

# Psykiatrisk Sygepleje



4 Præsentation af 2 nye suppleanter i bestyrelsen

11 Vi mangler et nyt redaktionsmedlem

12 3rd Horatio European Festival of Psychiatric Nursing – Malta

29 Temadag med Phil Barker og Tidal Model

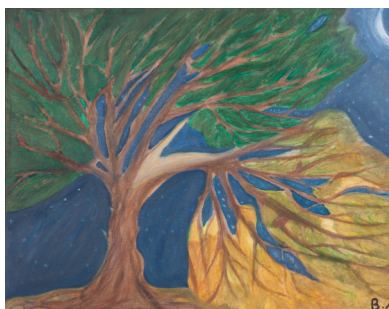
37 National konference i psykiatrisk sygeplejeforskning

44 Boganmeldelse: Forklædt som normal

**Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker**

# Indholdsfortegnelse

3	Leder
4	Præsentation af 2 nye suppleanter
6	Årets Psykiatriske Sygeplejerske 2015
7	Formanden på Tour
10	Redaktionens Hjørne
12	3rd Horatio European Festival of Psychiatric Nursing – Malta
21	Lært hjælpeløshed og splitting møtes i Basal eksponeringsterapi (BET)
29	Phil Barker og Tidal Model
37	National konference i psykiatrisk sygeplejeforskning
43	Bog anmeldelse: Velfærdsteknologi i sundhedsvæsenet
44	Bog anmeldelse: Forklædt som normal
45	Få udvidet dit fagbibliotek



## Udgiver

Fagligt selskab for  
Psykiatriske Sygeplejersker,  
<http://www.dsr.dk/fs/fs11/>

## Redaktør

Anne Britt Karlsson  
[anbrk@rn.dk](mailto:anbrk@rn.dk)

## Layout

Produktionsskolen Datariet

Bladet udkommer kun  
elektronisk.

## Materialer til bladet

Alle artikler skal skrives i Word  
format, skrifttype Times New  
Roman, størrelse 12.

Artiklen må fylde max fire A4  
sider. Der skal vedhæftes billede  
(som jpg-fil, ikke indsat i Word)  
af forfatter til artiklen.

Navn, stilling og arbejdsplads  
skrives øverst i artiklen.

Forfatteren er meget velkom-  
men til at vedhæfte andre  
billeder og illustrationer til

artiklen (ikke indsat i Word). Der  
må også gerne stilles forslag til  
billeder og illustrationer.

Anonyme indlæg optages ikke.

Redaktionen forbeholder sig  
ret til at redigere i artikler efter  
aftale med forfatteren.

Det forventes at forfatter selv  
læser korrektur på sin artikel.

Redaktionen er ikke ansvarlig  
for stavefejl m.v.

## Kontakt

Anette Theis, 3864 5191,  
[anette.theis@regionh.dk](mailto:anette.theis@regionh.dk)

# Lederen



## Den reflekterende praktiker *Kreativitet i psykiatrisk sygepleje*

Af: Poul Erik Ravnsmed,  
bestyrelsesmedlem

### *"Psykiatriske sygeplejersker er kreative!"*

Dette udsagn er blevet bekræftet på Horatio festival på Malta, som netop er blevet afholdt. Sygeplejersker fra hele Europa var samlet for at fremlægge og drøfte praksiserfaringer med kreativitet i den psykiatriske sygepleje. Danmark var rigtig godt repræsenteret med mange sygeplejersker fra både voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien.

Jeg vil fremhæve nogle af tendenserne, som kom frem i flere oplæg:

- færre regler – mere refleksion
- terapeutisk relationsopbygning
- trykt klima for både patienter og medarbejdere
- plads til at lære af fejl
- sygeplejerskers evne til at arbejde individuelt og samtidig være teamplayer

Der var rigtig mange oplæg som beskrev den psykiatriske sygeplejerske som en reflekterende praktiker. Se mere om Horatio inde i bladet.

Børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark havde også en poster med til Malta. Denne poster har også fremhævet den børne- og ungdomspsykiatriske sygeplejerske som den reflekterende praktiker.

### Beskrivelse af sygepleje i en børne- og ungdomspsykiatrisk kontekst

Posteren fra børne- og ungdomspsykiatrien bygger på en stor kreativ proces, som har fundet sted i Danmark i 2014.

150 børne- og ungdomspsykiatriske sygeplejersker fra hele landet har været involveret i en bottom up proces indeholdende seminarer og fokus-gruppe-interview. Dette svarer til at ca. 34 % af alle børne- og ungdomspsykiatriske sygeplejersker har bidraget til beskrivelsen. Erfaringerne er nu blevet samlet i en rapport, som på fin måde beskriver både kendt og hidtil tavs viden indenfor den børne- og ungdomspsykiatriske sygepleje. Processen har givet meget nyttig viden om, hvordan sygeplejerskerne beskriver egen praksis. Derudover har processen bidraget til en god drøftelse blandt børne- og ungdomspsykiatriske sygeplejersker om, hvilken rolle de har i den fremtidige børne- og ungdomspsykiatri. Processen har været både kreativ og identitets-skabende.

Psykiatriske sygeplejersker udgør en stor kreativ resource i det danske sundhedsvæsen. Fagligt selskab for psykiatriske sygeplejersker vil støtte sygeplejerskerne i at udvikle og definere den psykiatriske sygepleje.

Vi kan med stolthed sige, at vi er reflekterende praktikere.

# Præsentation af 2 nye suppleanter i bestyrelsen



**Bodil Bech Winther**

Jeg er mor til 3 næsten voksne børn, gift og viceklik chef i Klinik Syd i Region Nordjylland, som er en stor afdeling med ca. 500 ansatte fordelt på 10 senge afsnit og tilsvarende antal ambulatorier.

Jeg har arbejdet i psykiatrien i Region Nordjylland i mange år, først i børne-ungdoms psykiatrien og her i det sidste år i voksenpsykiatrien.

Jeg finder det vigtigt, at vi har et fagligt fællesskab på landsplan og jeg vil gerne deltage i, at vi får støttet op om de faglige miljøer og at vi holder fast i de kerne områder, der er indenfor den psykiatriske sygepleje. Det er vigtigt at vi har fælles fodslag på landsplan og at vi sammen kan være talerør for den gode psykiatriske sygepleje.

Når vi i dagligdagen udfordres på kvaliteten fordi vi skal spare og effektivisere er det vigtigt, at vi fortsat holder fast i, at sygeplejefagligheden skal være i orden. Vi skal sikre at der stadig er plads til omsorg og nærhed

på de psykiatriske afdelinger og vi skal holde fokus på, at de basale sygeplejeopgaver ikke forsømmes, men at det stadig er vigtige grundelementer i et menneskes velbefindende, at man kan få hjælp og støtte til daglige fornødenheder. Søvn, hvile, ernæring og aktivitet må være basis for al den kontakt vi har med de psykisk syge menneske, ligesom det må være naturligt, at patient og pårørende inddrages i alle behandlings- og plejetiltag.

At vi skal afprøve nye metoder og bruge forskning som basis for de udviklingstiltag, der er i psykiatrien er for mig en selvfølge og jeg synes det er yderst vigtigt, at vi sammen videreudvikler på den gode kliniske praksis.



## Yvonne Reinholdt

Jeg er ansat som ledende oversygeplejerske i psykiatrien i Region Syddanmark.

Min karriere i psykiatrien tog sin start for 20 år siden, hvor jeg var afdelingsleder på en socialpsykiatrisk institution for svært psykisk skadede mennesker. Siden år 2000 har jeg arbejdet som ledende oversygeplejerske i Regionens psykiatri – først 12 år i gerontopsykiatrien, Sønderjylland og nu 3 år i børne- og ungdomspsykiatri, Esbjerg.

Mit daglige arbejde er interessant og udfordrende med en travl hverdag, hvor der konstant og i stigende hastighed er krav om forandringer og implementering af nye tiltag.

Jeg ønsker at opstille som suppleant for Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker, da jeg gerne på alle måder vil bidrage til forbedring af psykiatriens image.

Der er mange barrierer og fordomme i forhold til psykiatrien, som kræver at vi som organisationer åbner op overfor omverden både i form af direkte samarbejde og i form af synlighed og indflydelse overfor andre interessepartnere og beslutningstagere. Det er på tide at vi aktivt arbejder for en afmystificering og afstigmatisering af psykisk sygdom og psykiatrien som institution.

Psykiatriske sygeplejersker skal i højere grad sætte dagordenen i samfundet til gavn for psykisk syge mennesker.

# Hvem skal være Årets Psykiatriske Sygeplejerske 2015?



**Af: Bente Pedersen,  
formand for bestyrelsen**

Arbejder du sammen med eller kender en psykiatrisk sygeplejerske som er medlem af Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker og som i sit arbejde:

- 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. uddeles ved Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejerskers generalforsamling som afvikles den 4. juni på Hotel Koldingfjord i forbindelse med Sygeplejekonferencen.

Både enkelte medlemmer og grupper af sygeplejersker kan indstille en sygeplejerske til prisen.

Indstillingerne vil blive bragt i Psykiatrisk Sygepleje.

#### **Indstillingen skal indeholde:**

- beskrivelse af indsatsen herunder fokus på det særlige som netop denne sygeplejerske står for
- beskrivelse af resultatet af indsatsen eller det forventede resultat
- navn, arbejdssted, medlemsnummer og e-mail på den indstillede
- foto af den indstillede

Indstillingen må være på max 500 ord.

Navn, medlemsnummer og e-mail på den der indstiller, skal ligeledes fremgå.

Der bliver nedsat et bedømmelsesudvalg med repræsentanter for formandskabet for DSR, brugerorganisationerne og fra Det Faglige Selskab.

Indstillingen skal være formanden i hænde senest den 1. marts 2015.

## **Årlig konference i Fagligt Selskab for psykiatrisk sygepleje 2015**

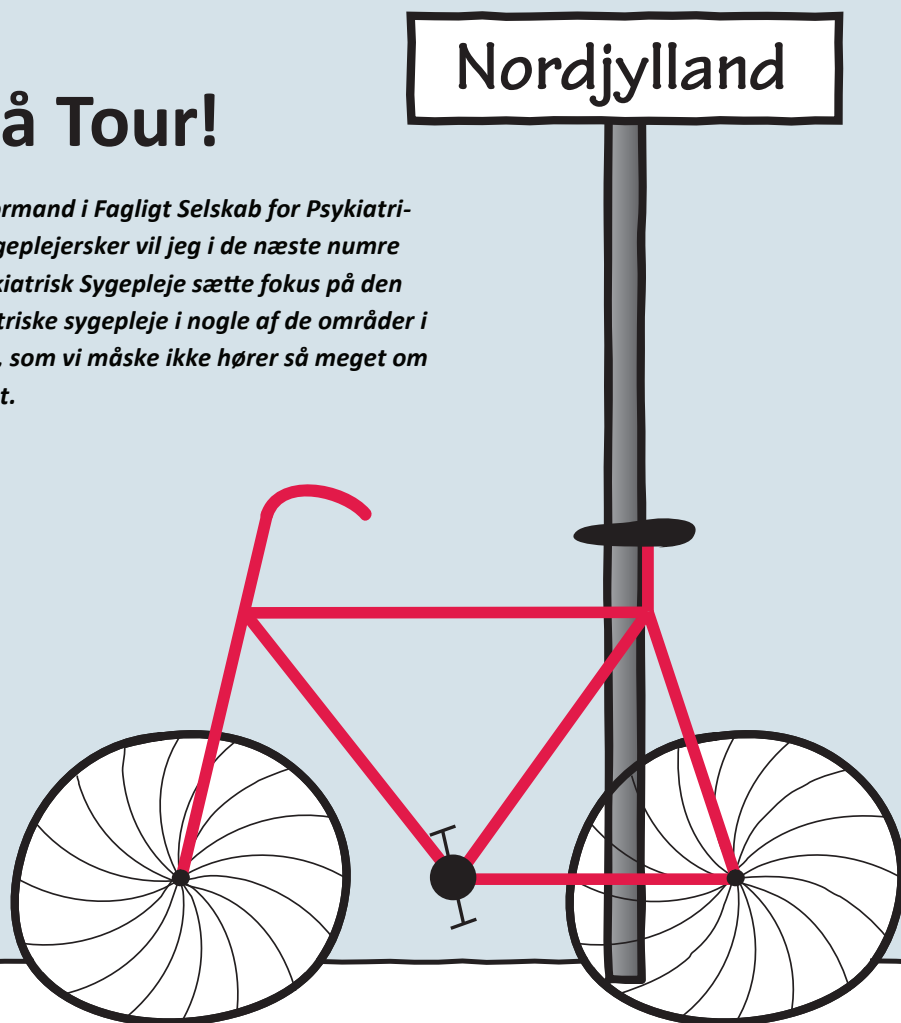
Sæt allerede nu X i kalenderen d. 3.+4. juni 2015, hvor vi alle skal mødes på Koldingfjord til 2 spændende konferencedage og drøfte "Sammenhæng i den psykiatriske sygepleje".

