

# Psykiatrisk Sygepleje



**Sygeplejekonference  
for psykiatriske sygeplejere 2014  
Tilmeld dig i dag!**

**Psykiatrisk Sygeplejerske's  
bestyrelsen  
med nye ansigter**

Vi præsenterer den første  
elektroniske udgave af bladet  
med nyt look og nye muligheder

**Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker**



Af Bente Pedersen, næstformand

# Fremtidens psykiatri...

Som det fremgår af bladets forside har en ny bestyrelse for Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker haft møde for første gang. I bestyrelsen vil vi gerne takke de 3 som har valgt ikke at genopstille til bestyrelsen fra årsskiftet for et godt samarbejde de sidste år, – Rie Andersen, Jette Christiansen og suppleant Michael Pedersen – og samtidig vil vi gerne byde velkommen i bestyrelsen til Inge Gustavsén og Poul Erik Ravnsmed – se præsentation under meddelelser fra bestyrelsen.

I bestyrelsen er vi særligt optaget af Fremtidens Psykiatri, og vi ser mange muligheder for at psykiatriske sygeplejersker byder ind og er med til at tegne retningen for fremtidens psykiatri. Regeringen nedsatte i april 2012 et udvalg der fik til opgave at ”komme med forslag til hvordan indsatsen for personer med psykisk sygdom tilrettelægges og gennemføres bedst muligt”. Udvalget kom med deres rapport i oktober 2013 ”En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykisk lidelse” (se evt hovedrapport og resumé på hjemmesiden for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: [www.sum.dk](http://www.sum.dk)). Rapporten indeholder forslag til 6 fokusområder, og udvalget kommer endvidere med nogle værdimæssige anbefalinger idet der understreges, at ”mennesker med psykisk lidelse ikke må opfattes som værende deres lidelse, men først og fremmest skal mødes som mennesker, der – ligesom alle andre – har forskellige ressourcer, mulighed-

er og problemer og en psykisk lidelse, – derfor skal indsatsen have fokus på mulighederne for at komme sig”. Udvalget peger på vigtige værdier som selvbestemmelse, inddragelse, recovery og inklusion.

I bestyrelsen ser vi med forventning frem til et udspil fra regeringens Psykiatriudvalg som opfølgning på rapporten, og som psykiatriske sygeplejersker samarbejder vi meget gerne om Fremtidens Psykiatri.

Sygeplejekonferencen i juni 2014 handler netop om ”Vejen til en moderne psykiatri – brugerinddragelse, dialog og samarbejde på tværs”. Fremtidens psykiatri byder på nye former for brugerinddragelse, patientinvolvering og ansættelser af medarbejdere med forskellig typer af brugererfaring, og det kræver at psykiatriske sygeplejersker udvikler nye kompetencer, så nye samarbejdsformer kan hjælpe til at føre psykiatrien ind i en fremtid, hvor værdier som selvbestemmelse, inddragelse, recovery og inklusion er fremherskende. Sygeplejekonferencen byder på en bred palet af eksempler på fremtidens psykiatriske sygepleje, og der er oplæg både for sygeplejefaglige ledere, klinikere og udviklings- sygeplejersker.

Se program og tilmelding  
for sygeplejekonferencen  
her i bladet  
samt på hjemmesiden  
[www.dsr.dk/fs11](http://www.dsr.dk/fs11)

# Indholdsfortegnelse

- 4 Præsentation af nye bestyrelsesmedlemmer
- 5 Hvem skal være Årets psykiatriske sygeplejerske 2014?
- 12 Sygeplejekonference 2014
- 19 Redaktionens Hjørne
- 21 Til Årsrapporten DASYS 2013 Klinisk retningslinje
- 22 "På vej til et bedre liv" - behandlingskoncept til patienter med dobbeltdiagnoser
- 26 Kvinner som selvskader oplever at innleggelse i akutt psykisk helsevern kan fremme bedring
- 33 Orientering om Forskningsrådet
- 34 Tænk hvis vi har taget fejl!
- 38 Selvskading og miljøterapi – selvskadende pasienters erfaringer med å være innlagt i psykiatriske afdelinger
- 50 Boganmeldelser
- 53 Få udvidet dit fagbibliotek

## Udgiver

Fagligt selskab for psykiatriske sygeplejersker,  
<http://www.dsr.dk/fs/fs11/>

## Redaktør

Anette Theis.

## Layout

Produktionsskolen Datariet.

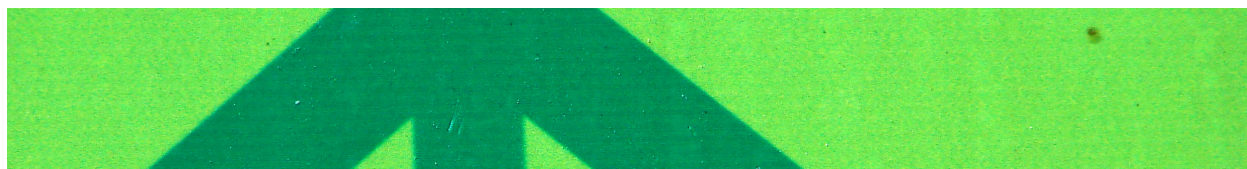
Bladet udkommer kun elektronisk.

## Materialer til bladet

Fremsendes som Word-dokument med billeder og illustrationer medsendt som separate filer. Der medsendes altid et billede af forfatteren.

## Kontakt

Anette Theis  
 Tlf.: 3864 5191  
 Mobil: 4085 2111  
 E-mail: [anette.theis@regionh.dk](mailto:anette.theis@regionh.dk)



# Præsentation af nye bestyrelsesmedlemmer

## Poul Erik Ravnsmed

Jeg glæder mig til et spændende arbejde i bestyrelsen.

Jeg har ca. 30 års erfaring med psykiatri samt børne- og ungdomspsykiatri. Jeg arbejder som ledende oversygeplejerske i Afdeling for Børne- og ungdomspsykiatri i Region Sjælland. Da jeg er den eneste i bestyrelsen som kommer fra specialet børne- og ungdomspsykiatri, vil jeg naturligt lægge vægt på, at fremme fokus på den børne- og ungdomspsykiatriske sygepleje.

Der er de senere år sket store forandringer i sundhedsvæsenet. Det er derfor vigtigt, at vi forholder os til, hvad der er kerneydelserne for sygeplejersker i psykiatrien.

Jeg er overbevist om, at Fagligt selskab for Psykiatriske sygeplejersker kan bidrage til denne afklaring.



## Inge Løper Gustavsen

Jeg er ansat som kvalitets- og udviklingskoordinator i hovedfunktion Haderslev/Augustenburg, voksenpsykiatri i Region Syddanmark. Jeg er en del af 4 matrikler Tønder, Aabenraa, Haderslev og Augustenburg, som dækker såvel stationære som ambulante patienter.

Min erfaring indenfor psykiatrien er fra gerontopsykiatrien, hvor jeg både har arbejdet i stationært og ambulante regi.

Mine særlige interesseområder indenfor psykiatrisk sygepleje, afspejler min grundlæggende holdning til sygepleje, at vi skal drage omsorg for de mennesker, der har brug for os.

Vi skal:

- Tilbyde professionel pleje og behandling af høj kvalitet.
- Møde patienten og pårørende med åbenhed og ønsket om samarbejde.
- Være frontløbere for at afstigmatisere psykisk sygdom.
- Sætte psykiatrisk sygepleje på den offentlige dagsorden.
- Fokuserer på forskning i psykiatrisk sygepleje til gavn for vores patienter.

Jeg brænder for, at være med til at få indflydelse i de fora hvor beslutninger vedr. fremtidens psykiatri bliver taget.

Jeg vil være med til at sætte Region Syddanmarks psykiatri og de spændende tiltag, der sker i vores region, på det nationale landkort.

# Hvem skal være Årets psykiatriske sygeplejerske 2014?

Fra bestyrelsen vil vi gerne sige tak til jer alle for jeres engagement med at indstille en kollega til Årets Psykiatriske Sygeplejerske. Vi har modtaget 5 indstillinger, som bringes i bladet i deres fulde længde – og selvfølgelig også ligger tilgængelige på hjemmesiden. Indstillingerne er listet op alfabetisk efter kandidatens fornavn.

Indstillingerne er sendt til bedømmelsesudvalget, som består af Knud Kristensen, Landsformand Landsforeningen SIND, en repræsentant fra Formandskabet DSR og formand for Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker Bente Pedersen.

Bedømmelsen vil vægte følgende hovedområder hos kandidaten:

- Sikrer faglig udvikling af den kliniske sygepleje
- Arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til den kliniske sygepleje
- Sætter fokus på samarbejde med patienten og dennes netværk
- Medinddrager patientens recovery proces som en integreret del af sygeplejen

Prisen på 10.000,- kr vil blive overrakt på Sygeplejekonferencen i Fåborg den 4.6.14.



Af Bente Pedersen, formand



## Dorte Fabricius, distriktssygeplejerske i Maribo - indstillet af Birgitte Lundberg, teamleder i distriktpsykiatrien i Maribo

Jeg vil gerne indstille Dorte Fabricius til Årets Psykiatriske Sygeplejerske af flere årsager.

For os i Distriktpsykiatrien Maribo af helt indlysende grunde, som jeg skal forsøge at sætte ord på. Hvis det ikke lykkes, er det udelukkende mine evner til med 500 ord at beskrive den kompetence og de positive egenskaber, der knytter sig til Dorte, som er mangelfulde.

I 2008 blev Dorte ansat i Distriktpsykiatrien Maribo i sin nuværende stilling som psykiatrisk sygeplejerske. De mange år i teamet har skabt en kontinuitet for hendes patienter, som giver dem stabilitet og tryghed i en ofte kaotisk hverdag. På grund af forskellige geografiske og demografiske forhold på Lolland foregår mange af patientkontakterne ude i patienternes hjem. Dette medvirker til gode, ligeværdig møder og en unik indsigt i patienternes samlede livssituation. Dorte omtaler altid sine patienter med stor respekt og forvalter den tillid hun får vist til et samarbejde, hvor hun stiller sin viden til rådighed og hvor beslutninger træffes med udgangspunkt i patienten og dennes ønsker.

Med sin professionelle og empatiske tilgang til patienterne er Dorte meget bevidst om netværkets betydning for patienterne. Hun har et udbredt og tæt samarbejde med både pårørende og kommunale samarbejdspartnere. Findes der børn i familierne involveres disse og ikke så sjældent ser og hører vi Dorte kaste sig ud i leg med patienternes børn, når familiesamtalernes mere alvorlige del er afsluttet.

Ud over at være primær behandler for ca. 30 patienter, har Dorte mange andre funktioner, der alle udføres med stort engagement og entusiasme.

Som fast behandler i teamets KRAMS-gruppe kommer en anden, særlig spidskompetence fra gymnastikkens verden alle deltagere til gode. Dorte nænner at udfordre, pulsen skal i vejret. Men når der er god musik og motiverende tilråb bliver motionen et meget opløftende og efterspurgt indslag, som er med til at skabe glæde og sammenhold i gruppen.

Dorte er også klinisk ansvarlig praktikvejleder og ses ofte fordybet i vejledningssamtaler med vores elever og studerende. Alle slutevalueringer indeholder stor tak og ros til deres vejleder og ofte udtrykkes ønske om at vende tilbage til psykiatrien efter endt uddannelse.

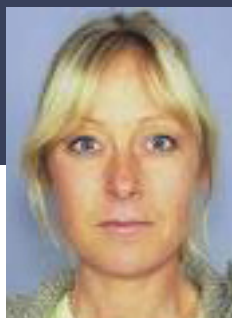
En tredje funktion er hvervet som psykofysisk træningsinstruktør. Det er en funktion, som for tiden griber om sig i forbindelse med øget personaletræning med fokus på konflikt-håndtering, nedbringelse af tvang og arbejds-skader.

Som kollega er Dorte meget vellidt. Hun er opsøgende og reflekterende omkring ny viden og forskning på området og bringer læring og udvikling ind i teamet. Dorte er omsorgsfuld overfor sine kollegaer og holder fast i de gode traditioner og sociale aspekter. Hun er fast deltager i festudvalget og nægtede, dengang nogen foreslog at nedlægge teamets "brødkasse"!

I travl hverdag, kan det hænde at skrivebordet flyder over og det stresser! Så taler vi om, at prioritere fra i opgaverne. Dorte svarer altid:

"Det vil jeg overveje, men det bliver ikke patienterne! Dem vil jeg ikke undvære".

## Indstillede kandidater til Årets Psykiatriske Sygeplejerske



### **Helle Anette Vibholm**, distriktssygeplejerske ADHD-klinikken, Børne- og unge psyk, Holbæk - indstillet af Lene Trier, ADHD-klinikken Holbæk

Helle Vibholm har i snart 3 år arbejdet i ADHD teamet i Børne- og Ungdomspsykiatrisk klinik i Holbæk.

Hun kom fra længerevarende udlandsophold med mand og tre mindre børn.

Hun har lynhurtigt sat sig ind i specialet og skabt respekt blandt patienter, pårørende og kolleger for høj faglig standard.

Mens hun boede i Holland læste hun til cand. cur i Danmark og gennemførte.

Hun har efteråret 2012 taget uddannelsen til klinisk vejleder og er dybt engageret i de sygeplejestuderendes uddannelse.

Helle er derudover vejleder for specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje og nyligt udnævnt til specialerådet for Børne- og Ungdomspsykiatri i Region Sjælland.

Hun kombinerer på forunderlig vis moderrollen med til tider udlandsarbejdende mand og sygeplejerskerollen. Hun har i tilgift formået at starte et internationalt forskningsprojekt op i samarbejde med amerikansk forsker – og selvfølgelig i samarbejde med teamet og afdelingsledelsen.

Jeg ved, at hun prioriterer sin fritid med børnene, men når de er lagt i seng, arbejder hun videre med sit forskningsprojekt.

Projektet kan ændre måden, vi håndterer ADHD på i førskolealderen, således at man kan minimere eller undgå medicinsk behandling. Der er allerede positive tilbagemeldinger fra hjem og institutioner.

Hun har altid et smil på læben og tid til at høre på kolleger, selvom man kan se, at hun egentlig var i gang med noget andet, og hun vil altid gerne hjælpe.

Hun bidrager til den daglige nytænkning med artikler og ny viden indenfor området, ved at have alle antenner ude hele tiden.

