I DETTE NUMMERET: Gutter mot anabole steroider ■ Pasienter krever medisinfri behandling ■ Bli med på skrivekurs

Psykisk helse og rus

NR. 3-2013 • ÅRGANG 24

NSF'S FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS

Sykepleien

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

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

STYRET
Faggruppeleder
Kurt Lyngved
Tlf. 75 56 55 65/90 55 31 78
Kurt.lyngved@gmail.com
Nestleder
Espen Gade Rolland
Tlf 40842941
esprol@vestreviken.no
Kasserer
Bjarte Sælevik
Tlf: 45 45 26 48
Bjarte.saelvik@lyse.net
Sekretær
Olav Bremnes
Tlf. 95 78 40 64
olav@ntebb.no
Medlemsansvarlig
Torfrid Johansen
Tlf 99291294
Torfrid.Johansen@vestreviken.no

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

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

HJEMMESIDE:
www.sykepleierforbundet.no/psykiatrisykepleiere

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

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

LAYOUT
Hilde Rebård Evensen
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no
Nina Hauge
nina.hauge@sykepleien.no
Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no
Monica Hilsen
monica.hilsen@sykepleien.no

TRYKK
Color Print A/S

FORSIDEFOTO: Eskil Wie

NESTE UTGAVE: 10. april 2014

Innsending av artikler
Skriv artikler helst som worddokument. Merke bilder tydelig, gjerne med bildetekster i artikkeldokumentet. Oppgi navn på de som er på fotoet og hvor fotoet er tatt. også navn på fotograf. Bilder bør ha 300 dpi i oppløsning. Innstilling på digitalt kamera: Beste kvalitet. Alle artikler merkes med navn, tittel, arbeidssted eller bosted. Epostadresse bør også medfølge.

38 **UNGDOM:** Gutter mot anabole steroider.

Innhold

NR. 3-2013 • ÅRGANG 24

20 **ETTERVERN:** 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper.

«Også helsepersonell kan ha psykiske problemer.»

Odd Volden, side 44

16 **PASIENTER:** Krever legemiddelfri behandling.

4 Fylkesledere og landsstyret

5 LEDER: Kurt Lyngved

6 Smånytt

8 Arbeid er den beste medisin

16 Krever medisinfrie behandlingsforløp

18 Søk stipend

20 Effektivt ettervern av mennesker med dobbeltdiagnose

28 Inspirerende dager på Island

29 Bli en bedre skribent

30 TILBAKEBLIKK: Aids-frykt i 1987

32 Trygghet og kompetanse hos kontaktsykepleiere

36 Munch malte det han følte

38 Til kamp mot anabole steroider

43 Ansvars- og oppgavedeling i psykisk helsevern

44 Ut av skapet med egen psykisk lidelse

46 Er dagens narkotikapolitikk utgått på dato?

49 Aktuelle bøker

50 Seminar om helsefremming og forebygging

SPoR 2012-2013

Fylkesledere

Liv Bech Johannessen	livbech.johannessen@lds.no	Oslo	
Jørgen Due	jorgen.dur@lillehammer.kommune.no joe-du@online.no	Oppland	
Stian Tuvnes Ellingsen	stelli@vestreviken.no	Buskerud	
Bjørg Skjøtskift	bjorg.skjotskift@sykehuset-innlandet.no	Hedemark	
Charlotte Walther	cwalth@online.no	Østfold	
Sigrun Heskestad	sigrun.heskestad@ahus.no	Akershus	Kontaktperson
Espen Gade Rolland	espengade@yahoo.no	Vestfold	Kontaktperson
Gitte Slåtta	gitte.slatta@sthf.no	Telemark	
Eli Jorid Sveipe	eli.Jorid.sveipe@sshf.no	Aust Agder	
Bodil Bakkan Nielsen	bodilska@hotmail.com	Vest Agder	
Peter Hee Andersen	peterhee@lyse.net	Rogaland	
Bente Mjøen Larsen	bent-mjl@online.no	Hordaland	
Liv Stokkenes Jacobsen	liv.stokkenes.jacobsen@helse-forde.no	Sogn og Fjordane	
Anne Synnøve Solvåg	anne.synnovesolvag@molde.kommune.no	Møre og Romsdal	
Marit Larsen	marit.larsen@bodo.kommune.no	Nordland	
Janne Konstad	lps.sortrondelag@gmail.com jannekonstad@hotmail.com	Sør-Trøndelag	
Åshild Fause	ashild.fause@uit.no	Troms	
Anne-Lill Haabeth	annelillhaabeth@hotmail.com	Finnmark	
Ingun Haug	ingun.haug@hnt.no	Nord-Trøndelag	

Landsstyret

Kurt Lyngved	kurt.lyngved@gmail.com	Leder
Espen Gade Rolland	espengade@yahoo.no esprol@vestreviken.no	Nestleder,nyhetsbrev, websidene
Unn E. Hammervold	unnhvold@online.no	WEB ansvarlig, fagbladet
Bjarte Sælevik	bjarte.saelevik@lyse.net	Kasserer
Kjersti Øvernes	kjersti.overnes@tromso.kommune.no	Fagbladansvarlig
Torfrid Johansen	torfrid.johansen@vestreviken.no torfrid.johansen@hotmail.com	Medlemsansvarlig
Olav Bremnes	olav@ntebb.no	Sekretær

Følg oss på Facebook

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

LEDER:
Kurt Lyngved

Vi hører skrikene om hjelp

Mørket siger på her nord og en slags blå ro legger seg over landet. Menneskene søker inn i husene sine og sørger for å holde varmen i dager med mye vind og vær. Det er disse dager hvor det er godt å sitte inne og lytte til vinden, regnet og elementenes styrke og kjenne at man er trygg og husene holder mot påkjenningene de utsettes for. Mens jeg sitter slik strømmer nyhetene inn fra verden utenfor. Vi hører om store katastrofer på Filippinene, som minner om at naturen kan skape død og uhyggelige lidelse. Mangel på de mest grunnleggende ting står i fokus der hus og hjem er omskapt til ugjenkjennelige hauger av knust pinneved. Vi hører skrikene om hjelp og bønnen om vann og mat etter flere dager isolert fra omverdenen, i en situasjon hvor all infrastruktur er ødelagt og verden er blitt et helvete for så mange. I det blå skjæret fra en dag som er i ferd med å gå over til kveld tenker jeg på alle de ufattelige tragediene som menneskene blir kastet inn i og må håndtere. Sorg og smerte som blir evige, ubearbeidete spor som kommer til å prege menneskenes liv og livskvalitet. Skapt av naturkatastrofer, krig, vold og andre overgrep mot menneskeheten og enkeltmenneskene.

De fleste menneskene blir i sin verden med sine livserfaringer som preger liv og livsutfoldelse der de bor. Men mange gir seg ut på vandring og flykter fra hverdager fylt av krig, uro og ødelagte samfunn. Det er mennesker som kommer hit med bagasjen full av store hendelser som har krenket dem og skadet dem alvorlig. I større eller mindre grad. I disse dager har vi sett en uhyggelig massakre i en buss på en fjellovergang i Norge. Hendelser vi ikke tror er mulig i vårt eget land, men plutselig skjer det. Diskusjonen om mottak, asylsøkere og omstendighetene rundt dem blusser opp og det lyder et kor av stemmer som står for ulike meningsytringer. Det vi kan slå fast er at det ser ut til at helsetilbudet til flyktninger og asylsøkere langt fra er tilstrekkelig med hensyn til den psykiske helsen. Dette bør bli mye bedre og når det gjelder alvorlige livshendelser har vi psykiatriske sykepleiere både god kompetanse og lang erfaring. Å jobbe med mennesker i krise og i kriserammede situasjoner er vår hverdag også i lavterskeltjenester som dette bør være. Livshistoriene menneskene bærer med seg hit må få muligheten til å bli ordsatt i en sammenheng hvor de kan forstås og hvor tiltak kan iverksettes på bakgrunn av dette. Asylmottakene bør snarest knytte til seg kompetent og dyktige fagfolk som kan være med på å bedre situasjonen for dem som sliter med store livsproblemer relatert til alvorlige krenkelser. Sykepleiere innen psykisk helse og rus er gjerne med å dette arbeidet.

I denne utgaven av Tidsskriftet er det en artikkel skrevet av forbundsleder Eli Gunhild By som ser på ansvars- og oppgavefordeling innen psykisk helsevern med fokus på poliklinikkene. Dette er interessant lesing og denne rapporten viser at sykepleierne er en av hovedaktørene i den polikliniske behandlingen i det psykiske helsevernet. Dette kommer ikke overraskende på oss. Gjennom mange år har sykepleierne vært en viktig del av det tverrfaglige feltet i poliklinikkene innenfor det psykiske helsefeltet og det vil vi fortsatt være. Vi må med utgangspunkt i egen fagtradisjon, historie og gjennom dokumentasjon befeste vår posisjon innenfor dette feltet, fordi vi har mye å bidra med som faggruppe i den tverrfaglige virkeligheten vi står i.

En god måte å dokumentere for omverdenen hva vi faktisk gjør er å skrive. Derfor har jeg lyst til å oppfordre dere til å melde dere på skrivekurs som vi vil arrangere en gang i året om interesse og økonomi tillater det. Fortellinger fra praksis er noen ganger den beste formidling og også det som skaper den største forståelsen hos dem som ikke til daglig har innsyn i våre hverdager.

Ett år er igjen i ferd med å legge dagene bak seg og nye og ubrukte dager ligger foran som skal fylles med alvor og lek og mange utfordringer. Det vi gjør i fremtiden må være basert på de erfaringer og innsyn vi har, og på denne måten må vårt fag bidra til å skape den framtid i helse-Norge vi mener er viktig for å kunne gi gode helsetilbud innenfor de psykiske helsetjenester. Vi vet det er mange som sliter med egne liv og som har behov for vår og andre faggruppers kompetanse for å komme videre i livet. Dette bidrar vi gjerne med og vi må være tydelige på hvem vi er og hva vi bringer til torgs. Dette er en oppgave for oss og det må vi stå sammen om. Tydelig, modig og stolt i det vi gjør vil være det som setter spor og det som blir lagt merke til av brukerne av våre tjenester og våre samarbeidspartnere. Ikke fordi vi er bedre enn noen annen, men fordi vårt perspektiv som sykepleiere er unikt og knyttet til vårt fag og våre fagtradisjoner.

Så står det igjen for meg å takke for samarbeidet dette året som snart legges bak oss og vi bretter opp ermene og tar fatt på et nytt år. Vi har mange utfordringer på mange områder å ta fatt i, men jo flere som engasjerer seg, jo mer vil vi får gjort.

Jeg ønsker dere hver især en riktig god og fredelig jul og et godt nytt år!

Kurt J. Lyngved

FAGGRUPPELEDER

Psykiske plager av usunn mat

Småbarn som spiser usunn mat i sine første fem leveår, eller ikke spiser nok næringsrik mat, har økt risiko for depresjon og angst i tillegg til atferdsproblemer. Det viser en ny studie basert på informasjon fra over 23 000 mødre i Den norske mor- og barnundersøkelsen.

Kilde: Fhi.no Foto: Scanpix/Microstock

Godt bondevett

Godtbondevett.no er en nystartet nettside om psykisk helse i landbruket. Siden inneholder råd fra fagfolk, samt linker til nettsteder om psykisk helse. Bøndene kan enkelt finne ut hvor de skal henvende seg hvis de sliter med psykiske plager, og de får tips om hvordan de kan hjelpe andre.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no

SMÅNYTT

Foreldres seksualitet er ubetydelig

Kunnskapen om barn som vokser opp med homofile foreldre er mangelfull. Men den forskningen som finnes viser at foreldrenes legning ikke har betydning for om barna får en god oppvekst. Det viser en rapport fra Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). NOVA-forsker Elisabeth Backe-Hansen sier til NRK at andre kriterier avgjør om barna har en god oppvekst.

– Om lesbiske og homofile foreldre er gode foreldre er knyttet til de samme karakteristikaene som hos heterofile. Som om du er forståelsesfull, følger opp barnet på skolen og så videre, sier hun.

Rapporten kan lastes ned på nova.no. Den heter Å ha foreldre av samme kjønn – hvordan er det, og hvor mange gjelder det?