## Formanden på Tour!



*Som formand i Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker vil jeg i de næste numre af Psykiatrisk Sygepleje sætte fokus på den psykiatriske sygepleje i nogle af de områder i landet, som vi måske ikke hører så meget om i bladet.*

Af: Bente Pedersen,  
Formand for Fagligt Selskab  
for Psykiatriske Sygeplejersker



## Interview med Anette Sloth, sygeplejefaglig vicedirektør, Psykiatrien Region Nordjylland

### *Hvilke områder har jeres særlige interesse i Region Nord?*

Jeg er især optaget af:

- hvordan vi sikrer at intensive sengeafsnit har sygeplejersker ansat med særlige kompetencer ift akutte, alvorligt syge patienter
- hvordan vi i langt højere grad end nu samarbejder med patienter omkring udviklingen af psykiatriens behandlingstilbud
- at vi sætter mere fokus på at undersøge systema-

tisk, hvad der hjælper til at patienter bliver raske, og undersøger overordnet hvor mange der bliver raske efter psykisk sygdom

- at vi får skaffet os mere tid i direkte kontakt med patienten. Det kan bl.a. gøres ved at vi rydder op i vores dokumentationspraksis, så vi har fokus på kun at dokumentere det som understøtter vores kerneopgave og dermed kommer patienten til gavn
- at vi mere systematisk arbejder med tidlig opsporing af fysiske problemstillinger

*”For mig må det allervigtigste for psykiatriske sygeplejersker være den måde vi møder mennesker på”*

### **Tidligere patient ansat som konsulent for psykiatrilædelser**

#### ***Hvordan arbejder I helt konkret med disse områder i Region Nordjylland?***

Jeg synes vi har rigtig mange spændende tiltag i gang, hvor vi styrker samarbejdet mellem patient og sygeplejerske.

Personligt er jeg selv rigtig glad for at vi har Camilla Krogh ansat som konsulent for psykiatrilædelser – ikke er i skånejob, men på ordinære ansættelsesvilkår. Jeg mødte Camilla da hun holdt oplæg som ambassadør for ”En-af-os”-kampagnen, og blev blandt andet berørt af, at Camilla fortalte, at det var først da hun blev mødt som menneske, at hendes helbredelsesproces begyndte. Det var virkelig også en øjenåbner for mig, at Camilla fortalte om, hvor vigtigt det har været for hende, at hendes ressourcer har kunnet komme andre til gavn og at hun er blevet rask af sin sygdom. Jeg tror at vi kan samarbejde i langt højere grad end nu med

patienterne, og at vi skal være langt mere undersøgende om hvad det er patienterne oplever at have brug for, og hvad de oplever at der hjælper dem.

Jeg vil gerne stå for en retning, hvor vi har mindre fokus på at fastholde patienter i psykiatrien og mere fokus på at hjælpe patienter til at blive raske.

### **Styrke sygeplejerskers kompetenceniveau**

#### ***Er der områder i den psykiatriske sygepleje, hvor du tænker vi skal have en særlig opmærksomhed?***

Jeg ser, at vi har et behov for at styrke de særlige kompetencer, som er nødvendige for sygeplejersker som arbejder i den Akutte Psykiatri. Jeg tænker ikke at akutsygeplejerskeuddannelsen fra Danske Regioner har psykiatri på det niveau, som er nødvendigt for den psykiatriske sygepleje, så måske er der behov for at vi på tværs i landet forholder os til, hvilke kompetencer som er nødvendige i Akut Psykiatrisk Sygepleje. I den sammenhæng ser jeg også at vi har brug for flere





**Anette Sloth,**  
sygeplejefaglig vicedirektør,  
Psykiatrien Region Nordjylland

sygeplejersker med specialuddannelse i den akutte psykiatri.

Endvidere mener jeg, at det er rigtig vigtigt, at vi prioriterer særlig opmærksomhed ift sammenhængen mellem fysisk og psykisk sygdom. Vi har i Region Nord en "Sundhedsfremme enhed", hvor 3 medarbejdere har særligt fokus på sundhedsfremme i form af tidlig opsporing af somatiske lidelser, KRAM, at nedsætte overdødeligheden for mennesker med psykisk lidelse samt at styrke samarbejdet på tværs af kommuner og regioner omkring sundhedsfremme.

#### **Patientens team**

##### ***Er der områder i den psykiatriske sygepleje som du brænder særligt for?***

Jeg er som sagt meget optaget af, at borgeren får så meget indflydelse som muligt i beslutninger omkring sit eget forløb. Som leder tænker jeg det er vigtigt at skabe rammerne for indflydelse og medbestemmelse,

og jeg bliver rigtig glad, når jeg ser at man i klinikken afprøver nye former for samarbejde. Her i Region Nord arbejder vi med begrebet "Patientens team", hvor vi sammen med patienten planlægger behandlingsforløbet. På vores sengeafsnit i Frederikshavn arbejder man f.eks. med "Den involverende stuegang", som helt konkret betyder at patienten sidder for bordenden ved behandlingskonferencen, så vi sikrer os, at patientens ønsker, behov og kendskab til egen situation danner grundlaget for det samlede behandlingsforløb.

For mig må det allervigtigste for psykiatriske sygeplejersker være den måde vi møder mennesker på – at samarbejde og tillid er grundlaget for vores kontakt.



# Redaktionens Hjørne

**Af: Anne Britt Karlsen**

For et år siden tog vi springet og sagde farvel til papir-udgaven af Psykiatrisk Sygepleje, og vi bød den elektroniske udgave velkommen. Der har været tekniske vanskeligheder undervejs, men i Redaktionen håber og tror vi på, at vi er over de værste startproblemer.

Hvis I som medlem stadig oplever problemer med at modtage bladet (og I har meldt ind med en gyldig mailadresse), andre tekniske vanskeligheder, eller I har ideer til hvordan vi kan gøre bladet mere læsevenligt og inspirerende, hører Redaktionen gerne fra jer.

Vidste du i øvrigt, at bladet bliver trykket af Datariet i Vejle? Datariet er en produktionsskole for unge under 25 år, som vi har samarbejdet med de seneste 7-8 år, og hvor eleverne sætter en ære i at designe et moderne fagblad.

Artiklerne i dette nummer illustrerer på forskelligt vis, at vi som psykiatriske sygeplejersker er optaget af hvordan vi får skabt større rum for kreativitet, og hvordan vi kan understøtte processer som har værdi for patienterne. Artiklerne afspejler desuden en optagethed af, hvordan vi kan nedbringe tvang i psykiatrien. Mon ikke vi kan konkludere, at der foregår mange initiativer

rundt omkring i landet, som støtter op om regeringens rapport om en "moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser".

Glæd dig til at læse artikler fra temadag med Phil Barker og fra Danmarks første nationale konference i psykiatrisk sygeplejeforskning. Du kan hente inspiration til kreativitet i den psykiatriske sygepleje ved at læse artikler fra Europæisk Festival i Malta. I en artikel fra Norge, præsenterer vi erfaringer med BET som behandlingsmodel. Læs interviewet med sygeplejefaglig vicedirektør Anette Sloth, en boganmeldelse, kåring af Årets Psykiatriske Sygepleje og annoncering af den årlige konference i Kolding 3. og 4. juni 2015. Derudover vil Redaktionen slå et slag for at vi får et nyt redaktionsmedlem, ansøgninger modtages gerne!

Vinteren og mørket har for alvor samlet sig om os. Vi håber, at I får tændt levende lys i den mørke tid og at det psykiatriske fagblad giver inspiration til at udvikle og formidle psykiatrisk sygepleje. Vi takker for i år, og ønsker alle medlemmerne en glædelig jul! God fornøjelse med årets sidste psykiatriske fagblad og på gensyn i 2015!

# Brænder du for psykiatrisk sygepleje og faglig formidling?

I redaktionsgruppen for  
Psykiatrisk Sygepleje søger vi  
et nyt medlem!

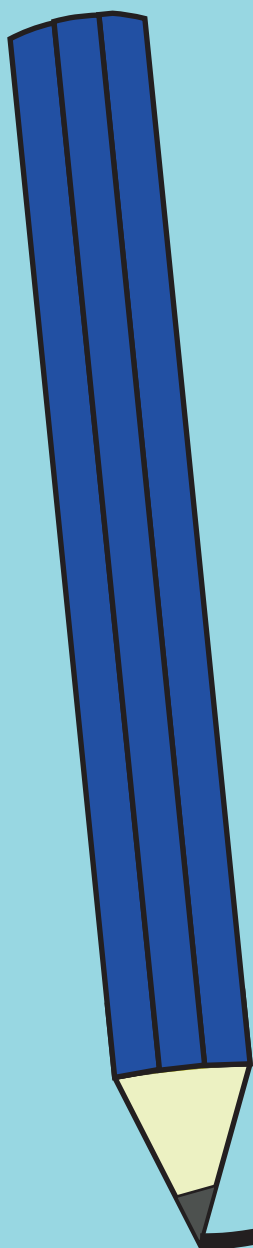
Vi er en gruppe psykiatriske sygeplejersker, der fire gange om året mødes en hel dag for at planlægge næste udgave af Psykiatrisk Sygepleje. Mellem redaktionsmøderne består arbejdet blandt andet i at være opfølgende i forhold til skribenter og annoncører, opdatere og udvikle hjemmesiden, vejlede ved 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 15/2-2015.

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



# 3rd Horatio European Festival of Psychiatric Nursing – Malta

## “Creativity in Care”



**Af: Bente Pedersen,**  
**Formand for Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker**



Vi var flere fra bestyrelsen i Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker, som mødtes på Malta til Europæisk Horatiofestival den 6.-9. november. Sammen med ca 300 psykiatriske sygeplejersker fra det meste af Europa mødtes vi over 4 dage og drøftede mange forskellige aspekter i "Kreativitet i den psykiatriske sygepleje".

Horatio er den Europæiske faglige organisation for psykiatriske sygeplejersker. Horatio blev grundlagt i 2006 af ildsjæle fra bl.a. Malta og Holland, som ønskede at styrke vidensdeling og kvalitetsudvikling blandt psykiatriske sygeplejersker i Europa. Organisationen er vokset gennem årene og har nu næsten 30 medlemslande.

Temaet for årets Horatiofestival bygger på, at psykiatriske sygeplejersker grundlæggende ønsker at bidrage til forandringer i andre menneskers liv – men at vi kan ikke kan bidrage til forandring, hvis vi selv blot forsætter med, at gøre det vi plejer - der er brug for kreativitet i den psykiatriske sygepleje. Kreativitet kræver at vi som mennesker prioriterer tid og rum til os selv – og giver plads og åbner for kreativiteten.

Kreativitet er ikke noget vi bliver givet eller er født med, men det er noget vi alle kan udvikle.

Man kan vælge at bruge sin kreativitet, eller nogen gange bliver det livsnødvendigt for os at bruge den, f.eks. hvis noget alvorligt sker i vores liv. Kreativitet kan være en måde at se muligheder i nye udfordringer/problemer og tro på at det er muligt at gøre noget nyt, hvor vi tør bruge nye sider af os selv.

Kreativitet er også at turde træffe valg i hver enkelt situation – "the choice is yours" – og dermed være opmærksom på hvornår det er rette tid at skifte spor og investere i noget nyt.

Man fødes ikke kreativ, men man kan lære det, og kreativitet anmoder os om at tænke og gøre noget anderledes eller at gøre noget vanligt på en ny måde. Det, der begrænser os i forhold til kreativitet, er ofte vores bedømmelser i forhold til, om det er skørt eller brugbart.

Hvis vi som sygeplejersker skal udvikle vores evner til at tænke nyt og kreativt, er der både behov for kreativitet individuelt og organisatorisk, og det er nødvendigt med Kreativ Leadership.

### **Det kreative samarbejde med mennesker, som hører stemmer**

Et meget inspirerede indlæg omkring kreativ sygepleje i praksis stod Travor Eyles fra Århus for i sit oplæg omkring mødet med borgere, som hører stemmer. Travor brugte sin kreativitet i sit oplæg og lod 2 deltagere få en personlig oplevelse af, hvordan det opleves at høre stemmer, og han viste dermed i praksis, hvordan det er en normal reaktion på stemmeføring at opleve væsentlige kognitive forstyrrelser. Travor viste endvidere, at vi alle har forskellige oplevelser med Stemme høring – f.eks. det normale i at have oplevet at høre ens navn bliver kaldt, når man går på vejen, uden at der er nogen, som kalder på en. Det som der adskiller normal stemme høring fra sygdom er, når man mister kapaciteten til at cope med stemmerne, så man begynder at



opleve, at stemmerne tager kontrol over ens liv. 6% af befolkningen hører stemmer, men kun 1/3 af dem finder det problematisk – ofte i sammenhæng med at de OPLEVER deres stemmer som negative og truende. Derfor er det en væsentlig del af behandlingen, at hjælpe stemmehørere til at forandre deres OPLVELSE af stemmerne, for herved at få kontrollen tilbage i eget liv.