Hendes daglige arbejde er præget af stort overblik og ansvarlighed.

Hun yder en kæmpe indsats, som jeg synes bør honoreres.

Særligt forskningsprojektet er med til at sikre udvikling af den kliniske sygepleje med sundhedsfremmende og forebyggende tiltag. Der er fokus på samarbejdet med både patient og netværk – nært som institutionelt – og recovery processen er implicit. Helles daglige arbejde udføres i samme ånd.

## Indstillede kandidater til Årets Psykiatriske Sygeplejerske



### Ida Viborg, klinik for Skizofreni - OPUS, Risskov - indstillet af Lisbeth Vad-Nielsen, klinik for Skizofreni - OPUS, Risskov

Ida skal have prisen, fordi hun med sit nærvær, tålmodighed, fleksibilitet og menneskesyn godt krydret med en stor portion faglighed formår at være den autentiske sygeplejerske, der kan skabe en tillidsfuld og ligeværdig relation til de unge mennesker, som pludselig skal forholde sig til at have fået en skizofreni diagnose.

Ida har et helhedssyn og en erfaring (fagligt skøn), der gør, at hun straks fornemmer, hvor og hvordan den primære indsats skal etableres.

For Ida er relationen det bærende element, hun er parat til at finde alternative og kreative løsninger for at komme i dialog med de unge for herigennem langsomt at opbygge en behandlingsrelation.

Ida's tilgang til patienten er anerkendende og støttende og den enkeltes livskvalitet og recovery proces holdes hele tiden for øje som en naturlig del af sygeplejeprocessen.

Ida's bevidsthed på det sundhedsfremmende og forebyggende aspekt kommer til udtryk, når hun hjælper den enkelte patient med at se muligheder fremfor begrænsninger, så patienten får ressourcer til at leve med de ændrede livsvilkår, som skizofrenilidelsen måtte give.

Ida "kæmper for patienternes" rettigheder og for det, hun ser som vigtige værdier i psykiatrisk sygepleje, det gør hun på en uselvisk måde og uden hensyn til, hvordan hun bliver set af andre i organisationen.

Ida lægger ikke kun vægt på behandlingsdelen. Hendes helhedssyn på mennesket betyder, at hun løbende fokuserer på indsatsområder i forhold til patientens samlede livssituation, hvorfor samarbejdet og samspejlet med patientens netværk vægtes rigtig højt, da disse som udgangspunkt betragtes som en uvurderlig ressource for patienten, som med deres særlige tilknytning og engagement kan støtte op om at få hverdagen til at fungere og få recovery-processen til at lykkes.

Ida arbejder ud fra princippet om, at "åbenhed og viden" er vigtigt, når man er pårørende til et ungt menneske med en nydiagnosticeret skizofrenilidelse.. I det daglige arbejde, som primærbehandler for en gruppe patienter, har Ida et fint individuelt samarbejde med de pårørende, men derudover har hun gennem flere år været en af de drivende kræfter i den fælles pårørendepsykoekoduktion i grupper, som er et fast element af den samlede behandlingsindsats i Opus.

Gennem sit daglige arbejde i klinikken er Ida således med til at sikre den faglige udvikling af den kliniske sygepleje specielt indenfor skizofreni-området, derudover er hun engageret i at yde kontinuerlig faglig supervision til unge sygeplejersker i hele afdeling P (afdelingen for psykoser i Risskov).



## Indstillede kandidater til Årets Psykiatriske Sygeplejerske



### Lillian Kaag Thomsen, Klinik for OCD-og angstlidelser, Risskov - indstillet af Lisbeth Vad-Nielsen, klinik for Skizofreni - OPUS, Risskov

Gennem sine mere end 40 år indenfor klinisk sygepleje er det tydeligt hvordan helhedstænkningen er dominerende hos hende.

I sit tidligere arbejde med den danske kvalitetsmodel i Lokalpsykiatri Djursland har Lillian yderligere skærpet sin opmærksomhed på de pårørendes behov, ikke mindst hos de mindreårige børn. Lillian har en særlig bevågenhed på netværkets betydning i patienternes "levede liv" og på at dysfunktionelt netværk er sygdomsvedligeholdende. Lillian har fokus på og handler på dette område, hun ser det som en forudsætning for recovery.

Lillian har taget selvstændige initiativer i tilrettelæggelsen af inddragelse af de pårørende i behandlingsindsatsen i Klinik for Ocd og Angstlidelser i Risskov. Især hvis der er mindreårige børn i hjemmet, er Lillian opmærksom på at indkalde disse til en afklarende samtale for at finde ud af, hvordan børnene bedst muligt kan støttes i den svære situation, det er, når familien bliver ramt af psykisk sygdom.

Hendes valgspog - lånt af forfatter Karen Glistrup - er: Hvad børn ikke ved, har de ondt af.....

I Klinik for OCD og Angstlidelser er Lillian den eneste sygeplejerske blandt psykologer. Umiddelbart ikke noget problem men det er tydeligt, hvordan hun i særlig grad inddrager helhedssynet på patienternes livssituation. For at opnå recovery må patientens hele livssituation inddrages.

For Lillian er det naturligt at arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme. Hun forstår hvor vigtigt det er at se på "levede liv" som en dynamisk proces og at et "svagt led" kan umuliggøre recovery. Hun er opmærksom på at identificere de psykiske, fysiske og sociale behov og handler herpå i sikker overbevisning om, at dette er nødvendigt for at opnå recovery.

Sammenfattende vil jeg påpege, at Lillian ser recovery, sundhedsfremme og forebyggelse som forskellige vinkler på samme sag: at patientens livskvalitet bedres. Hun har en særlig sans for at se og forstå det hele menneske i samspil med sine omgivelser. Når dette lykkes, skabes udvikling i sygeplejen.

## Indstillede kandidater til Årets Psykiatriske Sygeplejerske



**Lotte Hosbond Lomholt**, Ambulatorium for unge med skizofreni (OPUS), Aalborg  
- indstillet af Malene Terp, Enheden for psykiatrisk forskning, Aalborg i samarbejde med to brugere Ambulatoriet - Ida Ørholm og Camilla Krogh

Patientinvolvering er et centralt begreb indenfor psykiatrien, og i den psykiatriske sygepleje. Det beskrives som nøglen til et fremtidigt sundhedssystem, hvor fokus i tiltagende grad er på patienten som partner: En partner der har mandatet til at indgå i et ligeværdigt samarbejde med sin behandler om at definere sit behov for hjælp og støtte samt at deltage i at tage beslutninger, der har værdi og skaber håb og mening for den enkelte.

Partnerskaber er en nødvendighed for at øge kvaliteten af den psykiatriske sygepleje, så patienterne oplever at få en hjælp, der hjælper. Og netop sådanne partnerskaber evner Lotte at etablere i samarbejdet med hendes unge.

Ida fortæller: "Lotte er ikke bare min behandler, hun er min partner. For hende er det vigtigt at det er mig, der tager ansvar for mit liv og træffer mine valg, mens hun støtter op omkring det med hele sit hjerte. Hun har hjertet med i sit arbejde, som jeg ikke har oplevet hos nogen før. Hun hjælper mig videre ved at se mine muligheder og aldrig begrænsninger. Det er tydeligt, at Lotte vil sit arbejde og elsker at gøre en forskel – for en forskel gør hun virkelig."

Partnerskaber lyder simpelt, men i praksis kræver det mod, hvis begrebet skal være andet end overfladisk og glinsende glasur. Det kræver, at man på den ene side tør lade sig udfordre i sit samarbejde med patienterne og på den anden tør indrømme, at man ikke altid har svaret, endelige har ret. At man tør være menneske sammen med patienten; glædes, få våde øjne og klump i halsen og at bevæge sig udenfor sin komfort zone.

... Og at turde lade sig udfordre og vise mod, det er centralt for Lotte,

Camilla fortæller: "Det skal vi da"... var responsen fra Lotte, da jeg kom med ideen om "Dans på Tværs", der skulle være fitnessdans for både personale, indlagte- og ambulante patienter på psykiatrisk sygehus. Netop denne iver, engagement og nysgerrighed i forhold til at nytænke behandling afspejler lige præcis Lotte. Jeg står som danseinstruktør og ramt af skizofreni. Lotte står som tovholder og deltager, og danser blandt andet sammen med de unge i OPUS, som hun er behandler for. Lotte er ikke den bedste danser på holdet, men er ikke bange for at vise igennem sig selv, at vi alle skal kæmpe. Eller bange for at spørge hendes unge, hvordan trinnet nu var. Det kræver mod at bytte om på rollerne og turde være på udebane, men dette mod har Lotte. Nok er motionen omdrejningspunktet i dans på tværs, men det er samtidig også så meget mere end bare sundhedsfremmende. Det handler i lige så høj grad om at give håb og vise, at vi alle bare er mennesker uanset, om man er behandler, patient eller skizo-underviser, så vi skrumper i bredden, men vokser i højden".

Så, hvorfor skal Lotte vinde titlen som årets psykiatriske sygeplejerske? Fordi hun gør en forskel som 'partner'! Fordi hun er den slags 'partner' som efterlader faglige og menneskelige aftryk, som giver værdi for hendes unge og for fremtidens psykiatriske sygepleje.



Tegning lavet af de unge til Lotte  
Hosbond Lomholdts indstilling

*Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker*

## Konference

om Psykiatrisk Sygepleje afholdes af  
Fagligt Selskab for  
Psykiatriske Sygeplejersker

3. og 4. Juni  
2014

Hotel Faaborg Fjord

Tema

Brugerinddragelse, dialog og samarbejde på  
tværs

- vejen til en moderne psykiatri

# Sygeplejekonference 2014

## ”Brugerinddragelse, dialog og samarbejde på tværs – vejen til en moderne psykiatri”

”Fremtidens psykiatriske sygepleje udvikles i et samarbejde mellem sygeplejersker og patienter/brugere” – det er man ikke tvivl om, når man har læst Psykiatriudvalgets rapport, der skal danne baggrund for Regeringens nye Psykiatriplan.

På Sygeplejekonference for Psykiatriske Sygeplejersker, den 3. og 4. juni 2014 i Fåborg får du mulighed for at diskutere retningen for fremtidens psykiatriske sygepleje. Programmet er sammensat så forskellige perspektiver på psykiatrisk sygepleje – forskning, ledelse, udvikling og klinisk praksis – får mulighed for at udfordre og inspirere på tværs.

Forskningsperspektivet vil blive belyst af professor Kirsten Lomborg, som vil fortælle omkring ”Kompetenceudvikling som grundlag for et øget samarbejde med patienter”, samt ph.d. Anne Pedersen, der fortæller om ”Hverdagslogikker imellem hospitalspsykiatri og socialpsykiatri”.

Brugerperspektivet præsenterer Esben Sandvik Tønder, fra Region Hovedstadens Psykiatri med et oplæg om: ”Psykisk sygdom - fra barriere til karriere”.

Esben inddrager egne erfaringer fra psykiatrien og sin personlige recovery process.

Fra kliniske praksis vil oversygeplejerske på Universitetshospitalet Risskov Inge Voldgaard, fortælle omkring ”Brugerstyrede senge”, og Ph.D.stud. Malene Terp vil sammen med foredragsholder og blogger Camilla Krogh give eksempel på, hvordan konkret samarbejde mellem medarbejder og bruger kan udvikle psykiatrien.

Fra et ledelsesperspektiv vil sygeplejefaglig direktør i Psykiatrien Region Syd Ole Rytto, og forstander på bostedet Slotsvænget i Lyngby Jørn Eriksen, belyse, hvordan kompetenceudvikling af medarbejdere kan medføre forandring og et nyt samarbejds perspektiv med baggrund i Recovery og Empowerment.

Det er blot et udsnit af de oplæg og workshops, der er planlagt til Sygeplejekonference 2014. Derudover er det muligt at præsentere sit forsknings- eller udviklings projekt i form af en poster. I den forbindelse afholdes der en posterkonkurrence.

Konferencen finder sted på: Hotel Faaborg Fjord, Svendborgvej 175. 5600 Faaborg.

# Sygeplejekonference 2014

## Kort beskrivelse af præsentationer

### ”Et socialpsykiatrisk perspektiv”

**Anne Petersen,**  
**Ph.d.**

Hverdagens logikker i det psykiatriske arbejde.

Hver eneste dag praktiserer medarbejderne i psykiatrien deres arbejde. Det gør de i organisationer, der har strategier og visioner for, hvordan det skal gøres - og det gør de i en hverdag, som er fuld af situationer, som medarbejderne skal håndtere her og nu. Og hvordan gør de så egentlig det? Er det psykiatriske arbejde et billede på recovery-visioner, medicinske paradigmer eller kundeorienterede organisationer

i bedste New Public Management stil? I oplægget præsenteres det psykiatriske arbejde som seks forskellige logikker, der beskriver det psykiatriske arbejde i hverdagen - og det er de samme logikker, der kan beskrive arbejdet i social- og behandlingspsykiatrien.

De seks logikker både harmonerer med hinanden og står i stærk umiddelbar modsætning til hinanden - men alligevel er de alle en del af hverdagen for medarbejderne i de psykiatriske organisationer. Hvordan kan så forskellige logikker forme det psykiatriske arbejde i hverdagen? Oplægget afrundes med at give svar på det spørgsmål.



### ”Psykisk sygdom – fra barriere til karriere”



**Esben Sandvik Tønder,**  
**Cand. Mag.**

Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery under Region Hovedstadens Psykiatri opslug i foråret 2013 de første 10 stillinger, hvor egne patienterfaringer fra psykiatrien var et eksPLICIT krav for at komme i betragtning. Sygdomserfaringer og erfaring med at komme sig efter sygdom blev med andre ord forstået som kompetencer. Jeg vidste, at jeg havde lært meget ved at overvinde sygdomsbarrierer og derfor gjorde opslagene mig nysgerrig og fik mig til at opsiges min faste fuldtidsstilling som konsulent til fordel

for en midlertidig stilling i et projekt, der handler om at udvikle og teste en smartphone-app, som skal understøtte fælles beslutningstagning. RHP har i første omgang ansat peers, ofte oversat ’medarbejdere med brugerbaggrund’, i tre forskellige projekter, som alle har til formål at understøtte regionens vision om en mere recovery-orienteret psykiatri. Med afsæt i mine egne psykiatriske erfaringer vil jeg bl.a. komme ind på hvad erfaringskompetencer er for en størrelse, hvad man som peer særligt kan bidrage med i en psykiatri, der ønsker at arbejde recovery-orienteret, og hvilke erfaringer vi indtil videre har gjort i praksis.