Kilde: NRK (nrk.no) Illustrasjonsfoto: Scanpix/Microstock

«Vinn kjærligheten ved å vise kjærlighet.» *Alexander Barclay, skotsk forfatter (1475-1552)*

Hvem bør få hjelp?

En ny studie har undersøkt hva nordmenn mener om ni former for avhengighet: kokain, heroin, amfetamin, hasj, beroligende legemidler, snus, røyking, pengespill og alkohol.

Ett av spørsmålene i studien ga svar på om nordmenn synes at de som er avhengig bør få hjelp. I hvilken grad den avhengige fortjente hjelp ble målt på en skala fra 1 (i veldig liten grad) til 7 (i veldig stor grad). De fleste avhengighetsformene fikk generelt sett ganske høy score:

- Beroligende legemidler: 5,49
- Heroin: 5,39
- Kokain: 5,35
- Alkohol: 5,29
- Amfetamin: 5,06
- Cannabis: 4,77
- Pengespill: 4,69
- Røyking: 4,11
- Snus: 3,44

De spurte mente altså at folk som var avhengige av beroligende legemidler fortjente mest hjelp, med heroin på andreplass og snus på siste. Drøyt 1000 nordmenn svarte på spørsmålene i studien.

Kilde: Forskning.no

Kutter ut studiene

Blant sykepleierstudenter er det prosentvis flere menn enn kvinner som avbryter utdanningen, viser tall fra Statistisk sentralbyrå. Andelen studenter som startet sykepleierstudiet i 2007 og som hadde fullført studiet innen tre år, var 45 prosent for menn og 60 prosent for kvinner.

I 2007 var det 3615 kvinner som startet på sykepleierutdanningen og 459 menn. At flere menn enn kvinner avbryter utdanningen gjelder ikke bare for sykepleierstudenter, men også generelt for andre typer høyere utdanning.

Kilde: Dagens Medicin

Mors angst påvirker barna

Angst og depresjonssymptomer hos mor kan gi økt risiko for utagerende og emosjonelle plager hos barna allerede fra de er 1,5 år, viser ny forskning fra TOPP-studien ved Folkehelseinstituttet. Studien viser at risikoen kan vedvare inn i ungdomsårene og gi også økt risiko for depresjon.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no

Lykkepiller fører til brudd

Dobbelt så mange eldre på antidepressiva brekker hoften, sammenliknet med eldre som ikke bruker slike medisiner. Lykkepiller (SSRI) gir høyest bruddrisiko, viser en ny studie der eldre i Norge født før 1945 ble fulgt over seks år. Hvert år inntreffer cirka 9000 hoftebrudd i Norge, vi ligger i verdenstoppen i forekomst.

Kilde: Forskning.no

Tekst **Johan Alvik** Foto **Colorubox og Scanpix**

Menn mest utsatt for vold

I to svenske studier om vold i nære relasjoner, svarte flere menn enn kvinner at de ble utsatt for vold. 1400 svensker deltok i studiene, som ble gjennomført ved Sahlgrenska akademin. Blant kvinnen svarte 8 prosent at de var blitt utsatt for vold av sin partner i løpet av det siste året, mens tilsvarende tall for menn i de to undersøkelsene var 8 og 11 prosent. Studien viser at en stor andel av mennene som var blitt utsatt for vold, selv hadde utført voldshandlinger mot sin partner. Volden omfattet alt fra slag og spark, til strupetak og våpen.

Studien viser at volden hadde større konsekvenser for helsen hos kvinner enn hos menn, og flere kvinner enn menn rapporterte at volden var årsak til depresjon, angst og selvmordstanker. Hver tiende kvinne rapporterte at hun hadde hatt selvmordstanker.

Kilde: Forskning.se

Søvnløshet dobler risikoen for angst

Søvnløshet mer enn dobler risikoen for å få angst eller depresjon, viser en ny undersøkelse. Forskerne mener at søvnløshet også øker faren for å få en rekke andre sykdommer som hjerteinfarkt, astma, fibromyalgi, leddgikt, slitasjegikt og benskjørhet. Risikoen for slitasjegikt øker med 87 prosent, mens faren for hjerteinfarkt øker med rundt 50 prosent. Symptomer på insomni er at man ofte har problemer med innsovning og oppvåkninger, og dette gir sterk trøtthet eller generell nedsatt funksjon på dagtid.

– Trettheten og helseplager som insomnien kan gi, gjør at risikoen for å falle ut av arbeidslivet er stor, sier professor Børge Sivertsen, som er førsteforfatter på studien. Studien bygger på data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag.

Kilde: Forskning.no

Arbeid som medisin

Jobb, reiser og fellesskap med andre mennesker gir Musketerene i Tromsø et rikere liv.

Tekst og foto **Bernard Paul Zimmer**, prosjektleder

Tekst og foto **Jan Sigmund Berglund**, fagkonsulent

Tekst og foto **Aagot Oline Sedolfsen**, ergoterapeut

Musketerene er et prosjekt for inntil 12 personer som av forskjellige årsaker har falt utenfor arbeidslivet. Psykiske lidelser, rus, ettervirkninger av mobbing kan være grunner til dette, men også annet. Tiltaket tar på alvor at både praksis og forskning viser at arbeid er god medisin. Mange av dem som sliter med psykiske lidelser sier også at arbeid er det de ønsker.

Prosjektet har skapt sine egne arbeidsplasser med moderne miljøvennlig ressursbruk og gode samarbeidsavtaler med næringsliv, gårdbrukere og andre. Gjennom å utføre forskjellige betalte arbeidsoppdrag og egen produksjon av grønnsaker, finansierer Musketerene sin egen lønn og prosjektets daglige driftsmidler. Musketerene gjør også gratis humanitært arbeid. Lønn og overskudd settes inn på «drømmekonto» og brukes til terapimidler i form av reiser og gode opplevelser i inn- og utland. Arbeidsreiser er også gjort.

Prosjektet er et samhandlingstiltak mellom Tromsø kommune, NAV og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) der hver av disse har bidradd med hver sin stilling i tre år. Prosjektet organiseres gjennom Tromsø ASVO AS og kom offisielt i gang 1. Januar 2011

Priser i prosjekttiden

- I 2011 var Musketerene en av ti nominerte til Änglamark-prisen (Norge, Sverige Danmark).
- I 2012 fikk Musketerene Coops innovative Miljøpris, delt ut av Kronprinsesse Mette Marit. Prisen besto av 50 000 kroner, samt en skulptur. Kronprins Håkon har tidligere besøkt oss.
- I 2013 er prosjektleder Bernhard Paul Zimmer av Exstrastiftelsen utnevnt til årets ildsjel.

Prosjektets bakgrunn og målgruppe i forprosjektet

Prosjektleder Bernhard Zimmer kom inn i et vikariat som miljøterapeut i rehabiliteringsenheten på UNN (Universitetssykehuset i Nord Norge) i 2009. Kommunen og spesialisthelsetjenesten hadde da i mange år arbeidet med å rehabilitere personer med alvorlige psykiske lidelser ut i egne leiligheter i boliger med bemannet personal. Arbeidet med rehabilitering av denne gruppen hadde vist at de hadde liten mulighet til å klare å nyttegjøre seg av samfunnets tilbud utenfor husene. Kravene til eget initiativ ved deltakelse var for høy. Tilbaketrekking og isolasjon var vanskelig å motvirke og rusvaner tilnærmet umulig å bryte.

Gjennom å følge pasienter så Bernhard at deres behov for å ha noe meningsfylt å gjøre i hverdagen var stort. Han så for seg alternative løsninger og begynte på eget initiativ, uten driftsmidler, arbeidet med å skape jobbaktiviteter og gode opplevelser for en del unge pasienter. Aktivitet og arbeid i nærmiljøet ble tre sentrale stikkord i forprosjektet.

Utgangspunktet for virksomheten var en gammel lånt varebil og tilbud til ferskvaregrossister om gratis henting av brukbare matvarer med for kort holdbarhet til ordinær butikkdistribusjon.

Bernhards gode kunnskap om mennesker og evne

OPPLÆRING: Praksis på Kristallen steinsliperskole i Nord -Sverige.

til å motivere til å få med seg andre, bar frukter og etter hvert var det flere som ønsket å være med. Dette førte til framskritt i rehabiliteringsprosessen. Deltakerne klarte å redusere rusmisbruket, var mindre innlagte på UNN og reduserte også på mengdene med medisin.

Jan Sigmund Berglund, behandler og pedagogisk fagkonsulent på UNN var Bernhards gode støttespiller. I den trange prosjektsfødselen laget han en prosjektbeskrivelse og søknader om midler ble sendt med suksessresultat.

Dette var starten og Musketerene ble etablert som forsøksprosjekt våren 2009 og fra 1.januar 2011 ble det etablert som et treårig prosjekt med tre stillinger og med målsetting om å hjelpe personer som av forskjellige årsaker har falt utenfor arbeidslivet.

«Deltakerne klarte å redusere rusmisbruket.»

Jan Sigmund Berglund og Ergoterapeut Aagot Oline Sedolfsen, med allsidig bakgrunn innenfor håndverk ved deltakelse i familiebedrift, samt egen nærings-

INNHØSTING: Tilfredse musketerer høster økologiske grønnsaker.

MUSKETER: Ørjan med mat som skal deles ut.

PÅ FISKETUR: Her lever vi villmarksliv og høster fra naturen.

LAGER SKO: Vi fikk lære å lage sko av reinsdyrskinn.

virksomhet, ble ansatt. Avtale med vår største matvaregrossist ble gjort om å få betalt per kilo frukt- og grønt vi henter fra deres lager. Avtale med UNN ble da også gjort om å få betalt for å lage mat på torsdagskafé, samt vask og stell av to av deres biler hver tredje uke.

En handlingens mann

Bernhard Zimmer har gjennom 19 år, dypt inne i skogene i Nord Sverige drevet egen villmarksturismebedrift for personer fra inn- og utland, noe som har gitt ham stor kunnskap om mennesker i ekstreme situasjoner. Teambuilding, overlevelseskurs, gruppeleder ved natur og opplevelsesturisme og opplevelsesterapi

«Den røde tråden er grønn!»

er noe han av det han gjennomførte i den tiden han var der. I tillegg hadde han i to år oppdrag for tysk barnevern. Bak seg har han også blant annet teknisk- og finmekanisk utdannelse fra Tyskland og sju års arbeid som barne- og familieterapeut i Sverige.

Hva gjør Musketerene?

Vi driver med mange små og store prosjekter, som for eksempel flytteoppdrag, torsdagskafé, vasking, snekring, maling og rydding. Fire av prosjektene våre henger sammen som i en grønn kjede:

Frukt og grønt: En av de største og viktigste jobbene som Musketerene gjør er å hente matvarer med kort holdbarhet hos flere grossister. Vi henter brød, kjøttvarer, alle mulige slags dagligvarer og aller mest frukt og grønnsaker. Første året delte vi ut over 150 tonn, og sammen fant vi da ut at vi var «Byens beste Rotter».

Den beste delen av matvarene vi henter gis gratis til økonomisk og sosialt vanskeligstilte gjennom Frelsesarmeen, Kirkens Bymisjon og flere organisasjoner som hjelper personer som trenger det.

Restene av frukt- og grønt utleveres deretter til tre gårdsbruk nær byen der geiter, sauer og kyr tar del i overfloden. Bøndene sier at dyrene trenger mindre kraftfôr og gir mer melk! Arbeidet og tilbakemeldingene gir store positive ringvirkninger og er svært bra for selvfølelsen til Musketerne som deler dette ut.

Frukt- og grønt som er ødelagte havner i komposteringsreaktorer og blir til økologisk jord.

Kompostering i reaktor: Ideen var å bruke matvarer som kastes på grunn av kort holdbarhet som hovedbestanddel i komposteringen. Dette var kun frukt og grønt. Maskinene omgjør på en luktfri og rask måte store mengder matavfall til god og økologisk kompostjord.

Skogsdrift: Etter at Musketerene hadde gjennomført motorsagskurs jobbet vi vår, sommer og høst med landskapspleie. Store oppdrag er gjort både for private og offentlige kunder.

Dyrking av økologiske grønnsaker: Vi har dyrket økologiske grønnsaker i samarbeid med bonde Helga Nordgård på gården Nordgård i utkanten av Tromsø by. Knutekål, poteter og gulrøtter har vi solgt på bondens marked og til nærliggende matvarebutikker.

