem tilbake. Etter hvert tok jeg ikke telefonen og ringte ikke tilbake i det hele tatt. De skjønte da at jeg var blitt syk igjen, og ringte behandleren min i Stavanger. Han sa jeg ville bli frisk, bare jeg fikk den rette behandlingen. De måtte bare sørge for at jeg ble innlagt eller møte til time hos en psykiater. Dette ble en vanskelig og lang prosess for dem siden jeg ikke ville komme frivillig. De prøvde det de kunne for at jeg skulle få hjelp, men opplevde det som veldig vanskelig. Det kom sykepleiere og annet helsepersonell opp til meg, men jeg ville ikke snakke så mye med dem. Dette pågikk en god stund før noen skjønte alvoret og tok affære. Det kom da blant annet noen sykepleiere opp til meg og sa jeg måtte bli med til et sykehus. Enten kunne jeg bli med dem frivillig, eller så måtte politiet ta meg med.

Denne gangen ble jeg med frivillig og det foregikk uten dramatikk. Sykepleierne som kom til meg sa at jeg kanskje bare trengte å prate med noen eller være der noen dager. Dette gjorde nok at det var lettere å få meg med. Jeg følte meg også såpass sliten etter å ha kjempet mot blant annet angst, at jeg syntes det var en lettelse å få hjelp. Da jeg kom inn på sykehuset, ringte jeg foreldrene mine som kom og besøkte meg. Kontakten vi hadde mistet tok vi raskt opp igjen. På dette tidspunktet gikk jeg fortsatt på 2,5 mg Zyprexa , og trappet opp mens jeg var innlagt. Jeg kom inn på en post, og fikk en behandler som jeg fikk veldig tillit til. Etter hvert som jeg trappet opp på medisinene, ble jeg raskt bedre, og var denne gangen innlagt i tre uker. Behandleren min på sykehuset mente jeg hadde en veldig mild variant av sykdommen, og at jeg ville bli frisk. Han sa at man kan få diagnosen Paranoid Schizofreni dersom man har en psykose som vedvarer lenge nok, uten at man har de mest alvorlige symptomene som kjennetegner sykdommen. Altså er det et veldig bredt spekter innen diagnosen Paranoid Schizofreni. Jeg ble som sagt skrevet ut etter tre uker da legen min mente jeg hadde kommet meg veldig raskt. Han tilbød meg da et opphold på en behandlingspost hvor jeg kunne være dagpasient i en periode for å få en myk overgang til å bo for meg selv igjen. På dette tidspunktet følte jeg meg såpass frisk at jeg ønsket å flytte rett hjem og klare meg selv. Vi ble da enige om at jeg skulle få et tilbud fra en psykolog og få oppfølging. Dette sa jeg at jeg ville takke ja til, og ble skrevet ut fra sykehuset. Etter at jeg var skrevet ut og bodde hjemme, oppsto det likevel noen problemer. Dette førte til et opphold på behandlingsposten, som jeg skal fortelle mer om nå. ■

Les mer i boken «Utenpå meg selv».
Den selges hos *www.haugenbok.no.*

Hva synes psykisk syke om NAV-prosjekt?

I sin masteroppgave har Karine Alice Mikkelsgård intervjuet deltakere i NAV-prosjekt «Arbeid, rus og psykisk helse».

Av **Karin Alice Mikkelsgård**

Masteroppgaven har tittelen: Deltakererfaringer fra samarbeidsprosjektet mellom NAV, 1. og 2. linjetjenesten: «Arbeid, rus og psykisk helse»: En formativ evaluering i brukerperspektiv.

Hensikt

Flere utredninger peker på behovet for en helhetlig innsats fra Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) og helse- og sosialtjenesten for å virkeliggjøre intensjonen om samtidig arbeid og behandling for mennesker med psykisk funksjonshemming, noe NAV-prosjektet «Arbeid, rus og psykisk helse» søker å realisere. Denne studiens hensikt var å undersøke prosjektdeltakernes opplevelser av å delta i prosjektet.

Metode

Studiens design var formativ evaluering og metoden var kvalitativ forskningsintervju. Sju prosjektdeltakere deltok i undersøkelsen hvor data ble analysert etter kvalitativ innholdsanalyse.

Resultater

Funnene tyder på at prosjektet arbeidet innenfor et salutogenetisk og recoveryorientert perspektiv, og flere funn bekrefter tidligere forskning på disse områdene. Deltakerne beskriver det som viktig at NAV tilbyr hjelp til å mestre psykiske problemer, og enkelte beskriver det som avgjørende for egen framgang å delta i prosjektet. Flere opplever økt livslyst gjennom mangesidig støtte, et fleksibelt, individuelt tilpasset tilbud med lite ventetid og rask intervensjon hvor de står i sentrum som hele mennesker. Behandlerne og enkelte saksbehandlere i NAV framstår som betydningsfulle livsveiledere som gjennom et personorientert perspektiv har fanget deltakernes drømmer og støttet disse. Funnene viser også fenomener som bidrar til stagnasjon og livssavn. Ventetid på NAV-tiltak, slitsomt byråkrati, hyppig saksbehandlerbytte og krysspress bidrar til å skape hjelpeløshet, maktesløshet, usikkerhet, stress, frustrasjon og mangel på helhet.

«Flere opplever økt livslyst gjennom mangesidig støtte.»

Konklusjon

Prosjektet er avhengig av NAV-kontoret for øvrig for å lykkes, og det anbefales å undersøke nærmere samarbeidet mellom behandlerne og saksbehandlerne, ventetid, deltakerambivalens samt bevisstheten prosjektet og NAV for øvrig har rundt kroppsspråkets og relasjonens betydning i møte med deltakerne.

Les mer

Hele masteroppgaven kan du lese på: http://brage.bibsys.no/hhe/handle/URN:NBN:no-bibsys_brage_36653
Karin Alice Mikkelsgård fullførte masteroppgaven da hun var student ved Høgskolen i Hedmark, Avdeling for folkehelsefag, i 2013.

Treffsikkert søk på

Nå kan du snart bruke norske MeSH ved søk etter litteratur i databaser. Da blir det lettere å finne fram til artikler som omhandler akkurat det temaet du er interessert i.

Av **Sigrun Espelien Aasen**, forskningsbibliotekar i Helsebiblioteket.no

MeSH (Medical Subject Headings) er det mest brukt begreps- eller emneordsystem for medisin og helsefag. Det brukes til å beskrive innholdet i artikler samlet i databaser som i Medline/PubMed, Cinahl, SveMed+ og flere. Nå kan du snart bruke norske MeSH ved søk etter litteratur i disse databasene. Alle MeSH innen psykiatri, psykologi og rusmiddelfeltet er oversatt til norsk.

Bedre faglig oppdatering

Det er viktig å forstå begrepene du søker på når du trenger mer kunnskap om et tema. Om du søker på et begrep i Google, uansett skrivemåte, vil du få en mengde treff. Problemet er å finne lite, men pålitelig og relevant litteratur.

Via nettstedet www.helsebiblioteket.no har norske helsearbeidere tilgang til viktige databaser, tidsskrifter og oppslagsverk. Mange av disse er engelskspråklige og av høy kvalitet.

Helsebiblioteket har som mål å gjøre tilgangen til nyttig og pålitelig litteratur så enkel som mulig for de som ønsker faglig oppdatering innen sitt felt. Kontakten med brukerne er viktig for å få tilbakemelding om hva som kan forbedres. Blant helsearbeidere nevnes det at trass i tilgang til de beste internasjonale oppslagsverk, referansedatabaser og tidsskrifter, er språket en barriere.

Hvilke søkeord vil du bruke på engelsk for å finne litteratur om spørsmålene: Er innlegging på institusjon beste løsning? Hva er effekten av nye behandlingsmetoder for rusavhengige? Hvordan går det med folk med rusproblemer – hva er prognosen? Hva kjennetegner ungdom som starter med rus?