## ”Patientinvolvering: Et eksempel på kompetenceudvikling blandt personalet på Aarhus Universitetshospital.”



**Professor Kirsten Lomborg,  
Aarhus Universitet**

Kirsten Lomborg er professor på Aarhus Universitetshospital med den særlige opgave at styrke og udvikle forskningen inden for patient- og pårørendeinvolvering. Hendes tidligere forskning har drejet sig om at støtte patienters egenomsorg i alle faser af KOL. Hun har bl.a. udviklet, implementeret og evalueret patientcentreret pleje som indbefatter relationelle og praktiske elementer og som med sin

involverende tilgang skaber større tilfredshed og mere læring hos patienterne. Aktuelt har Kirsten Lomborg især fokus på brugerstyret behandling og fælles beslutningstagning som metoder der støtter og værner om patientens autonomi og har potentiale til mere effektiv og virkningsfuld behandling.

I oplægget vil Kirsten Lomborg vise, hvordan Aarhus Universitetshospital har arbejdet med kompetenceudvikling blandt personalet og diskutere de udfordringer man er stødt på undervejs.

## ”At være i øjenhøjde! Erfaringer fra to brugerinnovations projekter”

**Camilla Krogh,  
industriel designer**

**Malene Terp,  
ph.d. Studerende, Enheden for psykiatrisk forskning, Aalborg Universitetshospital psykiatrien**

Patientinvolvering er et centralt begreb indenfor psykiatrien, og i den psykiatriske sygepleje. Det beskrives som nøglen til et fremtidigt sundhedssystem, hvor fokus i tiltagende grad er på patienten som partner: En partner der har mandatet til at indgå i et ligeværdigt samarbejde med sin behandler om at definere sit behov for hjælp og støtte samt at deltage i at tage beslut-

ninger, der har værdi og skaber håb og mening for den enkelte.

Involverende partnerskaber er en nødvendighed for at øge kvaliteten af den psykiatriske sygepleje, så patienterne oplever at få en hjælp, der hjælper. Men, involverende partnerskaber der giver patienter en reel stemme, udfordrer eksisterende roller og gængse måder at samarbejde på.

Oplægget formidler erfaringer fra to brugerinnovationsprojekter; SmartCare og Dans på Tværs, om udvikling af en praksis i øjenhøjde – en praksis hvor patienter involveres systematisk i udvikling af en bruger-centreret psykiatri gennem innovative partnerskaber.



# Program for konferencen

**Tirsdag d. 3. juni 2014**

- 09.00 – 10.00 Registrering og kaffe
- 10.00 – 10.15 Velkomst ved formanden for Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker
- 10.15 – 11.15 **Hverdagens logikker i det psykiatriske arbejde**  
v/ Ph.d. Anne Petersen
- 11.15 – 11.30 Pause
- 11.30 – 12.45 **Kompetenceudvikling af fagprofessionelle til at arbejde samarbejds- og recovery orienteret?**  
**Hvordan løfter behandlingspsykiatrien sit ansvar fagligt og ledelsesmæssigt, når udfordringen er et recoveryorienteret perspektiv?**  
v/ sygeplejefaglig direktør Ole Rytto, Psykiatrien Syddanmark
- Fra ekspert til samarbejdspartner**  
v/ Forstander Jørn Eriksen, Slotsvænget  
Plenumdebat med formiddagens oplægholdere
- 12.45 – 13.45 Frokost
- 13.45 – 14.30 **Workshops**  
**Hvor er den psykiatriske sygepleje på vej hen?**  
A. Ledelse og forandring i sundhedsvæsenet. Hvordan påvirker sygeplejefaglige ledere fremtidens sygepleje?  
B. Sygepleje og forandring i sundhedsvæsenet. Hvordan påvirker sygeplejersker fremtidens sundhedsvæsen?
- 14.30 – 15.00 Debat i Plenum  
Moderator Jørn Eriksen og Claus Hansen
- 15.00 – 15.30 Kaffepause og postervandring
- 15.15 – 16.00 **At være i øjenhøjde! Erfaringer fra to brugerinnovations projekter**  
Camilla Krogh, industriel designer og Malene Terp, ph.d. Studerende, Enheden for psykiatrisk forskning, Aalborg Universitetshospital psykiatrien
- 16.15 – 18.30 Generalforsamling
- 19.00 Festmiddag

Bus afgår fra Odense banegård den 3. juni kl. 9.00

Gå mod rutebilstationen, følg skiltene mod jernbanemuseet. Bussen er parkeret bag museet, der ligger i Dannebrogsgade

Værelserne vil senest være klar kl. 15.00

**Onsdag d. 4. juni 2014**

- 07.00 - 09.00 Morgenbuffet
- 09.00 – 10.00 **Patientinvolvering: Et eksempel på kompetenceudvikling blandt personale på Aarhus Universitetshospital.**  
v/ professor Kirsten Lomborg, Aarhus Universitet
- 10.00 – 11.00 **Postervandring med mindre præsentation.**
- 11.00 – 12.00 **Brugerinvolvering, dialog og samarbejde på tværs.**  
Eksempler fra regionerne og kommuner i DK  
Følg programmets udvikling på hjemmesiden.
- 12.00 – 13.00 Frokost
- 13.00 – 13.30 **Kåring af årets psykiatriske sygeplejerske**
- 13.30 – 14.45 **Psykisk sygdom – fra barriere til karriere**  
v/ Cand. mag Esben Sandvik Møller.
- 14.45 – 15.00 **Afslutning og bedste poster**

Umiddelbart efter afslutningen er der bus afgang til Odense banegård. Der udleveres sandwichbolle og vand til hjemturen.



# Posterpræsentation (og konkurrence)

Psykiatriske sygeplejersker har i forbindelse med konferencen mulighed for at præsentere forskningsprojekter og udviklingsprojekter i poster form.

En posterpræsentation er en enkel og overskuelig måde at fremvise et forskningsprojekt på og vil være et væsentligt bidrag til at give konferencen en større faglig bredde.

Posterpræsentation er væsentlig for en formidling af den forskning og udvikling der pågår i Danmark blandt psykiatriske sygeplejersker.

Der er programsat to postervandring på konferencen, hvor der vil være mulighed for at uddybe og fortælle mere nuanceret om projektet til interesserede. Man skal derfor forberede et oplæg på 2. minutter, der beskriver projektet.

I forbindelse med årets posterpræsentation afholdes en posterkonkurrence.

Et bedømmelsesudvalg vil udvælge to poster der hver modtager en præmie.

Alle, der ønsker at præsentere en poster bedes fremsende posterens titel på dansk eller engelsk til udviklings- og forskningspsygeplejerske Lene Lauge Berring, pr. mail: [lelb@regionsjaelland.dk](mailto:lelb@regionsjaelland.dk)  
Senest d. 1. maj 2014.

**Vi opfordrer alle der i løbet af året har haft nationale eller internationale poster præsentationer til at indsende disse.**

## 3 X NARRATIVE FILMS

*Lili Bermann, psychiatric nurse, Denmark*

**TRAVELLING TO: DESTINATION UNKNOWN**

**FADIME: TORN BETWEEN CULTURES**

**FIGHTING DEMONS OF THE PAST**

## TWO-WAY PSYCHOEDUCATION

*- to and from patients with ethnic minority*

### BACKGROUND

Stigma and lack of knowledge about mental illness among immigrants which affects helpseeking and treatment.

Lack of knowledge about important transcultural issues in the treatment.

**Goals:**

1. Grapple with prejudice and stigma.
2. Psychoeducating patients.
3. Educating mental health staff about specific transcultural issues in treatment.

### METHOD

A community based psychiatry located in an immigrant neighbourhood in Denmark, offered psychoeducation to a group of 7 women between 21-40 years old. Weekly group meetings for a year, alternating between psychoeducation and networking/social activity.

The educative approach was not manualised but based on a stress vulnerability model, integrating elements from psychodynamic theory.

### RESULTS

A strong board...

3 different...

into film...

identifi...

The p...

The tra...

### TRAVELLING TO: DESTINATION UNKNOWN

**Part 1.** Nagaf is born in Iraq. She describes her upbringing and the premigrational period of her life. She was raised to be quiet and trust her parents' decisions. When she was 18 years old she married a cousin and moved to live with his family. She had three children and life was quiet and sometimes happy. She belonged to a religious minority, and when Saddam's persecutions started, her husband arranged for her and their 8 year old daughter to flee to Denmark.

**Part 2.** Nagaf faces a hard time in Denmark, feeling lonely with the entire responsibility for her and the daughter. She has never been away from home and finds the new country and its inhabitant scary. With no knowledge of the language she is unable to handle everyday life. As a consequence she develops a depression and gets in contact with the Mental Health System.

She emphasises the need for time to build up trust and security in the therapeutic relation.

### FADIME: TORN BETWEEN CULTURES

Fadime describes her difficulties trying to find her place and identity whilst growing up in two very different cultures. That is the culture of her parents who are Turkish and the culture of the Danish community where they now live.

In school she learns about individualism, independence and critical thinking, and at home she is taught obedience and adherence to the norms of the parents' home country.

She initially fails adapting to both cultures which she sees as the main reason for developing a depression.

Supported in the process by Mental Health Care she finally finds a solid stand by adapting to both cultures.

### FIGHTING DEMONS OF THE PAST

Jusra is born in Lebanon, and traumatised from growing up in war.

In Denmark she is further burdened with a violent husband and finds it difficult to cope with demands of everyday life. She struggles with frequent and intense symptoms of anxiety, re-experiencing childhood traumas.

Little by little and after a divorce, she develops a psychosis and gets hospitalized in a psychiatric ward, diagnosed with schizophrenia. As she thinks that only insane get hospitalized, this is initially kept a secret to her children and family.

She finally realizes that everybody can develop psychiatric illness if life gets too hard, and she disagrees with the diagnosis schizophrenia.

### CLINIC FOR PTSD & TRANSCULTURAL PSYCHIATRY

AARHUS UNIVERSITY HOSPITAL, DENMARK

Birthe Valbjørn, psychologist - Dina Elsenoussy, cultural broker  
Lili Bermann, psychiatric nurse - Marianne Jespersen, psychiatric nurse

### INFORMATION

Please contact psychiatric nurse, Lili Bermann  
E-mail: [liliberm@rm.dk](mailto:liliberm@rm.dk)

# Tilmelding



*Tilmeldingsform  
til konferencen  
kan findes her*

## **Fripladsansøgning**

Der kan søges om friplads hos kasserer Kytte Hay Jørgensen. Ansøgning om friplads skal være kasserer i hænde senest 15. april. Fripladsmodtagere skriver referat til tidsskriftet Psykiatrisk Sygepleje.

## **Indkaldelse til generalforsamling**

Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker indkalder hermed til den årlige generalforsamling i forbindelse med afholdelse af Sygeplejekonference

**Tirsdag den 3.6.14 kl. 16.15 – 18.30, Hotel Faaborg Fjord,  
Svendborgvej 175, Faaborg.**

Forslag til dagsorden/emne til behandling på generalforsamlingen skal være formanden i hænde senest 8 uger før afholdelsen.

Dagsorden kan ses på hjemmesiden

[www.dsr.dk/fs11](http://www.dsr.dk/fs11)

# Redaktionens Hjørne

Vintergækker og Erantisser spirer frem og signalerer forandring. Forandring er fyldt mange steder og på mange måder. 2014 er året hvor vores fagblad er elektronisk. Den fysiske form som engang var, er historie. En historie vi har sammen – En fælles historie.

Det ligger lige for at drage en parallel til artiklerne i denne udgave af bladet og til faget, den psykiatriske sygepleje.

En karakteristik som kan være fælles for artiklerne er forandring. Forandring i de forståelser vi lægger til grund for vores sygeplejefaglige handlinger. Hvad er god psykiatrisk sygepleje, hvilke værktøjer kan vi med fordel gøre brug af i planlægning af den psykiatriske sygepleje og i samarbejdet med den psykiatriske patient/bruger/borger.

Hvilken forståelse baserer vi vores "best practice" på? Er det i myter, narrativer, fiktion, fakta, evidens eller erfaring vi er søgende på "best practice". Vi ved godt hvad det korrekte svar er, men i hverdagens traditioner og konformitet er erfaringen nogle gange en anden. Virkeligheden er en svær størrelse!

Tager vi fagets udvikling på os må vi skabe "tilpasse forstyrrelser". En tilpas forstyrrelse i forhold til fagets tradition og selvforståelse, men også i forhold til de praksisser vi praktiserer i. Samfundet og den forståelse og organisering af behandling og pleje gør vi møder patienten/beboeren og borgeren andre steder end faget har tradition for.

Er det en "tilpas forstyrrelse" til at få øje for at gøre noget andet.

Artiklerne her viser med deres diversitet at vi tager udfordringen på os. Lige om lidt skal vi mødes traditionen tro i Fåborg – 2 dage hvor faget diskuteres. Emnet er høj aktuelt og jeg håber vi bliver mange.

***Go læselyst i vores nye elektroniske blad.***



Af Marianne Sand

## Nyt redaktionsmedlem



### Lili Bermann Præsentation af mig:

Jeg er uddannet sygeplejerske i Holbæk i 1981 og har siden taget specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje samt en master i sundhedsantropologi.

Jeg har været i behandlingspsykiatrien de sidste 19 år og før dette arbejdet i somatikken og på asylcentre.

Jeg har altid haft en særlig interesse for flygtninge indvandrere uanset hvilket speciale jeg har været i. Mit store interesse er de sociale og kulturelle aspekter ved sygdom og sundhed. Fortolkning af noget som et sygdomssymptom, afhænger i høj grad af hvilke ideer om sygdom der hersker i den konkrete sociale og kulturelle kontekst. Jeg har været på studierejse til Egypten for at studere psykiatrien både i privat og offentligt regi og har også undervist i transkulturel sygepleje på specialuddannelsen i Region Øst og Nord.

De sidste år har jeg været ansat på Klinik for PTSD og Transkulturel Psykiatri, en klinik uden sygeplejersker indtil forår 2012. Vi er nu 5 sygeplejersker og mit fokus er aktuelt på udvikling og implementering af sygeplejen i klinikken.