Stemmehørere har brug for at tale om deres stemmer, men mange sygeplejersker er bange for at tale om det og ved ikke hvordan de skal spørge og hvad de skal gøre med svarene, og i den sammenhæng kan det hjælpe sygeplejersker meget, at åbne for kreativitet og sammen med den der hører stemmer, undersøge nye kreative måder at forholde sig til stemmerne på. Her gav Travor eksempler på, hvordan det er vigtigt med en ikke-dømmende tilgang – men i stedet at møde mennesket og stemmerne nysgerrig og undersøgende. Gennem en særlig interviewguide – ”Maastricht interviewet” undersøger sygeplejerske og stemmehører sammen stemmerne – hvornår de startede, hvad de hedder, hvad de siger og om de er åben for en dialog. Samtidig er det nødvendigt at sætte grænse for stemmerne på samme vis, som man vil sætte grænsen overfor andre mennesker.

Frem for kun at lytte til stemmens besked som eksempel ”du skal hoppe ud af vinduet” og føle dette som en trussel eller ordre, skal man bruge sin kreativitet og i stedet begynde at forstå, hvad der kan lægge

bag – f.eks. kan det betyde, at det vil være godt for personen at genoptage sine sociale kontakter udenfor lejligheden frem for at forsætte sin isolation.

Ved at bruge sin kreativitet kan man sammen arbejde med at undersøge stemmernes sammenhæng med fortid og nutid og finde strategier, som hjælper til at de negative OPLEVELSELSER af stemmerne kan ændres.



**YouTube** Se stemmehørfilmen på YouTube med Travor Eyles

### Peer Support Specialists

Flere oplægsholdere beskrev forskellige aspekter, hvor Kreativitet er opstået i partnerskab med de mennesker, der har egne erfaringer med psykisk lidelse, ”Peer Support Specialists”, og flere understregede betydningen af ”at opbygge en styrke indefra samtidig med at føle støtten udefra”. Eksempler på dette var bl.a. hvordan et systematisk yogaprogram bl.a. hjælper

mennesker ud af misbrug, og hvordan man kan bruge fotografier både til at udtrykke hvem man er og til at udtrykke sig selv kreativt og dermed få fat i indre livsglæde.

En Peer Support Specialist understregede, at Empowerment ikke er øget kontrol, men det at være i flow, og at det vi som sygeplejersker skal bidrage med er, at give mennesker rum og rammer til at finde deres egen vej og proces. Mennesker har brug for støtte i deres proces til at finde håb og lys - en vej hvor man arbejder med at tage vare på sig selv og møde egne behov med respekt. Det opbygger styrken indefra og opbygger oplevelsen stabilitet.

#### **Kreativitet i den danske psykiatriske Sygepleje**

Fra Danmark havde 3 sygeplejersker haft mod til at indsende abstract til oplæg:

**Trevor Eyles** fra Århus kommune: *"Voices-led therapy: Creative ways of working with intrusive voices"*

**Lene Lauge Berring** fra Region Sjælland: *"Match and Deescalate. De-escalation habits in a psychiatric Intensive Care Unit – Experiences and preliminary results from an Action Research study"*

**Mette Kragh** fra Region Midtjylland: *"Wake and light therapy to in-patients with major depression – Efficacy, predictors and patient experiences"*

Herudover bidrog Danmark med 4 posters:

**Poul Erik Ravnsmed, Elisabeth Bille-Brahe, Tina Jacobsen, Lene Granhøj, Susanne Bissenbacher, Yvonne Reinholdt og Elsebeth Vesterheden**: *"Nursing Professionalism in child and adolescence psychiatry"*

**Lene Lauge Berring, Susie Schow Petersen og Tina Andersen**: *"De-escalating aggressive behavior – Action Research and Creative Management"*

**Tove Pank og Jette Christiansen**: *"Short term prediction of violence or aggression in acute psychiatric intensive care"*

**Lene Lauge Berring**: *"Nurses account of aggressive incidents: A Textual Analysis"*

#### **Det tager vi med hjem**

På vej hjem i bussen ud til lufthavnen snakkede jeg med nogle danske sygeplejersker omkring deres oplevelser på konferencen, og der blev bl.a. sagt: *"En konference som denne gør det igen tydeligt for mig, hvad der er vores egentlige formål som psykiatriske sygeplejersker - det er ligesom at man kan glemme det i hverdagen"*.

*"Selvom der ikke konkret har været oplæg omkring unge piger, som lider af anoreksi, så har jeg fundet nogle nye veje gennem kreativiteten, hvor jeg tænker, at jeg måske kan møde disse piger på en ny måde, og hjælpe dem til at få fat i nogle kreative sider i sig selv, som måske kan hjælpe dem videre"*

# 3rd Horatio European Festival of Psychiatric Nursing – Malta

## ”Creativity in Nursing”



Af: Inge Løper Gustavsen, bestyrelsesmedlem.  
Kvalitets- og Udviklingskoordinator Region Syddanmark,  
Haderslev/Augustenburg.





Efter en lidt turbulent rejse, ankom vi med mange forventninger til den smukke ø Malta. Vi fik tjekket ind, og allerede der, fik man en fornemmelse af det europæiske, da der blev talt mange forskellige sprog.

Åbningsceremonien indeholdt bl.a. en tale af Malta's præsident Marie- Louise Coleiro Preca, korsang ved maltesiske psykiatriske sygeplejersker, smukt klaverspil af en 13-årig maltesisk pige, samt traditionel maltesisk folkedans.

### Kreativitet i psykiatrisk sygepleje

Åbningsstalen blev foretaget af Martin Ward, nyvalgt præsident for HORATIO. Hans oplæg stillede spørgsmålet: "Er Europa kreativ i sin udvikling af mental sundhed?"

Ordet "kreativitet" bruges ofte i forbindelse med udøvende kunstners værk i form af musik, litteratur eller billeder. Kun få tænker på at inddrage det, i det arbejde, der ligger i organisationer eller forsknings- og politiske strategier.

Dette er måske en fejl, da mange af de, som sidder med disse opgaver finder det svært, at finde nye veje, til at løse gamle eller tilbagevendende problemstillinger. Ofte bliver den nye løsning af typen "gammel vin på nye flasker".

Med afsæt i diverse nyere undersøgelser på tværs af Europa; både mindre lokale og større i bl.a. EU-regi, sluttede oplægget med følgende spørgsmål:

*"Er det at være kreativ, den rigtige måde, at udvikle fremtidens europæiske mentale sundhed, eller bør vi være mere konservative?"*

Oplægsholderens holdning var tydelig – vi har ikke råd til at lade være med, at være kreative.

Programmet for de enkelte dage var tæt pakket, og der var mange forskellige muligheder for at deltage i diverse symposier og sessioner.

### Kreativitet i recovery

Et meget spændende oplæg om kreativitet i recovery, stod Stephanie Kay Wentling for. Hun er ansat med brugerbaggrund på Sanatorium Kilchberg i Schweiz. Præsentationen af Stephanie Kay Wentling, starter med et citat af St. Catherine of Siena:

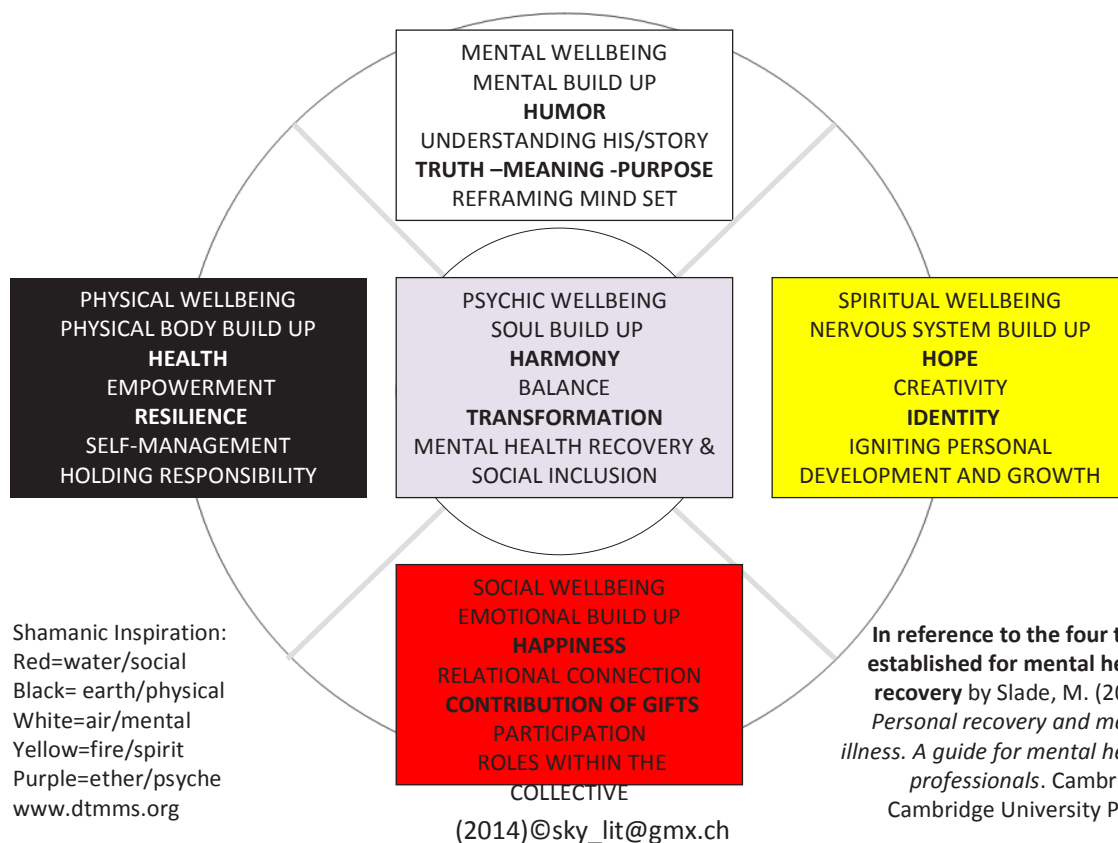
*"When you become who you were meant to be, You will set the world on fire".*

Stephanie lagde i sit foredrag stor vægt på, at det er vigtigt, at de psykiatriske paradigmer, der bruges i relation til pleje og behandling af psykisk sårbarhed, tåler en re-definering, for at vi kan forstå de landskaber, som ligger til grund for personlig udvikling.

Stephanie Kay Wentling har lavet en model, hvor hun bl.a. har inddraget begreber som, **ild**, som relateres til håb, kreativitet og identitet, **jord** som relateres til det fysiske velbefindende, ansvarsbevidsthed og sundhed, samt **vand** som relateres til glæde, socialt velbefindende og den relationelle dimension.



MENTAL HEALTH RECOVERY and SOCIAL INCLUSION©  
 PERSONAL WELLBEING IN THE FIVE ARENAS OF LIFE – SOCIAL, PHYSICAL, MENTAL, SPIRITUAL, PSYCHE



© Stephanie Wentling [sky\\_lit@gmx.ch](mailto:sky_lit@gmx.ch)  
 All rights reserved Peer Support Specialist MSc. cand. Mental Health 8003 Zurich - Switzerland



Stephanie Kay Wentling bruger begrebet **”kreativt velbefindende”**. Der er to sider i det kreative velbefindende, siden hvor man regenererer og siden hvor man degenererer.

For at kunne regenerere er det vigtigt, at have håb, identitet, glødende personlig udvikling og vækst, samt kreativitet for at kunne finde veje i landskabet. Når der degenereres er der fortvivlelse, kynisme, lav selvfølelse og lav grad af personlig udvikling.

Der hvor sygeplejersken har en afgørende rolle er i regenerationsfasen, hvor der skal støttes op om håb, identitetsfølelse samt stærk motivation til patienten/borgeren/brugeren, mhp. at udvikle og styrke udviklingen.

Dette tager tid, og tidsforbruget kan variere fra menneske til menneske, men Stephanie Kay Wentling havde en pointe til dette: **”When water moves, it can't freeze”**.

Kreativitet i recovery, drejer sig om, at sætte rammen, indenfor hvilken det enkelte menneske skal gennemleve sin egen recovery-proces, uden at forsøge at kontrollere den.

Et meget spændende foredrag, med nogle andre vinkler på recovery-begrebet, som skal have lov til at vokse, finde vej og udvikle sig.

### En international stemning

Imellem de forskellige symposier, workshops og keynote speakers, var der små pauser med mulighed for at udveksle tanker, ideer og holdninger til psykiatrisk sygepleje med andre festival deltagere. Det er enormt inspirerende og berigende, både at få lov til at høre hvad de f.eks. gør i Holland eller Tyrkiet, men også til selv at fortælle hvad vi gør i Danmark. Hvad er psykiatriske sygeplejersker i Danmark optaget af ift. andre europæiske, psykiatriske sygeplejersker? Alle har overordnet det samme ønske om, at sikre psykiatrisk sygepleje af høj kvalitet til det enkelte menneske. Forskellen ligger i de politiske og lovgivningsmæssige rammer, der er gældende i det enkelte land.

### Voldsrisikovurderinger i et andet lys

Jeg var så heldig at deltage i et symposium omkring voldsrisikovurdering.

John Carthy, sygeplejefaglig direktør på et stort sikret hospital i vest London fortalte om et tværgående projekt på to store engelske sikrede psykiatriske hospitaler.