Mange råd kan gis om hvordan søk etter litteratur i ulike kilder og databaser best kan gjøres, men vel så viktig er det å forstå hva søkeordene betyr. For mange vil det være enklere å forstå et begrep på norsk. Ved å søke på norske MeSH i engelskspråklige databaser, vil litteraturen du finner trolig samsvare med det du søker etter, og motivasjonen til å lese dette på engelsk vil sannsynligvis øke.

Helsebiblioteket startet prosjektet med å oversette MeSH til norsk i 2009 og har som mål å fullføre oversettelsen av termene i 2013 og oversettelsen av definisjonene i 2014.

Bedre kommunikasjon

Helsepersonell skal også kommunisere med pasienter, medier og instanser der rent medisinske termer ikke nødvendigvis er velkjente. Forstår alle at en bipolar forstyrrelse er det samme som en manisk-depressiv forstyrrelse? Er spiseforstyrrelser det samme som Anorexia Nervosa, eller er det et overordnet begrep for ulike forstyrrelser knyttet til matinntak? Er toraks det samme som brystkasse? Skulle det forresten ikke skrives thorax? Ved oversettelsen av MeSH til norsk sjekkes ordbøker, faglitteratur, og endelig blir forslagene til norske termer kvalitetssikret av eksperter på fagområdene. Dette er et omfattende arbeid som vil hjelpe mange til å finne fram i begrepsjungelen som eksisterer.

Hva er MeSH?

MeSH er et kontrollert og hierarkisk ordnet vokabular, og det omtales derfor som en tesaurus eller ontologi. Siden 1960 har National Library of Medicine utarbeidet emneord som innbefatter synonymer og nærliggende termer innen medisin, odontologi, psykologi og andre helsefag. Første utgave besto av 3 400 MeSH, og nå, etter 52 år, utgjør det omtrent 27 000 MeSH som oppdateres årlig. Tesaurusen utgjør totalt cirka 200 000 termer inklusive synonymer.

Hver MeSH har et unikt id-nummer som kobler sammen alle synonymer og nærliggende begreper. For å sikre entydighet har hver MeSH en definisjon med konsensus om begrepsforståelsen. Indeksering og søk forenkles ved at det kun er behov for én term tilhørende en MeSH for å aktivere de øvrige med samme id-nummer. Det sikrer bedre gjenfinning enn ved tradisjonelt søk på enkelttermer.

norsk

Bruksnytte

Referansedatabasene PubMed/Medline, Cinahl, Embase og Cochrane Library med oppsummert forskning bruker engelsk MeSH. SveMed+, som driftes av Karolinska institutet i Stockholm, indekserer viktige norske helsefagtidsskrifter med svenske og engelske MeSH, og gir fri tilgang til databasen. Nå har de inkludert norske MeSH i databasen og merker en betydelig økning i bruk fra norske ip-adresser. Siden hver MeSH bruker samme id-nummer er det en enkel operasjon som gir stor gevinst.

MeSH er oversatt og under oversettelse til 24 språk, blant annet svensk, finsk, tysk, fransk, italiensk, spansk, portugisisk og russisk. Etablering av flerspråklige ordbøker basert på MeSH er underveis, samt arbeid med mapping mellom standardiserte medisinske vokabularer og kodesystemer som ICD-10 i UMLS (Unified Medical Language System).

Oppslagsverket Best Practice er interessert i å legge norske MeSH inn i sin termbase for å gjøre den mer tilgjengelig for norske brukere. De bruker ikke MeSH som begrepssystem, men mapper MeSH med begrepene de bruker, og der dette fungerer gjør det gjenfinningen av litteratur enklere for mange.

I Norge var Helsebiblioteket.no pådriver for oversettelsen av MeSH grunnet nettstedets behov for standardiserte emneord. Et økende krav til norsk medisinsk fagspråk og krav til helsepersonell om at deres virksomhet skal være kunnskapsbasert var også viktige grunner til avgjørelsen. Tidsskrift for Den norske legeforening har vært en viktig støttespiller fra starten av. De forstod betydningen av dette arbeidet og sørget for nødvendige bidrag for framdrift i prosjektet som var helt avhengig av eksterne midler.

Helsedirektoratet etablerer nå helseportalen www.helsenorge.no og har besluttet å bruke norske MeSH som emneord. Den amerikanske helseportalen MedlinePluss, laget av National Library of Medicine, bruker MeSH, og er av høy standard, fritt tilgjengelig og brukes mye. Helsenorge.no og Helsebiblioteket.no kan gjenbruke mye av deres arbeid når det gjelder bruk av emneord.

NORSKE SØKEORD: Det blir lettere å søke når man kan bruke norske ord for å finne artikler. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

«Problemet er å finne lite, men pålitelig og relevant litteratur.»

Tidsskrift for Den norske legeforening og Den norske tannlegeforenings Tidende ønsker å bruke norske MeSH ved indeksering av sine artikler. Vi tror flere vil komme etter.

Medisinske bibliotek ved universitetene bruker MeSH til indeksering av sin litteratur i BIBSYS. Likeså sykehusbibliotekene og andre fagbibliotek. Sannsynligvis vil alle helsefagutdanninger ta i bruk norske MeSH så snart de legges ut på nettet fritt tilgjengelig for alle.

Database for norske og engelske MeSH kommer høsten 2013. ■

Selvskading og miljøterapi

Selvskadende pasienters erfaringer med å være innlagt i psykiatriske avdelinger.

Foto: Elisabeth Tønnessen/UiS

Av **Anne Marie Rovik**, universitetslektor, Universitetet i Stavanger

Introduksjon

Som en del av sin problematikk har noen mennesker en tendens til å skade kroppen sin på en måte som er utenfor grensene for det som er sosialt akseptert, og når disse menneskene blir innlagt i psykiatriske avdelinger, settes miljøpersonalets terapeutiske kapasitet på en hard prøve (Rovik, 2005 Mackay & Barrowclough, 2005). Det hevdes at selvskadende pasienter kan motta så dårlig omsorg i de psykiatriske avdelingene at de blir re-traumatiserte under innleggelsene (Starr, 2004), og forskning kan indikere at sterke negative holdninger til selvskadende pasienter nå er en akseptert og tolerert del av den profesjonelle omsorgskulturen (Simpson, 2006). Denne artikkelen er basert på et prosjekt som ble gjort etter initiativ fra den sykepleiefaglige ledelsen ved Stavanger Universitetssykehus (SUS), Psykiatrisk klinikk. I prosjektet ble tidligere innlagte selvskadende pasienter invitert til å rapportere om sine pasienterfaringer i de psykiatriske avdelingene. Studien var en del av en generell strategisk plan for å kvalitetssikre miljøterapien ved sykehuset, og

Fagfellevurdert artikkel

Sammendrag: Forskning kan indikere at sterke negative holdninger til selvskadende pasienter nå er en akseptert og tolerert del av den profesjonelle omsorgskulturen. Målet med denne studien var å undersøke hvordan selvskadende pasienter erfarte å være innlagt i psykiatriske avdelinger. Fjorten respondenter bidro med data via et spørreskjema med åpne spørsmål. Den kvalitative tekstanalysen fulgte de tre analysefasene til Corbin og Strauss. Funnene viste at respondentene sine erfaringer var relatert til hvordan miljøpersonalet møtte deres forventninger om omsorg. Analysen identifiserte ulike aspekter ved miljøpersonalet og situasjoner i avdelingen som respondentene knyttet sine positive og vanskelige erfaringer til. Positive aspekter ved miljøpersonalet var tilgjengelighet, engasjement og gratifikasjon, mens vanskelige aspekter var utilgjengelighet, ignorering og krenkelse. Positive aspekter ved situasjoner i avdelingen var overraskelse, velvære og læring, mens vanskelige aspekter var skuffelse, psykisk smerte og traume. Mer kvalitativ forskning trengs for å få en utdypet forståelse for disse og andre aspekter ved selvskadende pasienters erfaringer i psykiatriske avdelinger.