## Brænder du for psykiatrisk sygepleje og faglig formidling? ... i redaktionsgruppen for Psykiatrisk Sygepleje søger vi et nyt medlem!

Vi er en gruppe psykiatriske sygeplejersker, der fire gange om året mødes en hel dag for at planlægge næste udgave af Psykiatrisk Sygepleje. Mellem redaktionsmøderne består arbejdet blandt andet i at være opsøgende i forhold til skribenter og annoncører, opdatere og udvikle hjemmesiden, vejlede ved artikelskrivning eller måske selv skrive en artikel.

Arbejdet i redaktionen er frivilligt og ulønnet. Vi tilstræber geografisk spredning, så vi har en redaktion, der repræsenterer hele Danmark. I øjeblikket er vi tre fra Region Hovedstaden og to fra Region Nordjylland. Det allervigtigste er dog, at du er engageret i og har en

interesse for formidling af den psykiatriske sygepleje. Lyder redaktionsarbejde som noget for dig, og kan det forenes med dit arbejde vil vi i redaktionen meget gerne høre fra dig.

Du er velkommen til at kontakte redaktør Anette Theis for flere oplysninger om redaktionsarbejdet. Ansøgningsfrist er den 25. april 2014.

**Ansøgning sendes elektronisk til:  
redaktør Anette Theis på mail:  
anette.theis@regionh.dk.**

# Til Årsrapporten DASYS 2013 Klinisk retningslinje



Af Birgitte Lind Andersen,  
Distriktsygeplegerske, cand.cur.

## Om at være med til at udforme en klinisk retningslinje:

Jeg er meget glad for, at der i DASYS er vist mig den tillid at udvælge mig til at repræsentere DASYS i arbejdsgruppen i Sundhedsstyrelsen for udarbejdelse af Nationale Kliniske Retningslinier for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge. Når denne retningslinje er færdig primo 2014, skal der udarbejdes en National Klinisk Retningslinje for udredning og behandling af voksne med ADHD. Den deltager jeg også i.

Det er en meget lærerig opgave, fordi jeg hele tiden er opdateret og læser den nyeste viden om ADHD.

Der er meget litteratur at læse på engelsk og evidensvurdering af dette, og det er en tidskrævende opgave. Jeg har fuld opbakning fra mit arbejdssted regionspsykiatrien Viborg-Skive, ADHD teamet i Viborg og har reducerede patientopgaver i denne periode.

Jeg bruger min viden om ADHD meget i arbejdsgruppen og bliver som sygeplejerske hørt på lige fod med de andre medlemmer i arbejdsgruppen. Vi får nogle gode faglige diskussioner ud fra de givne rammer for retningslinjen. Arbejdsgruppen består af 3 børne- og ungdomspsykiatere, 2 pædiatere, 1 neurolog, 1 praktiserende læge, 2 psykologer og 1 sygeplejerske (mig) i alt 10 personer, og der diskuteres ligeværdigt mellem faggrupper. Derfor kommer den faglige konsulent, som skal skrive retningslinjen, en metodekonsulent og flere personer fra Sundhedsstyrelsen.

Jeg glæder mig til det fortsatte arbejde resten af året og næste år med retningslinjen for voksne med ADHD. Det er en meget vigtig opgave at lave denne retningslinje, så patienterne får ensartet udredning og behandling i hele landet.

# ”På vej til et bedre liv”

## - behandlingskoncept til patienter med dobbeltdiagnoser



**Af Mette Rosenkrantz Kjær,  
Ledende Ambulatoriesygeplejerske ved Psykiatrisk Ambulatorium Thy-Mors, Klinik Nord, Region Nordjylland.**

Denne artikel præsenterer et litteraturstudie, hvor fokus har været hvordan den psykiatriske sygepleje kan fremme motivationen hos dobbeltdiagnose patienter, som har kognitive vanskeligheder forårsaget af den psykiske lidelse og misbrug.

Formålet med denne artikel er at sætte fokus på sygeplejen til dobbeltdiagnose patienter, da forekomsten af denne patientgruppe er stigende i behandlingspsykiatrien, og de har en række særlige komplekse problemstillinger, der kan forårsage store personlige og samfundsøkonomiske omkostninger. Jeg vil i denne artikel beskrive et behandlingskoncept ”På vej til et bedre liv”, og udlede styrker og svagheder, og sammenholde dem med udfordringer i motivationsarbejdet, patienternes psykiske symptomer og deres kognitive vanskeligheder.

### Baggrund

Gennem mit virke i psykiatrien har jeg erfaret, at dobbeltdiagnose patienter er en gruppe af meget udsatte mennesker, som har brug for en specialiseret og individuelt tilrettelagt behandling. Når dobbeltdiagnose patienter ofte har så store problemer og en dårlig prognose, skyldes det dels, at den psykiske lidelse og misbruget gensidigt forstærker hinanden, men det kan også skyldes at mennesker med dobbeltdiagnoser er svære at behandle. Tidligere undersøgelser af indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnoser i Danmark har vist, at personer med dobbeltdiagnoser ofte enten kun får behandling for en af diagnoserne eller falder mellem to stole i behandlingssystemet, idet der er for få indsatser, der har fokuseret på denne gruppes behov (Hagensen et al. 2010, s.6). Der er flere undersøgelser som konkludere at en integrerede behandling er den mest effektfulde behandling, altså hvor begge lidelser behandles samtidig (ibid. s. 17). Særligt en kombination af motivationsarbejde og kognitiv adfærdsterapi har vist sig særdeles hensigtsmæssigt. Lige netop den kombination ligger til grund for ”På vej til et bedre liv”.

Jeg har i august 2013 afsluttet specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje. I gennem hele uddannelsen har jeg studeret og reflekteret over kliniske, etiske og faglige problemstillinger i relation til dobbeltdiagnose patienter.

### Metode

Analyserammen i mit litteraturstudie var med udgangspunkt i konceptet ”På vej til et bedre liv” (Gråwe et al. 2010), hvor jeg vælger at udlede dets svagheder og styrker, sammenholde dem med udfordringer i motivationsarbejdet, patienternes psykiske symptomer og kognitive vanskeligheder. Jeg vælger hermed ikke at søge efter sammenhængen mellem sygdom og misbrug i form af årsagsforklaring, men derimod at bedømme et specifikt koncept, for om muligt at argumentere for implementering som en del af best practice, når det er påvist, at patientgruppen udgør et stigende antal, og udfordre sygeplejen i kraft af behovet for en integreret tilgang. ”På vej til et bedre liv”

er udviklet i Norge af psykolog Rolf W. Gråwe, og to psykiatriske sygeplejersker Bente Espeland og Margit Holter. Det er et lærings- og mestringsprogram, altså mestring af rusmiddelproblemer og psykiske problemer. Disse problemer kan gøre det vanskeligere at blive rask. Programmet handler i høj grad om at få et godt liv med ordnede boligforhold, gode venner, en god økonomi, arbejde eller andre meningsfulde aktiviteter, tryghed, godt selvværd, familie og uddannelse m. m. (ibid. s. 4). Programmet skal ses som et supplement til videre behandling i sundhedsvæsenet (ibid.). Programmet er præget af færdighedstræning, hvor patienterne ved hjælp af praktiske øvelser lærer at mestre deres vanskelige hverdagsituationer, og består af 4 færdighedsområder. Færdighedsområde 1: selvværd, Færdighedsområde 2: Positiv selvhævdelse-handle sådan at du er stolt af dig selv, Færdighedsområde 3: Modstå rusmiddelpres og rusmiddeltrang og Færdighedsområde 4: Fritid og venner (ibid.). Umiddelbart forstår jeg konceptets styrke, hvor der er et stærkt fokus på den enkelte, anerkendelse af og tilskyndelse til selvanalyse, og en styrkelse af evnen til at mestre eget liv.

Jeg vælger i denne artikel udelukkende at tage udgangspunkt i færdighedsområde 3.

Mit fokus er også af fremme motivationen hos denne patientgruppe, og der er det meget nærliggende at tage udgangspunkt i Per Revstedts teori om motivationsarbejde. Han mener ikke at der eksisterer "håbløse tilfælde", men at det er muligt at motivere alle (Motivational Work 2012). Han tager udgangspunkt i menneskets positive kerne, og betragter mennesker som god inderst inde, og at deres destruktive adfærd, så som misbrug af stoffer, er noget som opstår i samspillet mellem menneske og miljø.

### Resultat

Jeg har taget udgangspunkt i to overordnede temaer: motivation og kognitive vanskeligheder. Disse temaer er udtryk for de centrale spørgsmål, der er indeholdt i tilgangen til dobbeltdiagnose patienter, og samtidig udgør de udfordringer, der implicit ligger hos behandlere.

I "På vej til et bedre liv" arbejdes der med at styrke den enkeltes motivation. I færdighedsområde 3 arbejdes der med motivation til forandring, og dette består af 3 faktorer:

**Vilje** – at man har vilje til forandring.

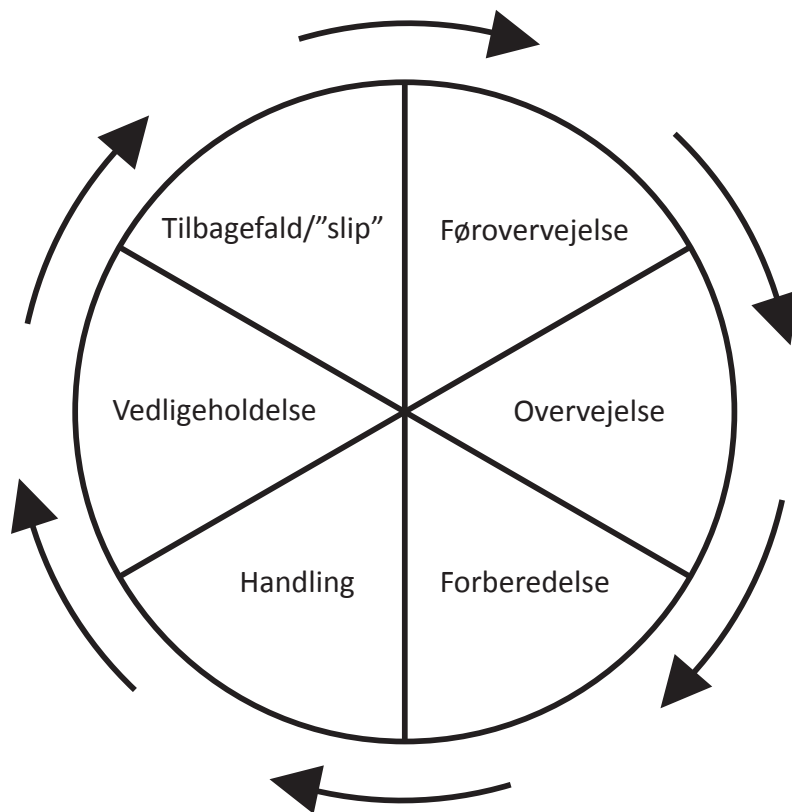
**Evne** – at man tror på egne evner.

**Parat** – at man er parat til en ændring (Gråwe et al. 2010, s.30).

Patienterne kan få hjælp og støtte til at afklare motivationen til, at ændre forbruget af misbruget, ved hjælp af et "Fordele/Ulempe skema" (ibid. s. 25). Revstedt siger at alle mennesker inderst inde er motiveret, enten som latent eller manifest motiveret. Patienter som kaldes latent motiveret, er motivationen til stede, men den kommer ikke til udtryk i deres handlinger (Revstedt 2004, s. 45). Noget kunne pege på at den patientgruppe som kommer i behandlingspsykiatrien, ofte ikke har sygdomserkendelse i forhold til deres misbrug og de andre problemer, som de håndterer destruktivt (ibid. s. 22). Den destruktive adfærd kunne måske også skyldes en skizofrenilidelse, hvor patienten måske er plaget af vrangforestillinger og hallucinationer, de såkaldte positive symptomer. Ved disse patienter kan det være svært at forestille sig, at de har et ønske om en bestemt forandring, men de har ofte urealistiske og ubegrundede overbevisninger, som patienten fastholder trods al logik og fornuft. De kan have svært ved at forstå, at en given adfærd kan være skadeligt for dem selv og andre, og dermed ikke være motiveret for at ændre den (Nordentoft & Kjær 2010, s. 290). Ud fra ovenstående kan det se ud som om, at patienter med psykotiske symptomer måske ikke har så stort udbytte af at deltage i "På vej til et bedre liv", også hvis de er præget af mange negative symptomer. De negative symptomer kan være, at patienterne er præget af nedsat energi, følelsesmæssig afladning, hvor de ikke kan mobilisere engagement eller begejstring, og hvis de er præget af social tilbagetrækning, kan de ikke indgå i gruppeforløbet (ibid. s. 293). Det kan formodes, at den enkelte patients psykiske tilstand også skal tages med i betragtning, inden patienterne tilbydes at

deltage i "På vej til et bedre liv". Patienternes motivation for forandringer kan også illustreres ved, at de gennemgår nogle motivationsfaser, i det som de to professorer i psykologi, Prochaska og DiClemente kalder motivationscirklen.

Figur 1.  
Motivationscirklen  
(Hansen & Thomsen 2012,  
s. 60).



Motivationscirklen gennemgås i "På vej til et bedre liv", hvor patienterne kan gennemføre faserne i en bestemt rækkefølge, men det er næppe tilfældet hos alle dobbeltdiagnose patienter, da nogle ofte bliver længe i en fase eller vender tilbage til nogle tidligere faser (Gråwe et al. 2010, s. 29). I færdighedsområde 3 peger i retning af, at den psykiatriske sygeplejerske godt - ved hjælp af behandlingskonceptet "På vej til et bedre liv" - kan fremme motivationen hos dobbeltdiagnose patienten til at modstå rusmiddelpres og rusmiddeltrang, dog er der nogle faktorer, som skal tages højde for. Her kan blandt andet nævnes, at sygeplejersken skal undersøge, om patienten er latent eller manifest motiveret, patienterne skal have støtte og hjælp gennem motivationscirklen, og derigennem afklares patientens vilje, evne og parathed for forandring.