Den røde tråden er grønn! Henting og utdeling av matvarer med kort holdbarhet, dyrking av økologiske grønnsaker, skogsarbeid og kompostering er gjennom den daglige driften innvevd i hverandre. Musketerene har bygd seg opp et renommé som en «Grønn bedrift» som har fokus på rehabilitering av både mennesker og natur.

LPP, Landsforeningen for pårørende, har vært vår fantastiske støttespiller og uten dem hadde vi ikke kommet langt. De har blant annet vært uvurderlige i vår kamp om midler og gitt oss støtte gjennom søknader til Ekstrastiftelsen om nødvendig

REINSPIKKA FORNØYELSE: Det er gnistrende kaldt, men likevel herlig å kjenne at det kiler i magen når man kjører slede.

utstyr. Gjensidigestiftelsen har også hjulpet oss med en helt nødvendig varebil.

Hva er spesielt med Musketerene?

Fellesskap, arbeid, ferdigheter, mestring og gode opplevelser er prosjektets medisin. Gjennom arbeid og aktivitet fokuserer vi på å utvikle ressurser og muligheter hos den enkelte deltaker.

Musketerprosjektet handler om tilrettelegging av arbeid, aktivitet, terapi og rehabilitering. Tilrettelegging med motivering, i forprosjektet helt «inntil sengekanten» når det var nødvendig og senere ved behov. Lønn får deltakerne i form av opplevelsesreiser, da penger i hånden ofte har vist økt rusbruk.

Arbeid har en grunnleggleggende betydning i vår kultur. Det å være i arbeid er høyt verdsatt, og styrker ens følelse av å bidra i samfunnet, egenverd, kontroll og kompetanse. Å være i arbeid ses som noe verdifullt, man får anerkjennelse og er noe i kraft av hvilket arbeid man gjør. Arbeidsrollen er knyttet til ens identitet og gir ringvirkninger til ulike sider av livet.

Hvorfor er reisene så viktige?

På reisene handler det om et intensivt samvær døgnet rundt som skaper trygghet, tillit og samhørighet. Faglig sett kan det kalles for intensiv behandling med helhetlig oppfølging. Man jobber også med mange problemstillinger utenfor arbeidet som virker inn på arbeidsprestasjonen. Dette er savnet i vanlige reindyrkede arbeidstilbud.

Veien til de gode samtaler

Det er ikke bare å planlegge gode samtaler. Oftest er veien til samtaler vesentlige. Det kan ta sin tid og en skal føle seg trygg. Det er viktig å ha harmoniske omgivelser, naturlige og menneskelige. Dette finner man ikke nødvendigvis i et institusjonsmessig samtalerom. Våre erfaringer er at de gode samtaler kommer gjennom arbeidet der kroppen får bevege seg og uroen blir til arbeidsenergi eller på bilreiser der tanker blir inspirert av landskapet og samvær. Vi er sammen på vei, noe som er inspirerende og et viktig symbol.

Henger livets deler sammen?

Tillit er nøkkelen i rehabiliteringsarbeid for å åpne tanker om viktige opplevelser som har vært innestengt i lang tid. Derfor mener vi at det er «firkantet» og lite meningsfullt å lage skille mellom arbeid og behandling for store deler av vår gruppe. Trivsel i arbeid og gode opplevelser gir påfyll, inspirerer og utvider horisonten som igjen skaper «den gode naturlige rusen».

Terapi

Gruppeterapi er en viktig del av behandlingen. Det å ikke være alene i problemstillinger, men dele erfaringer og sammen inspirere til å finne løsninger gir felles mestring av oppgaver og utfordringer.

Musketerene lærer hverandre å kjenne gjennom aktivitet og arbeid. Gruppen tar seg tid til å stoppe opp å filosofere og ta tak i det som kommer opp. Deltakerne styrkes ved å være et team, komplimentere hverandre, finne egenskaper hos hverandre, støtte og hjelpe hverandre. De har erfaring med hverandre i en arbeidssituasjon, der de tar tak i ting, hvor alle hender og hoder behøves og alle initiativ er viktige. Gjennom interaksjon med hverandre lærer de seg nye ferdigheter, endrer holdninger og atferd. Gjennom samtaler og kommunikasjon støtter de hverandre og utvikler selvforståelse og ferdigheter.

Det at alle hender og hoder behøves gir deltakerne et eierskap til det de utfører og kan ses i sammenheng med Empowerment, som handler om å styrke personers egen handlekraft og med det også sitt selvbilde.

Musketerene arbeider sammen i en gruppe der

medlemmene har like utgangspunkt og erfaringer med tilbaketrekking, og kan med det oppleve trygghet og tilhørighet.

Helhet

Veien til bedring handler ikke om å forandre den biokjemiske balansen, men om å forandre livet. Et helhetlig perspektiv bør være sentralt.

Et viktig element med våre reiser, i tillegg til motivasjon og gode opplevelser, er å skape relasjoner over lang tid, arbeide med drømmer og ønsker, samt bryte gamle mønster. Vi har vært sammen gjennom mange både gode og vanskelige situasjoner, utfordringer og muligheter.

Gjennom arbeidet og spesielt reisene har vi blitt godt kjent og bygd sterke relasjoner som i krisesituasjoner har vist seg å være av stor betydning. Reisene har også vært en markedsføring for et godt liv uten rus.

Mestring av frisksportslige aktiviteter og deltakelse i ulike kulturaktiviteter, har bidratt til økt selvfølelse og mindre isolasjon – noe som har vært et viktig mål i vårt rehabiliteringsarbeid.

Vi har vært i Nord-Sverige og levd sammen med en samefamilie der vi blant annet driver med frisksportslige aktiviteter som å kjøre med rein, snøscooter, hundespann og ATV- firhjuling. Vi har vært i Egypt, på Tenerife, på rundtur i Europa der vi har vært innom Sicilia i Italia, Praha, Polen og Tyskland. Vi har hatt flere fisketurer til Senja og gjort mye annet – og alt med egne tjente penger. På alle reisene har vi hatt et høyt aktivitetsnivå. Det er kun i siste prosjektsåret at vi har hatt økonomi til å reise i hele fire uker noe som hovedsakelig har vært deltakernes lønn for et helt års arbeid.

«Musketerlivet handler om motivasjon, motivasjon og motivasjon.»

Økonomi

Musketerene finansierer i hovedsak sin egen drift gjennom arbeidsoppdragene. Vi har tjent 1,3 millioner kroner i løpet av tre år. Vi mottar lønnsmidler til prosjektets tre stillinger fra de tre prosjekteierne og har i tillegg et årlig tilskudd fra Tromsø kommune på 200 000 kroner. I tillegg har vi gjennom prosjekttiden på tre år mottatt tilskudd på tilsammen 1,3 millioner kroner fra Gjensidigefondet, fylkesmannen, LPP/Stiftelsen Helse og rehabiliering, fylkeskommunen og Coops Miljøpris for innovasjon.

I tillegg til motivasjonslønn i form av rehabiliteringsreiser har våre utgifter i hovedsak vært husleie til huset vi har leid av kommunen, drift av tre biler, arbeidsklær, verneutstyr, arbeidsredskaper, friluftsutstyr, friluftsklær, sosiale tiltak og daglige felles måltider.

Utfordringer

Underveis har det ofte vært lite penger til både drift og reiser, og hadde det ikke vært for at prosjektet har vært aktive på å søke om eksterne midler hos kommersielle og ideelle aktører hadde det ikke gått. Vi har kun hatt faste betalte oppdrag med torsdagskafé og vask og stell av to biler hver tredje uke. Alt annet har vært ustabilt med tanke på inntjening. Vi har hele tiden vært på jakt etter lønnsomme arbeidsoppgaver.

Prosjektet startet med en gammel Toyota Hiace med åtte seter. Via tilskudd fra Ekstrastiftelsen gjennom LPP (Landsforeningen for pårørende) som søkerorganisasjon og Gjensidigestiftelsen, fikk prosjektet tilført to varebiler og en frysehenger til en verdi av 450 000 kroner. Disse bilene har vært uvurderlige og nødvendige for driften, og i ettertid er det lett å se at uten disse hadde organisering av det daglige arbeidet vært svært vanskelig.

Med en til tider ujevn arbeidsgruppe har vi under betalte arbeidsoppdrag hatt stort press på tidsrammer, kvalitet og økonomi. Dette har krevd meget stor innsats av tilretteleggerne. Vi har vært glade for oppdragene vi har fått da disse har vært bidrag til å kunne få råd til motivasjonsreisene. Motivasjon er en viktig faktor i vår arbeids- og opplevelsesterapi. Vi har gjennomført alle arbeidsoppdrag vi har tatt på oss.

Prosjektet har vært betydelig underfinansiert med trange, tradisjonelle rammer, men utenfor rammene har vi funnet mulighetene som har gjort prosjektet vellykket.

Administrasjonsmessig hadde det nok vært en fordel om alle tre tilretteleggerne hadde hatt samme arbeidsgiver.

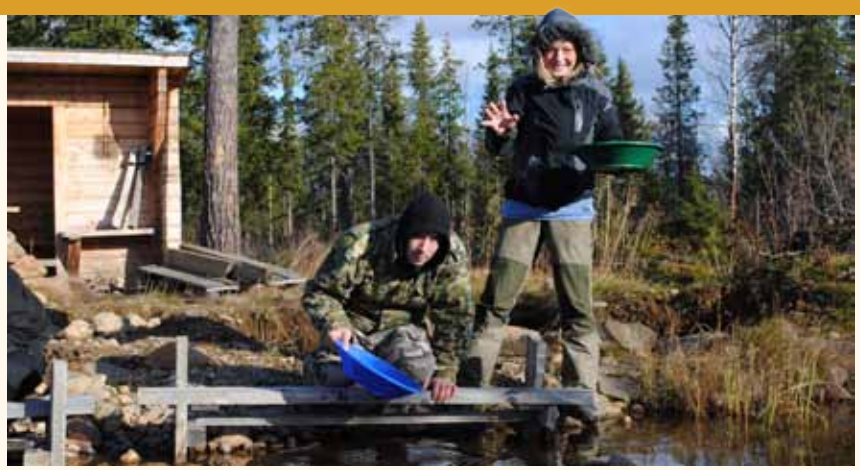
Viktige erfaringer

Det er stor helsegevinst å hente gjennom arbeid, aktivitet, mestring og sosialt liv – og vi har sett at personer fra denne gruppen kan delta i arbeidslivet når forholdene blir tilrettelagt til og begynne med.

Musketerene har et sterkt ønske om å ha en jobb, noe oppmøtelistene viser og prosjekttiden har vist at det finnes meget store ressurser i deltakerne. Disse

Her er han som ikke kunne gå i trapper på grunn av høydeskrekk.

FISKE: Den beste middagen fisker man selv.



GULL I SIKTE: Her vasker vi gull i desperasjon etter terapimidler i Nord Sverige.

kommer ofte ikke til sin rett på grunn av sosial ubalanse. Deltakerne har også stor lyst til å lære nye ting, de er kunnskapshungrige. Kunnskap og mestring har ført til økt selvfølelse. Vi har gjennomført åtte ukers datakurs, to kvelder per uke, med fullt oppmøte av våre deltakere.

Musketerlivet handler om motivasjon, motivasjon og motivasjon. Det handler ikke om å få folk inn i en form som er ledig og som vi synes er bra. Det handler om å lokke unge mennesker tilbake til livets mangfold. Dette gjennom «gjenvinning» og bruk av menneskelige ressurser tilbake til samfunnet i form av arbeid, skape selvfølelse, selvtillit, trene ferdigheter, fellesskap, medeierskap til Musketerene og tilknytning til samfunnet.

«Reisene er en god form for helhetlig behandling.»

Reisene er en god form for helhetlig behandling og er en lønnsform som gir næring til kropp og sjel med gode ettervirkninger. Man oppdager også nye talenter hos deltakerne

Jo tidligere man kan gi helhetlig og tilpasset hjelp til unge som er i faresonen for å falle ut av arbeidslivet, jo større sjanse har man for og lykkes. Vi ser også at mange unge som faller ut av arbeidslivet trenger hjelp som retter seg mot de bakenforliggende årsakene i private sammenhenger da disse sterkt virker inn på arbeidsprestasjonen.