Nøkkelord: brukerperspektiv, kvalitativ analyse, psykiatrisk sykepleie

Self-Harming and Milieu Therapy: Self-Harming Inpatients' Experiences from Psychiatric Units Research might indicate that strong negative attitudes towards people who self-harm are now an accepted and tolerated component of the professional health culture. The aim of this study was to examine how self-harming inpatients experienced their stay in psychiatric units. Fourteen respondents provided data through open-ended questionnaires. The qualitative text analysis followed the three steps of Corbin and Strauss. The respondents´ experiences were related to their perception of how their expectations of caring were met by the staff, and both positive and difficult experiences were narrated. The respondents appreciated accessible staff who offered them commitment and gratification, and situations that generated an inner sense of surprise, well-being and learning. The respondents connected difficult experiences with inaccessible, disregarding and offensive staff, and to situations which generated an inner sense of disappointment, emotional pain and trauma. To develop further understanding about these and other aspects of self-harming inpatients' experiences in psychiatric units, more qualitative research is needed.

Key words: psychiatric nursing, qualitative analysis, user perspective

FORTVILET: Pasienter som skader seg selv kan oppleve at de ikke alltid får den hjelpen de trenger når de er innlagt på psykiatrisk avdeling. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

den tok utgangspunkt i følgende spørsmål: Hvordan beskriver selvskadende pasienter sine erfaringer med å være innlagt i psykiatriske avdelinger? Da det viste seg at tilgangen på aktuelle respondenter som hadde vært innlagt ved Psykiatrisk klinikk ble begrenset, ble studien utvidet til også å inkludere respondenter som hadde vært innlagt ved forskjellige distriktspsykiatriske sentre i Rogaland.

Når pasienter rapporterer om sine erfaringer i praksisfeltet, får de profesjonelle muligheter til innsikt i hvordan deres rolleutøvelse i praksisfeltet tar seg ut og vurderes i et pasientperspektiv. Prosjektets hensikt var å bidra til å styrke og forbedre miljøterapien for selvskadende pasienter, ved å frambringe empirisk kunnskap om hvordan disse pasientene karakteriserte positive og vanskelige erfaringer i de psykiatriske avdelingene (Røssberg & Friis, 2004).

Miljøterapiens metode og mål

Miljøterapiens metode går ut fra en grunntanke om at alt som skjer i avdelingen kan utnyttes til å skape nye «korrigerende emosjonelle erfaringer» for pasientene, som gir dem muligheter til å lære og utvikle sine mestrings- og problemløsningsmåter (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson, & Løkke, 2009; Hummelvoll, 2004; Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Miljøterapien har sin effekt gjennom de relasjonene som oppstår og forløper der, og den mest avgjørende oppgaven for miljøpersonalet er å kunne stå i trykket av de følelsesmessige påkjenningene de blir utsatt for, og beholde sin evne til engasjement, til tenkning og til empatisk kommunikasjon, hevder Skårderud et al. (2010). Et miljøterapeutisk ideal er at miljøterapeuten er bærer av og bidrar til å videreutvikle en faglig kultur der empati, erkjennelse og selvstendiggjøring er motiver for relasjonsarbeidet. Framfor alt må miljøterapeuten få pasienten til å forstå seg ønsket og velkommen, invitert til å meddele seg på sin egen måte, respektert og rommet, hevder Haugsgjerd et al. (2009). Avdelingen må være et

sted hvor bekreftelse skjer, og der man stimuleres til å undersøke egne reaksjoner og oppfatninger, et sted hvor man kan gi og få støtte og utfordring, og endelig et sted hvor man blir speilet og speiler andre, mener Hummelvoll (2004).

Litteratursøk

Det er gjort lite kvalitativ forskning i hvordan miljøterapien i psykiatriske avdelinger oppleves av selvskadende pasienter. Ulike kombinasjoner av søkeordene self-harming, self-mutilation, self-injury, psychiatric unit, psychiatric nursing, milieu therapy, patient outcome og user perspective i databasene CINAHL, PsycNET, PsycINFO, Ovid, og MEDLINE for tidsrommet 1999- 2010, ga kun noen få artikler.

I en studie av Smith (2002) rapporterte tre respondenter om sin frustrasjon over den omsorgen de fikk i avdelingen. Selv om noen av personalet gjorde seg tilgjengelige for samtaler med dem, hadde de likevel en følelse av at personalet ikke forsto dem, og de opplevde at ingen gikk til bunns i spørsmålet om hvorfor de skadet seg. Respondentene følte seg som uskikkelige barn når de skadet seg og som en byrde for personalet, og de oppfattet at personalet så på dem som mislykket.

I en studie av Weber (2002) rapporterte ni respondenter at de verdsatte miljøpersonale som

«Miljøterapi er å være sammen så det hjelper.»

var milde, trøstende og støttende, og som stimulerte dem til selvrespekt og ga dem håp om en meningsfull framtid. De verdsatte å snakke med miljøpersonalet og at miljøpersonalet lyttet til dem, og kunne tolke deres følelsesmessige situasjon ut fra deres nonverbale uttrykk. De verdsatte miljøpersonale som gav dem mulighet for avledning når det oppsto opprørende situasjoner i miljøet, og de verdsatte relasjoner som var så omsorgsfulle at de forebygget selvskading, ved at de tenkte at de ville såre miljøpersonalet dersom de skadet seg.

I en studie av Huband & Tantam (2004) rapporterte ti respondenter at deres opplevelse av å få hjelp var størst når de opplevde miljøpersonalet som omsorgsfulle, når miljøpersonalet oppmuntret dem til autonomi, og når de oppfattet miljøpersonalet som kompetent. Opplevelsen av å få hjelp minsket dersom de opplevde miljøpersonalet som uinteressert, overbeskyttende eller inkompetent.

Studiens mål

Den aktuelle studiens mål var å undersøke hvordan selvskadende pasienter erfarte å være innlagt i psykiatriske avdelinger.

Metode

Spørreskjema med åpne svarkategorier ble valgt som metode for datainnsamling. En sentral begrunnelse for dette valget var at metoden ga respondentene en tilsiktet mulighet til anonymitet, og dermed trygghet og frihet til å ventilere seg uten frykt for mulige antesiperte sanksjoner. Polit & Beck (2008) påpeker at anonymitet kan være avgjørende for om respondenter gir ærlige svar på personlige og følsomme spørsmål. En annen begrunnelse var at en ville unngå at respondentene ble påvirket av den interaksjon som alltid vil være til stede mellom intervjuer og respondent i en intervjusituasjon.

Studiegruppe og forskningsetiske overveielser

Respondentgruppen ble betraktet som meget sårbar, og tilgangen til aktuelle respondenter skjedde via den sykepleiefaglige ledelsen i praksisfeltet, som gjorde en faglig-etisk vurdering av hvilke respondenter som skulle inviteres til å delta i studien. Spørsmålene i spørreskjemaet ble laget så skånsomme som mulig, og ut fra den gyldne regel om ikke å spørre respondentene om mer enn det som var høyst nødvendig for studien (Holzemer, 2003). I spørreskjemaet ble respondentene bedt om å beskrive positive og vanskelige erfaringer i avdelingsmiljøet, og gi eksempler på dette. I tillegg inneholdt spørreskjemaet spørsmål om respondentens kjønn, antall innleggelser, lengden på innleggelsen(e), og et spørsmål om hvorvidt miljøpersonalets kjønn utgjorde noen forskjell på respondentenes erfaringer. Studien ble etisk vurdert og klarert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Vest-Norge.