Konceptet er blandt andet et kognitivt redskab, med fokus på den enkelte, og en styrkelse af evnen til at mestre eget liv. Ca. 90 % af alle patienter med skizofreni lidelse har kognitive vanskeligheder. Under Færdighedsområde 3 får patienterne en forståelse af sammenhængen mellem brug af rusmidler og psykiske problemer, og at et fortsat brug af rusmidler kan forværre de psykiske symptomer, og forårsage

problemer med at nå de opsatte mål i livet (Gråwe et al. 2010, s. 28). Graden af kognitive vanskeligheder i forbindelse med rusmidler er afhængig af rusmiddeltyper og omfanget, dog er der undersøgelser, der peger på, at de forskellige rusmidler efter længere tids skadelig forbrug medfører de samme generelle kognitive vanskeligheder, som de psykiatriske lidelser (Bruun 2012, s. 437). I "På vej til et bedre liv" må det formodes, at der tages hensyn til den enkelte patients kognitive funktionsniveau. Der arbejdes eksplicit med at skabe rammer, som giver plads til eksempelvis personlig udforskning og refleksion over egen sårbarhed og usikkerhed. Der fokuseres også på patienternes egne ressourcer og kvaliteter (På vej til et bedre liv 2012).

Sammenfattende vurderes det at færdighedsområde 3 godt kan tage hensyn til dobbeltdiagnose patienter med kognitive vanskeligheder grundet skizofreni og misbrug, så de kan gennemføre en vedvarende forandring.



### Konklusion

”På vej til et bedre liv” kan bruges af psykiatriske sygeplejersker til at fremme motivationen hos dobbeltdiagnose patienter. Sygeplejersken kan gennem motivationscirklen afklare patientens vilje, evne og parathed for forandring, og kan ved hjælp af hendes relation til patienten forstærke motivationen. Dog tyder det på, at mennesker med psykotiske symptomer ikke kan få så meget ud af deltagelse i konceptet, da både de positive og negative symptomer har stor betydning

for patientens evne til at fungere i dagligdagen. De er præget af forvrænget opfattelse og perception af virkeligheden. De er måske præget af nedsat energi, som gør, at de ikke kan komme hjemmefra.

”På vej til et bedre liv” som koncept og færdighedsområde 3 specielt er præget af en anerkendende og undersøgende tilgang, som fordrer, at sygeplejersken kan føle engagement, håb, tro, respekt, forståelse, og ærlighed som styrker patientens livskraft, og dermed også motivationen.

### Litteraturliste

Bruun, L, M, 2012, Neuropsykologisk perspektiver på kognitiv adfærdsterapi ved psykiatriske lidelser, i M. Arendt & N. Rosenberg (red), Kognitiv terapi Nyeste udvikling, Hans Reitzels Forlag, København.

Gråwe, R, W, Espeland, B, Holter, M 2010, Mestring af rusmiddelproblemer og psykiske problemer, Tapir Akademisk forlag, Trondheim.

Gråwe, R, W, Hagen, R, Esperland, B & Mueser, K, T 2007, The Better Life Program: Effects of group skills training for persons with severe mental illness and substance use disorders, Journal of Mental Health, nr. 16, s. 625-634.

Hagensen, P, Henriksen, J & Christensen, I 2010, Mennesker med dobbeltdiagnose kræver ikke dobbelt indsats, Socialt Udviklingscenter SUS.

Hansen, S, S, & Thomsen, B, L 2012, Kognitiv adfærdsterapi ved misbrug, i M. Arendt & N. Rosenberg (red), Kognitiv terapi Nyeste udvikling, Hans Reitzels Forlag, København.

Hummelvoll, J, K 2006, Helt ikke stykkevis og delt, Hans Reitzels Forlag, København.

Motivational work 2012, <http://www.revstedt.se/dk/per-r/> læst, den 25. maj 2013.

Nordentoft, M & Kjær, S 2010, Skizofreni, i E. Simonsen & B. Møhl (red), Grundbog i psykiatri, Hans Reitzels Forlag, København.

Pallesen, J & Hansen, S, S 2008, En vej til et bedre liv – evalueringsrapport – fra et projekt i Rosenhuset, Odder Kommune, Tema for misbrugspsykiatri, Aarhus Universitetshospital Risskov.

På vej til et bedre liv 2012, <http://www.psykiatrien.rm.dk/afdelinger/afdeling+m--+auh,+risskov/om+afdeling+m/rusmiddelpsykiatri+og+adhd+ma3/kurser/konceptet+-c1-p%C3%A5+vej+til+et+bedre+liv-c1-> Læst, 23. maj 2013.

Revstedt, P 2004, Motivationsarbejde, Hans Reitzels Forlag, København.

# Kvinner som selvskader opplever at innleggelse i akutt psykisk helsevern kan fremme bedring

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Selvskading er en hyppig årsak til døgninnleggelse i akutt psykisk helsevern til tross for at retningslinjer fraråder dette. Det er undersøkt lite om hva som er bedringsfremmende under slike opphold.

**Hensikt:** Å utforske hvordan kvinner med erfaring med selvskading opplever at bedringsprosessen kan fremmes under døgninnleggelse i akutt psykisk helsevern.

**Metode:** Studien har fenomenologisk-hermeneutisk design. Det er gjennomført intervjuer og e-postutveksling med fem kvinner som har egenerfaring med temaet.

**Funn:** Bedringsprosessen var knyttet til 1) Betydningen av felleskap 2) Betydningen av likeverd og 3) Betydningen av å ta ansvar. Beskrivelsen "fordi det er mennesker der" utgjorde helhetsforståelsen av studien. Ønske om innleggelse opplevdes som en mestringsstrategi. Mulighet for tilbaketrekning ble beskrevet som viktig i bedringsprosessen. Akuttposten representerte samtidig en god treningsarena med et fysisk og sosialt miljø som kunne bidra til bedring. Tilgjengelig helsepersonell ble ansett som grunnmuren i bedring ved innleggelse og særegent ved akuttposten. Helsepersonell hadde betydning både for at pasienten følte seg verdsatt og for å bli utfordret til ansvarliggjøring.



### Jan Hammer,

Spesialsykepleier med master i klinisk helsearbeid studieretning psykisk helsearbeid. Arbeider som rådgiver i FoU-avdelingen, Klinikk for psykisk helse og rus, VV HF.

E-postadresse: jan.hammer@vestreviken.no  
Telefon 32804450 / 47965505.



### Katrine Wilhelmsen,

Spesialsykepleier med master i klinisk helsearbeid studieretning psykisk helsearbeid. Arbeider ved Mottaksseksjonen, Klinikk for psykisk helse og rus, VV HF og som høyskolelektor ved Høgskolen i Buskerud.

E-postadresse: katrine.hordvik.wilhelmsen@hibu.no  
Telefon 32206443.



### Monica Strand,

Sykepleier med videreutdanning i psykisk helse og master i sykepleievitenskap. Arbeider med forskning og utviklingsarbeid i Klinikk for psykisk helse og rus, VV HF.

E-postadresse: monica.strand@vestreviken.no  
Telefon 93455201.



### Gry Bruland Vråle,

Psykiatrisk sykepleier. Arbeider som førstelektor ved Diakonhjemmet Høgskole.

E-postadresse: vrale@diakonhjemmet.no  
Telefon 90787015.

**Konklusjon:** Avgjørende for at innleggelse fremmer bedring, er tilgjengelig helsepersonell som anerkjenner pasientens autonomi og medbestemmelse som et grunnlag for samhandling. Det innebærer at helsepersonell må tåle utryggheten som ligger i det å gi noe av kontrollen til pasienten.

### **Kvinner som selvskader opplever at døgninnleggelse i akutt psykisk helsevern kan fremme bedring**

#### **Introduksjon**

Selvskading beskrives som et lite utforsket område (1). Det er behov for kunnskap fra mennesker som selvskader om hvordan døgnpost i psykisk helsevern kan støtte deres bedringsprosess (2,3). Forskning om effekt av behandling i døgnpost er sparsom (4). Det er viktig å innhente kunnskap fra personer med egenerfaring om døgninnleggelse i akutt psykisk helsevern, heretter kalt akuttpost (5). Deres erfaringskunnskap må sees som et virkemiddel i kunnskapsutvikling for helsepersonell (2,3,6).

Bedring kan forstås som en prosess (7) hvor personen bl.a. gjenoppdager og gjenoppbygger en varig følelse av selvtillit som aktiv og ansvarlig agent (8). Selvskading omfatter selvpåført indre eller ytre skade som overdose eller ved å skjære i kroppen (9). Videre inkluderer det redusert selvvaretakelse som det ikke å reagere på alvorlige kroppslige symptomer (9).

Selvskading forstås hovedsakelig uavhengig av selvmordsintensjon (10,11,12,13). Flere studier viser at forekomst av selvskading forekommer omtrent tre ganger hyppigere hos kvinner enn hos menn (14,15). Samtidig har ideen om selvskading som et problem blant kvinner gjentatte ganger blitt tilbakebevist de siste årene (16,17). Retningslinjer anbefaler å behandle både selvskading og mindre alvorlige selvmordsforsøk ambulant (18). Ved nødvendig innleggelse ved akutt selvmordsfare, anbefales innleggelse kun for den akutte selvmordskrisen (18). Selvskading er imidlertid en vanlig årsak til innleggelse (11,18,19,20). Tilgjengelig litteratur om opplevelser til innlagte pasienter som selvskader av hva som fremmer bedring under innleg-

gelse, handler blant annet om helsepersonells respekt, tilgjengelighet, forståelse og støtte samt eget ansvar for bedringsprosessen og medvirkning i egen behandling (2,3,21,22,23,24,25,26). Disse studiene omhandler ikke spesifikt døgnopphold i akutt psykisk helsevern.

Hensikten med studien var å utforske hvordan kvinner med egenerfaring med selvskading opplever at bedringsprosessen kan fremmes under innleggelsen i akuttpost.

#### **Metode**

Kvalitativ forskningsmetode er egnet til å skape kunnskap om et lite studert fenomen (27). Studien har et fenomenologisk-hermeneutisk design. Studien søker etter meningsinnhold i bedringsprosesser ved å beskrive, undersøke og forstå deltakernes erfaringer (28,29).

#### **Utvalg**

Et strategisk utvalg av fem kvinner i alderen 23 -38 år, med selvskadingserfaring opp til 25 år tilbake i tid og fra tjue til to hundre innleggelser på akuttposter i seks ulike fylker i Norge deltok i studien. Kontakten med deltakerne ble etablert via en interesseorganisasjon og en erfaringskonsulent som også hadde en rådgivende rolle i studien.

#### **Etiske overveielser**

Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (prosjektnummer 25574). Informasjon om studien ble gitt ved forespørsel om deltakelse og før intervjuene. Informasjon om at deltakerne når som helst, og uten konsekvenser kunne trekke seg som deltakere i studien, ble gitt før og etter intervjuene. Deltakernes anonymitet er sikret ved at sitater og beskrivelser ikke kan knyttets til deres kontekst eller person. Intervjuene kunne føre til berøring av sårbare temaer. Deltakerne fikk mulighet til å kontakte en person i interesseorganisasjonen ved behov for henvisning til profesjonell hjelp.

## Datainnsamling

Data ble samlet inn ved ett fokusgruppeintervju og fem individuelle intervju. I tillegg sendte deltakerne utdyping av temaer på mail til forskerne som er innlemmet i datamaterialet. Fokusgruppeintervjuet varte 90 minutter. Individuelle intervju varte ca. 60 minutter.

Fokusgruppeintervju ble valgt for å få innsikt i deltakernes felles erfaringer, behov og ønsker om helseproblemer og helsetjenesten og for å gjøre bruk av gruppedynamikk (30,31). En interesseorganisasjons lokale ble valgt som nøytralt intervjusted (27). Et semistrukturert intervjudesign som reflekterte studiens tema ble utarbeidet i samarbeid med erfaringskonsulenten. Avslutningsvis ble det foretatt en oppsummering med mulighet for korrigerende fra gruppen.

Individualintervju kan være formålstjenlig for å fordype seg i sensitive temaer som fordrer trygghet (29). Tema fra fokusgruppeintervju var utgangspunkt for de individuelle intervjuene. Et intervju ble gjennomført ansikt til ansikt og fire per telefon.

## Analyse

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert. Lindseth og Nordberg (28) har utviklet en fenomenologisk hermeneutisk metode for tekstanalyse hvor utarbeiding av en helhetsforståelse av meningen i datamaterialet er målet. Mening og forståelse skapes i en dialektisk prosess som består av tre steg; naiv lesing av teksten, en strukturell analyse og formulering av en helhetsforståelse.

Etter naiv gjennomlesning av teksten fra fokusgruppeintervjuet ble det utført en usystematisk kategorisering. For eventuelt å finne temaer som ikke sto i temaguiden, ble fokus satt på deltakernes utsagn. Et sammendrag av kategoriseringen ble sendt til deltakerne for gjennomlesning før de individuelle intervjuene. Teksten fra de individuelle intervjuene ble gjennomlest flere ganger. En strukturell analyse ble gjort ved at all tekst ble inndelt i meningsbærende enheter i form av setninger og avsnitt innarbeidet i en matrise (subtema og tema). I den strukturelle analysen abstraherte vi til slutt tre temaer. For å komme frem til

en helhetlig forståelse, ble all tekst lest gjennom med den naive forståelsen og temaene fra den strukturerte analysen som bakteppe. Forfatterens forforståelse, kritisk refleksjon og dialog med fagpersoner, samt litteratur, har i denne prosessen vært vesentlig.

## Resultater

### Strukturell analyse

#### 1) Betydningen av felleskap

Et tema som deltakerne la vekt på var opplevelse av kontakt og samhandling med helsepersonell. Deltakerne beskrev en forventning om menneskelig kontakt ved innleggelsen, at helsepersonell bryr seg og er tilgjengelige. «Det er liksom hele grunnen at jeg er innlagt, fordi det er mennesker der». Deltakerne beskrev hvordan samvær ga opplevelse av å bli verdsatt og at noen ønsket å tilbringe tid sammen med dem. Det var viktig å ikke føle seg alene: «For meg var det å være på et rom alene, det ligner på å være død. ... og så fant de meg og spurte om jeg ville bli med ut, "Vi vil ikke at du skal være død", sa de indirekte til meg sånn som jeg forstod det. "Vi vil ha deg her sammen med oss i noe sosialt"». Deltakerne beskrev samvær som mer enn fysisk tilstedeværelse. De vektla det å holde ut sammen, å være et korrektiv og en utfordrer, samt det å formidle interesse, tid og kjennskap til pasienten, som viktig. Deltakere la vekt på at samhandling med helsepersonell ga læringsmuligheter ved tilbakemelding og utfordringer i vanskelige situasjoner: «Hvis du løper sammen med meg er det noe helt annet, for da er du plutselig sammen med et medmenneske som vil bruke tid på at jeg kanskje skal lære meg en teknikk eller kanskje skal holde ut den timen her mens vi løper. Jeg synes det er en himmelforskjell på å være en og å være to».