Temaet for symposiet var: **Forståelse af holdninger til at håndtere aggressivitet og vold på et højt sikret hospital.**

John Carthy udleverede et spørgeskema; kaldet MAVAS questionnaire til alle deltagere. Dette spørgeskema består af 30 spørgsmål, grupperet i 3 områder. Disse områder indeholder spørgsmål, hvor der spørges



### Background

Aggression leading to violence is a wide spread problem in the health care sector and aggression and violence get a lot of attention  
 Aggression and violence is often adressed at nurses both in psychiatric and in somatic hospitals  
 Aggression and violence is costly and may lead to absnce due to illness for the nurses. For the patients aggression and violence may lead to extended hospitalization.

### Aim

To investigate if the use of a standardised risk assessment tool helps nurses to predict aggression and violence  
 To identify a valid structured risk assessment tool in order to reduce aggressive and violent behaviour

### The questions

1. Is it evidencebased that a standardised risk assessment may predict aggression and violence compared to a non-standardised risk assessment?
2. Which tool may most reliably predict aggression and violence in adult patients in a psychiatric hospital?

### The search for literature

This figure shows the results of

```

            graph TD
            A[Search in PubMed, CINAHL, Embase, The Cochrane Library, n=1148] --> B[The number of articles we had initially n=115]
            A --> C[Excluded by the not in English n=1133]
            B --> D[The number of articles we had initially n=15]
            B --> E[Excluded because of our questions were not relevant n=11]
            D --> F[The number of articles we based the guideline on n=11]
            D --> G[Excluded because of methodology of evidence n=4]
            
```

### Recommendations

A structured risk assessment tool may be used to predict aggressive and violent behaviour  
 B (9 IVD; 5 IVD; 14 Ib A; 3 Ib B\*; 24 II a B)  
 Staff in psychiatric hospitals may use the Brøset Violence Checklist(BVC) in their daily clinical practice to predict aggressive and violent behaviour in adult patients

ind til interne, eksterne og overordnede faktorer. Faktorer som kan medføre en eskalering versus de- eskalering af vold og aggressivitet. I England udleveres skemaet til såvel patienter som personale. Svarene er en rangering i henhold til hvor enig/uenig på en skala fra 1-5, man er med et givent udsagn.

Denne måde at arbejde med voldsrisiko-vurdering, hvor patienternes egne holdninger til, hvad der trækker og hvad der kan forebygge vold og aggressioner, finder jeg utrolig interessant. Jeg tænker, at dette kan være endnu et godt værktøj i processen med at reducere tvang.

**Tak for nu!**

Efter 5 dage med spændende input fra mange europæiske kolleger og med stormvejr og knap så fantastisk sommervejr som forventet, er jeg nu kommet tilbage til dagligdagen igen. Jeg oplever, at der mellem alle mine opgaver stort set dagligt lige "popper" en tanke op, om noget jeg har oplevet, hørt eller følt på festival- len på Malta.

Så kære kolleger, kom og vær med, uanset om det er i Danmark, Norden, Europa eller på verdensplan. Lad os være sammen om at være kreative, lad os inspirere hinanden og bruge hinanden, så vi kan udvikle den psykiatriske sygepleje til gavn for de mennesker, som er psykisk sårbare.



Forord:

# Hvordan Lært hjælpeløshed og splitting møtes i Basal eksponeringsterapi (BET)



Af: Anne Britt Karlsen

Som ansvarlig for artikeludveksling mellem Danmark, Norge og Sverige, modtager jeg hvert kvartal det norske og det svenske psykiatriske fagblad. I det norske fagblad har jeg flere gange stødt på spændende artikler om Basal Eksponeringsterapi (BET). I Norge bliver BET-behandlingen betragtet som en revolution i det psykiatriske sundhedssystem, hvor psykolog Didrik Heggdal er grundlæggeren af behandlingsmodellen.

Jeg har valgt at trykke artiklen for at give inspiration til den bevægelse, som vi også er optaget af som sygeplejersker i det danske sundhedssystem. Hvordan skaber vi en terapeutisk relation og en reel arbejdsalliance i behandlingen? Hvordan hjælper vi patienterne til at være aktive aktører i egen behandling og i eget liv? Hvordan hjælper vi os selv til at aflære gamle mønstre, som bygger op under udvikling af hjælpeløshed hos patienterne? Sidst, men ikke mindst: I Norge har BET-behandlingen været med til at reducere tvangsforanstaltninger og overmedicinering til de aller dårligste patienter, patienter som har været opgivet af behandlingssystemet, og som har været stemplet som behandlingsresistente.

Til interesserede læsere, er der mulighed for at læse en tidligere udgivet artikel om BET, se vores fagblad juni 2012, eller henvend jer til Anne Britt Karlsen.

# Hvordan lært hjelpeløshet og splitting møtes i Basal eksponeringsterapi (BET)

**Forfattere:** Dag Stormbo, Jan Hammer, Synne Borgejordet og Didrik Heggdal.

**Dag Stormbo:** Psykologspesialist, Tiller DPS, St. Olavs Hospital.

Hans erfaring med BET bygger på et hospiteringsopphold på Seksjonen for psykososer og sammensatte lidelser (SPS), Vestre Viken, hvor BET ble utviklet og tilbys.

**Jan Hammer:** Spesialsykepleier, M.Sc., FoU-rådgiver, FoU-avdelingen, Klinikk for Psykisk helse og rus, Vestre Viken. Han koordinerer fagutviklingsarbeidet knyttet til BET i Klinikk for Psykisk helse og rus, Vestre Viken.

**Synne Borgejordet:** Psykolog. Hun arbeider som psykolog ved SPS, Avdeling Blakstad, Klinikk for Psykisk helse og rus, Vestre Viken.

**Didrik Heggdal:** Psykologspesialist og faglig ansvarlig for BET-programmet ved SPS, Avdeling Blakstad, Klinikk for Psykisk helse og rus, Vestre Viken.

## Innledning

Fenomenene "lært hjelpeløshet" og "splitting" utgjør betydelige behandlingsmessige og driftsmessige utfordringer ved døgnposter innen psykisk helsevern. Å møte pasienter med disse kjennetegnene kan være emosjonelt utfordrende og vekke intense motoverføringsreaksjoner hos helsepersonell (1,2).

Når den som er i behandling framstår med et fragmentert selvbylde og aktivt bruker splitting som mestringsstrategi kan samspillet mellom pasient og

Basal eksponeringsterapi (BET) er en helhetlig og konsistent behandlingsmodell der elementer fra ulike teorier og terapiretninger pragmatisk integreres ut fra klinisk nytteverdi. BET har felles trekk med behandlingsmodeller innen tredje bølgen av kognitiv atferdsterapi, hvor formålet er å endre forholdet til det som oppleves som et problem heller enn å forsøke å fjerne selve problemet. Pasientene som prioriteres for BET-programmet har både psykosesyntomer, langvarig forhøyet selvmordsrisiko og omfattende psykososial funksjonssvikt. Behandlingen baseres i liten grad på formelle diagnoser. I BET rettes hovedfokuset mot eksistensielle utfordringer og problemer.

helsepersonell bli forvirrende og negativt (2). Dette vil kunne føre til at tid og ressurser går med til håndtering av indre splid i behandlingsteamet på bekostning av behandlingskoordinering. Konsekvensen vil ofte være at behandlingsteamet ikke fungerer effektivt, og at personer med behov for langvarige døgnopphold mister evne til å mestre hverdagen i stedet for å bli mer selvstendige (1,3). Hvorvidt man lykkes med å håndtere disse utfordringene i klinikken avhenger i stor grad av hvordan vi som fagpersoner omsetter teoretisk

kunnskap om lært hjelpeløshet og splitting i møte med pasienten, og ikke minst, i møte med hverandre.

Helsepersonell med spesialisering i psykisk helsevern kan ha teoretisk kunnskap om lært hjelpeløshet og splitting. Tilnærminger som omsetter kunnskapen i klinisk praksis, er imidlertid i liten grad brukt i døgnseksjoner hvor terapeutiske intervensjoner skal koordineres gjennom tre skift. I denne artikkelen beskrives hvordan en teoretisk forståelse av lært hjelpeløshet og splitting anvendes innenfor rammen av den integrative behandlingsmodellen Basal Eksponerings-terapi (BET; 4,5,6). Artikkelen er rettet mot leger, psykologer og miljøterapeuter som møter lært hjelpeløshet og splitting i sitt arbeid. Da det kun er kvinner som har gjennomgått BET-programmet, brukes hunkjønn som betegnelse på pasienten i kliniske eksempler.

### Lært hjelpeløshet

Teorien om lært hjelpeløshet handler om atferdsmessig passivitet som utvikles ved gjentatte mislykkede forsøk på problemløsning (7). Personen har erfart ikke å ha kontroll over utfallet av egne handlinger. Hun har derigjennom mistet tro på evnen til å påvirke egen situasjon, og forblir initiativløs (8). Opplevelsen av hjelpeløshet leder til at personen klamrer seg til håpet om at noen andre skal løse hennes problemer. I noen tilfeller kan også pasientens hjelpeløshet utvikle seg til at hun ikke har noe håp om og tro på at andre kan gjøre noe heller. Helsepersonell kan tross alle gode intensjoner komme til å bygge opp under utviklingen av hjelpeløshet. Et eksempel her er at de stadig tar ansvaret for å finne og lage løsninger for å kompensere for pasientens funksjonssvikt.

Når helsepersonell også fortsetter å forsøke å motivere og engasjere pasienten på måter som over tid ikke har vist seg å være nyttige, forblir pasienten en passiv, hjelpeløs tjenestemottaker. Interaksjonen mellom pasienten og behandlingsapparatet kan altså underminere pasientens allerede sviktende mestringstillit, og føre til at hun ender opp med en opplevelse av å være et håpløst tilfelle. Konsekvensen kan bli et avhengighetsforhold mellom pasienten og behandlingsapparatet, hvor

begge parter forsterker en oppfatning om at pasienten ikke evner å endre egen situasjon. Dette er fort gjort i og med at pasienter som fremstår hjelpeløse eller sterkt lindringssøkende appellerer til helsepersonells opplevde plikt, og kanskje også behov for "å ordne opp". Slik kan hjelpen som i utgangspunktet var godt ment, virke mot sin hensikt. Hjelpeløsheten kan bli så gjennomgripende at den fører til funksjonssvikt og eskalering av vansker. Denne prosessen kalles i BET for marginaliseringsprosessen (6).

### Hvordan BET møter lært hjelpeløshet

Begrepet kronisk er mye brukt i psykisk helsevern for å beskrive pasienter med flere innleggelser og omfattende behandlingsforsøk uten varig bedring. Disse pasientene utviser typisk lært hjelpeløshet. Når helsepersonell bruker betegnelsen kronisk ligger det implisitt at pasientens problemer er iboende kvaliteter i ham eller henne. Dette problematiseres i BET-modellen, der problemforståelsen vektlegger hvordan pasienten marginaliseres i samhandling med andre (6). Derav benyttes også begrepet marginalisert i stedet for kronisk.

Behandlingsrammen i BET er forankret i et underregulerende regime bygget på en eksistensialistisk antakelse om at ethvert menneske selv skaper sitt liv gjennom dets valg og handlinger (4,6). Dette innebærer i praksis at pasienten gjennomgående møtes med en holdning som sier at hun er et voksent og ansvarlig menneske. Ut ifra denne holdningen forventes det at pasientene vil lære seg hensiktsmessige mestringsstrategier og prøve ut disse hvis behandlingsrammen tilrettelegger for det. Et eksempel på tilrettelegging kan være at pasienter i døgnpost får ansvar for å komme seg til ulike avtaler utenfor sykehuset på egenhånd. Mange innlagte pasienter får hjelp til biltransport av sykehu-

**Når en pasient problematiserer at det er vanskelig å ta bussen, vil dette bli møtt med validering av følelser og indre opplevelser som pasienten utviser der og da.**

set fordi de opplever at de ikke klarer eller tør å reise på egenhånd. I BET møtes pasienten med en antakelse om at pasienten vil ordne med transport på egen hånd dersom en avtale er viktig nok. På denne måten ønsker man å gi pasienten mulighet til å lære noe nytt om egen evne til mestring.

Validering i BET har som formål å hjelpe pasienten til å forholde seg til det som er, uansett hvordan det er. Videre benyttes en terapeutisk retorikk som formidler til pasienten at det er hennes valg å handle i tråd med det som er viktig for henne. Dersom pasienten aktivt ber om råd kan terapeuten skissere mulige alternativer (for eksempel at pasienten har valget om å ta bussen, bruke penger på drosje, eller ikke gjennomføre planen sin), men da uten å evaluere eller presentere noen formening om hva pasienten bør velge. Pasienten møtes da som et likeverdig menneske; man hever seg ikke over pasienten, man tar ikke over ansvaret og man begrenser ikke pasientens mulighet til å gjøre valg og til å mobilisere egne ressurser. Ved kun å validere (se pasienten og hennes opplevelser i den vanskelige situasjonen) og underregulere (la ansvaret for valg og løsning ligge hos pasienten) konfronteres hun med sin eksistensielle frihet, dvs. med ansvaret for å skape livet sitt gjennom egne valg og handlinger (4). Pasienten mobiliserer altså sine ressurser ved at hun føler seg sett og gyldiggjort som et menneske i verden, og ved at det ikke er noen som kommer til unnsetning og kompenserer for funksjonssvikt. Alt er opp til pasienten selv og hennes valg.