Forespørselen ble sendt direkte til respondentene sammen med spørreskjema og frankert svarkonvolutt adressert til forskeren. I forespørselen ble anonymiteten, frivilligheten og retten til å avstå fra å delta i studien presisert og tydeliggjort. Fjorten respondenter, tretten kvinner og én mann, samtykket i å delta i studien ved å sende inn utfylte spørreskjema. Alle respondentene hadde hatt flere innleggelser i forskjellige avdelinger, og innleggelsene hadde vart fra noen dager til flere år.

Kvalitativ tekstanalyse

Respondentenes erfaringer ble forstått som produkter av relasjonen mellom respondentene og miljøper-

sonalet, og målet med den kvalitative tekstanalysen var å forstå det relasjonelle grunnlaget som respondentene hadde kategorisert sine erfaringer på (Aase & Fossåskaret, 2007). Analysen foregikk i tre faser:

I første fase ble tekstene i spørreskjemaene gjennomlest i sin helhet for å forstå essensen i respondentenes beskrivelser (Corbin & Strauss, 2008). Deretter ble tekstene brutt ned til analyseenheter, det vil si til setninger og uttrykk som kun inneholdt ett begrep, en ytring, tanke, følelse, reaksjon eller mening. Disse analyseenhetene ble så tolket for mulige betydninger og meninger, sammenlignet, sortert og kategorisert i tema (Aase & Fossåskaret, 2007).

I andre fase ble tekstene på ny gjennomlest i sin helhet i lys av symbolsk interaksjonisme, som er et teoretisk perspektiv som tar utgangspunkt i at mennesker oppfatter, tolker og reagerer ut fra den mening som tillegges andres handlinger og situasjoner, og den kontekst en befinner seg i, inkludert egen sinnsstemning og helsetilstand (Levin & Trost, 2005). Analyseenhetene fra første analysefase ble så tolket og relatert i dette teoretiske perspektivet.

I tredje analysefase ble analyseenhetene ordnet i to typer prosesser. I den ene prosessen inngikk aspekter ved erfaringer som respondentene hadde kategorisert som positive, og i den andre prosessen inngikk aspekter ved erfaringer som respondentene hadde kategorisert som vanskelige (Corbin & Strauss 2008).

I det følgende vil den kvalitative analyseprosessen illustreres ved å vise hvordan to tekster i datamaterialet ble analysert. Tekst I var kategorisert som en positiv erfaring, og Tekst II var kategorisert som en vanskelig erfaring.

Tekst I: *Noen ganger er selvskadingstankene så sterke og det er ikke alltid jeg klarer å ikke skade meg, da ble det noen ganger brukt tvang på meg. Det var ikke så populært hos meg da, men i ettertid ser jeg at det var til det beste for meg at de brukte den tvangen. Da slapp jeg å skade meg alvorlig og jeg slapp å få stygge arr. Noen ganger har jeg altså behov for at det har blitt brukt tvang på meg.*

Tekst II: *...Selvskading har vært vanskelig. Man blir overlatt til seg selv og de overser når du skader deg. Kommer for eks. inn når du kutter deg og spør om du er ferdig. Hvis du ikke er ferdig går de bare igjen. Jeg har vanskelig for å ikke være destruktiv. Men du får ikke noe hjelp til at de hjelper deg. I stedet for blir du oversett. Det virker som flesteparten ikke orker å sette seg inn i situasjonen. I stedet for går de bare. Det virker som de er veldig ufaglærte når det gjelder selvskading…*

Første analysefase

Essensen i de to tekstene var henholdsvis anerkjennelse og kritisk evaluering av miljøpersonalets rolle og funksjon i avdelingsmiljøet. De to tekstene ble brutt ned til følgende 19 analyseenheter:

1. Noen ganger er selvskadingstankene så sterke
2. ..og det er ikke alltid jeg klarer å ikke skade meg
3. ..da ble det noen ganger brukt tvang på meg
4. Det var ikke så populært hos meg da
5. ..men i ettertid ser jeg at det var til det beste for meg at de brukte den tvangen
6. Da slapp jeg å skade meg alvorlig
7. ..og jeg slapp å få stygge arr
8. Noen ganger har jeg altså behov for at det har blitt brukt tvang på meg
9. Selvskading har vært vanskelig
10. Man blir overlatt til seg selv
11. …og de overser når du skader deg
12. Kommer for eks. inn når du kutter deg og spør om du er ferdig
13. Hvis du ikke er ferdig går de bare igjen
14. Jeg har vanskelig for å ikke være destruktiv
15. Men du får ikke noe hjelp til at de hjelper deg
16. I stedet for blir du oversett
17. Det virker som flesteparten ikke orker å sette seg inn i situasjonen
18. I stedet for går de bare
19. Det virker som de er veldig ufaglærte når det gjelder selvskading…

Analyseenhet 1, 2, 9 og 14 beskriver respondentens opplevelse av egen selvskadingsproblematikk. Analyseenhet 3 gjør det klart at respondenten har hatt erfaringer med tvangsbehandling. Analyseenhet 4 beskriver at respondenten hadde negative holdninger til tvangsbehandlingen der og da, mens analyseenhetene 5, 6, 7 og 8 viser at respondenten anerkjenner nytten av tvangsbehandlingen.

I analyseenhetene 10, 11, 12, 13, 15, 16 og 18 beskriver respondenten et miljøpersonale som viker unna nærkontakt, som overser respondenten og går sin vei, og som overlater ansvaret for selvskadingen til respondenten. I analyseenhet 17 og 19 beskriver respondenten sine oppfatninger av miljøpersonalet.

Andre analysefase

Tekstene reflekterer at respondentenes forståelse av seg selv og miljøpersonalet er avgjørende for hvordan de kategoriserer sine erfaringer. Den positive erfaringen i Tekst I er basert på en retrospektiv innsikt i at det som ble erfart under innleggelsen var nødvendig

MEDFØLELSE: Pasientene verdsetter personale som viser medfølelse når de har det tøft. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

og nyttig for respondenten. Den vanskelige erfaringen i Tekst II er basert på en opplevelse av å bli sviktet av miljøpersonalet i selvskadingsprosessen.

Tredje analysefase

I Tekst I kan vi se konturene av en prosess der respondenten knytter positive erfaringer til en opplevelse av at det var samsvar mellom egne behandlingsbehov, den behandlingen som ble gitt, og de positive konsekvensene som denne behandlingen hadde hatt for respondenten. I Tekst II kan vi se konturene av en prosess der respondenten knytter vanskelige erfaringer til en opplevelse av at det ikke var samsvar mellom egne omsorgsbehov og miljøpersonalets faktiske handlinger.

Studiens troverdighet

Studiens troverdighet er avhengig av hvor pålitelig den reflekterer respondentenes erfaringer og sosiale prosesser som gjelder respondentene i den aktuelle konteksten. I analyseprosessen ble det viktig å være lojal mot tekstene og analysere dem som levde erfaringer, uansett hvor «utrolige» og emosjonelt opprørende tekstene var. Beskrivelsene i spørreskjemaene lignet på hverandre. De lignet også på respondentenes beskrivelser i de studiene som kom fram i litteratursøket. Like beskrivelser kan anvendes som mål på likhet mellom opplevelser. Dette kan indikere at respondentene i studien er representative i forhold til et større univers av pasienter (Aase & Fossåskaret 2007; Corbin & Strauss, 2008; Gobo, 2004; Roberts, 2006).