Pårørende har vært en viktig ressurs i vårt rehabiliteringsarbeid.

Varme, respekt, samhørighet, tillit, masse humor, grensesetting og klarspråk har vært sentralt i vårt prosjekt. Når man blir godt kjent og har tillit til hverandre og kjenner hverandres styrker og svakheter, er det lettere å balansere riktig styrke press for å fremme utvikling og mestring. Når noen vegrer seg for saker har vi ikke lett godtatt dette, uten at vi har forsøkt å jobbe gjennom vanskelighetene. Vi viser at vi stoler på dem, også mer enn de noen ganger stoler på seg selv.

Når angstknuter og blokader løses opp, kommer den gode, befriende følelsen i form av glede og mestringsfølelse – og selvfølelsen får god næring. Deltakerne motiveres av å kjenne egen tilfriskning.

Vår erfaring er at arbeid som en del av helhetlig rusbehandling burde satses mer på for å øke kvalifikasjonene med tanke på framtidig utdanning og jobb.

For dem som sliter med rus og er preget av et vanskelig indre liv, ser vi at dette må erstattes med noe annet. Vi har opplevd gode resultater gjennom tilrettelagt arbeid og reiser. Arbeid der man må holde fokus, og ekte reiseeventyr der spenningsmomentet er sentralt, er god trening.

Ved å ikke bare si hvordan man mener folk skal takle vanskeligheter, men å være der og bistå gjennom disse, skapes sterke relasjoner. Vår jobb har ikke vært en ni til fire jobb, vi har også bistått våre brukere etter vanlig arbeidstid.

Økonomi, driftsmidler, felles kamp for å klare å skaffe drift- og motivasjonsmidler har kanskje bidratt ekstra til vårt sterke fellesskap

Et annet bidrag til sterkt fellesskap har vært at de tre tilretteleggerne har turt å by på seg blant annet med svakheter og styrker.

Deltakere har gjennom arbeid og aktivitet klart å redusere selvmedisinering/rusbruk kraftig, noen har sluttet helt. Det har vært en kraftig reduksjon i sykehusinnleggelser, og noen trenger det ikke mer. Vi har sett mer enn halvering av medisinbruket. En person kunne ved oppstart ikke gå i trapper, han akte seg på baken ned. Nå går han som andre i trapper og det til og med tungt lastet med for eksempel flyttegods. Fra

EGYPT: Her oppfylles en stor drøm for en av musketerene som ønsket å se pyramidene.

behandlingsapparatet rundt deltakere opplyses det generelt om store bedringer på mange områder.

Rus er fiende nummer én

Vi har erfart at rus på fritiden har vært vår største fiende, og vi har opplevd gang på gang at oppstart etter feriedager og helger medførte arbeidstakere som ofte var slitne og med dårlig arbeidsevne.

Vi er ikke i tvil om at det illegale rusmisbruket sterkt innvirker på psykiske lidelser og framkaller symptomer. Gjennom våre reiser har vi opplevd deltakerne helhetlig og med intensivt samvær uten rus med godt kosthold og i helt nye miljøer og utfordringer. Etter kort tid uten rus kommer det frem sterk forandring til det positive og utfordringer tas på strak arm der de dukker opp.

Faglige spesialistvurderinger av deltakere med rusproblem burde etter vårt skjønn vært gjort straks etter hjemkomst fra en reise. De ville da trolig bli oppgradert i rehabiliteringsarbeidet slik at helhetlig behandling ville kunne bli gitt.

Gjennom prosjekttiden har det vokst frem sterke ønsker fra deltakere om helhetlig rusbehandling, men søknader til dette har foreløpig blitt avslått. Nye søknader er nå sendt.

Mange av Musketerene har gitt tilbakemeldinger på at prosjektet har betydd mye personlig for dem. Det å ha et arbeid å gå til, gjøre noe meningsfullt, ha tilhørighet til samfunnet, ikke være så alene, men ha arbeidskamerater og sosialt liv er sentrale utsagn fra deltakerne. Håpet om å få en vanlig jobb kan være styrket. De er på vei. En av Musketerene har nådd målet med å få seg vanlig ordinært arbeid og stortrives med det.

Aktivitet i form av arbeid bør etter vår erfaring prioriteres i større grad innenfor rehabilitering og også være en sentral del i en helhetlig rusbehandling.

Fra å være individer som har levd tilbaketrukket, har det blitt en gjeng med gode venner der «en er for alle og alle for en» beskriver Musketerene fra Tromsø i handling og ord.

En intensjon er at vi skal klare å videreutvikle prosjektet «den grønne tråd» til et sosialt entreprenørskap. Vi har sett så gode resultater av vår filosofi at vi ser behovet for en helhetlig behandling der man i en lengre periode kan ha deltakere i arbeid og være sammen på fritiden, borte fra innvante destruktive mønstre. Gjennom å oppøve ferdigheter og integrere interesser som kan brukes videre med tanke på framtidig jobb, har vi god tro på å lykkes enda bedre.

Mange sterke historier har prosjekttiden og fellesskapet gitt oss og noen tåler ikke helt dagens lys, for eksempel da noen av oss på snøscooter gikk gjennom isen og ikke visste at den tykke isen var et stykke lengre ned, og da vi sammen med våre samiske venner på jakteventyr gikk oss vill dypt inne i de nord-svenske skoger og da vi mistet et stort hundespann ute i mørket med temperatur 30 grader minus. For ikke å snakke om da Bernhard «tvang» et gjeng røykere til å snorkle i Rødehavet med trøst om at han skulle hjelpe dem opp når de ble blå. Det var læring i overlevelse i tillegg til å få kunnskap på mange områder.

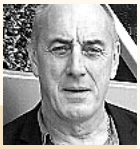
Deltakerne har jobbet fantastisk godt med sin egen rehabilitering. Mange ganger har vi hatt dårlig samvittighet for å bare kunne tilby fysisk tunge arbeidsoppgaver og usikre, dårlige lønnsforhold, men vi hatt så gode opplevelser underveis at slitet fort har blitt glemt.

Det er ikke enkelt å beskrive Musketer-prosjektet med ord. Det har vært mange mellommenneskelige, sterke opplevelser og masse humor og ikke minst hardt arbeid.

Deltakernes vilje til å jobbe aktivt med sin egen rehabilitering fortjener stor respekt og vi har lært oss mye på veien. ■

Krever medisinfrie behandlingsforløp

Fem brukerorganisasjoner går sammen om å kreve legemiddelfrie døgntilbud innen psykiske helsetjenester i alle landets helseforetak.



Av **Kurt Lyngved**, faggruppeleder SPoR

Den 10. juni var SPoR invitert til informasjonsmøte på Pio-sentret i Oslo av *Fellesaksjonen for medisinfrie behandlingsforløp i psykiske helsetjenester.* Undertegnede representerte SPoR på dette møtet, som hadde invitert bredt til organisasjonene med tilknytning til psykisk helse.

Fellesaksjonen er et samarbeid mellom fem organisasjoner innen psykisk helse: Aurora, Mental Helse, Landsforeningen innen Psykisk Helse, We Shall Overcome og Hvite Ørn.

Valgfrihet

Utgangspunktet for fellesaksjonen er at de som ønsker legemiddelfri behandling står i dag uten tilgjengelige døgntilbud innenfor psykisk helsevern. Medisinfrie behandlingsforløp handler ikke om å være for eller imot medisiner, men det handler om muligheten til selv å velge den behandlingen du har tro på og ønsker. Det handler om valgfrihet.

For å opprette døgntilbud for også denne gruppen, ønsker fellesaksjonen at det må etableres medisinfrie enheter i alle landets foretak. Med medisinfrie tilbud mener vi medisinfrie døgnbaserte behandlingsenheter som et reelt og etablert valg som er tilgjengelige for mennesker i krise hvor

1. man ikke blir utsatt for tvangsmedisinering, eller opplever at medisiner påtvinges ved press eller overtalelse.
2. grunnbehandlingen er å få et trygt sted å være, en seng å sove i, regelmessige måltider og mennesker å snakke med.
3. det kan utvikles gode behandlingskulturer for ikke medikamentell behandling, som kan styrke et fagfelt og fagpersonell med behov for kunnskapsutvikling.

Mindre tvang

Argumentene for et medikamentfritt tilbud er mange. Blant annet sees det på som et tvangsreduserende tiltak i en tid hvor det hevdes at tvangsbruken faktisk er økende.

Tillit er også en viktig forutsetning for gode resultater og det vises til forskning som sier at tilliten mellom behandler og pasient er helt nødvendig for at bedring skal finne sted.

Påtvunget bruk av medikamenter er konfliktfylt mellom pasient, behandler og familie. En del pårørende opplever å bli stående i skvis mellom en nærstående som ikke ønsker å bruke medikamenter og et behandlingsapparat som krever det.Dette kan føre til tillitsbrudd og splittelse i en svært vanskelig situasjon for alle involverte parter.

I Lov om psykisk helsevern står det at frivillighet skal være prøvd før tvang iverksettes. I dag består alternativene til tvangsmedisinering i stor grad av at man tar medisinene frivillig. Organisasjonene mener at det må tilbys reelle alternativer som ikke inkluderer medikamenter for at dette kravet i loven kan sies oppfylt.

Alternativer

Det finnes alternativer som virker:

Helseforetakene må ta i bruk alternativene som finnes slik at flere av klientene kan bli friske, selvstendige og frigjort fra medisiner og behandlingsapparatet. En behandling som pasienten selv har tro på og ønsker å følge fører gjerne til større grad av bedring.

MEDISINFRITT: Pasienter bør ha krav på legemiddelfrie døgnbaserte behandlingsenheter, mener organisasjonene som står bak fellesaksjonen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Ta utgangspunkt i tilfriskningserfaringer og se på hva er alternativene til medisiner. Fellesaksjonen vil ikke favorisere utvalgte metoder, men sier det vil være behov for ulike tilbud. Variasjonene fra person til person i forhold til hva man ønsker og trenger er store.

Alternativene må utvikles av helseforetakene i samarbeid med organisasjonene, pasientene og pårørende.

Brukermedvirkning, individuell plan og kriseplan er sentrale elementer i et godt behandlingsforløp, som må være godt planlagt. Når det gjelder medisiner må det være pasienten selv som bestemmer hvor lenge medisinering skal vare eller om det i det hele tatt skal brukes medisiner. En god planlegging hvor ulike handlingsalternativer drøftes, vil kunne gjøre dette mulig. Kriseplan nevnes spesielt som noe som er et godt tiltak for å sikre pasientens selvbestemmelse.

Det må utvikles en nasjonal strategi for økt frivillighet relatert til behandlingsformer innen psykisk helsevern. Det må gis rom for frivillighet. Brukere av psykiske helsetjenester må ha mulighet til å velge mellom ulike behandlingsformer hvor medikamentfrie enheter er en naturlig del av dette.

Det kan bemerkes at de regionale helseforetakene i 2013 fortsatt har fokus på at man skal prioritere legemiddelfrie behandlingstilbud og sier at «psykisk helsevern i størst mulig grad er basert på frivillighet og det legges til rette for brukerstyrte tilbud, herunder legemiddelfrie behandlingstilbud for pasienter som ønsker det.»

«Det handler om valgfrihet.»

Initiativet til denne aksjonen ble tatt på brukerorganisasjonskonferansen på Hamar i 2011. ■

Marie Kristofa Lysnes' stiftelse

utlyser fagstipend på kr. 75 000 for 2014

Det er et fagstipend som deles ut årlig, og stipendet deles nå ut for tredje gang av stiftelsen. Stipendet tildeles en sykepleier som arbeider eller planlegger å arbeide med et prosjekt som vil styrke utdannelsen av sykepleiere gjennom økte forskningsbaserte og kliniske innsikter og praktiske ferdigheter.

Marie Lysnes arbeidet gjennom et langt liv for å heve kvaliteten på sykepleierutdanningen og sykepleie innen det psykiske helsefeltet.

Stipendtildelingen har til hensikt å videreføre denne innsatsen i en aktuell og fremtidsrettet form.