Dette kan høres enkelt ut, men er i praksis svært krevende å praktisere for de fleste som jobber i helsevesenet. Helsepersonell går raskt inn i en modus der de med sosialt innlærte responser på ulike måter forsøker å hjelpe eller styre pasienten, så som ved å gi råd, komme med tolkninger eller ved å tilby trøst. Kunsten for personalet er å ikke ville noe på pasientens vegne og samtidig se pasienten og det pasienten opplever her og nå. Når det ikke skjer noe med mindre pasienten gjør noe selv, vil hun før eller siden komme i bevegelse. I en situasjon preget av likeverdighet vil det åpne seg

en mulighet for pasienten til å etablere en dialog med andre om hvilken vei hun ønsker å gå. Måten validering og underregulering brukes i BET kan dermed bidra til å reversere lært hjelpeløshet og fremme autonomi.

Personalet utfordres når pasienter både bevisst og ubevisst, og på ulike måter, fremstår som hjelpeløse for å få helsepersonell til å gå aktivt inn og ta ansvar for hvordan ting forløper. Den største kunsten er kanskje å gjenkjenne situasjonene som representerer samspillsmessige "fallgruver" slik at personalet kan koordinere hensiktsmessige responser. Hvis underreguleringsregimet ikke er godt nok koordinert, dvs. pasienten ikke gjennomgående møtes med en underregulerende holdning, viser våre erfaringer at "vinduet" for det eksistensielle fokuset vil lukke seg og at behandlingen blir mindre effektiv. Mye tid brukes derfor i det multidisiplinære BET-teamet på selve samordningen av holdninger og praktisk koordinering. Den terapeutiske holdningen basert på underregulering frigjør mye tid for personalet, og man unngår frustrerende samtaler og konfrontasjoner mellom personale og pasient der personalet vil mer på pasientens vegne enn pasienten selv er klar for.

**Ingen mennesker forstår verden i all sin kompleksitet og detaljrikdom.**

### Splitting

Likevel kan noen av ulike årsaker ha større vansker med å romme samtidige gode og ubehagelige følelser og med å integrere både gode og dårlige sider ved en og samme person (9,10). Splitting blir da en måte å organisere verden, og seg selv i forhold til verden, som beskytter det gode og holder det onde på avstand (11). Personer som splitter utviser en overforenklet virkelighetsforståelse hvor en selv og andre kategoriseres som enten gode eller onde.

Splitting er en naturlig psykologisk mekanisme og en



vanlig mestringsstrategi som vi alle i noen grad bruker. Det kan imidlertid oppstå store problemer i mellommenneskelig samhandling når en person til stadighet eller gjennomgående forholder seg til andre som enten bare gode eller bare onde (2,9). Splittingen kan gi umiddelbar smertelindring ved at negative oppfatninger av seg selv avspaltes og projiseres over på omgivelsene. Når helsepersonell lett responderer negativt på pasientens overføringer eller projeksjoner, så bekrefter dette for pasienten at egenskapen ligger hos den andre og ikke hos pasienten. Videre vil en pasient som bare kan se en behandler som god og flink, ikke gi plass til at vedkommende også kan gjøre dumme ting eller misforstå noe. En uklarhet fra behandleren kan føre til at behandleren går fra å være god til å bli ond i pasientens øyne. Motsetningsfylte følelser og ambivalens blir da umulig å forholde seg til, og splittingen utgjør en nødvendighet for å forsvare seg mot både det onde og smertefulle samt mot tap av identitetsopplevelse (12). Dersom pasientens splitting blir forsøkt forhindret i sosial samhandling, kan pasienten komme til å regredere og ty til mer dramatiske beskyttelsesstrategier, og også regredere til psykotisk fungering hvis den opplevde belastningen er stor (10).

### Hvordan splitting møtes i BET

En splittet personalgruppe vil ofte være en manifestasjon av pasientens splitting (13). Splitting som utspiller seg i personalgruppen kan også være symptomatiske uttrykk for skjulte konflikter knyttet til uutalte holdninger, normer og regler. Dette kan gå vesentlig utover teamets evne til å hjelpe pasienten. De som pasienten anser som de gode vil ofte ha et behov for å redde pasienten, og opplever at de er de eneste som vil kunne klare dette (9). Om helsepersonell har et stort behov for å lindre, for å ta vare på pasienten eller for å bli likt, så kan dette være et hinder for effektiv behandling (1,2,14). Parallelt vil de som utpekes som de onde få en opplevelse av å bli devaluert. Når pasienter idealiserer og devaluerer, og til og med veksler mellom hvem som idealiseres og hvem som devalueres, tolkes det gjerne som manipulerende atferd (1). En slik tolkning kan være grunnet på et ikke-faglig-

avviksperspektiv (15). Den undervurderer pasientens behov for splittingen som overlevelsestrategi. Samtidig kan slike tolkninger føre til motoverføringsreaksjoner som bebreidelse og ignorering (1). Det blir viktig å komme bort fra forestillingen om at pasienten bevisst og motivert prøver å splitte personalgruppen (16).

En sentral holdning i BET er å akseptere splitting som normalt fenomen og som en strategi pasienten bruker for å håndtere sin kaotiske verden. Videre er det vesentlig at behandlingsteamet og dets medlemmer aksepterer rollene de tildeles av pasienten, uavhengig av om man blir sett på som god eller ond. I BET skal personalet til enhver tid fremstå som empatiske og validere pasienten. Det er viktig å vise pasienten at en ikke går i stykker uansett hva hun sier eller gjør. I BET lar man pasienten splitte nettopp for å forebygge regresjon og for å holde pasienten i relasjon og arbeidsallianse. Konsekvensen av at personalet responderer med vennlig validering i møte med splitting er at pasienten litt etter litt trekker tilbake projeksjoner og i økende grad rommer og forholder seg til motsetningene i sitt indre liv. Erfaringsmessig vil splitting opphøre av seg selv når pasienten har utviklet aksept for ubehagelige og smertefulle følelser og da heller ikke trenger denne strategien for å beskytte seg (10).

I BET jobber man altså med splittingen og ikke imot. Hvordan det oppleves å bli devaluert eller idealisert tas opp i møter og dialoger med kollegaer; det gjøres ikke til gjenstand for fokus i selve pasientarbeidet. Teamets jobb er å stå som solid støtte bak "det onde objektet" - ikke mot pasienten, men med den som har den rollen. Likeledes er det viktig i terapeutisk håndtering av splitting at det "gode objektet" som idealiseres identifiseres. Den idealiserte trenger et overordnet perspektiv på hva som foregår for å koordinere sitt bidrag inn i det helhetlige arbeidet. En fallgrube for den idealiserte er at han eller hun "tar av" og legger opp til utfordringer som pasienten ikke er klar for, og samtidig tilbyr bistand som forsterker pasientens avhengighet av hjelpere. "Det gode objektet" trenger hjelp til å håndtere rollen slik at rolleinnhaverens funksjon tjener de langsiktige, terapeutiske målsettingene.

I møte med pasienten går personalet verken i diskusjon eller konfrontasjon eller er "enig" med henne. De bekrefter gjennomgående pasientens opplevelse av at en ansatt er ond eller udugelig ("det må være slitsomt når du opplever det slik"), og at en annen er flink og omtenkstom ("det høres ut som du i møter med x føler deg forstått og tatt vare på"). På denne måten rommer den miljøterapeutiske arenaen hele pasienten, og gir pasienten mulighet til å erfare at motsetninger kan leve side om side.

Å jobbe med splitting handler om at teamet og hver medarbeider tar imot og aksepterer roller de får tildelt av pasienter som bruker splitting, og at man sammen finner ut hvilke funksjoner rollene har og hvordan man kan bruke dette i det terapeutiske arbeidet. Hovedregelen er at rollene man får gjennom pasientens splitting ikke endrer holdningen hos medarbeiderne og oppgavefordelingen i teamet. Det kan imidlertid noen ganger være nyttig å spille på splittingen ved å tilpasse fordelingen av oppgaver. Dette må i så fall være gjennomdiskutert og forstått av alle i personalgruppen. BET-teamet kan for eksempel tillate at pasienten "avsetter" en behandler eller co-terapeut (som oftest er miljøterapeuter) dersom det anses som en hensiktsmessig måte å møte splittingen på, og som hensiktsmessig i et langsiktig terapeutisk perspektiv.

Å forsøke å snakke om splitting med en pasient som kanskje ikke er bevisst sitt bidrag i samhandlingen og heller ikke innstilt på samarbeid, vil kunne bidra til å forsterke, heller enn å moderere, splittende atferd og konsekvenser av splitting. BET-teamet snakker ikke med pasientene om splitting uten at pasienten eventuelt selv tar opp sin mentale organisering av verden og omgivelsene som en utfordring eller et problem. At pasienten selv tar opp dette er første indikasjon på en økende evne til nyansering av virkeligheten. Personale er da påpasselig med at det er pasienten selv som leder an i dialogen.

Grunnregelen er at personalet identifiserer og planlegger håndtering av splitting for å forebygge marginaliserende samhandling og optimalisere muligheten for etablering av en terapeutisk arbeidsallianse med pasienten. Ved å fokusere på og vektlegge analysering av splitting i personalgruppen, har man muligheten til å forstå splittingen i pasientens mentale liv (13). I sykehusposter som ikke evner dette, vil splitting kunne ha store, negative konsekvenser både for pasienten og personalet. Helsepersonell har behov for å bli anerkjent av sine kollegaer, ikke minst de som kommer ut som onde og udugelige i pasientens øyne. Å være det "onde objektet" bør gjøres til en ærefull jobb. Det er de som får denne rollen som bærer den tyngste børen, og at de klarer å bære den vil kunne være avgjørende for at pasienten kommer seg ut av sykehuset og mestrer livet utenfor.

**Det kan imidlertid noen ganger være nyttig å spille på splittingen ved å tilpasse fordelingen av oppgaver.**

#### Oppsummering

I klinikken gir både lært hjelpeløshet og splitting klar klinisk mening og er nyttige begreper i behandlingsplanlegging - og evaluering. Vi har verken forsøkt å gi et totalt bilde av BET, eller alle holdninger og arbeidsmåter i forhold til lært hjelpeløshet og splitting. Artikkelenes hensikt var å gi et bilde av BET-modellens syn på og tilnærming til disse to fenomenene. Vår hypotese er at operasjonaliseringen av teoretisk kunnskap og måten denne koordineres gjennom tre skift, er en avgjørende faktor som kan fremme effektiv behandling. Det kan se ut som et systematisk implementeringsarbeid er nøkkelen, og dette vil antakelig gjelde for enhver behandlingsform som anvendes i arbeid med kompliserte fenomener som lært hjelpeløshet og splitting.



## Referanser

1. *Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M.* (2000). Management of countertransference with borderline patients. New York: Jason Aronson.
2. *Koekkoek, B., van Meijel, B., & Hutschemaekers, G.* (2006). Difficult patients in mental health care: a review. *Psychiatric Services*, 57(6), 795-802.
3. *Chow, W. S., & Priebe, S.* (2013). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC psychiatry*, 13(1), 169.
4. *Hammer, J., & Heggdal, D.* (2011). Vil BET bidra til mer effektiv behandling. *Psykisk Helse og Rus*, 22(3), 12-17.
5. *Heggdal, D.* (2011). På vei til et liv det går an å leve om basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48(4), 344-349.
6. *Heggdal, D., Lillelien, A., Johnsrud, S. S., & Dyrhol Paulsen, C.* (2013). Basal eksponeringsterapi: en vei inn til seg selv og ut til et liv det går an å leve. *Dialog*, 23(4), 7-19.
7. *Seligman, M. E.* (1992). Helplessness: On development, depression and death. New York: WH Freeman.
8. *Peterson, C., Maier, S. F., & Seligman, M. E.* (1993). Learned helplessness: A theory for the age of personal control. New York: Oxford University Press.
9. *Carser, D.* (1979). The defense mechanism of splitting: developmental origins, effects on staff, recommendations for nursing care. *Journal of psychiatric nursing and mental health services*, 17(3), 21-28.
10. *Kernberg, O. F.* (1995). Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York: Jason Aronson.
11. *Masterson, J. F.* (2000). A New Look at the Developmental Self and Object Relations Approach: The Personality Disorders. Phoenix: Zeig Tucker & Theisen Publishers.
12. *Killingmo, B.* (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *The International Journal of Psychoanalysis*, 70, 65-79.
13. *Thorgaard, L.* (2006). Relationsbehandling i psykiatrien: Dynamisk psykoseforståelse og dynamisk relationsbehandling. Stavanger: Hertervig Forlag.
14. *Colson, D. B., Allen, J. G., Coyne, L., & Dexter, N.* (1986). An anatomy of countertransference: Staff reactions to difficult psychiatric hospital patients. *Hospital & Community Psychiatry*, 37, 923-928.
15. *Vatne, S.* (2006). Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal Akademisk.
16. *Kåver, A., & Nilsonne, Å.* (2005). Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Oslo: Gyldendal akademisk.