Funn og drøfting

Analysen viste at respondentene hadde innsikt i og strevde med å mestre egen selvskadingsproblematikk i avdelingen. Dette skapte sterke behov og ønsker hos respondentene om at miljøpersonalet skulle være hos dem og gi dem omsorg. Respondentene hadde en oppfattelse av at denne omsorgsoppgaven burde være lett å utøve for miljøpersonalet, og på denne bakgrunn rettet de sine forventninger til og reagerte på miljøpersonalet.

Tabell 1 gir en oversikt over aspekter ved miljøpersonalet og situasjoner i avdelingen som inngikk i respondentenes positive og vanskelige erfaringer. Aspektene ved miljøpersonalet er framstilt som aspekter ved miljøpersonalets profesjonelle rolleutøvelse, mens aspektene ved situasjoner i avdelingen er framstilt som aspekter ved indre prosesser i respondentene som ble stimulert i ulike situasjoner. Disse aspektene var nært knyttet til aspektene ved miljøpersonalet. I det følgende presenteres og drøftes respondentenes erfaringer i avdelingen.

Positive erfaringer

Positive erfaringer var knyttet til respondentenes anerkjennelse og verdsettelse av miljøpersonalet og situasjoner som miljøpersonalet bidro til å kreere i avdelingen.

Aspekter ved miljøpersonalet

Tilgjengelighet var et aspekt ved miljøpersonalet som representerte fysisk og psykologisk tilstedeværelse og tilgjengelighet. Dette inviterte respondentene til fellesskap og samvær, og bidro til å skape trygghet og ro i respondentene.

..personalets tilstedeværelse har vært/er viktig.. de er der, de bryr seg og prøver å snakke med deg. De går ikke bare for det er en vanskelig situasjon.. de tar seg tid og stresser ikke rundt.. da føler jeg at jeg ikke må forstyrre de..

Det mest sentrale kulturgodset i psykiatrisk sykepleie, er en tydelig identifiserbar profesjonell sykepleier som kjennetegnes ved kontinuerlig fysisk, psykisk og åndelig tilgjengelighet og nærvær, mener Lindström (2003). De innlagte pasientene lengter etter kontakt med miljøpersonalet, og miljøpersonalets tilgjengelighet er av stor betydning og nødvendig for at bedring skal finne sted hos pasientene (Lindström, 1997). Et skrøpelig jeg som forblir forlatt alene, forblir skrøpelig, hevder Everett og Gallop (2001).

Engasjement betyr å være engasjert i, sterkt opptatt av, og å bruke tid og krefter på (Guttu, 1991). Respondentene verdsatte miljøpersonale som framsto som genuint interessert i dem, som tok seg tid til å lytte og sette seg inn i deres situasjon, trodde på dem,

og tok deres problemer på alvor. Respondentene verdsatte også miljøpersonale som var aktivt oppfølgende i forhold til deres behov og situasjon, og som matchet deres følelser ved å vise glede når de var glade, og medfølelse når de hadde det tøft.

.. personalet var også interessert i livet mitt før jeg *ble syk for 3 år siden.. de spurte meg om hva jeg drev med på fritiden, og de ville at jeg skulle lykkes med det jeg drev med.. noen tok seg tid og hørte på meg når jeg ville fortelle ting, om det var gode ting eller triste ting, følelsen at noen lytter føles veldig bra..*

Et engasjert miljøpersonale utøver genuin omsorg, og når pasientene forstår denne omsorgen, genereres tillit som er en ytterst sentral ingrediens i en terapeutisk relasjon (Rognes, 2000). Engasjement hos miljøpersonalet blir derfor en nødvendig forutsetning i en avdeling som skal stimulere pasientene til vekst og utvikling (Hummelvoll, 2004). Gratifikasjon kommer fra det latinske gratus som betyr behagelig og elskverdig (Guttu, 1991). Respondentene ble oppmuntret, oppløftet og tilfredstilt i møte med miljøpersonale som framsto som blide, vennlige, kjærlige, varme, trygge, forståelsesfulle, respektfulle, fleksible, humoristiske, og med evne til å gi «det lille ekstra».

.. De brydde seg om at jeg skulle ha det bra og var til og med glade i meg.. Det jeg satte mest pris på var respekten og likeverdet.. De har møtt meg på mine behov.. de kunne le og si: «skal si du har krefter» når jeg hadde utagert, og de måtte holde meg..

Et miljøpersonale som lykkes i å få pasienten til å forstå seg verdifull og betydningsfull oppfyller dype behov i pasienten (Lindström, 2003), og bidrar til å virkeliggjøre miljøterapiens mål og verdier (Haugsgjerd et al., 2009). Også andre studier viser at pasienter verdsetter profesjonelle hjelpere som kjennetegnes ved gratifikasjon (Hem & Heggen, 2004).

Aspekter ved situasjoner

Overraskelse betyr overrumpling og forundring (Guttu, 1991). Miljøpersonalet overrasket respondentene når de framsto som fleksible og autonome personer som oppsøkte dem på deres rom, initierte uforutsette møter og samtaler med dem, førte samtaler på respondentenes premisser, og når de tok seg god tid sammen med dem. Størst var overraskelsen når dette ble gjort av miljøpersonale som ikke tilhørte respondentens team.

.. Jeg ble spesielt glad da de kom inn på rommet, og vi hadde en samtale.. utenom avtalt tid.. en av sykepleierne kom inn på rommet mitt en kveld og satte seg ned og snakket med meg en hel time. Rolige og reflekterte samtaler omkring selvskadingsproblemet.. hva tenker du at selvskading hjelper mot.. de maste ikke.. de sa ikke så mye..

Når respondentene ble overrasket over at miljøpersonalet tok initiativ til spontane møter og samtaler med dem, tyder dette på at respondentene ikke hadde forventet at dette skulle skje, og det er nærliggende å tenke at dette er et produkt av tidligere erfaringer. Når miljøpersonalet i denne situasjonen likevel initierte kontakt, ble det kreert en verdifull situasjon som innebar en betydningsfull «korrigerende emosjonell erfaring « for respondentene (Skårderud et al., 2010).

Velvære er trivsel og velbefinnende som kan oppleves som ro, fred, trygghet, nytelse, tilfredstillelse, glede og begeistring (Lindström, 2003; von Krogh, 2005). Respondentene opplevde velvære når miljøpersonalet reagerte positivt på deres atferd og innspill, og når de foretok seg kreative handlinger og ekstraordinære tiltak for respondentenes skyld. Også det å bli tatt med i eget behandlingsopplegg genererte velvære.

.. Et miljøpersonal gav meg en klem etter samtalen. *Utrolig hva en klem kan gjøre!.. Husker godt en gang en av kontaktene mine skulle på ferie. Jeg var ganske dårlig, men vedkommende sa at hun skulle ta med seg litt av sanden hjem, noe hun gjorde. Med et kort som det stod at når jeg ikke kunne komme til stranden så skulle den komme til meg.. Mens jeg kuttet meg kom en sykepleier inn. Jeg brøt ut i sinne sa mye dumt, hun satt med meg og pratet. Det føltes bra, for da følte jeg ikke den skammen... Det beste var da vi ble enige om videre behandling..*

Betydningen av at miljøpersonalet bestreber seg på å møte pasientene på en måte som genererer velvære i dem, ligger i en antagelse om at pasientene må oppleve å få noe godt av miljøpersonalet for at de skal bli gode objekter i pasientenes indre verden. Dette er en nødvendig erfaring for at pasientene skal utvikle tillit til miljøpersonalet og la seg påvirke av dem (Lindström, 2003).

TABELL 1.
Oversikt over aspekter ved miljøpersonalet og situasjoner som respondentene knytter positive og vanskelige erfaringer til.