- Stipendet kan søkes på av medlemmer av SPoR
- Medlemmer av SPoR kan forslå kandidater til stipendet

Søknadsfrist 1. mai 2014

Stipendet deles ut på Landskonferansen i Bodø 11. juni 2014

Søknad med prosjektbeskrivelse sendes til: Fagruppen for sykepleiere innen psykisk helse og rus v/ Olav Bremnes på e-post: olav@ntebb.no

Mer info om Marie Lysnes på: **http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/810786/marie_lyses_legat_8487.pdf**

NSFs faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus

Verdensdagen mot selvskading 5 års-jubileum 2014

Velkommen til konferanse 6. - 7. mars 2014.
Tema: Selvskading - fortid, nåtid og fremtid

Sted: Quality Airport Hotel Gardermoen
Arrangør: Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord LFSS

Påmelding innenn 10. januar 2014

Kontakt:
Gån inn på våre nettsider: www.lfss.no
Følg oss på Facebook: www.facebook.com/lfssnorge
Eller send oss en e-post: post@selvskading.org

Effektivt ettervern ved dobbeltdiagnose

12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper er blant de beste tilbudene for å hjelpe rusavhengige over tid – selv om de har en alvorlig psykisk lidelse. I Norge er det dessverre stor skepsis blant helsepersonell til denne modellen.

Av **Frederick L. Nathanael**, helse- og sosialpsykolog, prosjektleder «Tolv doble trinn» på Skjelfoss psykiatriske senter

Mennesker med såkalt dobbeltdiagnose er ansett for å være en av samfunnets mest sårbare grupper. De har vedvarende, skadelig rusmisbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, bipolar lidelse eller personlighetsforstyrrelse. Ofte faller de mellom to stoler fordi de ikke passer inn i tradisjonell rusbehandling og får lite ut av det tradisjonelle psykiske helsevern (1). De få tilbudene som eksisterer er ofte mangelfulle og favner ikke den destruktive virkningen de to lidelsene har på hverandre (2).

Rusavhengighet er en kronisk lidelse med høy tilbakefallstendens (3), et gjennomgripende livsproblem som ofte krever behandling og oppfølging i et livsløpsperspektiv (4). Her kommer det offentlige hjelpeapparatet ofte til kort, hvor begrenset opp-følging etter at behandling er avsluttet er et velkjent problem. Dobbeltdiagnosepasienter preges av å være relativt unge når de kommer inn i behandling og har svært ofte ingen eller sterkt rusbelastete nettverk. En svakhet i det profesjonelle helsevesenet er nettopp evnen til å bygge opp stabile og rusfrie sosiale nettverk rundt brukeren (5).

Løsning: 12-trinnsmodellen

De siste to årene har prosjektet *Tolv doble trinn* gjort et nybrottsarbeid med å fremheve såkalte 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper som et underutnyttet og svært potent alternativ til ettervern for mennesker med dobbeltdiagnose. I Norge er slike grupper lite kjent i helsevesenet, og mange helsepersonell er skeptiske og oppfatter dem som uaktuelle for pasientgruppen. Paradoksalt nok viser bred forskning at å gå i slike grupper er blant de beste tilbud for å styrke tilfriskning fra rusavhengighet og livsmestring over tid (3) – også for mennesker med alvorlig psykisk lidelse (6, 7, 8). Aktiv deltakelse i 12-trinnsfellesskap har også sammenheng med bedre engasjement i egen behandling og er assosiert med lavere frekvens av reinnleggelse samt bedring av psykisk helse (4, 6, 9). I den senere tidens fokus på å utvikle integrerte behandlingsprogrammer for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP) er selvhjelpsalternativer og 12-trinnsmodellen ofte et viktig element (7). Men altså ikke i Norge. Hvorfor møter en så verdifull modell så mye motstand, og hvilken nytteverdi har den egentlig?

Prosjekt Tolv doble trinn

Thea er 31 år, har bodd størsteparten av sitt voksne liv i psykiatrien. Hun er diagnostisert med såkalt dobbeltdiagnose. For inntil to år siden så ikke Thea for seg noe liv utenfor institusjon med høyt omsorgsnivå. I dag snakker hun om den dagen hun bor i egen leilighet og møter ansatte i psykiatrien i en rolle hvor det er hun som deler av sin erfaring og fortelle behandlere om sin vei til tilfriskning. Nøkkelen hun selv framholder er tålmodigheten, gjenkjennelsen, tilhørigheten og nettverket hun har fått gjennom selvhjelpsgruppen NA (Anonyme Narkomane) og deres 12-trinnsprogram. *«Jeg har kjent meg som en alien. Jeg har aldri følt at jeg har hørt til noen*

FELLESSKAP: Medlemmene i gruppen deler av sine erfaringer. Det er nyttig både for dem selv og de som lytter. Gjenkjennelse i andres historier kan gi håp om et bedre liv. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

steder. Det gjør jeg nå. Det er et sted jeg kan være 100 % meg selv».

Tilgangen til gruppene fikk Thea som brukerrepresentant i pilotprosjektet Tolv doble trinn ved Skjelfoss Psykiatriske Senter. Gjennom Rådet for Psykisk Helse fikk prosjektet midler fra Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering. I samarbeid med brukerorganisasjonene Mental Helse og Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RiO) har prosjektet undersøkt nytten av å integrere 12-trinnsmodellen i rehabiliteringen av pasienter. Målet er å hjelpe pasienter å engasjere seg i 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper som AA (Anonyme alkoholikere) og NA. Implementeringen har i stor grad handlet om å vekke nysgjerrighet og jobbe med holdninger innad i ledelse- og personalgruppen. *«Jeg merker en forandring i meg selv. Det jeg vet jeg har fått er i hvert fall tålmodighet. Jeg angrer aldri på at jeg gikk inn på møtet når jeg kommer ut,»* forteller Thea. Rotfestet i idealisme og ildsjeler i en bredt sammensatt prosjektgruppe har prosjektet medført positive endringer i relasjonen mellom pasienter og personale. Man ser at pasienter engasjerer seg mer i sin egen behandling, og personale opplever å ha fått unike verktøy og forståelsesramme når det gjelder å jobbe med avhengighetsproblematikk i en psykiatrisk setting. *«Sjelden har jeg følt meg så ydmyk og full av respekt for de menneskene som går disse skrittene ut av avhengighet. Jeg har fått stor tro på at dette virker,»* sier Wibeke Gundersen, hjelpepleier knyttet til prosjektet.

Annerledeslandet Norge

Blant annet i USA og nordiske land som Sverige og Island representerer 12-trinnsmodellen den dominerende ideologien og forståelsesrammen innen avhengighetsbehandling (5, 10), og de fleste rusavhengige blir anbefalt av helsepersonell å engasjere seg i 12-trinnsgrupper. Internasjonalt har en lang rekke studier de siste årene utpekt behandling som tar i bruk kliniske verktøy for å tilrettelegge og motivere til deltakelse i slike grupper som like effektive tilbud som for eksempel kognitiv terapi (5, 6, 11, 12, 13, 14). Men i annerledeslandet Norge er det i forunderlig kontrast kun 5 % av rusrelaterte behandlingsinstitusjoner som integrerer 12-trinnsfilosofien i sine tilbud (15, 16). Kun 15 % av pasientene i rusfeltet i Norge blir oppmuntret til å delta i AA eller NA (3). Ser man til USA, er andelen 75 %. Helsepersonells ignorering av 12-trinnsgrupper er spesielt uheldig når man ser at de fleste som engasjerer seg i grupper gjør det på oppfordring fra helsepersonell (5, 16). Hovedårsaken til at behandlere

«Å hjelpe andre i samme situasjon styrker selvbildet.»

mener at slike grupper ikke passer for pasientene er for eksempel angst- eller psykoseproblematikk. På tross av at forskning og erfaring i andre land enn Norge viser det motsatte (12), mener 42 % av norske behandlere at pasienter med ROP-lidelser ikke passer inn i 12-trinnsgrupper (17). Denne situasjonen er dog i gradvis endring med tanke på at nasjonale retningslinjer og helsepolitiske føringer i Norge anbefaler bedre utnyttelse av selvhjelpsgrupper (3, 18). Anbefalingen gjelder også for ROP-pasienter jamfør ROP-retningslinjene fra 2012 (19).

12-trinnsmodellens opprinnelse

12-trinnsmodellen har sin opprinnelse i selvhjelpsbevegelsen Anonyme alkoholikere (AA). Deres program og filosofi har siden etableringen i USA i 1935 utviklet seg til den mest suksessrike og utstrakte modellen innen rehabilitering og tilfriskning fra ulike typer avhengighetsatferd (5). Den uforandrete grunnteksten fra 1935 som formidler de 12 trinn kalles Storboka (20). 12-trinnsprogrammet har etablert seg i omtrent 200 forskjellige typer selvhjelpsgrupper for ulike typer avhengighetsatferd i tillegg til rus, som overspising, sex- og spilleavhengighet. Det er også utformet formaliserte behandlingstilbud som jobber mot å styrke deltakelse i slike fellesskap, som Twelve Step Fascilitation Therapy (TSF) (21, 22, 23) og utdanninger og sertifiseringer som Recovery Dynamics (24) fra USA og Addictologien i Sverige (25). Det er viktig å ikke forveksle det profesjonelle og frivillige nivået. Dog er det i Norge en vanlig misforståelse, og helsepersonell blander ofte sammen brukerstyrte selvhjelpsgrupper og intensive behandlingsmodeller med et konfronterende gruppeterapeutisk tilbud som integrerer elementer fra 12-trinnstankegangen, som den såkalte Minnesotamodellen (16).

De 12 trinnene kan beskrives som en erfaringsbasert endringsstrategi. De inneholder kognitive og atferdsmessige forslag til endring. Det er dog ikke snakk om et program man gjennomfører én gang. Programmet er ment å praktiseres som en måte å leve livet på for å klare å holde seg rusfri. Mange beskriver dette som en løsning som erstatter rusen i den rusavhengiges

BØNN: Åndelige opplevelser kan motvirke følelsen av meningsløshet som ofte preger livet til mennesker med alvorlige lidelser. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

forsøk på å mestre selve livet. Kort fortalt består trinnene i å innrømme rusproblemet, søke hjelp hos en makt utenfor seg selv, foreta en selvransakelse, gjøre opp for seg der man ser at man har påført andre skade, dyrke ens åndelighet og dele sin historie og erfaring for å hjelpe andre rusavhengige som fortsatt sliter med rusproblemer. I gruppene har man innarbeidet en fadderordning, hvor nye medlemmer kan spørre og få støtte og hjelp av et mer erfarent medlem, også utenfor møtene, en såkalt sponsor (10, 26).

Misforståelser

Den eneste forutsetningen for å delta i 12-trinnsgrupper er et oppriktig ønske om å slutte og bruke rusmidler (13). Det er ikke et krav at man er rusfri for å delta på møter, noe mange misforstår (27). Er man påvirket av rusmidler, blir man gjerne bedt om bare å lytte. Det er også vanlig å møte stor entusiasme og støtte når noen kommer tilbake til gruppa etter tilbakefall til aktiv rus (5).

Et typisk møte varer fra 60 til 90 minutter. De kan være åpne for alle som er interessert, eller lukkete, det vil si kun for personer som er rusavhengige (7). I flere land er det en viktig del av rusfaglig utdanning og opplæring å gå på slike åpne møter (5). I Norge er få behandlere innen rusfeltet klar over at disse finnes, og kun 1/3 har selv deltatt på 12-trinnsmøter til forskjell fra nesten 90 % i USA (16).

På møter deltar den enkelte etter ønske og tur ved å fortelle om egne opplevelser og erfaring med å ha et rusproblem og veien ut av det. Det er også åpent for bare å lytte. Normen er å aldri konfrontere andre direkte under møtet eller gå i dialog som i visse behandlingsgrupper. Dette er ofte gjenstand for misforståelser (16). Skepsis hos behandlere handler også om bekymring for at pasienter får såkalt «russug» av å dra på møter samt fare for retraumatisering (27). Dette står i sterk kontrast til forskning som nettopp viser at deltakelse styrker evnen til rusmestring.