Af: Mai-Britt Nordenkjær  
Medlem af redaktionen

## Temadag med Phil Barker og Tidal Model for de Specialuddannede sygeplejersker i Region Syddanmark



Fascinationen var stor da jeg i 2009 for første gang blev bekendt med Tidal Model. Det var under Specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje. Efterfølgende blev den teoretiske fascination af en smukt formuleret og relations- og personorienteret model til konkret glæde over, hvordan den påvirkede praksis på en måde, der styrkede mit samarbejde med patienterne og begejstrede mig for mit fag i psykiatrien.

Forventningerne var således høje til specialsygeplejerskernes årlige temadag i Region Syddanmark, hvor Phil og Poppy Barker var inviteret med som gæster og hovedoplægsholdere.

Sygeplejefaglig direktør Ole Rytto og Uddannelseskoordinator Chanett Babette Simonsen indledte dagen med deres overvejelser om de specialuddannede sygeplejersker og fremtidens krav og forventninger til os. Herunder blev vigtigheden af dygtige specialsygeplejersker i sengeafdelingerne fremhævet og fra uddannelsens side blev det pointeret at fremtidens specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje, vil prioritere kliniske kompetencer højere end akademiske færdigheder.

Således blev vi ledt frem til dagens hovedpersoner Phil og Poppy Barker og deres forskningsbaserede Tidal Model for psykiatrisk sygepleje. De kunne med varme fortælle om den proces det har været, at bearbejde den store mængde data, de gennem mere end et årti har indsamlet om psykiatrisk sygepleje og patienters recovery. Hvordan disse interviews og erfaringer er blevet til den midrangetheory, som Tidal Model i dag er klassificeret som.

I løbet af formiddagen blev vi, foruden historien om hvordan teorien er blevet til, også guidet igennem hvilke grundlæggende antagelser og hvilken holdning, der præger en model for personcentreret psykiatrisk sygepleje. De delte deres overvejelser om kraften i den enkelte patients livshistorie og hvordan recovery for patienten, måske kan begynde med at forsøge at genskabe en meningsfuld historie.

Vi fik også en smagsprøve på deres assesmentmetoder, som er semistrukturerede interviews, der skaber basis for en type samtaler mellem patient og sygeplejerske, der i høj grad inddrager patientens ønsker og erfaringer. Det er også spørgsmål, der udfordrer både patient og sygeplejerske på, hvilken slags hjælp der er nødvendig her og nu, for at patienten kan komme i gang med livet igen.

Spørgsmålene i salen vidnede om et stort engagement i, at løse de problemer vi har i psykiatrien med, at nedbringe brugen af tvang. For de konkrete dilemmaer kunne Tidal Model ikke give et svar. Men der er måske et svar alligevel, for i evalueringerne fra de afdelinger som har ændret arbejdsgangene inspireret af Tidal Model, er der alle steder sket et markant fald i brugen af tvang. Ikke et fald på nogle få procenter, men et fald der som minimum har halveret brugen, samtidig med at registreringer på vold og aggression er faldet og sygefraværet i personalegruppen er dalet. Det er parametre vi gerne ser ændrer sig i dag og der synes at være nogle pointer i Tidal Model, som kan hjælpe os den vej.

Efter Phil og Poppy Barkers oplæg var der præsentationer fra de specialuddannede sygeplejerskers videre arbejde med modellen. Hvordan kan modellen bruges når sygeplejestuderende skal lære psykiatrien at kende og hvordan har den fungeret mellem sygeplejerske og patient, både i det ambulante arbejde og i arbejdet på sengeafdelingerne. Fem psykiatriske sygeplejersker med hver deres fortolkning af hvordan modellen har inspireret dem i praksis efter endt specialuddannelse, præsenterede deres erfaringer.

Jeg håber, der bliver mange flere erfaringer med, at inddrage tænkningen i dansk psykiatrisk sygepleje. Materialet om teorien er fortsat sparsomt på dansk, men en oversættelse er under udarbejdelse. Frem til da kan originalt materiale om såvel grundlæggende tanker om den psykiatriske sygepleje Tidal Model beskriver, Assesment samtalerne og de 20 faglige kompetencer der knytter sig til de 10 forpligtelser rekvireres gratis via deres hjemmeside [www.tidal-model.com](http://www.tidal-model.com).

# Temadag med Phil Barker og Tidal Model for de Specialuddannede sygeplejersker i Region Syddanmark

## Kommentar fra Specialsygeplejerske Lone Holm Jacobsen

"Blev helt høj af at høre om tankerne bag modellen. De er bare så rigtige. Tænkte at det er godt, at tankegangen er ved at vinde gengang over hele verden, både for vore patienters og for fagets og for vores egen skyld. De var akkurat lige så rare, autentiske og engagerede som jeg havde forestillet mig. Jeg havde det som om, at dem kendte jeg da rigtig godt!"

## Kommentar fra Chanett Babette Simonsen

Det er anden gang region syddanmark afvikler temadag for de specialuddannede psykiatriske sygeplejersker og deres ledere. Initiativet blev taget af Sygeplejefaglig direktør Ole Rytto i 2011, for at sikre et forum hvor de specialuddannede kan blive inspireret og har mulighed for at drøfte de komplekse psykiatriske sygeplejefaglige opgaver der kendetegner deres daglige kliniske praksis. Første temadag blev afviklet i 2011 hvor 150 specialsygeplejersker og deres funktionsledere fandt vej til Comwell Middelfart til en temadag om kvalitet og forskning i psykiatrisk Sygepleje. I år, hvor fokus var på patientinddragelse og recovery, var temadagen også en stor succes. Lige knap 200 specialsygeplejersker, funktionsledere og enkelte sygeplejersker i udviklingsstillinger/klinisk vejledere mødte frem for at høre forsker Phil Barker og hans hustru Poppy, fortælle om deres filosofi og evidensbaserede metode The Tidal Model. Om eftermiddagen gav fem forskellige specialsygeplejersker deres bud på hvordan man kan implementere metoder fra The Tidal Way i moderne dansk psykiatri.

Jeg har fået fantastisk mange positive tilbagemeldinger fra såvel funktionsledere som specialsygeplejersker om, hvordan dagen har inspireret og kommet med konkrete bud på hvordan man kan blive bedre til at tænke menneske før diagnose, og det glæder mig meget. Det har været en stor fornøjelse at arrangere temadagen, og jeg ser frem til at påbegynde planlægningen af temadagen i 2016. Jeg har allerede fået mange bud på, hvad klinikken godt kunne tænke sig at vi arbejder videre med. Der er stor opbakning blandt oversygeplejerskerne til arrangementerne, så det giver rigtig god mening at få rullet ærmerne op og komme i gang med planlægningen af den næste temadag.

## Kommentar fra Ole Rytto

Det er ved at være en tradition, at ledende sygeplejersker og de specialuddannede sygeplejersker i psykiatri hvert andet år sætter hinanden stævne i Middelfart. Formålet er at stille skarpt på kerneydelsen og den faglighed, der er hele grundlaget for at gøre en forskel for patienten og dennes pårørende. I år har man valgt at stille skarpt på The Tidal Model for at undersøge og udfordre dens duelighed i forhold til at bringe patient og pårørende i centrum af egen recovery proces.

At dømme efter spontane ytringer på konferencen og efterfølgende tættere dialog med ledelsesrepræsentanter synes konferencens formål opfyldt. Der var god energi i de faglige drøftelser også via kvalificerede oplæg fra Region Syddanmarks egne specialuddannede sygeplejersker, som har arbejdet intenst med metoden.

Dagen bekræftede således, at de tilstedeværende ledere og medarbejdere udgør krumtappen i den kompetenceudvikling vi endnu mere intensivt vil opleve de kommende år. Her vil inddragelse af patienter og pårørende samt nedbringelse af tvang være i højsædet. Alt sammen noget der kræver faglige og personlige egenskaber af høj kvalitet.

# Temadag for specialsygeplejersker i psykiatrisk sygepleje Psykiatrien i Region Syddanmark

22. oktober 2014



**Af: Dora Aalling,**  
**Specialuddannet distriktssygeplejerske**  
**Lokalpsykiatri Haderslev, Psykiatrien i Region**  
**Syddanmark, Sønderjylland**

Som eneste region i Danmark har Psykiatrien i Region Syddanmark valgt at invitere specialsygeplejersker i psykiatrisk sygepleje på temadage med fagligt indhold af høj kvalitet. Denne temadag er professor i sygepleje og psykoterapeut Phil Barker og hans hustru, socialrådgiver og terapeut Poppy Buchanan-Barker, inviteret for at fortælle om The Tidal Model, som de på et empirisk grundlag har udviklet siden 80'erne.

En model som nu er forskningsbaseret og har bredt sig ud over kontinenterne.

200 specialsygeplejersker, ledelser og hold 2014/15 fra Specialuddannelsen i Psykiatrien i Region Syddanmark var mødt op på Hotel Comwell i Middelfart.

Dermed var der fuldt hus og oven i købet venteliste.

Det blev en fagligt stolt dag i smukt vejr med en veloplagt Phil Barker og hans hustru Poppy Buchanan-Barker, Skotland.

En fagligt stolt dag, hvor værdierne igen kom i fokus og med relationen som katalysator for al god, psykiatrisk behandling.



*De 6 psykonurser hold 1 98/99*



*Phil Barker og Poppy Buchanan-Barker*



### Hvorfor var deltagelse vigtig for mig som specialsygeplejerske

- Fordi jeg, som specialsygeplejerske, ser sådan en temadag som en velfortjent vitaminindsprøjtning i en ellers travl hverdag, hvor diagnosen Z56.3 (belastende arbejds-kema) truer.
- Fordi, det er dejligt at mødes med andre specialsygeplejersker både fra eget hold, men også kommende specialsygeplejersker – erfaringsudveksle og netværke i frikvartererne og have tiden til det.
- Fordi et møde med Phil Barker, hans hustru Poppy Buchanan-Barker og deres The Tidal Model, ville kunne være en løftestang for mig og andre psykiatriske sygeplejersker i forhold til igen at holde fokus på de nationale værdier og relationen.
- Fordi modellen rummer sund, husmandsfornuftig tilgang, som er genkendelig for de psykiatriske sygeplejersker i praksis.
- Fordi, elementer i The Tidal Model er forenelige med psykiater Lars Thorgaards relationsteorier, som er implementeret i Sønderjylland, men ved at gå i glemmebogen.
- Fordi, modellen har en tilgang, som jeg mener, er under pres i disse New Public Management tsunami-tider, hvor dokumentation, metodekontroller og detaljstyring endnu en tid vil fylde hele psykiatrilandskabet.
- En tsunami-bølge, der ikke nødvendigvis er løftende for kvaliteten.

### The Tidal Model – kort præsentation

The Tidal Model – tidevandsmodellen – har taget navn fra den foranderlighed, vand repræsenterer.

Modellen indeholder en række filosofiske antagelser om sygeplejen og relationen mellem den professionelle og patienten. Desuden indeholdes metoder, som understøtter effektiv behandlingsindsats, rettet mod patientens recovery-proces.

The Tidal Model er udviklet i ligeværdigt samarbejde mellem patienter, pårørende og sygeplejersker, og den er første sygeplejemodel i et recovery-perspektiv, der er blevet internationalt anerkendt – også i tværfaglige sammenhænge.

Mange af elementerne er genkendelige fra afdøde psykiater Lars Thorgaards teorier om relationsbehandling.

### The Tidal Model bygger på 10 forpligtelser

De 10 forpligtelser er den bærende grundholdning i relations-samarbejdet og er den professionelles ansvar.

De 10 forpligtelser sikrer, at sygeplejen retter sig mod at løse de problemer, den psykiatriske sygdom afstedkommer for den enkelte patient – og hjælper patienten til at kunne orientere sig mod fremtidige mål og drømme i livet.

Modellen er udviklet, så selv de dårligste patienter kan deltage aktivt.

1. **Værdsæt stemmen** – patientens livshistorie rummer mening, udgangspunkt og løsninger
2. **Respekter sproget** – patientens egne ord og billeder fortæller, hvordan hans problemer har udviklet sig
3. **Udvikl ægte interesse** – patientens unikke historie hjælper os til at lære ham at kende og kan vise vejen til løsninger
4. **Bliv lærling** – og lær om kraften i patientens historie
5. **Fremhæv personlig visdom** – det, der tidligere er lykkedes for patienten, kan være med til at forme fremtiden
6. **Vær gennemskuelig** – vær autentisk og bliv en pålidelig samarbejdspartner
7. **Det tilgængelige værktøj** - patienten har erfaring med, hvordan vanskelige situationer håndteres – brug det
8. **Form det næste skridt** – den fælles forståelse muliggør næste skridt – forandring er mulig
9. **Giv tid som gave** – spørg, hvordan tiden bedst kan bruges
10. **Vid, at forandring er konstant** – forandringer er et grundvilkår, gør forandringerne synlige for patienten

## The Tidal Model har 4 grundsten

De 4 grundsten i The Tidal Model er rammeskabende for samarbejdet mellem patienten og den professionelle.

1. The Holistic Assessment
2. The One-One Sessions
3. The Personal Security-plan
4. Tidal Model Group-Work

## 1

### The Holistic Assessment

Første Assessment-samtale er en udredende og vurderende samtale, hvor patienten fortæller sin livshistorie med egne ord. Patientens problemer identificeres og personlige ressourcer synliggøres.