Kategoriserte erfaringer	Aspekter ved miljøpersonalet	Aspekter ved situasjoner
Positive erfaringer	Tilgjengelighet Engasjement Gratifikasjon	Overraskelse Velvære Læring
Vanskelige erfaringer	Utilgjengelighet Ignorering Krenkelse	Skuffelse Psykisk smerte Traume

Det var lettere for respondentene å oppleve velvære sammen med kvinnelig miljøpersonale. De ble oppfattet som mer forståelsesfulle, omsorgsfulle og medmenneskelige. Respondentene beskrev inntrykk av at mannlig miljøpersonale var mer arrogante, truende, redde for følelser, metodefikserte og resultatorienterte.

Læring innebærer å utvikle seg (Evang, 2010). Det var tydelig at relasjonen til miljøpersonalet hadde medført læring for respondentene. Når respondentene i utgangspunktet følte seg trygge på miljøpersonalet, lærte relasjonen dem å samarbeide. Når respondentene opplevde at miljøpersonalet bidro aktivt til at de utviklet trygghet og tillit til miljøpersonalet i relasjonen, lærte relasjonen dem å stole på andre mennesker igjen. Behandlingsstrategiene i avdelingen ble læringssituasjoner for respondentene når de ble utført på en fleksibel og tilpasset måte, og når de genererte følelser av trygghet og beskyttelse hos respondentene.

.. fastvakt ble tatt av og på etter hvor stor kontroll jeg hadde..i ettertid ser jeg at det var til det beste for meg at de brukte den tvangen. Da slapp jeg å skade meg alvorlig og jeg slapp å få stygge arr.. De reddet jo livet mitt..

Respondentene hadde utviklet seg gjennom ulike situasjoner i avdelingen. Felles for disse situasjonene var at de representerte nye erfaringer som respondentene retrospektivt forsto og anerkjente nytten av. Rognes (2000) hevder at ekte omsorg innebærer et inderlig ønske hos hjelperne om at pasienten skal ha det godt, på lang sikt og etter beste skjønn. Det kan av og til bety at pasienten må utsettes for en vond opplevelse her og nå. Respondentenes læring var i stor grad utvikling av en verdifull innsikt i den betydning innleggelsene hadde hatt for dem, tross alt.

Vanskelige erfaringer

Vanskelige erfaringer var knyttet til respondentenes frustrasjon over og devaluering av miljøpersonalet og situasjoner som miljøpersonalet bidro til å kreere under innleggelsen.

Aspekter ved miljøpersonalet

Utilgjengelighet ved å ikke være fysisk til stede, eller å være fysisk til stede på en utilgjengelig og likegyldig måte, provoserte respondentene og gjorde dem opprørte, sinte og usikre på egen betydning og verdi. Miljøpersonalets utilgjengelighet forsterket respondentenes følelse av ensomhet og gav dem en følelse av å måtte kjempe alene mot sterke indre destruktive krefter.

.. de hadde så mye å gjøre, men jeg ville svært gjerne at noen bare tok seg tid allikevel, men jeg ville ikke forstyrre og da blir det kutting.. Jeg hadde behov for mer tid enn de hadde til rådighet..Helt forferdelig! De var på kontoret hele tida!.. Trengte bare ei hånd å holde i og noen som kunne holdt rundt meg.. jeg trenger en trygghet i det å ha noen personale rundt meg..

Miljøpersonalets fravær er beskrevet som et kritikkverdig kjennetegn ved mange avdelingsmiljøer (Hummelvoll, 2004). Miljøterapi er å være sammen så det hjelper. Miljøterapeutene kan ikke «gjemme seg på kontoret» eller planlegge tid og sted for den terapeutiske kontakten. Samtidig vil denne stadig tilstedeværelsen lett kunne aktivere egne sårepunkter, fordi samhandlingen ligner såpass på «livet ellers», skriver Øverland (2006).

Suyemoto (1998) hevder at selvskadende pasienter ofte er så overveldet av sine egne affektive erfaringer at de ikke bevisst oppfatter de intense følelsesmessige reaksjonene som de vekker hos andre. Det synes å være behov for en større intersubjektiv forståelse for hvor vanskelig det er for pasientene å bli latt alene i avdelingsmiljøet, og hvor krevende det er for miljøpersonalet å være sammen med selvdestruktive pasienter. Ignorering er å overse og late som om man ikke merker (Guttu, 1991). Ignorering ble oppfattet som en strategi som miljøpersonalet hadde lært å benytte i ulike sammenhenger. Respondentene beskrev hvor vanskelig det var når deres innspill og uttrykte behov ble ignorert, og de beskrev konsekvenser av å bli ignorert i selvskadingsprosessen.

De tror alle som driver med selvskading gjør det for å få oppmerksomhet. Så de ignorerer det.. de bare kommer inn og spør om du er ferdig, og hvis du sier nei går de bare igjen.. Den totale ignoreringen har ført til mer alvorlig selvskading, som igjen skaper masse «oppstyr». Og ved et par anledninger har det vært så alvorlig at det nesten ble suicid.. Noen, mange, tror at det blir bedre av å overse det. Slenge et plaster inn på rommet og så gå ut igjen.. De mener at du skal ta ansvar selv. Men som regel når du skader deg har du ikke kontroll. Og da burde kanskje de ta litt ansvar. Ikke bare ignorere selvskadingen.. De snakker ikke med deg.. Når man trenger litt omsorg og beskyttelse har opplevelsen av avvisning vært vanskelig.. Å hele tiden måtte spørre etter personalet uten å få respons..

Ignorering faller inn under begrepet emosjonell omsorgssvikt, som er beskrevet som manglende emosjonell interesse for en person, med den konsekvens at personen blir følelsesmessig overlatt til seg selv uten å ha noen å dele sin indre verden med (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2010). I miljøterapien har det vært viktig å unngå å forsterke den erfaringen mange

selvskadere kan ha, nemlig at forståelse og støtte fra andre mennesker mest effektivt oppnås gjennom selvskading (Mehlum & Holseth, 2009). Dette kan være bakgrunnen for at ignorering av selvskadende atferd har vært en benyttet behandlingsstrategi i noen avdelingsmiljøer. Problemet med ignorering som strategi er imidlertid at pasienten opplever seg avvist på et tidspunkt da behovet for hjelp og omsorg er størst, hevder Øverland (2006).

Krenkelse er å ydmyke, fornærme og såre (Guttu, 1991). Respondentene følte seg krenket når de opplevde å bli behandlet på en mindreverdig måte, og når de ble tilsnakket av miljøpersonale som de opplevde som harde, brautende, ufølsomme, respektløse og infantiliserende.

.. En gang hadde jeg skada meg masse og hadde masse sår som skulle vært suturert. Personalet kjefta på meg, så ikke på sårene en gang, men var sinte og sa jeg måtte bandasjere meg selv, noe som er ganske vanskelig å få til med en hånd.. Veldig mange innen psykiatrien behandler oss pasienter som om vi er lite smarte.. Mange, ikke alle, så nedlatende på meg og behandlet meg nedlatende bare fordi jeg var psykiatrisk pasient..

Øverland (2006) beskriver hvordan en følelse av avmakt hos miljøpersonalet kan medføre både passivitet og aktiv utagering av kyniske og sadistiske aspekter. Anstorp, Benum, og Jakobsen (2006) hevder at langvarige belastninger i arbeidet kan medføre omsorgstretthet hos miljøpersonalet, som kjennetegnes ved likegyldighet og kynisme i forhold til pasientene.

Miljøpersonalets terapeutiske kapasitet kommer fra deres evne til å tenke og reflektere i møte med menneskelig nød, fortvilelse og smerte. Denne kapasiteten er frukten av at miljøpersonalet selv har vært gjenstand for denne erfaringen (Cameron, Kapur, & Campbell, 2005). Når pasientene opplever seg krenket av miljøpersonalet, kan dette være et tegn på at miljøpersonalet sliter med å håndtere egne følelsesmessige reaksjoner. Om miljøpersonalet støttes og oppmuntres til å reflektere over egne negative og vanskelige reaksjoner, og får veiledning til å overvinne tendensen til følelsesmessig utagering, vil miljøpersonalets relasjonelle kapasitet styrkes, og utvikling av omsorgstretthet vil kunne forebygges (Rayner, Allen, & Johnsen, 2005).