Noe behandlere ofte bekymrer seg for, er muligheten for at pasienter skal møte negative forestillinger i 12-trinnsgruppene omkring beroligende eller antipsykotiske medisiner. Selv om 12-trinnsgruppene offisielt ikke har noe problem med psykiatrisk medisinering, finnes det så klart fanatikere som vil påstå at medisiner er unødvendige ved at de setter edruskapen i fare eller at de fungerer som en «krykke». Dermed kan en risikere at ROP-pasienter kan få høre antydninger om at de ikke er rusfrie dersom de tar psykofarmaka og at de oppfordres til å slutte. Dette er imidlertid en holdning som har snudd markant og er på retur i 12-trinnsbevegelsen (5, 28, 46).

Å vende problemet om til en ressurs

De mest sentrale årsakene til 12-trinnsfellesskapets suksess ligger i skifte av sosialt nettverk, nye mestringsstrategier og bedre psykososial fungering (47, 48, 49). Mange opplever for første gang å bli godtatt i en gruppe, akkurat slik de er. Dette er mennesker som i stor grad har følt seg utestengt og tilsidesatt i samfunnet generelt (13). Den unike gjenkjennelsen i andres historier gjør gir håp om at det finnes en løsning og gjør mange mer selvbevisste (1). Åpenheten og nærheten i gruppen gjør det mulig for mange å kjenne stor lettelse i å dele omkring tungt skambelagte og stigmatiserende tema.

Mennesker i programmet forteller ofte at de finner en unik kraft i å hjelpe andre som har samme problem som dem selv (1, 29). I delingen blir man en betydningsfull forteller og meningsbærer i et sosialt fellesskap. Pasienten går fra passiv mottaker av hjelp til en aktiv bidragsyter. Å oppleve at man kan hjelpe andre i samme situasjon styrker selvbilde og gir økt sosial status (13). Når man kommer videre i sin tilfriskningsprosess, får man muligheten til å bli en rollemodell for nyere medlemmer (30). Dette er blitt kalt hjelperterapi-prinsippet hvor man hjelper seg selv ved å hjelpe andre i samme situasjon (31, 50). For ROP-pasienter kan det også være en lettelse å kunne forholde seg til noe annet enn psykiatriske behandlingsmiljøer (7).

«Gjenkjennelsen i andres historier gir håp.»

Åndelighet

12-trinnsprogrammet er beskrevet som et åndelig program. Her støter man mot den mest seiglivete barrieren mot legitimitet i norsk helsevesen. Det er en vanlig feiltolkning å blande gruppene sammen med religiøsitet og sekterisk virksomhet. Mange finner språkbruk som berører det åndelige fremmed og provoserende. Samtidig heter det i opptrappingsplanen for psykisk helse at oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester skal preges også av hensyn til menneskets åndelige og eksistensielle behov (32). En studie fra Sverige avdekket at pasienter i psykiatrien heller snakker med andre brukere om åndelighet enn med behandlingspersonalet, og at de samtidig savner

noen å snakke aktivt med om dette (33). Mange brukere innenfor psykiatrien opplever at deres åndelige søken møtes med skepsis og avvisning (34, 35).

Hva er egentlig åndelighet? Definisjonsmessig kan det beskrives som en prosess mot å kunne stole på livets bærende krefter. Åndelighet er det som holder oss levende og gir mening i tilværelsen, på godt og på vondt. Nestor i rusfeltet, Halvor Kjølstad, skriver om fellesskapet mange opplever i 12-trinsngrupper at det gir næring til vesentlige eksistensielle og åndelige behov som har å gjøre med selvrespekt, mening, verdighet og tilhørighet. I sin tur kan dette gi inspirasjon til å starte på det komplekse og krevende endringsarbeidet det er å begynne å bli rusfri (36).

Åndelige prinsipper som står sentralt i 12-trinnsprogrammet er ærlighet, håp, integritet, villighet, ydmykhet og nestekjærlighet (20). Tilfriskning handler i stor grad om bevissthet omkring slike verdier. De 12 trinn skal hjelpe en med dette, hovedsakelig gjennom overgivelse, bønn og meditasjon. Overgivelse dreier seg om å akseptere at ens evne til selvkontroll og måte å takle livet på ikke fungerer og at man vender seg mot noe større og utenfor en selv for hjelp (7). For noen kan dette være av religiøs karakter, mens mange definerer det som å søke støtte i mellommenneskelige relasjoner i gruppen (26). Men at dette i 12-trinnsprogrammet ordfestes med begreper som «Gud», «åndelig oppvåkning» og «høyere makt» vekker stor motstand i det sekulariserte Norge (5, 17). Det er samtidig et ufravikelig prinsipp at AA ikke støtter noen spesifikk religion eller teologi, og hver enkelt er fri til å legge hva de selv ønsker i de åndelige begrepene (7).

«Gå på et åpent møte. Se at det virker. For det gjør det.»

Mange behandlere er bekymret for at fokus på det åndelige kan trigge religiøse vrangforestillinger hos pasienter med dobbeltdiagnose. For individer som sliter med psykoser med destruktivt religiøst innhold kan selvfølgelig religiøse symboler skape ubehag, men det er imidlertid ingen studier som identifiserer dette som noe faremoment for forverret symptombilde (6). Tvert imot understreker mange klienter med dobbeltdiagnose hvor viktig det åndelige elementet er i tilfriskningsprosessen (37).

En åndelig opplevelse av mening med livet kan motvirke følelsen av meningsløshet og eksistensiell ensomhet som ofte preger livet til mennesker med alvorlige lidelser. Nyere studier av betydningen av religiøsitet hos pasienter med schizofreni har vist at åndelighet ofte spiller en vital, positiv rolle i deres evne til å hanskes med sin sykdom. Det er derfor relevant for terapi å gå inn på en del av disse spørsmålene og diskutere det med pasienten. Dette gjelder også i tilfeller hvor deler av pasientens åndelige symboler kan få patologiske uttrykk (38, 39, 40, se også 44)

Barrierer mot gruppedeltakelse

I litteraturen pekes det på at ROP-pasienter møter på utfordringer spesifikt for sin gruppe som kan gjøre deltakelse i 12-trinnsgrupper mer komplisert enn for andre (45). Noen ROP-pasienter rapporterer ubehag ved at andre medlemmer reagerer på deres negative symptomer. De opplever seg annerledes og at andre misforstår atferden deres som tegn på ruspåvirkning og ikke den kroniske psykiske lidelsen. Mange mennesker med dobbeltdiagnose har vært mye isolert og hatt lange opphold i behandlingsinstitusjoner, og har derfor ikke de samme historiene i forhold til å ha mistet venner, jobb, ekteskap eller familie, penger osv. på grunn av rusen (1, 3, 7, 41).

Noen opplever vanskeligheter med å sitte stille lenge og ubehag ved å forlate møtet før det er slutt (6, 7, 30, 42). Sosial angst, paranoia eller andre vrangforestillinger kan også være utfordringer i det å være i en gruppe (7). Sosial ferdighetstrening kan derimot lette mange av disse utfordringene. Mueser og medarbeidere (7) har gitt veiledning for hvordan dette kan gjøres.

Kliniske retningslinjer

Det er viktig å ikke avvise 12-trinn som uegnet for pasienter selv om mange i behandling har vanskeligheter med å følge opp gruppemøter på jevnlig basis. Å knytte ROP-pasienter til selvhjelpsgrupper må ofte gjøres over lengre tid på en måte hvor man møter pasienten hvor den er. Samtidig er det viktig å presisere at å presse mennesker til å delta i selvhjelpsgrupper uten å ta hensyn til pasientens egen forståelse av sin situasjon kan virke mot sin hensikt (1). Studier har vist at deltakelse kan være verre enn ingen behandling i tilfeller hvor mennesker ut fra rettspraksis dømmes til å gå på AA-møter (13; 43).

12-trinnsgrupper må ikke forstås som det optimale tilbudet for alle. Viser pasienten stor motstand, bør man respektere pasientens valg og eventuelt ta opp temaet på et senere tidspunkt. Mange behandlere beskriver videre at de ofte tar feil i forhold til å forutse hvem som kan ha utbytte av slike grupper (7). Behandlerens rolle handler om å hjelpe pasienten med å vurdere mulige

GIVENDE Å HJELPE: Mennesker som deltar i programmet forteller ofte at de finner en unik kraft i å hjelpe andre som har samme problem som dem selv. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

fordeler ved deltakelse i selvhjelpsgrupper og gjøre pasienten komfortabel med programmet og møteformatene. Det kan være trygt for klienten å følges på møter, og spesielt få høre at det er greit å gå tidlig om det føles ubehagelig. Behandler kan også være med å vurdere hvilke grupper som passer best og hjelpe pasientene å få kontakt med sponsor eller kontaktpersoner i gruppa (7). Det er viktig at behandlere tilbyr å bearbeide opplevelsen av å gå på møter sammen med pasienten (27). Og det viktigste rådet av alle til behandlere som jobber med pasienter med avhengighetsproblematikk: Gå på et åpent møte. Se at det virker. For det gjør det. Og det viktigste rådet av alle til behandlere som jobber med pasienter med avhengighetsproblematikk: Gå på et åpent møte. Se at det virker. For det gjør det. ■

Referanser:

1. Noordsy, Douglas L; Schwab, Brenda; Fox, Lindy; Drake, Robert E. (1996). The role of self-help programs in the rehabilitation of persons with severe mental illness and substance use disorders. Community Mental Health Journal, 32(1), 71-81, 83-86
2. Helse Sør-Øst RHF (2012). Utredningsrapport om en eventuell område funksjon/enhet for dobbeltdiagnosepasienter i Oslo. Utført av Diakonhjemmet Sykehus på oppdrag fra Helse Sør Øst RHF. Diakonhjemmet Sykehus.
3. Vederhus, J. K. (2012). Addiction professionals and substance abuse patients' attitudes towards and usage of 12-step-based selv-help groups. Sammendrag av doktorgradsavhandling. Hentet 20.1.2013 fra: http://urn.np.no/URN_NBN:no-30540.
4. Aase, D. M., Jason, L. A., & Robinson, W. L. (2008). 12-step participation among dually-diagnosed individuals: A review of individual and contextual factors. Clinical Psychology Review, 28, 1235-1248
5. Vederhus, J., Kristensen, Ø., Tveit, H., & Clausen, T. (2008). Tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper: En ressurs i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 10, 1268-1275.
6. Bogenschutz, M. P., Geppert, C. M. A., & George, J. (2006). The Role of Twelve-Step Approaches in Dual Diagnosis Treatment and Recovery. The American Journal on Addictions, 15, 50–60
7. Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2006). Integrert behandling – av rusproblemer og psykiske lidelser. Oslo: Universitetsforlaget
8. Trumbetta, S. L., Mueser, K. T., Quimy, E., Bebout, R., & Teague, G. B. (1999). Social nettworks and clinical outcomes of dually diagnosed homeless persons. Behavior Therapy, 30, 407-430
9. Swindle, R. W., Phibbs, C. S., Paradise, M. J., Recine, B. P., & Moos, R. H. (1995). Inpatient treatment for substance abuse patients with psychia tric disorders: A national study of determinants of readmission. Journal of Substance Abuse, 7, 79-97.
10. Tomasson, K., Vaglum, P. (1998). Psychiatric co-morbidity and aftercare among alcoholics: a prospective study of a nationwide representative sample. Addiction, 93, 423-31.
11. Bogenschutz, M. P. (2005) Specialized 12-Step Programs and 12-Step Facilitation for the Dually Diagnosed. Community Mental Health Journal. 41(1), 7-20.
12. Humphreys, K. (1999). Professional interventions that facilitate 12-step self-help group involvement. Alcohol Research & Health, 23, 93-98.
13. Kristensen, Ø. & Vederhus, J. K. R (2005b). Selvhjelpsgrupper i rusbehandling. Tidsskrift for Den norske legeforening, 20, 125, 2798–2801
14. Ouimette, P. C., Girna, K., Moos, R. H., & Finney, J. W. (1999). A comparative evaluation of substance abuse treatment IV. The effect of comorbid psychiatric diagnoses on amount of treatment, continuing care, and 1-year outcomes. Alcoholism—Clinical and Experimental Research, 23, 552–557.
15. SIRUS (2004). Rustiltak.no. Landsdekkende oversikt over tiltak for rusmiddelbrukere 2004. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning
16. Vederhus, J. K. (2009). Selvhjelpsgrupper i rusfeltet. Rapport om selv hjelp i rusfeltet for Norsk Selvhjelpsforum (NSF). Hentet 23.01.2013 fra: http://www.selvhjelp.no/filestore/Rapportomselvhjelpirusfeltet_301109_endelig.pdf
17. Vederhus, J. K., Laudet, A., Kristensen, Ø., & Clausen, T. (2010). Obstacles to 12-step group participation as seen by addiction professionals: Comparing Norway to the United States. Journal of Substance Abuse Treatment, 39 (3), 210 – 217
18. SHdir & Norsk Selvhjelpsforum (2004). Nasjonal plan for selvhjelp. Hentet 1.2.2012 http://www.selvhjelp.no/filestore/IS-1212_3743a.pdf
19. Helsedirektoratet (2012). ROP-retningslinjene. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og alvorlig psykiske lidelse. Hentet 20.5.2012 fra: http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser/Sider/default.aspx
20. AA (2006). Anonyme alkoholikere. Oslo: Anonyme alkoholikere i Norge.