Afsluttes med "What to do?" – hvad gør vi nu?  
(Lars Thorgaard: telefonpælen)

## 3

### Personal Security-Plan

Samtidig med one-one sessions lægges en personlig sikkerhedsplan med udgangspunkt i patientens ressourcer – hvad skal til for at patienten føler sig sikker? – og hvem ønsker han hjælp fra?  
(Lars Thorgaard – mestringsplan)

## 2

### One-One Sessions

De individuelle samtaler følger op på første assesment-samtale med udgangspunkt i spørgsmålene

- Hvad er problemet?
- Hvordan vil du gerne have det?
- Hvad gør du og hvordan?
- Hvad er det næste, du vil gøre?
- Hvilken hjælp behøver du?
- Hvad har vi talt om?
- Hvordan føler du det?

(Lars Thorgaard – de 5 grundspørgsmål)

## 4

### Tidal Model Group-Work

Grupperne er ikke diagnoseopdelte, men tager udgangspunkt i, hvor den enkelte patient befinder sig i sin proces.

1. Discovery Group
2. Information Sharing Group
3. Solution Group

I Discovery Group identificerer patienterne det, som har hjulpet dem indtil nu, mens Information Sharing Group hjælper dem til at genfinde sig selv som mennesker og aflægge patientidentiteten. Den sidste gruppe – Solution Group - skærper patienternes mål og retning for det fremtidige liv.

Meningen er, at patienterne skal påtage sig så stort et ansvar for eget liv, som muligt.



### Egne eftertanker

Først og fremmest var det ganske befriende for en gangs skyld at have tiden til fordybelse og eftertanker. At kunne nå at diskutere med andre fagfæller i frikvarterne, drøfte holdninger og tilgange frem for pakkeforløb og ydelser.

Som chefkonsulent Morten Christensen, Ledelseslab, så rigtigt sagde på årsmødet for Dansk Selskab for Distriktpsychiatri:

*”Udredning, diagnostik og behandling er arbejdsopgaver - ikke kerneopgaven, som i bund og grund handler om at hjælpe nogle mennesker i psykiatrisk nød”.*

Det var også befriende at diskutere værdier og relation som forudsætninger for al god, psykiatrisk behandling – at få sat værdier og relation på dagsordenen igen.

Vi ved det jo fra alle de mange patienttilfredshedsundersøgelser – relationen er og bliver det mest betydningsfulde for recovery-processen.

### The Tidal Model som løftestang i Psykiatrien i Sønderjylland

5 specialsygeplejersker fremlagde på temadagen deres bud på, hvordan The Tidal Model kunne bruges i prak-

sis. Dejligt at høre teori omsat til praksis og også at møde specialsygeplejersker, der brænder for deres fag.

I den sønderjyske psykiatri har vi i årevis brugt psykiater Lars Thorgaards relations-teorier, men den tilgang er – som de nationale værdier - under pres.

Den fine 2-årige relationsbehandler-uddannelse på højt niveau har været udsat for salami-metoden, og nye kolleger får ikke de psykodynamiske relationsteorier som referenceramme eller grundlag.

Eneste saliggørende er ikke en psykodynamisk referenceramme, men skal tænkes som fundamentet for det nødvendige samspil med andre referencer såsom den naturvidenskabelige, den kognitive og andre tilgange og holdninger.

Det er et samspil mellem mange referencer, der skaber den rette cocktail, men det kræver også erfaring og overblik og ikke mindst mod.

Vi har i det sønderjyske i flere omgange talt om, hvordan vi får Lars Thorgaards relationsteorier tilbage på den psykiatriske banehalvdel.

I praksis indføres relationskonferencerne igen med psykologer som tovholdere, men vi bør også italesætte den tænkning, der ligger bag teorierne, således at nye



Lillebæltsbroen

kolleger arbejder ud fra samme referenceramme, som os ældre i psykiatrien.

Her har temadagen med The Tidal Model været løfte-stang for og brændstoffet til at genoptage relationsbe-handlingen i fuld udstrækning for mig.

### **Psykiatrisk modbølge på vej**

Mellem specialsygeplejerskerne diskuteredes også, at vi burde træde i karakter og generobre fagligheden, respekten og påtage os ansvaret. En diskussion som skærpede vores appetit på at skabe en modbølge – en psykiatrisk opstand – mod den ensidige New public Management- tænkning.

Vi så og ser det nærmest som en forpligtelse over for vores patienter – og os selv som professionelle psykia-triske specialsygeplejersker.

Men hvordan? Hvem er meningsdannerne? Hvem beslutter denne overimplementering af dokumentati-on og kontroller? Og hvorfor gør det os så magtesløse?

Dokumentation og kontrol er ikke kun af det onde, men problemet er, at netop det er blevet målet og ikke midlet – og det er en alvorlig deroute i forhold til god, psykiatrisk behandling.

Det skulle nødig gå som i Haderslev og Tønder

kommuner, hvor der nu er flere ”kolde” som ”varme” hænder, som Jyske Vestkysten skriver.

Glæder mig derfor over, at Hovedmed-udvalget i Psykiatrien i Region Syddanmark har sat afbureaukrati-sering på dagsordenen.

Måske er et paradigmeskift på vej?

Hvis, så lad os håbe, det bliver et både/og - ikke et enten/eller.

### **Test af The Tidal Model på de professionelle**

Måske skulle vi afprøve The Tidal Model på os profes-sionelle først.

Vi kunne jo starte med de 5 grundspørgsmål?

- Hvad er problemet?
- Hvornår begyndte det?
- Hvad skete der?
- Hvordan tror du selv, det hænger sammen?
- Hvad tror du selv, der skal til for at det kan blive bedre?

*(Lars Thorgaard)*

***”In the end there is only relations”***  
***(Phil Barker)***



# National konference i psykiatrisk sygeplejeforskning

Ole Rytto, Sygeplejefaglig direktør i Region Syddanmark

*Tirsdag d. 7. oktober 2014 blev Danmarks første nationale konference i psykiatrisk sygeplejeforskning afholdt på Syddansk Universitet i Odense. Temaet for konferencen var: Psykiatrisk Sygepleje. Fra forskning til praksis – fra praksis til forskning.*

Sygeplejefaglig direktør i Region Syddanmark, Ole Rytto, bød velkommen til en dag, hvor de 200 deltagere kunne høre oplæg fra 15 forskellige forskere om en række konkrete forskningsprojekter.

Det var en meget spændende konference, der viste stor variation i den aktuelle psykiatriske sygeplejeforskning, og der var rig lejlighed til at komme i dialog og diskutere under og efter oplæggene.

Tre af oplægsholderne, Lisbeth Hybholt, Rikke Jørgensen og Jens Peter Hansen, vil i det følgende uddybe deres præsentation fra dagen.



**Lisbeth Hybholt, cand.cur. og Ph.d.- studerende, holdt oplæg ud fra overskriften:**

### ***”Patientuddannelse i hverdagsliv”***

Formålet med Lisbeth Hybholt's undersøgelse er at beskrive og forstå hvordan personers daglige livsførelse, har betydning for de læreprocesser, der opstår i spillet mellem at de deltager i en patientuddannelsesgruppe og deres deltagelse i andre handlesammenhænge i det samlede hverdagsliv. Dette for at skabe viden om læreprocesser, der kan bidrage til udvikling- og diskussion af patientuddannelse rettet mod mennesker der er blevet diagnosticeret med depression.

Undersøgelsens hovedforskningsspørgsmål lyder: Hvordan har depressionsdiagnosticerede personers livsførelse betydning for de læreprocesser, der opstår i spillet mellem at deltage i en patientuddannelsesgruppe og deltagelse i andre handlesammenhænge i deres samlede hverdagsliv?

I sit oplæg havde Lisbeth fokus på fund, der var relateret til:

1. Gode grunde til at deltage i patientuddannelsesgrupper.
2. Egenomsorg der skaber dobbelthede og nye konflikter i hverdagslivet.

Design, teori og metoder: Undersøgelsen er designet som et kvalitativt instrumentelt casestudie med kritisk psykologisk praksisforskning som teoretisk tilgang. Den empiriske del af undersøgelsen består af observationer af syv patientuddannelsesgrupper over syv måneder. I alt 25 sessioner med 41 forskningsdeltagere. Af de 41 forskningsdeltagere er der gennemført deltagerdrevne fotointerview med 16 hovedpersoner og opfølgende interview med 14 hovedpersoner, i alt 41,8 timers interview.

### ***Fund og konklusioner***

I de empiriske analyser beskæftiger jeg mig med de læreprocesser der var mest fremtrædende, i forhold til hvordan hovedpersonernes livsførelse har betydning for de læreprocesser, der opstår i spillet mellem deltagelse i patientuddannelsesgruppen og deltagelse i det samlede hverdagsliv. Læreprocesserne handlede om at passe på sig selv ved at fokusere på lystbetonede aktiviteter i hverdagslivet og at balancere mellem aktivitet og hvile/pauser (det kan være pauser fra pligterne for at gøre noget lystbetonet).



Fundene i relation til gode grunde for at deltage i patientuddannelsesgrupper viser, at det ikke kan tages for givet at deltagerne i en patientuddannelsesgruppe kommer af de samme grunde, som de professionelle har til at udbyde gruppen. Det kan for eksempel ikke tages for givet at deltagerne har et anliggende om at tilegne sig mere viden om depression og dens behandling. Analyserne viser at patientuddannelsesgruppen er en handlesammenhæng, hvor der er så mange anliggender på spil, at det kan være svært at se, hvad forskningsdeltagerne er sammen om. Dog har alle et anliggende om at forebygge nye depressive episoder. Både underviserne, der formidler en buffet af anbefalinger til forebyggelse af nye episoder af depression ved at leve på særlige måder i deres hverdagsliv, og hovedpersonerne, der har et anliggende om at passe på sig selv i deres samlede daglige livsførelse for at undgå nye depressive episoder. De mange anliggender der er på spil, er med til at skabe konflikter kursisterne i mellem og mellem kursisterne og underviserne. Det er en pædagogisk og didaktisk udfordring at være underviser og forsøge at holde undervisningen på rette spor, samtidig med at deltagerne involveres.

Fundene i relation til egenomsorg der skaber dobbelt-hede og nye konflikter i hverdagslivet viser, at det er en krævende læreproces at lære at passe på sig selv ved at fokusere på lystbetonede aktiviteter og ved at balancere mellem aktivitet og hvile/pauser. Afkoblinger og koblinger mellem anbefalingerne fra patientuddannelsesgruppens og deltagerens samlede hverdagsliv, hænger sammen med om anbefalingerne er i samklang med deltagerens daglige livsførelse. Der kan være uoverensstemmelser mellem at passe på sig selv forstået som at leve et subjektivt set godt liv i de sociale fællesskaber og at passe på sig selv forstået ud fra anbefalingerne fra patientuddannelsesgruppen. At det er en krævende læreproces, er i sig selv en dobbelthed i og med at depressionen som en fremmedbestemt betingelse kan betyde at hovedpersonerne ikke har den energi og det overskud der skal til for at forfølge anliggendet om at passe på sig selv. Det kan også være en dobbelthed at fokusere på lystbetonede aktiviteter, hvis man qua depressionen ikke føler lyst og hvis man ikke kan mærke at aktiviteterne har en betydning for ens velbefindende. Så kan det blive en pligt at gøre noget lystbetonet.



**Rikke Jørgensen, Ph.d. og Postdoc i Sundhedsvidenskab, Enheden for Psykiatrisk Forskning, Aalborg Universitetshospital – Psykiatrien havde som overskrift til sit oplæg:**

***”Sygdoms indsigt eller udsigt?”***

*”Hvad skal man gøre i dette sammenstød mellem to tankesæt, mellem to kulturer? spurgte Knud, - den ene er jo dømt til undergang. Man skal lade være med at støde sammen, sagde Edderfuglen, - man skal mødes.”* (Kurt L. Frederiksen. Edderfuglens rejse. Roman om Knud Rasmussen og den 5. Thule-ekspedition).

Forskning viser, at mellem 50-80 % af alle personer diagnosticeret med skizofreni mangler sygdomsindsigt, og at det er en stor udfordring at forbedre sygdomsindsigt hos disse mennesker.

Er det fordi, at det faktisk er umuligt? Eller har vi ikke de rigtige interventioner og måleinstrumenter? Eller hvad med de sundhedsprofessionelles forståelse af fænomenet ”sygdomsindsigt” – trænger den til at blive sat i spil?

I første omgang er det nok forståelsen af sygdomsindsigt, vi sundhedsprofessionelle bør rette vores kritiske blik mod.

Helt tilbage til Kreaplins tid (1896) har fænomenet sygdomsindsigt været anvendt i den kliniske psykiatriske praksis - om patienten erkendte at have en skizofreni diagnose eller ej. Denne uni-dimensionelle forståelse har indenfor de sidste to årtier ændret sig til en multi-dimensionel forståelse ved også at inkludere, om personen har en erkendelse af at have behov for behandling, samt en erkendelse af at de symptomer, som opleves, skyldes en skizofreni diagnose. Forskning viser, at dårlig eller manglende sygdomsindsigt findes før, under og efter psykosser, bidrager til non-compliance med behandlingen og øget risiko for tilbagefald og ufrivillige indlæggelser, dårligere social funktion og prognose, samt mindsker muligheden for recovery og et godt liv. Forskning viser også, at der hersker stor uenighed og tvetydighed om etiologien – her er bud på, at manglede sygdomsindsigt er alt lige fra symptomer, til en psykologisk forsvarsmekaniske.