Aspekter ved situasjoner

Skuffelse er frustrasjon over ikke oppfylte forventninger (Guttu, 1991). Respondentene ble skuffet når de opplevde miljøpersonalet som passive og neglisjerende overfor deres behov, og de oppfattet dette som uttrykk for faglig hjelpeløshet og manglende kapasitet i miljøpersonalet til å involvere seg i deres lidelse.

.. Jeg har ofte blitt sint og frustrert over måten jeg har blitt behandlet på.. Følte alle var imot meg og ville meg vondt.. reagerte på at de ikke ga meg noe oppmerksomhet når de visste at jeg hadde det vondt.. Hovederfaringen min er at jeg var veldig mye overlatt til å klare meg selv.. Det virker som flesteparten ikke orker å sette seg inn i situasjonen.. tydelig ikke orket en pasient med så mye psykisk smerte som jeg hadde.. Det virker som de er veldig ufaglærte når det gjelder selvskading..

Det er en alvorlig faglig utfordring for miljøpersonalet når pasientene oppfatter dem som inkompetente. Rognes (2000) hevder at pasientenes tillit til de profesjonelle er avhengig av at de profesjonelle oppleves å ha relevant kunnskap. Om pasientene ikke opplever at de profesjonelle har denne kunnskapen, vil de i pasientenes øyne framstå som hjelpeløse hjelpere som ikke fortjener deres tillit.

Å arbeide miljøterapeutisk med selvskadende pasienter er svært krevende (Øverland, 2006). Den sykepleiefaglige ledelsen i avdelingen har et ansvar for at det best kvalifiserte miljøpersonalet til enhver tid blir reservert for de pasientene som representerer de vanskeligste omsorgsoppgavene (Allen, 2007; Clarke & Whittaker, 1998).

Psykisk smerte beskrives som savn, mangel og avstand mellom ønske og realitet (Haugsgjerd, 1990). Respondentene savnet miljøpersonalets oppmerksomhet, inkludert spørsmål av typen «hvordan har du det?». Denne mangelen på oppmerksomhet fikk respondentene til å føle seg i veien for miljøpersonalet, og som en byrde for dem. Det fikk dem også til å føle at de var oppbevart i avdelingen, og at de hadde fått sin «kvote» hjelp. Disse erfaringene gjorde oppholdet i avdelingen meningsløst.

.. Når man trenger litt omsorg og beskyttelse har opplevelsen av avvisning og oppbevaring vært vanskelig.. det var ikke godt å gå i 3–4 dager etter hverandre uten at de spurte meg hvordan jeg hadde det.. Det var veldig vondt å ikke bli forstått.. Jeg var et nummer i et kartotek.. Føler mange ikke er interessert i å høre om hva jeg virkelig interesserer meg for.. Å vite om jeg virkelig kunne stole på at de ville mitt beste.... Følte at jeg var en plage for personalet og at de snakket bak ryggen på meg..

Miljøpersonalet har en faglig fordring om å møte pasientenes henvendelser med åpenhet, mottagelighet og bekreftelse (Haugsgjerd 1983). Pasientenes henvendelser må forstås som en mangel i tilværelsen som henvendelsen søker å fylle igjen. Om miljøpersonalet mangler denne åpenheten og neglisjerer pasientenes

behov og henvendelser, vender pasientens psykiske smerte tilbake til pasienten med dobbel kraft. Om miljøpersonalet derimot mottar og bekrefter at henvendelsen er viktig, og at den representerer pasientens egne grunnleggende behov og ønsker, vil pasientens utvikling stimuleres (Haugsgjerd et al., 2009).

Traume defineres som psykisk påkjenning på grunn av trakkassering eller andre former for psykologisk mishandling (Karterud et al., 2010). Traume er også fysisk skade som følge av ytre vold (Guttu, 1991).

Selve innleggelsessituasjonen representerte en psykisk påkjenning når respondenten ikke følte seg velkommen, og måtte vente på rom og seng fordi avdelingen ikke var forberedt på respondentens ankomst. Det var også en psykisk påkjenning å måtte forklare seg om og om igjen til stadig nye kontaktpersoner, og å oppleve at noen av disse var usikre og bagatelliserte det som ble fortalt til dem. Tvangsbehandling ble en psykisk påkjenning når den ble opplevd som unødvendig, vilkårlig og brutal.

..Har opplevd å bli tvangsmedisinert, beltelagt og skjermet. Mange ganger kunne dette vært unngått ved at personalet hadde tatt seg tid til meg, og spurt meg om hvordan jeg hadde det..Det negative med at de brukte tvang på meg, var at jeg mange ganger ble lagt hardt i bakken, og jeg hadde mange blåmerker dagen etterpå.. ca.10 stk. slepte meg gjennom avdelingen til rommet med belteseng. Det var utrolig nedverdigende..folk kommer løpende og «kaster» seg over deg. Jeg har gått i beredskap og kjempet imot, prøvd å flykte..

En innleggelse representerer utrygghet for pasientene med hensyn til å vite om miljøpersonalet er allierte omsorgspersoner eller kritiske motstandere (Killingmo, 1999). Utrygghet er beskrevet som en psykisk og kroppslig «beredskapstilstand», som er en følelse av å måtte være på vakt for angrep eller kritikk (Gullestad, 1999). Miljøpersonale som direkte eller indirekte bidrar til at pasientene blir værende i sin utrygghet med hensyn til å vite om miljøpersonalet vil deres beste eller ei, representerer en psykisk påkjenning for pasientene. Mangelen på positive omsorgserfaringer er beskrevet å være like traumatisk som aktiv mishandling (Karterud et al., 2010).

Konklusjon

Miljøpersonalet har det faglige ansvaret for å skape en omsorgskultur som gir pasientene en mulighet for forandring ut fra miljøterapiens mål og idealer. Artikkelen har beskrevet aspekter ved miljøpersonalet og situasjoner i avdelingsmiljøet som selvskadende pasienter har knyttet positive og vanskelige erfaringer til. Positive erfaringer var knyttet til en opplevelse av at miljøpersonalet møtte deres behov for omsorg på en genuin og kreativ måte, og til en opplevelse av at miljøpersonalet med dette kreerte situasjoner i avdelingen som stimulerte positive indre prosesser i dem. Vanskelige erfaringer var knyttet til en opplevelse av at miljøpersonalets strategier ikke imøtekom deres behov for omsorg, og til en opplevelse av at miljøpersonalet med dette kreerte situasjoner i avdelingen som sementerte deres problematikk. Mer kvalitativ forskning trengs for å få en utdypet forståelse for disse og andre aspekter ved selvskadende pasienters erfaringer i psykiatriske avdelinger. ■

Teksten har tidligere vært publisert i Nordisk sygeplejeforskning, nr. 4, årgang 1 (2011), Universitetsforlaget.