21. Nowinski J., Baker, S., & Carroll, K. M. (1994). Twelve Step Facilitation Therapy Manual; a clinical research guide for therapists treating Indi viduals with alcohol abuse and dependence. Rockville, Maryland: Natio nal Institute of Helath Publication

22. Nowinski, J. (2011). Twelve Step Facilitation for the Dually Doagnosed Client. Facilitator Guide. Minnesota: Hazelden,

23. Nowinski J. & Baker, S. (2003). The Twelve-Step Facilitation Handbook. A Systemativ Approach to Recovery form Substance Dependence. The Project Match Twelve Step Treatment Protocol. Minnesota: Hazelden

24. Recovery Dynamics (2013). Hentet 20/2-2013 fra: http://www.kellyfdn.com/about.htm

25. Addictologiakademiet (2013). Hentet 20/2-2013 fra: http://www.addictologiakademiet.no/

26. Vederhus, J. K., Hjerkin, B., & Kristensen, Ø. (2011). Selvhjelpsgrupper for rusmiddelavhengige. Tidsskrift for Den norske legeforening, 131, 1204-6

27. Vederhus, J. K., Kristensen, Ø., Laudet, A., & Clausen, T. (2009). Attitudes towards 12-step groups and referral practices in a 12-step naive treatment culture; a survey of addiction professionals in Norway.

28. Meissen, G., Powell, T. J., Wituk, S. A., Girrens, K., & Arteaga, S. (1999). Attitudes of AA contact persons toward group participation by members with mental illness. Psychiatric Services, 50, 1079-1081

29. Zemore, S. E., Kaskutas, L. A., & Ammon, L. N. (2004). In 12-step groups, helping helps the helper. Addiction, 99, 1015-1023.

30. Magura, S., Laudet, A. B., Mahmood, D., Rosenblum, A., Vogel, H. S., & Knight, E. L. (2003b). Role of self-help processes in achieving abstinence among dually diagnosed persons. Addictive Behavior 28(3), 399-413.

31. Bjerke, T. N. (2012). Selvhjelpsgrupper mot rusavhengighet. Tidsskrift for Den norske legeforening. 1 (132), 54–6

32. Stortingsproposisjon nr. 63. (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Hentet november 20, 2007, fra http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod/Dokument/Proposisjonar-og-meldingar/Stortingsproposisjonar/19971998/Stprp-nr-63-1997-98-/1.html?id=201916

33. Koslander, T. & Arvidsson, B. (2007). Patients' Conceptions of How the Spiritual Dimension is Addressed in Mental Health Care: A Qualitative Study. Journal of Advanced Nursing 55 (6), 597–604.

34. Nathanael, F. L. (2013) Der sjelen ligger og ulmer. Om transpersonlig psykologi og psykosyntese. Impuls, tidsskrift for psykologi, 01, 80-93

35. Topor, A. (2004). Vad hjälper? Vägen till återhämtning från svåra psy kiska problem. Stockholm: Natur och Kultur.

36. Kjølstad, H. (2001). Et åndfullt liv uten den sterke ånden (Spiritus Fortis) Om alkoholrelaterte problemer, åndsdimensjonen og gruppeterapi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 38, 920-927

37. McDowell, D., Galanter, M., Goldfarb., L., & Lifshutz, H. (1996). Spirituality in the treatment of the dually-diagnosed: An investigation of patients and staff attitudes. Journal of Addictive Diseases, 15, 55-68

38. Borras, L., Mohr, S., Brandt, P. Y., Gillieron, C., Eytan, A., & Huguelet, P. (2007). Religious beliefs in schizophrenia: Their relevance for adherence to treatment. Schizophrenia Bulletin, 33, 1238–1246.

39. Danbolt, L., Møller, P., Lien, L., & Hestad, K. (2011). The Personal Signifi cance of Religiousness and Spirituality in Patients With Schizophrenia. The international journal for the psychology of religion, 21(2), 145-158.

40. Huguelet, P., Mohr, S., Borras, L., Gillieron, C., & Brandt, P-Y. (2006). Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. Psychiatric Services, 57, 366–372.

41. Jordan, L. C, Davidson, W. S, Herman, S. E. & BootsMiller, B. J. (2002) Involvement in 12-step programs among persons with dual diagnoses. Psychiatric Services. 53(7), 894-896.

42. Bogenschutz, M. P, & Akin, S. J. (2000) 12-Step participation and attitudes toward 12-step meetings in dual diagnosis patients. Alcoholism Treat ment Quarterly, 18(4), 2000, 31.45.

43. Kownacki. R. J. & Shadish, W. R. (1999). Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments. Substance Use Misuse, 34, 1897–916.

44. Nathanael, F. L. (2009). Spirituell overgivelse og mestring. Psykologisk Tidsskrift, 01, 31-37

45. Laudet, A. B., Magura, S., Vogel, H. S., & Knight, E. (2000a). Recovery challengesamong dually diagnosed individuals. Journal of Substance Abuse Treatment 18(4), 321-329.

46. Magura, S., Laudet, A. B., Mahmood, D., Rosenblum, A., & Knight, E. (2002). Adherence to medication regimens and participation in dual-focus self-help groups. Psychiatric Services 53(3), 310-6.

47. Bogenschutz, Michael P. (2007). 12-step approaches for the dually diagnosed: Mechanisms of change. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 31(3) 64-66.

48. Laudet, A. B., Cleland, C. M., Magura, S., Vogel, H. S., & Knight, E. L. (2004). Social support mediates the effects of dual-focus mutual aid groups on abstinence from substance use. American Journal of Community Psychology, 34, 175-185.

49. Magura, S., Knight, E. L., Vogel, H. S., Mahmood, D., Laudet, A. B., & Rosenblum, A. (2003a). Mediators of effectiveness in dual-focus self-help groups. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 29(2), 301-22. ´

50. Laudet, A. B., Magura, S, Vogel, H. S., & Knight, E. (2000b). Support, mutual aid and recovery from dual diagnosis. Community Mental Health Journal 36(5), 457-76.

MÅ ØNSKE Å SLUTTE: Folk må ha et oppriktig ønske om å slutte å bruke rusmidler, for å bli med i en 12-trinnsgruppe. Men det er ikke et krav å være rusfri. Illustrasjonsfoto: Scanpix/Microstock.

Foto: Colourbox.

SPoR inviterer til landskonferanse i Bodø

Traumatiske livshendelser – hvordan lever vi med dem?

Sett av 11. – 13. juni 2014.
Mer informasjon kommer!

Inspirerende dager på Island

Lokalllaget i Hedmark har vervet mange nye medlemmer i år, og som takk fikk undertegnede reise til Island på konferanse.

Av **Randi Olufsen Aasen**

MODERNE KIRKE: Hallgrimskirka er et landemerke i Reykjavik. Foto: Colourbox.

SpoR – Hedmark lokallag vant vervekonkurransen og tur til Island i forbindelse med nordisk konferanse i september i år. Lokallaget har arbeidet over tid med rekruttering av nye medlemmer. Jeg var heldig og fikk denne reisen. Alt det praktiske vedrørende min tur og opphold ble ordnet gjennom landsstyre. I etterkant har jeg blitt spurt om å skrive noe fra turen og konferansen, og med den servicen og omtanken som jeg ble møtt med av hele landsstyret var det lett å si ja til den utfordringen.

Faglig innhold

Navnet på konferansen var Breaking barriers - The Nordic Conference of Mental Health Nursing. Den fant sted i Reykjavik i september i år.

Velkomstkomiteen var godt forberedt og komitémedlemmene var mange. Tidligere president på Island Vigdis Finnbogadóttir innledet konferansen.

Tre og en halv dag var fylt av faglige presentasjoner med ulike prosjekter, masteroppgaver og doktorgradsarbeid. Konferansen inneholdt mange ulike temaer presentert som keynotes eller i korte sesjoner. Temaene som ble presentert var blant annet tvang og ny forskning omkring dette, pasientdeltakelse/brukermedvirkning, åpen dialog i pasientbehandling, om utradisjonell tilnærming i rusfeltet, om selvskading og overgrep, og mange flere gode temaer. Lenke til program for konferansen med de ulike temaene www.breakingbarriers.is

«Det faglige innholdet var godt sammensatt.»

Flotte opplevelser

Island ble en stor opplevelse, og for en nordlending som meg ble det et godt møte med naturen, været og naturkreftene. Været skiftet brått, fra sol, klarvær, vind til regn og tåke. Jeg registrerte raskt at lokalbefolkningen brukte vindtette klær og lue når de beveget seg ute.

På Island finnes mange attraksjoner. Min tur gikk til Blå lagune med mulighet for varmt bad og svoveldamp, mens andre valgte opplevelsen med Golden Circle, som er en ekskursjon til Gullfoss og Geysir. Mange steder kunne man finne utsalgssteder med kunst og kultur fra området, og selvfølgelig inneholdt mye av kunsten produkter av islandsull og lavastein. Island har et stort, flott og nytt kulturhus som ble offisielt åpnet august 2011, bygget av glasskuber. Domkirken var også særegen – ganske ny byggestil, men ikke nytt bygg. Kirketårnet var åpent, og der fikk man panoramautsikt. Bussturen mellom Reykjavik og flyplassen tok omtrent en time. Her kunne man oppleve en spesiell natur, en slags prærie av lavasteiner. Goldt og utrolig spesielt. Tettstedene var virkelig tettsteder. En samling av hus og fabrikker, deretter lange øde strekninger.

Det faglige innholdet var godt sammensatt med god bredde innenfor de ulike temaene. De ansvarlige for konferansen var dyktige i sin gjennomføring, og viste stor interesse for sine gjester. Det manglet ikke på faglige og gode inspirasjoner og diskusjoner på utsiden av konferansen. ■

Mer informasjon om konferansen: www.breakingbarriers.is

Bli en bedre skribent

4. og 5. februar vil vi gjennomføre et skrivekurs i samarbeid med NAPHA for SPoRs' medlemmer.

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

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

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

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

Forøvrig vil det bli mer informasjon om kurset på våre hjemmesider.

Søknadsfrist 15. januar 2014.

Mvh
Kurt Lyngved
Faggruppeleder SPoR

NSFs faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus

SMITTORI

Tekst: **Johan Alvik** Foto: **Rolf Hamilton/SCANPIX**

SMITTEFRYKT: Slik ble døde aidspasienter behandlet i Sverige i 1987. Kroppen ble påført formalin og pakket i plast. Liket ble merket med «smitterisiko». Personalet hadde på seg beskyttelsesdrakter for å ikke bli smittet av hiv. Bildet er fra Rättsmedicinska institutionen i Uppsala i juli 1987. I dag blir de som dør av aids i Sverige behandlet som andre, ifølge Scanpix sin tekst til dette bildet.

Trygghet og kompetanse hos kontaktsykepleiere

I Tromsø deltok 15 psykiatriske sykepleiere i et samarbeidsprosjekt med sykepleierutdanningen. Målet var å se om et tettere samarbeid mellom skole og praksisted ville øke sykepleiernes trygghet og kompetanse som veiledere for studenter i praksis.