Deltakerne fortalte at de ikke alltid klarte å fortelle om egne behov eller hva som kunne hjelpe. Forslag fra helsepersonell om mestringsstrategier ga motivasjon for utprøving. Deltakerne omtalte det som forsiktig «pushing». Avtaler og skriftlig plan som samarbeidsredskaper, vektla deltakerne som praktiske hjelpemid-

del til å kartlegge hjelpebehov. Deltakere uttrykte at det var til hjelp når helsepersonell bidro til oppmerksomhet på endring og bedring som hadde skjedd over tid. God relasjon til helsepersonell var viktig for deltakerne og for bedringsprosessen: «At du plutselig må ta hensyn til kontakten din. Det var vel ei som nevnte at nå må du ikke stikke av for jeg orker ikke løpe i dag. Får du god kjemi med noen så vil du automatisk også vise det mennesket respekt».

## 2) Betydningen av likeverd

Deltakerne ga uttrykk for at det er betydningsfullt å bli

sett som likeverdig og anerkjent av helsepersonell. De hevdet at en brukerstyrt plass kunne få dem til å føle seg verdsatt og velkommen til posten. «Hvis jeg bare kan komme, så synes jeg at de gir meg en verdi, at jeg er verdifull nok til å komme og at jeg får det uten å krangle». Deltakerne understreket at de følte seg sett som mennesker når helsepersonellet viste tillitt ved for eksempel deltakelse i praktiske gjøremål. Å være tilliten verdig var viktig og kunne bidra til den enkeltes evne og vilje til ansvarlighet og å være aktør i egen bedringsprosess. Ikke minst ble følelsen av likeverd også styrket for deltakerne når helsepersonell delte interesser og erfaringer fra eget liv: «Så klart, en skal ikke brette ut om alt mulig, men bare være både et sårbart menneske og et sterkt menneske, fordi det er jo sånn vi er – vise seg som et vanlig menneske».

Når helsepersonell anerkjente og tålte følelsesuttrykk, kunne deltagerne bruke akuttposten som et sted for å bli kjent med egne følelser. Flere deltakere beskrev det «å få lov til å være den lille» som viktig i en bedringsprosess på akuttpost. De skildret det som en tilstand der de i ulik grad ble som barn ved håndtering av følelser. De hevdet det var nødvendig for å lære å bli kjent med egne følelser og å finne en trygghet i seg selv til å tørre å utfordre seg. Arbeid med følelser, sa deltakerne bidro til bedring: «Jeg var redd for å ligge i sengen, så jeg spurte "Kan vi ikke legge

*Billede af Hans A. Rosbach  
fra Vigeland, Oslo*



madrassen ned på gulvet?”, som et lite barn som på en måte ikke skal falle ut av sengen, og det fikk jeg lov til, ... bare å få lov til og vokse opp litt på følelseslivet».

### 3) Betydningen av å ta ansvar

Å være aktiv deltaker og ta ansvar i behandlingen beskrev deltakerne som viktig for bedringsprosesser. Det fysiske miljøet beskrev deltakerne som en nødvendig sikkerhet for å våge nye utfordringer. Rutinene på akuttposten som faste måltider, gjøremål og regler, kunne gi struktur. Slik opplevde deltakerne at de ble holdt i virkeligheten gjennom hverdagslivets aktiviteter.

Når deltakerne selv hadde bedt om innleggelse, opplevde de at de hadde tatt ansvar for å søke hjelp i stedet for å overlate det til andre. En deltager beskrev læringseffekten i et langsiktig perspektiv: «Når jeg da har valgt å legge meg inn, så tok jeg det valget, nå kan jeg ikke selvskade, jeg er nødt å holde det ut. Og så lærer en etter hvert at det går over, og så skjer det flere ganger at det går over, og så etter hvert så lærer man å håndtere det òg».

En deltaker sa at det å ha kjente redskaper som hun hadde kontroll på kunne gi mindre sjanse for alvorlig selvskading. Mulighet for å skade seg selv ga minsket stress og økt mot til å holde ut selvskadingstrang: «Jeg kunne klare å holde det ut, fordi at stresset med at noen skulle ta det fra meg var ikke der. Jeg hadde hele tiden den muligheten, sånn som det er hjemme ... med at jeg hadde lov, så turte jeg å utsette det». Andre deltakere mente at hensikten med innleggelse ikke var å ha mulighet til selvskading, men å ta imot hjelp som også inkluderer inndragning av selvskadingsredskaper. Deltakernes erfaring var at de våget å ta mer ansvar for å bruke andre mestringsstrategier enn selvskading når helsepersonellet var sammen med dem.

Deltakerne beskrev akuttpost som en god treningsarena for utfordring og mestring i den akutte krisen og som forberedelse til livet etter utskrivelse. De beskrev daglige konkrete utfordringer og målsetting som betydningsfulle fordi det kunne gi en følelse av mestring: «Jeg tror det hadde vært så viktig for alle å ha små mål

i løpet av dagen. Sånn at noen kan si før en legger seg at en har fått til noe».

### Helhetsforståelse

Helhetsforståelse av funnene kan beskrives gjennom informantenes vektlegging av tilgjengelig menneskelig kontakt. Det å ha helsepersonell rundt seg hele døgnet er en avgjørende forskjell fra ambulant behandling, og ble beskrevet som motivasjon for innleggelse. Tilgjengelig helsepersonell skapte forutsigbarhet og ga en nødvendig støtte til å våge å ta utfordringer, samtidig som det ga en opplevelse av å bli verdsatt som menneske. Beskrivelsen ”fordi det er mennesker der” er en tolket helhetsforståelse av at samarbeidet mellom pasient og helsepersonell kan forstås som det sentrale i bedringsprosessen ved akuttposten.

### Diskusjon

#### Studiens funn i lys av etablert kunnskap og føringer

Deltakerne beskriver ønske om innleggelse ut fra behov for mellommenneskelig kontakt, et nødvendig pusterom og mulighet til utfordring gjennom aktiv samhandling med helsepersonell. Dette beskriver deltakerne som viktig for å kunne ta fatt på egen bedringsprosess. Anerkjennelse og likeverd vurderes som sentralt for deltakernes opplevelse av egen bedringsprosess ved innleggelse. Medbestemmelse ved innleggelse og i behandlingen, bidrar til opplevelse av anerkjennelse. Det kan være en utfordring å imøtekomme dette, dersom innleggelse kun tilbys ved akutt selvmordsfare der det primære fokus for helsepersonell vil være sikkerhet og overtakelse av kontroll (32). Å anse sikkerhet som en prioritet og å unngå at pasienten skader seg, blir beskrevet som vanlig praksis (1,33).

#### Tilgjengelig helsepersonell

Deltakerne i denne studien poengterer betydningen av å ha helsepersonell tilgjengelig i utfordrende situasjoner og hevder at en trygg relasjon er grunnmuren i bedring ved innleggelse. Deltakerne mener at den trygge relasjonen med helsepersonell var en

forutsetning for å våge å ta utfordringer. Ved innleggelse i akuttpost er det tilgjengelig helsepersonell hele døgnet. Pasienter klarer å forholde seg til egen utrygghet når de opplever at helsepersonell er tilgjengelig (34). Det kan imidlertid oppstå problemer om pasientens trygghet i akuttposten ved korte innleggelser er hovedmålet. God fungering på en trygg døgnpost kan være vanskelig å overføre til en utrygg hjemmesituasjon (32). Pasienten kan komme til å søke til akuttposten som det eneste stedet vedkommende opplever trygghet. Dette kan skape et problemforsterkende avhengighetsforhold, hyppige reinleggelser og vanskeliggjøre utskrivelse (32,35). Bedring er en prosess hvor personen utvikler en bedret og mer stabil selvfølelse (8). Når pasienten legges inn er det hensiktsmessig å benytte akuttposten som plattform for endringsarbeid (36).

### Samhandling

Deltakerne i studien beskriver betydning av medvirkning som godt samspill med helsepersonell. Medvirkning i behandling fører til at pasienten opplever økt kontroll, ansvar, håp og optimisme i forhold til fremtiden (21). Positive aspekter ved innleggelse i akuttpost kan knyttes til autonomi og kvalitet i menneskelig interaksjon (37). Pasienter føler seg verdifulle ved inkludering og ansvarliggjøring i eget tempo (3). Samhandling mellom helsepersonell og pasient som øker pasientens ferdigheter, oppmuntrer til ansvarsfølelse (38). Deltakerne i studien poengterer at helsepersonell som tok initiativ og hadde en aktiv rolle, hjalp dem til å bryte ut av isolasjon. Om helsepersonellet bruker tid på aktiv samhandling med pasienten, kan det redusere tiden det bruker på negativ atferd og krisetilstander (39).

### Et nødvendig pusterom

Deltakerne beskriver akuttposten som et sted der de ved å være den lille, kunne lære egne følelser å kjenne. Dette kan forstås som en nødvendig pause i hverdagen og som læringsmulighet. Tilbaketrekning kan gi mulighet til indre prosesser som kan hjelpe personen til å

orientere seg og kan være grunnleggende for pasientens vekst (40). Midlertidig hvile fra virkelighetens krav kan være nødvendig for å forhindre forverring (41). Utfordringen kan være dersom det å være den lille og den midlertidige hvilen blir en vedvarende eller hyppig tilbakevendende tilstand. Begrunnelsen for å begrense innleggelser er nettopp fare for problemforsterkende prosesser (35). At både helsepersonell og pasient har fokus på så vel helsefremmende som problemforsterkende handlinger, kan etter vår vurdering bidra til nyansert hjelp til de som trenger innleggelser. Dette kan tematiseres i samtaler med pasienter slik at man finner fram til felles holdning og mål.

### Ansvarliggjøring

Ansvarlig og aktiv deltakelse i behandling, hevder brukere, inkluderer muligheten til regulering av selvskading (2,21,42). En deltaker hevdet at hun reduserte selvskadingen når hun selv hadde ansvar for selvskadingen. En deltaker nevnte at selvskading hindret henne i å begå selvmord, en erfaring som også beskrives i litteratur (13,26,43,44). Når helsevesenets forventning er å kontrollere selvskade, kan pasientens autonomi hindres. Samtidig kan det være nødvendig å regulere pasientens selvskading. Reguleringen må da være forankret i en empatisk holdning og ikke gi respons som i neste omgang kan øke selvskading (34,36,45).

Helsepolitiske føringer som hevder at innleggelse av personer som selvskader er uheldig, kan føre til at pasientens ønske om innleggelse blir en maktkamp (12). Pasienten kan da oppleve ignorering fra helsepersonell. Det kan paradoksalt nok forverre pasientens symptomer (33). Ønske om innleggelse beskriver deltakerne som å velge bort å skade seg. En bønn om hjelp kan være tegn på bedring ved å vise ansvar for egen situasjon (40). Erfaringer med brukerstyrte plasser hvor pasienten selv tar ansvar for å be om innleggelse, viser at antall liggedøgn totalt kan gå ned (46,47). Dette kan tyde på at balanse mellom anerkjennelse av brukerens behov og ansvarliggjøring kan bidra til mestring av egen situasjon.

### Metodekritikk

Studiens relevans begrunnes ut fra at det til nå er sparsomt med studier som fokuserer behandling av personer som selvsikader (1,2,3). Kvalitative forskningsintervju egner seg for få fram tema fra intervjupersonens erfaringer og dialogen om felles erfaringer kan romme tabubelagte områder (48). Studiens gyldighet kan derfor begrunnes ut fra deltakernes erfaringskunnskap om tema. Refleksiviteten er søkt ivaretatt ved inkludering av erfaringskonsulent, dialog i intervjuer, samt diskusjon om studiens resultater mellom de fire forfatterne. Vi har prøvd å tydeliggjøre forskerprosessen slik at andre kan bedømme kvaliteten på

arbeidet (49). Kombinasjonen av fokusgruppeintervju og individuelle intervju, som en triangulering, kan øke reliabiliteten i data (49). Fem deltakere som ble intervjuet to ganger, er likevel ikke nok til å få frem alle variasjoner ved bedringsprosessene i denne konteksten. I litteratur og tidligere studier fremkommer liknende fenomener som i våre funn (3,21,22,23) Dette kan tyde på at resultatene kan ha noe overføringsverdi. Overføringsverdien til kvinner under 20 år og over 40 år og til menn er usikker, siden kun kvinner mellom 23-38 år deltok, slik det stort sett også har vært i liknende studier (2,3,23,24,26).

*Bilde af jeaneem af staturer fra Vigeland*



### Konklusjon

Deltakerne i studien, hevdet i motsetning til helsepolitiske føringer om å unngå innleggelse at det å bli møtt på ønske om innleggelse og å få være den lille, fremmet bedringsprosessen. Deltakerne hadde ikke primært fokus på beskyttelse, slik helsepersonell har det. Deltakerne vektla betydningen av tilgjengelig helsepersonell som særegent ved akuttposten og som grunn for at døgninnleggelse ga bedring. Helsepersonell hadde betydning både for at deltakerne følte seg verdsatt og for å bli utfordret til ansvarliggjøring. Helsepersonell bør

derfor tåle utryggheten som ligger i det å gi pasienten kontroll. Deltakernes erfaringskunnskap bør vurderes som på like fot som helsepersonells kunnskaper og tjene som veiviser i pasientnære situasjoner med personer som selvsikader. Siden brukerkunnskap om dette temaet er sparsom, anbefales det å gjennomføre lignende studier, der også menn og kvinner i andre aldre inkluderes som deltakere. Det er behov for kunnskap om medvirkning og terapeutiske og samhandlende intervensjoner som fremmer bedring.





# Orientering om Forskningsrådet



**Af: Malene Terp**  
**Ph.d.studerende, cand.cur., sygeplejerske**  
**Enheden for Psykiatrisk Forskning, Aalborg**  
**Universitetshospital - Psykiatrien.**

Jeg repræsenterer psykiatriske sygeplejersker i Forskningsrådet under Dansk Sygepleje Selskab (DASYS). Forskningsrådet har til formål at arbejde for gode vilkår for forskning i sygepleje og påvirke de nationale anbefalinger på området. Rådet rådgiver DSR og samarbejdende organisationer og institutioner.