Referanseliste:

1. Aase, T.H., & Fossåskaret, E. (2007). Skapte virkeligheter. Oslo: Universitetsforlaget.
2. Allen, S. (2007). Self-harm and the word that bind: a critique of common perspectives. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14(2), 172–178. doi: 10.1111/ j.1365-2850.2007.01060.x
3. Anstorp, T., Benum, K., & Jakobsen, M. (2006). Dissosiasjon og relasjonstraumer: integrering av det splittede jeg. Oslo: Universitetsforlaget.
4. Cameron, D., Kapur, R., & Campbell, P. (2005). Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a human relations perspective of the nurse-patient relationship. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12(1), 64–74. doi: 10.1111/j.1365-2850. 2007.01060.x
5. Clarke, L., & Whittaker, M. (1998). Self-mutilation: culture,contexts and nursing responses. Journal of Clinical Nursing, 7(2), 129–137. doi: 10.1046/j.1365-2702.1998.00120.x
6. Corbin, J., & Strauss, A. (2008). Basics of qualitative research. London: Sage Publications.
7. Everett, B., & Gallop, R. (2001). The link between childhood trauma and mental illness. London: Sage Publications, Inc.
8. Evang, A. (2010). Utvikling, personlighet og borderline. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
9. Gobo, G. (2004). Sampling, representativeness and generalizability. In Seale, C., Gobo, G., Gubrium, J.F. & Silverman, D. (Eds.), Qualitative research practice (pp.405–426). London: Sage Publications.
10. Guttu, T. (Red.) (1991). Store norske ordbok, Oslo: Kunnskapsforlaget.
11. Gullestad, S. E. (1999). Den fortrolige samtalen. Tidsskrift for norsk psykologforening, 36, 428–435.
12. Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J. A. (2009). Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle. Oslo: Gyldendal Akademisk.
13. Haugsgjerd, S. (1983). Psykoterapi og miljøterapi ved psykoser I. Oslo: Universitetsforlaget.
14. Haugsgjerd, S. (1990). Lidelsens karakter i ny psykiatri. Oslo: Pax Forlag A/S.
15. Hem, M. H., & Heggen, K. (2004). Rejection – a neglected phenomenon in psychiatric nursing. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11(1), 55–63. doi: 10.1111/j.1365- 2850.2004.00687.x
16. Holzemer, W. L. (2003). Ethical guidelines for nursing research. Geneve: International Council of Nurses.
17. Huband, N., & Tantam, D. (2004). Repeated self-wounding: Women's recollection of pathways to cutting and of the value of different interventions. Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 77(4), 413–428. doi: 10.1348/1476083042555370
18. Hummelvoll, J. K. (2004). Helt – ikke stykkevis og delt. Oslo: Gyldendal Akademisk.

19. Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2010). Personlighetspsykiatri. Oslo: Gyldendal Akademisk.
20. Killingmo, B. (1999). Den åpnende samtalen. Tidsskrift for den Norske Legeforening, 1(119), 56–59
21. Levin, I., & Trost, J. (2005). Hverdagsliv og samhandling: med et symbolsk interaksjonistisk perspektiv. Bergen: Fagbokforlaget.
22. Lindström, U. Å. (1997). Pasientens upplevelse av vårdkultur och vårdrelation – motsatsernas dialektikk. I Hummelvoll, J.K. & Lindström, U.Å. (Red.), Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad (ss.73–94). Lund: Studentlitteratur.
23. Lindström,U. Å. (2003). Psykiatrisk sykepleie, teorier, verdier og praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk.
24. Mackay, N., & Barrowclough, C. (2005). Accident and emergency staff's perceptions of deliberate self-harm: Attributions, emotions and willingness to help. British Journal of Clinical Psychology, 44(2), 255–267. doi: 10.1348/ 014466505X29620
25. Mehlum, L., & Holseth, K. (2009). Selvskading – hva gjør vi? Tidsskrift for den Norske Legeforening, 8(129), 759–62.
26. Polit, D. F., & Beck, C.T. (2008). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
27. Rayner, C. R., Allen, S. L., & Johnsen, M. (2005). Countertransference and self-injury: a cognitive behavioural cycle. Journal of Advanced Nursing, 50(1), 12–19. doi:10.1111/ j.1365-2648.2005.03344.x
28. Roberts, P. (2006). Reliability and validity in research. Nursing Standard, 20(44), 41–45.
29. Rovik, A. M. (2005). Selvskading og miljøterapi. Miljøterapeutiske utfordringer ved selvskadende atferd. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning, 7(2), 15–27.
30. Rognes, W. (2000). Psykoterapi-forskning, terapeutisk relasjon og tillit. Impuls, 2, 56–61.
31. Røssberg, J. I., & Friis, S. (2004). Patients' and staff's perceptions of the psychiatric ward environment. Psychiatric Services 55, 798–803.
32. Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). Psykiatriboken. Sinn–kropp–samfunn. Oslo: Gyldendal Akademisk.
33. Simpson, A. (2006). Can mainstream health services provide meaningful care for people who self-harm? A critical reflection. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13(4), 429–436. doi:10.1111/j.1365-2850. 2006.01000.x
34. Smith, S. E. (2002). Perceptions of service provision for clients who self-injure in the absence of expressed suicidal intent. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9(5), 595–601. doi:10.1046/j.1365-2850.2002. 00512.x
35. Starr, D. L. (2004). Understanding those who self-mutilate. Journal of Psychosocial Nursing, 42(2), 33–40.
36. Suyemoto, K. L. (1998). The functions of selfmutilation. Clinical Psychology Review, 18(5), 531–554.
37. von Krogh, G. (2005). Begreper i psykiatrisk sykepleie. Bergen: Fagbokforlaget.
38. Weber, M. T. (2002). Triggers for self-abuse: A qualitative study. Archives of Psychiatric Nursing, 16(3), 118–124.
39. Øverland, S. (2006). Selvskading. Bergen: Fagbokforlaget.

THE CIRCLE OF LIFE

Tilknytning • Relasjoner • Personlighet

Er du på fornavn med våre fremste foredragsholdere?

Allan	Per	Øverenget	Øverland
Susan	Dag	Nordanger	Rosenbaum
Finn	Turid Suzanne	Urnes	Berg-Nielsen
Jan	Øyvind	Schore	Egeland
Ingvard	Theresa	Friis	Marvin
Per	Kerstin	Vaage	Martindale
Aage	Inge-Arne	Borchgrevink	Hart
Einar	Svein	Lysaker	Walkup
John	Aina	Söderström	Cullberg
Bob	Arnt Ove	Teigset	Wilberg
Jeremy	Svein	Isdal	Chanen
Andrew	Johan	Skårderud	Engelien
John	Bent	Holmes	Read
Paul	Brian	Wilhelmsen	Høglend

KULTUR: Tønes (musikk) • Sophie Calle (kunst) • The dark matter of love (filmpremiére)
Hvis klær kunne fortelle (utstilling) • Helge Torvund (poesi)

STAVANGER 04. - 08. NOVEMBER 2013 Se fasit, program og meld deg på:

schizofrenidagene.no

Bli medlem i SPoR

SPoR, NSFs Faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus, er en av sykepleierforbundets faggrupper. Medlemmene er sykepleiere som arbeider i eller har interesse for psykisk helsearbeid og rus. Formålet er å utvikle og øke kompetansen innen vårt fag, slik at vi til enhver tid kan yte den sykepleie befolkningen har behov for.

Medlemsfordeler:
- Du får rabatt på konferanser og arrangementer i regi av SPoR.
- Du får tilsendt fagbladet Psykisk helse og rus.

Hvem kan bli medlem?
- Sykepleiere som arbeider innen fagfeltet psykisk helse og rus, eller som er interessert i fagfeltet, og som er medlemmer av NSF.
- Sykepleiere som ikke er medlemmer av NSF kan tegne abonnement på tidsskriftet Psykisk helse og rus.
- Sykepleierhøgskoler, helseinstitusjoner og firma kan også tegne abonnement fagbladet.

Medlemskap koster kr 450,- pr. år

Ønsker du og bli medlem av faggruppen kan du sende epost til medlem@psykiskhelseogrus.no eller registrere deg på NSF hjemmesider: https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/psykiatriske-sykepleiere.

Ønsker du kun abonnement på tidsskriftet kan du sende e-post til kjersti.overnes@tromso.kommune.no