Grundet konsekvenserne af manglende sygdomsindsigt, har de sundhedsprofessionelle forsøgt at intervenere med bl.a. psykoedukation, kognitiv terapi, psykoanalytisk orienterede interventioner, antipsykotisk medicin og den motiverende samtale dog uden overbevisende resultater i forhold til at forbedre sygdomsindsigt.





De manglende resultater på at forbedre indsigt hos mennesker diagnosticeret med skizofreni, har fået flere klinikere og forskere til at forholde sig kritisk til de nævnte interventioner, måleinstrumenter og i det hele taget forståelsen af fænomenet sygdomsindsigt.

Den tidligste kritik er, at manglende indsigt er blevet synonymt med patientens adfærd, syn på sygdom og behandling samt uenighed med de sundhedsprofessionelle. Hvilket vil sige, at når begrebet manglende sygdomsindsigt anvendes, er det mere et udtryk for uenighed af opfattelsen af sygdom og behandling mellem den sundhedsprofessionelle og patienten. Yderligere rettes kritikken mod de interventioner, som antages at forbedre sygdomsindsigt. At forbedre indsigt handler ikke om at uddanne individet til den rigtige adfærd eller at forvente enighed om forståelse af sygdom og behandling med de sundhedsprofessionelle.

Faktisk ser det ud til, at den nuværende forståelse af manglende indsigt fokuserer mere på enighed mellem den sundhedsprofessionelle og patienten og at overbevise hinanden om eget perspektiv. Min antagelse er, at fokus på enighed og overbevisning om ét bestemt perspektiv på sygdom og behandling nemlig de sundhedsprofessionelles perspektiv, fjerner fokus fra de virkelige udfordringer med at leve med en skizofreni diagnose, nemlig de udfordringer som individet møder i sit hverdagsliv.

Derfor anbefales det også af flere forskere og klinikere fra udlandet, at forståelsen af sygdomsindsigt bør

udvides til også at inkludere patienternes perspektiv. Desuden anbefales det at interventioner udvikles og tilrettelægges i relation til den enkelte person med fokus på empowerment og recovery, hvor mål gøres meningsfulde og personlige, og hvor den enkelte person støttes til opnåelse af et rigere personligt narrativ. Vigtigst af alt anbefales det, at de sundhedsprofessionelle skal stoppe med at overbevise disse personer om at de er syge, da dette ikke kan påtvinges samt er nedbrydende for relationen mellem de to parter.

I min aktuelle forskning forsøger jeg at bidrage til at udvide forståelsen af sygdomsindsigt, nemlig ved at undersøge perspektivet på sygdomsindsigt ud fra personer diagnosticeret med skizofreni. I det jeg stadig er i analyseprocessen, vil jeg som en start bringe nedenstående citat fra et af interviewene i undersøgelsen. Det er en ung kvinde diagnosticeret med skizofreni, som forklarer, hvordan hun forstår sygdomsindsigt:

*"Indsigt handler hovedsageligt om, indsigt i forhold til sig selv og i forhold til dem omkring én. Optimalt set er det jo, at kunne mestre begge dele, så man forstår, hvorfor andre folk reagerer, som de gør, og forstår sine egne tankemønstre, så man kan handle hensigtsmæssigt herud fra. Jeg kobler i mindre grad indsigt sammen med viden om et emne."*



**Jens Peter Hansen, Funktionsleder, post doc, Ph.d,  
Psykiatrisk Afdeling Esbjerg,  
udbyr sit oplæg på følgende måde:**

### **Baggrund**

En systematisk gennemgang af litteraturen har vist, at collaborative care har en positiv effekt på patienter med moderat til svær depression/angst på kort og længere sigt. Collaborative Care (CC) bestod af tildeling af Care Manager (CM) til almen praksis, udvidet screening for depression/angst, supervision samt undervisning af praktiserende læge ved psykiater. Da de tidligere studier er væsentligt forskellige fra danske sundhedssystemer, er det ikke muligt at vide, om collaborative care vil have samme effekt i Danmark. Formålet med Shared Care Vestjylland er at evaluere effekten af en lokal tilpasset collaborative care model med indbygget videokonference og IT-kommunikation for patienter med depression og angst.

### **Metode**

Patienterne indgår, når de er diagnosticeret med depression eller angst diagnose i almen praksis. Patienter, som ikke taler dansk eller lider af demens, indgår ikke.

Patienter der henvender sig til Psykiatrisk Akut Modtagelse (PAM) randomiseres til intervention ud fra en intensiveret samarbejdsmodel. Denne model indeholder tildeling af CM til praktiserende læger, videosamtale mulighed mellem patient og CM og anvendelse af IT-plattform til kommunikation mellem alle parter. Behandlingsmulighederne udvælges ud fra modellen, hvor patientens symptomer danner grundlag for valg af specifik behandling. Behandling kan omfatte observation af symptomer og bivirkninger, kognitiv terapi, støttende behandling med symptom vurdering, psykoedukation samt initiativer omkring tilbagevenden til arbejde efter sygemelding.

Shared Care Vestjylland er et bidrag til den samlede forsknings viden om CC ved depression.

Shared Care Vestjylland kan bidrage med ny viden om en mere optimal udnyttelse af ressourcerne ved at inkludere videokonferencer og IT-kommunikation i samarbejdet omkring behandlingen af patienter med angst og depression.

## Bog anmeldelse



Af Trine Ungermann Fredskild (Red.)



Anmeldelsen af lavet af Malene Terp  
Ph.d. studerende, cand.cur. sygeplejerske  
Enhed for Psykiatrisk Forskning  
Aalborg Universitetshospital  
–Psykiatrien

# Velfærdsteknologi i sundhedsvæsenet

Den danske velfærdsmodel er under pres – et pres der må forventes at stige i de kommende år som følge af den demografiske og økonomiske udvikling i landet.

Sådan indledes antologien om velfærdsteknologi i sundhedsvæsenet, hvor 11 forfattere ud fra forskellige perspektiver belyser de faglige, menneskelige, økonomiske og teknologiske problemstillinger og udfordringer som de sundhedsfaglige medarbejdere står overfor i relation til indførelsen af velfærdsteknologiske løsninger i sundhedsvæsenet.

Antologien er organiseret i to dele. En overordnet del der beskriver og diskuterer den politiske, økonomiske og organisatoriske ramme som velfærdsteknologien skal fungere i, samt en klinisk del der belyser arbejdet med velfærdsteknologi og telemedicin, herunder etik, patientoplevelser samt de udfordringer indførelsen af ny teknologi giver, når sundhedsprofessionelle ikke besidder de kvalifikationer og kompetencer som succesfuld implementering fordrer.

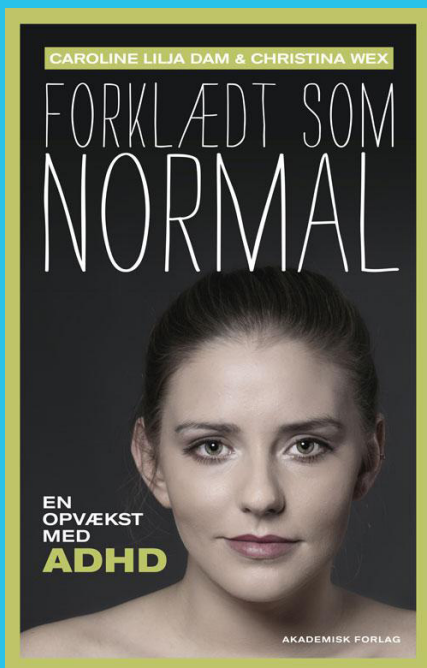
Antologien har et meget entydigt fokus på velfærdsteknologi som en løsning på et økonomisk problem.

Dette er ærgerligt, da bogen i nogen grad lader en tilbage med det indtryk, at velfærdsteknologi er et 'nødvendigt onde'.

Det ville således klæde analogien at få tilført et 12. kapitel hvor afsættet for at diskutere velfærdsteknologiernes potentialer og begrænsninger tog afsæt i spørgsmålet om, hvorvidt teknologi fra et patient- og pårørendeperspektiv bidrager til højere oplevet kvalitet. Eller sagt på en anden måde; om teknologien gør det lettere for brugerne af sundhedssystemet at modtage den pleje og behandling de oplever de har brug for og på en måde der møder deres ønsker, behov og præferencer for samarbejde.

For den psykiatriske sygeplejerske med interesse for velfærdsteknologi kan bogen anbefales. Dette gælder både for fortalere og kritikere, der samlet kan anvende bogens kapitaler som et redskab til refleksion over blandt andet fordomme om teknologi og kritisk og etisk stillingtagen til hvem der kan have gavn af teknologi og hvordan på vejen mod en dansk psykiatri i verdensklasse.

## Boganmeldelse



Af Caroline Lilja dam og Christina Wex, Akademisk forlag



Boganmeldelse af psykiatrisk sygeplejerske Mette Bundgaard Nielsen, ADHD teamet, Psykiatriens- Hus, Silkeborg

## Forklædt som normal

*”Sommetider kan det føles, som om jeg bare bliver trukket rundt i manegen Som verdens mest latterlige klovn i mit eget cirkus.”*

Som ADHD sygeplejerske kan jeg ikke undgå at lægge mærke til alle de fordomme og mærkelige statements som flourer i det offentlige rum.

Feks. ADHD finde ikke, ADHD er en epidemi, ADHD er opfundet af medicinal industri mm. Så jo mere relevant oplysning om ADHD der findes jo bedre. Jeg går derfor med spænding i gang med at læse ”FORKLÆDT SOM NORMAL” som Caroline har skrevet i samarbejde med journalisten Christina Wex.

Det er en meget personlig bog om at opdage at man er anderledes, få en ADHD diagnose og om alt det som fylder et ungdomsliv, forelskelser, graviditet og aborter, veninder, tatoeringer og lektier. Men også om at få det bedre og udvikle sig.

Caroline deler ud af sine personlige erfaringer. Caroline afslutter bogen med at beskrive sin bekymring for at lægge sit liv så åbent frem, men konkludere at hun godt tør tage chancen og at hun tror på, at jeg som læser bogen, kan skelne mellem det, der var, og det der er og kan se værdien i at turde stå ved det der var. Samtidig har bogen den kavitet at den ikke kun beskriver diagnosen og symptomerne men også de menneskelige kvaliteter.

Det er her jeg vil takke dig Caroline for dit mod til at lægge sit liv så åbent ud og min erfaring som ADHD sygeplejerske siger mig, at du er ikke alene og din bog vil blive anbefalet både til unge med ADHD og deres forældre. Christina Wex bidrager med det uden om Caroline, feks. ADHD fakta og interview med de

mennesker som er rundt om Caroline. Om det at få diagnose siger Caroline, ”isoleret set er diagnosen mindre interessant. Det vigtige er, at den er det nødvendige afsæt for målrettet at kunne opsøge og tilvejebringe den hjælp der er behov for” Og Carolines mentor Jesper forklarer, ”at i en ideel verden burde man tages i hånden med det samme af et støtteperson, når man får en diagnose, og støttepersonen burde have lov til at gå ud og fortælle det til lærere og kammerater, så alle var klar over, at der er nogle hensyn, man er nødt til at tage, hvis der skal være plads til alle.

Lærerne burde rustes til opgaven på kurser. Så de ved præcist, hvad de har med at gøre, og få de redskaber, der gør det muligt for dem at gennemføre gode skoledage, hvor både børn med og uden diagnose kan være med. Det kræver ikke store investeringer at klæde skole på til opgaven, og investeringen er med garanti intet imod, hvad det kommer til at koste at få unge ud i samfundet, som har haft en ordentlig skolegang”.

*”Der er mindst tusinde lyde og farver. Jeg kan høre og se alt. Alt, alt, alt For meget. Hvis jeg havde en knap, så Ville jeg slukke for den lige nu. Det Slukker ikke engang, når jeg sover – der drømmer jeg bar lyde og Farver. Jeg får aldrig pauser.”*

Bogen er relevant, letlæselig, rørende og personlig og er netop det opgør med de gængse fordomme, som vi trænger til.

## Få udvidet dit fagbibliotek



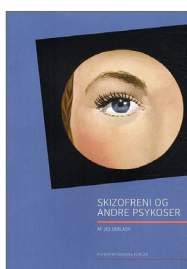
### Skriveterapi

Af: Annette Aggerbeck  
Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck,  
2014



### Psykofarmaka

Af: Jes Gerlach  
og Per Vestergaard  
Psykiatrifondens Forlag, 2011



### Skizofrni 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



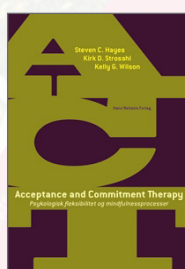
### Sociologi og rehabilitering

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

### 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.