For at du kan være opdateret omkring det arbejde der pågår i rådet, vil der fremadrettet være en kort konklusion fra vores møder her i bladet. Du kan finde det fulde referat og læse mere om vores arbejde og indsatsområder på [www.dasys.dk](http://www.dasys.dk) under forskningsrådet.



## **Konklusion fra møde i Forskningsrådet d. 10/12 2013:**

Forskningsrådet har gennemført en vellykket og godt besøgt Masterclass om Implementeringsforskning. Vi forbereder en ny Masterclass i november 2014. Evt. i samarbejde med andre råd i DASYS.

I december afholdt vi en fokusgruppe med ledere indenfor sygeplejen i Øst DK om betydningen af at have sygeplejersker med forskningskompetencer ansat i klinikken og i januar 2014 afholdes der en fokusgruppe med oversygeplejersker i Vest DK. Begge interviews danner baggrund for en kommende artikel til ledermagasinet: Forkant.

I 2014 vil Forskningsrådet fokusere på følgende indsatsområder:

- Midler til forskning. Brainstorm møde med KL omkring forskning i primærsektor.
- Nye stillingsfællesskaber mellem Hospitaler og Universiteter og andre partnere i Sundhedssektoren.
- Anvendelse af screeninger med baggrund i evidensbaseret viden. Hvordan influerer screeninger på fremtidens sygepleje set i et forskningsmæssigt perspektiv?

# Tænk hvis vi har taget fejl!

Endagskonference med Videnskabsjournalist Robert Whitaker, Professor Peter Gøtzche og Speciallæge Ole Larsen. Afholdt 7. november 2013 af PsykoVision.



Af Mai-Britt Nordenkjær

*Det var med begejstring, at jeg på vegne af redaktionen kunne acceptere PsykoVision's invitation til deres seneste konference med overskriften Fremtidens Psykiatri. Hvad kan vi lære af fortiden og hvad skal vi gøre i fremtiden?*

*De undersøgelser, der ligger til grund for den almindelige forståelse af psykiske lidelser og deres behandling blev belyst, og nogle tilbagevist med andre mindre kendte, men omfattende studier og undersøgelser. Argumenterne for ikke at gentage den medicinske psykiatriske historie blev på denne måde præsenteret i en ny og direkte form. Når der bliver sat spørgsmålstegn ved flere grundlæggende antagelser, bliver der plads nye tanker, og jeg håber at kunne dele noget af den oplevelse i denne artikel.*

## Hvorfor bliver patienterne ikke raske?

Özlem Cekic kunne indlede dagen med en privat historie. Historien handlede om, at hendes bror har lidt af psykisk sygdom i 20 år. Såvel pårørende- som patientorganisationer var bredt repræsenteret på dagen, og de kunne tilslutte sig, at det ikke er en usædvanlig pårørendehistorie i psykiatrien. Men hvordan kan Özlem Cekics erfaring være så almindelig? Hvordan kan vi have et speciale, hvor der synes at være en accept af, at mange patienter nok ikke bliver raske?

Vi præsenterer os selv for mange forskellige svar. Psykiatriske lidelser er komplekse, men forklares alligevel ofte ud fra et forenklet neurobiologisk og medicinsk perspektiv. De fleste fagprofessionelle, patienter og pårørende med et mere indgående kendskab til for eksempel skizofreni eller depression ved, at lidelserne ikke kan reduceres til en ubalance i dopamin- eller serotonin-kemien i hjernen.

Efterhånden som dagens oplægsholdere præsenterede deres pointer dannede der sig et parallelt billede

hos mig: at medicin ofte kan være en lotteri seddel. Nogle gange virker det tilsyneladende. Nogle gange ser vi dog også patienter, som gennem årtier har forsøgt alle præparater og fortsat lider. Måske afbrudt af perioder med moderat bedring.

### Psykiatriens medicinske metaforer

Whitaker's første overordnede spørgsmål var, om det medicinske paradigme fungerer i psykiatrisk behandling? Eksemplificeret i billedet af, at insulin til diabetikeren er det samme som antipsykotisk eller antidepressiv medicin til den hhv. skizofreniramte eller depressive patient.

Den alment anerkendte dopamin- og serotonin-hypotese kom til at fremstå overraskende usandsynlig i lyset af de undersøgelser og studier, som Whitaker kunne præsentere.

Heraf rejste der sig et nyt spørgsmål: hvis antipsykotisk medicin ikke kurerer psykose, hvordan virker det så? De undersøgelser Whitaker har fundet kunne pege på, at jo mere stabil medicinsk behandling over tid, jo større risiko for tilbagefald på længere sigt.

Det ledte Whitaker frem til en hypotese om hyperfølsomhed som direkte følge af medicinsk behandling.

Det kunne tyde på at den medicinske behandling akut kan afhjælpe symptomer. Men ved behandling over tid kan medicinen, foruden de almindeligt kendte alvorlige bivirkninger, også give en generel følgebivirkning i form af symptomer af mere kronisk karakter, såsom hyperfølsomhed for tilbagefald. Parallelt til øget følsomhed for tilbagefald kunne han præsentere undersøgelser, som sandsynliggjorde, at en langtidsvirkning ved medicinen kan være et generelt forhøjet angstniveau samt nedsat kognitiv funktion.

Whitaker kunne nuancere forståelsen af medicinsk behandling med de mange data han havde fundet. Men det blev også tydeligt, at mange undersøgelser og studier ift. langtidsvirkningen af medicinen ikke er udført endnu. Jeg håber, at Whitakers foreløbige konklusioner vil blive grundigere undersøgt, og at det kan åbne for bedre behandlingsmuligheder.

### Den Psykiatriske Epidemi

Som metaforen der sammenligner insulin og antipsykotisk medicin findes der et andet lignende billede af, at antipsykotisk medicin generelt reddede psykiatrien på linje med penicillin i somatikken. Efter Whitakers oplæg var det svært ikke at undre sig over hvordan dette billede er blevet til. En myte måske.

På baggrund af en række studier og undersøgelser pegede Whitaker på en mulig sammenhæng mellem en lavere symptomgrænse i diagnosticeringen, en stigning i forbruget af medicin med tvivlsom langtidsvirkning og endelig den epidemiske udvikling af psykiatriske lidelser.

Sidst på formiddagen begyndte et billede at tage form, som med Whitakers egne velvalgte ord kunne få overskriften Anatomy of an Epidemic.

Dette er blot et lille indblik i nogle få af Whitakers overskrifter. Dem, der umiddelbart modsiger nogle af de grundlæggende antagelser om psykisk lidelse og psykiatrisk behandling mest.

En frugtbar diskussion efterfølgende blandt tilhørerne i salen vidnede om stor velvilje til at lade myter og gængse tanker om psykiatrisk behandling revidere. Det er på mange måder en smertefuld debat, fordi den vil forandre nogle af psykiatriens grundlæggende kategorier. Det hænger sammen med at Whitakers

pointer kan betyde, at meget af den behandlingspraksis der er bedrevet med de bedste intensioner, kan have været lige så skadelig som gavnlig.

### Myter om Depression

Robert Whitakers analyse blev utvetydigt støttet af dagens næste oplægsholder professor og overlæge Peter Gøtzche. I sin seneste bog *Dødelig medicin og organiseret kriminalitet* har han beskæftiget sig med at analysere medicinalvirksomheder, og deres måde at drive forretning på. Som overskriften utvetydigt markerer er det en kritisk bog, og analysen omfattende af såvel markedsføringen, som de bias der er forbundet med virksomhedernes egne undersøgelser af medicinens virkning.

Dagens oplæg tog udgangspunkt i de studier, Gøtzche har fundet om psykofarmakologisk behandling med antidepressiv medicin, og hvordan grundlæggende antagelser omkring depression kom til at fremstå som myter, mere end videnskabeligt beviste sandheder i lyset af de studier, som Gøtzche kunne fremhæve. Myterne er siden præsenteret i en omstridt kronik i Politikken og jeg vil således ikke forsøge at fremlægge dem i deres fulde længde her. Gøtzches argumenter var gode og kunne få mig og en stor del af tilhørerne til at aflive flere grundlæggende antagelser om depression og åbnede således for en god diskussion efterfølgende i salen. Det var ikke en ensidig antipsykiatrisk diskussion, men derimod en velargumenteret manen til forsigtighed og en mulighed for at få øje på andre nuancer.

Peter Gøtzches vigtigste overordnede budskab var vigtigheden af en radikal større forsigtighed med medicinering. Dette understreget af en tanke om, at vi alle ville være bedre tjent helt uden medicin, fordi den for nuværende administreres for rundhåndet og over alt for lang tid. Hvor den efter Gøtzches mening skal administreres som en absolut sidste udvej, når intet andet har været til nok hjælp. Eller som middel til at hjælpe i akutte situationer med nedtrapning hurtigst muligt.

### Åben dialog

Özlem Cekic opfordrede indledningsvist til at vende blikket ud i verden og være nysgerrige på alternativer. Jeg kan tilslutte mig, at det er sundt at være nysgerrig og ydmyg. Men herfra skal også lyde en opfordring til at vende blikket indad og finde mod til at se kritisk på behandlingen i hverdagen.

Patienterne har en viden, som vi har svært ved at forestille os omfanget af, og den er umiddelbart tilgængelig, hvis vi tør spørge og høre efter. Det er ikke nødvendigvis udtryk for paranoia og vrangforestillinger, når vi forklares at medicinen er giftig. Ligesom noget ifølge dagens oplægsholdere kunne tyde på, at det medicinske non compliance-begreb kan være en væsentlig indikatorer for recovery.

Dagens afsluttende oplæg blev holdt af Speciallæge Ole Larsen, som i mange år har arbejdet med at gøre arbejdsmetoden *Åben Dialog* til hverdagspraksis i psykiatrien i Danmark. Oplægget bragte betragtninger på,

hvordan vi i psykiatrien kan praktisere større lydhørhed overfor patienter og pårørende. Whitaker peger på Åben Dialog som det praktiseres i Lapland, som en mulig vej for bedre psykiatrisk behandling.

Næsten lige dele opmuntring og kritisk refleksion fulgte hinanden i Ole Larsens oplæg. Overordnet med et lunt perspektiv på, at det værste, der måske i virkeligheden kan ske i behandlingen er, hvis vi gør præcis som vi plejer.

### En ny invitation

Psykovision har gennem de seneste 10 år arbejdet med at udbrede kendskabet til recovery i Danmark. Dagens konference var forhåbentlig kun begyndelsen til en langt mere kritisk diskussion af behandling og medicin i psykiatrien.

Formand Jørn Eriksen indledte dagen med overvejelser om, hvad dagens kritiske indlæg vil betyde for den medicinske psykiatri fremover. Med så radikale pointer som dagen bød på kan jeg frygte, at det vil blive overhørt, fordi det er for fjernt fra vores gængse opfattelse. Jeg kan håbe, at det bliver et indspark, der kan inspirere og nuancere vores holdninger og forståelse af psykiatriske lidelser og deres behandling.

Foreløbig er Dansk Psykiatrisk selskab inviteret til en åben debat af medicinsk behandling i maj måned, ligeledes arrangeret af Psykovision. Jeg håber mange vil tage imod den invitation og lade sig inspirere til at tænke nye tanker.

Dagens oplægsholdere  
*Den Psykiatriske Epidemi. Vidunderpiller, psykofarmaka og en overraskende stigning i psykisk sygdom.* Af Robert Whitaker, amerikansk videnskabsjournalist og forfatter af bogen Den Psykiatriske Epidemi.

*12 Usandheder om depression til skade for patienterne.* Af Peter Gøtzsche, professor, overlæge dr. Med. Er leder af Cochrane instituttet ved Rigshospitalet.

*Om at overføre tankerne fra arbejdsmetoden Åben Dialog til psykiatrien i Danmark.* Ole Larsen, speciallæge i psykiatri.

Hvor kan du finde mere viden:  
Konferencen har sin egen side på facebook: Psokovision-konference med Robert Whitaker.

På PsykoVision.dk kan du tilmelde dig nyhedsbrevet og følge deres aktiviteter til fremme af udbredelse af viden om recovery.

For mere omfattende indsigt i problemstillingerne kan begge bøger erhverves på dansk via PsykoVision og People's Press. Anmeldelse af Robert Whitakers bog kommer i nærværende blad.

Peter Gøtzches bog kan rekvireres via redaktionen til anmeldelse.

# Selvskading og miljøterapi



## – Selvskadende pasienters erfaringer med å være innlagt i psykiatriske avdelinger

av Anne Marie Rovik,  
førstelektor i psykisk helsearbeid, Universitetet i Stavanger.

**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 over-

raskelse, 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.

### 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 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 distriktpspsykiatriske 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 selvstendigjøring 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 out-come 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 bunn 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 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 begrun-

nelse 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 antesperte 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 innleggelseslengden på innleggelse(n), 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 respondenterne hadde hatt flere innleggelses 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 miljøpersonalet, 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 analyseenhe-

ter, 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 selvska-  
dingstankene 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 popu-  
lært 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 van-  
skelig. 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 de-  
struktiv. Men du får ikke noe hjelp  
til at de hjelper deg. I stedet for blir  
du oversett. Det virker som fleste-  
parten ikke orker å sette seg inn i  
situasjonen. I stedet for går de bare.  
Det virker som de er veldig ufaglær-  
te når det gjelder selvskading...*

### Første analysefase

Essensen i de to tekstene var hen-  
holdsvis 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 selvskadingstan-  
kene 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 kut-  
ter 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 selvska-  
ding...

Analyseenhet 1, 2, 9 og 14 beskri-  
ver respondentens opplevelse av  
egen selv skadingsproblematikk.  
Analyseenhet 3 gjør det klart at  
respondenten har hatt erfaringer

med tvangsbehandling. Analyse-  
enhet 4 beskriver at responden-  
ten hadde negative holdninger til  
tvangsbehandlingen der og da,  
mens analyseenhetene 5, 6, 7 og 8  
viser at respondenten anerkjenner  
nyttene av tvangsbehandlingen.

I analyseenhetene 10, 11, 12,  
13, 15, 16 og 18 beskriver re-  
spondenten 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 respon-  
dentenes 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 og nyt-  
tig for respondenten. Den vanske-  
lige erfaringen i Tekst II er basert  
på en opplevelse av å bli sviktet av  
miljøpersonalet i selvskadingspro-  
sessen.

### 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 behand-

lingen 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 selvskadingsproble-

matikk 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 kon-

**Tabell 1. Oversikt over aspekter ved miljøpersonalet og situasjoner som respondentene knyttet positive og vanskelige erfaringer til**

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

tinuerlig 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 kjentetegnes 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 selvskadning 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 miljøper-

sonalet 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).

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 såre punkter, 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 op-

pfatter 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 avvising 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 mindreverdige 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 mil-

jøpersonalet 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 om de er veldig ufaglærte når det gjelder selvskadning...*

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 avvising 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, motagelighet 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 tvangsmedisnert, beltelagt og skjernet. 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 nedverdiggende..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 opple-

velse 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.

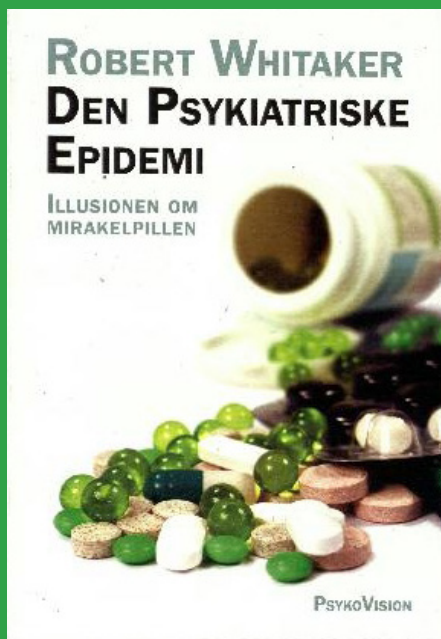
*Teksten har tidligere vært publisert i Nordisk sygeplejeforskning, nr.4, årgang 1 (2011), Universitetsforlaget.*

## Referanser

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*. Geneva: 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 åpne 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 opplevelse 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., & Johnson, 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). Psykoterapiforskning, 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 self-mutilation. *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.



Robert Whitaker.

Udgivet i 2013 af Psykovision

Anmeldelse af Mia Høj,  
Ambulant sygeplejerske

”Robert Whitaker er journalist og en meget grundig en af slagsen, som har undersøgt tingene i dybden. Der er således bogen igennem henvisninger til utallige statistikker og undersøgelser, som vil kræve et stort arbejde at gennemgå, hvilket ikke har været mit formål.”

”Bogen har fra start til slut været yderst interessant at læse og en øjenåbner på mange områder.”

# Den Psykiatriske Epidemi – Illusionen om mirakelpillen

Robert Whitaker skriver i starten af bogen, at han vil forsøge at løse et mysterium og han giver sit bud på, hvad der har forårsaget denne epidemi af psykiatiske sygdomme, der er rullet ud over verden.

Robert Whitaker er journalist og en meget grundig en af slagsen, som har undersøgt tingene i dybden. Der er således bogen igennem henvisninger til utallige statistikker og undersøgelser, som vil kræve et stort arbejde at gennemgå, hvilket ikke har været mit formål.

Det har været min hensigt at forholde mig kritisk på en faglig og nuanceret måde. De spørgsmål Robert Whitaker stiller igennem bogen, er med til at gøre hele debatten om psykofarmaka endnu mere relevant og interessant for hverdags praksis.

Whitaker starter med en gennemgang af de sidst 50 års udvikling inden for det psykiatriske, felt hvor han afslutningsvis i kapitlet blandt andet stiller spørgsmålet: ”...hvis behandlingen af psykiatiske patienter i USA er steget voldsomt, hvorfor ses det så, at antallet af psykiske syge med kraftig funktionsnedsættelse er steget markant?”. I dette markante udsagn, er der selvfølgelig også en antydning om den hypotese, at det kan være medicinen der gør patienterne mere kroniske

og at de klarer de sig bedre (på den lange bane) igennem livet, hvis de kun i kortere tid får medicin eller slet ingen medicin får, måske.... I lyset af de undersøgelser Whitaker fremhæver synes denne hypotese overraskende sandsynlig.

Det er ikke kun en bog om kritiske undersøgelser Whitaker har igennem bogen flere kapitler med konkret eksempler på mennesker, som i kortere eller længere tid har været i berøring med det psykiatriske system. Nogle oplever, at de er kommet for hurtigt i behandling, nogle er gennem en årrække blevet alt for kraftigt medicineret og for mange er vejen til et medicin frit liv en voldsom kamp med massive bivirkninger og et system der har været mistroiske ift. om det kunne lykkes. Nogle tabte kampen og måtte sande, at de for livstid var blevet afhængige af medicinen, andre lykkes det at få det liv de ønskede med uddannelse og job uden medicin.

Bogen har fra start til slut været yderst interessant at læse og en øjenåbner på mange områder. Jeg mener at bogen kan bidrage konstruktivt til en allerede påbegyndt debat den medicinske behandling i psykiatrien, så vi hele tiden kan forholde os til den hverdag vi går i.

## Boganmeldelse



*Birgitte Vestergaard Andersen.*  
Forlaget mellemgaard, 2013, 391  
sider

Anmeldelse af Bente Pedersen,  
specialuddannet psykiatrisk sygeplejerske, MHH

”Som læser får vi lov at følge Ellen gennem fortvivelse og skamfølelse, ”g forfatteren beskriver med meget medfølelse, hvordan den helt grundlæggende oplevelse af at have ret til at være sig selv som menneske ikke er en selvfølelighed...”

”Bogen kan varmt anbefales – både til mennesker der som privatpersoner har haft incest inde på livet, og til fagpersoner der har kontakt med patienter og pårørende, der har oplevelser omkring incest.”

# Pigen i skoven

I den selvbiografiske roman ”Pigen i skoven” føres læseren hudløst ærligt ind bag den ellers velfungerende facade på hovedpersonen Ellen, og det bliver muligt gennem hele bogen både at følge Ellen indefra og udefra.

Ellen får efter en ufrivillig abort symptomer på depression, selvskade og selvmordstanker, og hun forsøger på forskellig vis i at få hjælp til at håndtere og dette. Vi følger i et udefra-perspektiv, hvordan Ellen ser ud som hun plejer, men hun ændrer sig på nogle områder, som ikke er forståelige for andre, idet hun begynder at skade sig selv og trække sig ind i sig selv. Samtidig åbnes i bogen for et indefra-perspektiv, hvor Ellen beskriver de uforståelige forandringer hun oplever i sine tanker, følelser og krop – både da hun i starten kontakter egen læge og prøver at få hjælp, og senere da vi som læsere får lov at følge den indre proces, hun gennemgår ved hjælp af en praktiserende psykiater. Som læser får vi lov at følge Ellen gennem fortvivelse og skamfølelse, og forfatteren beskriver med meget medfølelse, hvordan den helt grundlæggende oplevelse af at have ret til at være sig selv som menneske ikke er en selvfølelighed, og det beskrives hvilke gennemgribende konsekvenser grænseoverskridende adfærd fra forældre har for et barn, der er blevet voksen.

Forfatteren Birgitte Vestergaard Andersen er født i 1972 og opvokset

i Vestjylland. Hun er uddannet cand. mag. i musikvidenskab og dansk med efteruddannelse i dansk som andetsprog, og arbejder som tosproglærer i folkeskolen. Hun er gift med 3 børn, men da hun ventede sit 3. barn, som viste sig at være dødt, krakelerede hendes liv og en lang proces med at forstå sammenhænge, som tidligere havde været ukendte for hende, begyndte.

Når jeg som sygeplejerske læser bogen får jeg mulighed for at se sammenhænge, som jeg ellers ikke var bevidst om, idet vi følger Ellens tanker omkring hendes mestringsstrategier – især selvskade og dissociering, og vi får mulighed for at forstå, at sammenhængen mellem hendes liv og symptomer er langt mere kompleks end en enkel og kortvarig behandlingsindsats kan forandre. Vi får lov at følge, hvordan erkendelser sker i forskellige tempi, og hvordan noget der udefra ser nemt ud at forholde sig til og forandre - indefra er langt mere grundlæggende og livstruende. Jeg oplever mig som læser guidet til at forstå komplekse sammenhænge, så selvom mange perspektiver er i spil og emnet og kompliceret, så er bogen letlæselig og medrivende.

Bogen kan varmt anbefales – både til mennesker der som privatpersoner har haft incest inde på livet, og til fagpersoner der har kontakt med patienter og pårørende, der har oplevelser omkring incest.

## Boganmeldelse



Gregers Rosdahl  
Forlaget Munksgaard, 2013

Anmeldelse af  
Mie Engel, Distriktsygeplejerske  
ved DPC Glostrup,  
mie.engel@regionh.dk

”Bogen er overskueligt bygget op med først et introducerende kapitel, så 4 kapitler ud fra ovenstående fire faser og til sidst 4 kapitler med nærmest manualer til forskellige praksisområder...”

”Dette er simpelthen bare en super god og praktisk bog om det at arbejde med motivation i sit terapeutiske arbejde.”

# Den motiverende samtale i teori og praksis

Dette er simpelthen bare en super god og praktisk bog om det at arbejde med motivation i sit terapeutiske arbejde. Gregers Rosdahl leverer en overskuelig og lettilgængelig bog, der er meget velfunderet i sin fremstilling af det teoretiske felt, men bestemt også grundig og bred i sin fremstilling af en række effektive værktøjer til brug i praksis.

Bogen bygger på den anerkendte og evidensbaserede metode, Den motiverende samtale, der først og fremmest er beskrevet af den amerikanske psykolog William R. Miller, der i slutningen af 1970'erne og startede af 1980'erne arbejdede som alkoholbehandler og her gjorde sig nogle erfaringer. Ud fra disse erfaringer opstillede han en række principper, primært omhandlende den ambivalens, som mange, der søger behandling, huser, idet de måske er klar til forandring ud fra et perspektiv, men måske ikke ud fra et andet.

Teorien går i korthed ud på, at man som behandler udelukkende arbejder med de forandringsønsker, som personen selv giver udtryk for, selv har med sig og ikke tilfører noget udefra. Processen beskrives som løbende over 4 fire faser, på mange punkter med paralleller

til diverse relationsteorier:

- Opbyg relationen og skab engagement
- Afklar målet med samtalen/behandlingsforløbet og skab fokus
- Frembring personens forandringsudsagn og øg motivationen via disse

- Planlæg forandringen og skab forpligtelse for samme

Bogen er overskueligt bygget op med først et introducerende kapitel, så 4 kapitler ud fra ovenstående fire faser og til sidst 4 kapitler med nærmest manualer til forskellige praksisområder, hvor man som behandler meget let kan tilegne sig færdigheder af kommunikativ art. De 4 kapitler fra praksis indeholder alle gode casebeskrivelser, hvorfra man nemt kan afkode metodens anvendelse.

Bogen er skrevet til professionelle indenfor en bred vifte af fagområder, der alle kommunikerer med mennesker om forandring, og er dermed bestemt også relevant for psykiatriske sygeplejersker i alle mulige behandlingsregi. Og bogens praksisdel gør den yderligere relevant netop for praktikere som sygeplejersker, men bogens teoretiske del udgør også en spændende læsning for den, der ”bare” vil udbygge sin egen viden.

Gregers Rosdahl er uddannet cand. mag. i filosofi med speciale i meningsteorier og sprogfilosofi. Han har arbejdet med samtaler om sundhed og livsstilsændringer og skrevet flere artikler om den motiverende samtale. Man kan læse mere på

[www.denmotiverendesamtale.dk](http://www.denmotiverendesamtale.dk)

Eller man kan, som jeg kun på det varmeste kan anbefale, læse hans bog Den motiverende samtale i teori og praksis.

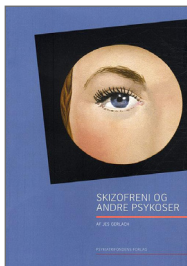
## Få udvidet dit fagbibliotek



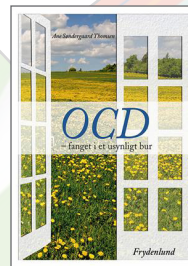
**Velfærdsteknologi i sundhedsvæsenet**  
Af: Trine Ungermann Ftedskild (red.)  
Gads Forlag, 2013



**Psykofarmaka**  
Af: Jes Gerlach og Per Vestergaard  
Psykiatrifondens Forlag, 2011



**Skizofreni og andre psykoser**  
Af: Jes Gerlach  
Psykiatrifondens Forlag, 2011



**OCD**  
Af: Ane Søndergaard Thomsen  
Forlaget Frydenlund, 2013



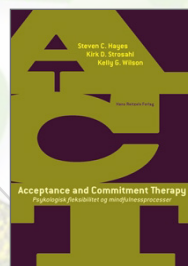
**Frem i lyset**  
Af: Anne Marie Geisler  
Psykiatrifondens Forlag, 2011



**Sociologi og rehabilitering**  
Af: Inger Schrøder og Kirsten Schultz Petersen  
Forlaget Munksgaard, 2012



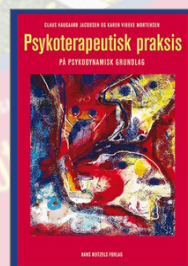
**Psykiatriens Udfordringer 20 spørgsmål og 100 svar**  
Af: Per Jørgensen, Søren Rask Bredkjær og Merete Nordentoft  
Forlaget Munksgaard, 2012



**Acceptance and Commitment Therapy**  
Af: Steven C. Hayes, Kirk D. Strosahl og Kelly G. Wilson  
Hans Reitzels Forlag 2013



**Spiseforstyrrelser - symptomer, årsager og behandling**  
Af: Lene Kiib Hecht og Birgitte Hartvig Schousboe (red.)  
Psykiatrifondens Forlag, 2012



**Psykoterapeutisk praksis på psykodynamisk grundlag**  
af: Claus Haugaard Jacobsen og Karen Vibeke Mortensen  
Hans Reitzels Forlag, 2013

## Få udvidet dit fagbibliotek!

Ved anmeldelse af en af bøgerne modtager du den gratis.

Din boganmeldelse bringes i Psykiatrisk Sygepleje. Kontakt Maj-Britt Nordenkjær for at blive anmelder.