Artikkelen er skrevet av:

Bernhard Sæthre, universitetslektor, Universitetet i Tromsø

Sissel Høgmo, fagutviklingssykepleier, Universitetssykehuset i Nord-Norge

Åshild Fause, førsteamanuensis, Universitetet i Tromsø

Tore Ødegård, fagutviklingskonsulent, Tromsø kommune

Praksisstudier har alltid vært en sentral del av sykepleierutdanningen (1). Ved Universitetet i Tromsø (UiT) er praksisstudier i psykisk helse og rus lagt til utdanningens tredje år og foregår i kommune – og spesialisthelsetjenesten. Praksisstudiene varer i ni uker, og studentenes veiledere i praksisfeltet, her omtalt som kontaktsykepleier, følger opp studentene i tillegg til lærer fra utdanningen. I forkant av praksis, får studentene en teoretisk innføring i sentrale tema knyttet til dette fagfeltet (2). Denne artikkelen forteller om et samarbeidsprosjekt mellom sykepleierutdanningen ved Universitetet i Tromsø og praksis knyttet til psykisk helse og rus. Prosjektet har omhandlet styrking av kontaktsykepleiernes trygghet og kompetanse som veiledere i feltet.

Bakgrunn

I Tromsø har det over flere år vært et nært samarbeid mellom praksisfeltet og sykepleierutdanningen om gjennomføringen av praksisstudiene. Ved praksisstart ønskes studentene velkommen av representanter fra praksisfeltet, og introduseres for tjenestetilbudet i feltet. I løpet av praksisperioden gir fagfolk i praksisfeltet et langsgående undervisningstilbud som et supplement til den undervisning som gis på universitetet.

Som et ledd i å videreutvikle dette samarbeidet, ble det høsten 2010 søkt om «Samarbeidsmidler» for oppfølging og skolering av kontaktsykepleiere (3). Representanter fra praksisfeltet og utdanningen etablerte ei prosjektgruppe for å lede og koordinere prosjektet. Prosjektet skulle gjennomføres studieåret 2010/2011 og 15 kontaktsykepleiere med spesiell interesse for veiledning av studenter deltok. I forkant av praksisperioden ble sykepleierne invitert til et dagsseminar der hovedtema var «Sykepleie i psykisk helse», «Veiledningspedagogikk/-metodikk» og «Praksis som læringsarena». De fikk i tillegg utdelt aktuell litteratur knyttet til veiledning og psykiatrisk sykepleie. Kontaktsykepleierne ble delt i tre veiledningsgrupper som møttes to ganger i løpet av praksisperioden. Hver gruppe ble veiledet av en lærer fra utdanningen og en sykepleier fra praksisfeltet med veiledererfaring. Hensikten med gruppene var å etablere et rom for å dele erfaringer, samt få veiledning på egen veiledning. Etter begge praksisperiodene møttes deltakerne til et halvdags evalueringsseminar. Det ble samtidig opprettet et månedlig samarbeidsforum der fagutviklere og sykepleiere fra praksisfeltet og lærere fra utdanningen møttes.

Tidligere studier

Praksisstudier har alltid utgjort en stor del av sykepleieutdanningen. Det har derfor i årenes løp vært gjennomført en rekke studier knyttet til organisering, oppfølging og kvalitet, egnete praksisplasser osv. Studiene er i all hovedsak gjennomført innenfor det somatiske fagfeltet. Vi har sett på studier som har satt fokus på *kontaktsykepleieres rolle og*

TILBAKEMELDING: Sykepleiere som veileder studenter i praksis, kan ha utbytte av å få tilbakemelding på egen veiledning fra høgskolelærere. Illustrasjonsfoto: Colourbox. (Personene på bildet er ikke identisk med personene som deltok i prosjektet.)

ferdigheter og betydningen av å styrke veiledningskompetanse hos disse (4). Felles for disse studiene er at de vektlegger å styrke og videreutvikle veiledningskompetansen til kontaktsykepleiere og praksisveiledere. Samtidig som de også viser til betydningen av samarbeid mellom høyskole/universitet og praksisfeltet.

Metode

Studien baserer seg på data fra fokusgruppeintervju og muntlig evaluering i tillegg til relevante studier i feltet.

Fokusgruppeintervju

For å få mer inngående data om de erfaringer, synspunkter og utbytte deltakerne satt igjen med, etter at prosjektet var avsluttet, gjennomførte prosjektgruppa to fokusgruppeintervju med tre og fire deltakere (5). Hver med en varighet på cirka en time. I forkant var det utarbeidet en intervjuguide med nøkkelspørsmål. Gruppene var satt sammen av kontaktsykepleiere fra ulike praksisfelt. To medlemmer av prosjektgruppa var ansvarlig for gjennomføringen. Mens det ene la til rette for samtalen i gruppen, noterte den andre ned hovedmomenter av det som ble sagt. Mot slutten av samtalen, delte sistnevnte sine refleksjoner med deltakerne. Samtalen ble tatt opp på bånd, transkribert, bearbeidet og analysert i ettertid. En innvending er at både leder og medhjelper var medlemmer av prosjektgruppen, og på den måten har kunne påvirket og begrenset type informasjon som ble løftet fram i samtalen.

«Samarbeid mellom høyskole og praksissted er nøkkelen til bedre praksisstudier.»

Tilbakemelding underveis og åpen evaluering i plenum

Underveis i prosjektperioden har de prosjektansvarlige fortløpende notert ned kommentarer og tilbakemeldinger fra de involverte kontaktsyke-

pleierne. I tillegg ble det gjennomført et oppsummerings- og evalueringsseminar for deltakerne i etterkant av prosjektet. Notatene preges nok av prosjektgruppas tolkning av de opplysninger som her kom fram, men de gir likevel vesentlig informasjon om prosjektet og deltakernes erfaringer.

Presentasjon av funn

Deltakerne nevnte tre forhold som betydningsfulle for å styrke deres trygghet og kompetanse som veiledere:

Å tydeliggjøre praksisveileders rolle og ansvar
Kontaktsykepleierne ønsker å utvikle seg som veiledere. Gjennom prosjektet opplevde de seg mer verdsatt enn vanlig, og at den jobben de gjør anses som viktig. De var bevisste på at de er rollemodeller for studentene, og opplever det som positivt at prosjektet har rettet fokus mot veileder- og sykepleierrollen, og spesifikt sykepleierrollen i psykisk helsefeltet. De erkjente at fagkompetanse og –kunnskap også handler om å tydeliggjøre egne erfaringer. De erfarte at studentene er forskjellige med ulikt behov for oppfølging, noe som krever ulik tilnærming og tid til veiledning.

Samarbeid mellom praksisfeltet og universitet
Prosjektet har bidratt til å fremme samarbeidet mellom praksissted og universitetet. Det har gitt større trygghet ved oppfølgingen av studentene. Informasjonsflyten og støtten til å gi veiledning er blitt bedre. Prosjektet har trolig også bidratt til økt fokus på målsettingen for praksis og større bevisstgjøring på forventninger – studentenes forventninger, praksisfeltets forventninger og universitetets forventninger. Kontaktsykepleierne er blitt bedre forberedt før studentene kommer i praksis og har i større grad utarbeidet planer for oppfølgingen i praksisperioden. Dette har samlet gitt en større forutsigbarhet for alle parter.

«Kontaktsykepleierne ønsker jevnlig oppfølging og råd.»

Oppfølging av kontaktsykepleier
Kontaktsykepleierne har opplevd seminarene med faglige innslag som faglig «påfyll» og bidratt til å «holde gnisten oppe». Veiledningsgruppene underveis har vært en viktig arena hvor kontaktsykepleierne har utvekslet erfaringer. Det har vært et rom hvor kontaktsykepleierne har reflektert over de ulike utfordringer knyttet til veiledning av sykepleiestudenter i praksis. Disse veiledningsgruppene har bidratt til en større trygghet og kompetanse hos kontaktsykepleierne. Noen beskriver også prosjektet som belønning i en travel hverdag.

Diskusjon

«Det er viktig å ha et så godt samarbeid med lærer på skolen som vi har».
Utsagnet fra en av deltakerne i prosjektet forteller at det er viktig med et godt samarbeid mellom skole og praksisfelt. Betydningen av dette samarbeidet framheves i en rekke forskningsstudier og nå seinest i St.meld. nr. 13 som stiller tydeligere krav og forventninger til praksisfeltet (6). Sykepleierutdanning ved Universitetet i Tromsø (UiT) har en klar praksisprofil og *«tilstreber et nært samarbeid med praksisfeltet, og lærere tilbringer derfor tid sammen med studentene i deres praksisstudier»* (7). Ved en rekke sykepleierutdanninger i landet har tendensen vært det motsatte. Lærerne er mindre til stede i praksisfeltet og ansvaret for studenten overlates til sykepleieveileder. Utdanningen mister på mange måter sin legiminitet og relevans hvis ikke høyskoler og universitet arbeider tettere med yrkeslivet. Høsten 2013 satte tidsskriftet Sykepleien søkelys på sykepleierutdanningen og i en undersøkelse de har gjennomført kommer det fram at både studenter og lærere er bekymra for utdanningen som tilbys (8). Studentene er misfornøyde med praksisstudiene og lærerne er bekymra for om studentene kan det de må kunne for å utøve en forsvarlig sykepleie. Vi vil hevde at et forpliktende og likeverdig samarbeid mellom høyskole og praksissted er nøkkelen til bedre praksisstudier, og gjennom det vil kvaliteten på pleien øke.

UiT har en stabil lærergruppe med god kjennskap til praksisfeltet innen psykisk helse både som sykepleiere og som lærere. Etableringen av et månedlig forum for informasjons- og erfaringsutveksling mellom utdanning og praksisfelt, har vist hvor vesentlig det er med en nær dialog og fortløpende kunne diskutere saker som omfatter samarbeid, studentenes hverdag og oppfølging. I tillegg er det opprettet organ på et overordnet administrativt nivå, med ansvar for avtaler om studentplasser.

«Det er bra med en arena hvor man kan prate med skolen».
En av kontaktsykepleierne trakk fram den nære kontakten med lærerveileder som særs viktig. I

tillegg til de faste avtaler mellom student, lærer og kontaktsykepleier (innledende samtale, midt- og sluttevalueringer av student) har prosjektet utvidet det ytterligere til fire møtepunkter mellom kontaktsykepleiere og lærere. Seminarene i for- og etterkant av praksis, har vektlagt sentrale tema knyttet til veilederrollen, veiledningsmetodikk, studentens og utdanningens læringsmål, organisering av praksisstudiene osv. Veiledningsamlingene fungerer mer som et «fristed» med rom for å lufte utfordringer og frustrasjoner som den enkelte måtte stå overfor i sin hverdag. Her har det vært mulig å diskutere, bli veiledet og løse de problemer som måtte oppstå, og på den måten justere kursen underveis på en smidig og uformell måte. Gjennom prosjekter har lærerveileder i tillegg til å rette oppmerksomheten mot student, også lagt til rette for praksisveileders behov for støtte og veiledning. Veiledningsgruppene fungerte også som en viktig arena for utveksling av erfaringer mellom praksisveiledere fra ulike praksissteder.

«Jeg vil utvikle meg som kontaktsykepleier»

Det er kontaktsykepleieren som fører studenten inn i rollen og identitetsdannelsen som sykepleier og som betyr mest og er viktigst for studentens læring i praksis. Ofte blir refleksjon over utførte handlinger mindre vektlagt hos kontaktsykepleierne enn det å vise studentene ulike ferdigheter i praksis (9). De fleste studier vedrørende kontaktsykepleieres veiledning av sykepleiestudenter er gjort i somatikken. Vår erfaring er at kontaktsykepleiere med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie eller psykisk helsearbeid har en langt større erfaring med faglig veiledning enn i den øvrige helsetjenesten.

Et tiltak som ble iverksatt for å tydeliggjøre kontaktsykepleierens ansvar for studentens læring, var å tilby kontaktsykepleierne veiledning. Veiledning på veiledning og etterveiledning kan bidra til en bevisstgjøring hos kontaktsykepleierne for hvordan fremme læring og utvikling hos studenten (10). Kontaktsykepleierne ønsker jevnlig oppfølging og råd. Behovet viser seg spesielt når det er utfordringer knyttet til enkeltstudenter. De erfarne sykepleiere fra praksisfeltet som inngikk som veiledere, hadde iblant en større evne til å sette seg inn i og forstå de problemstillinger som ble løftet fram i gruppen.

Konklusjon

Denne artikkel viser at det ligger et stort potensial til å utvikle spennende prosjekter i samarbeidet mellom praksisfelt og utdanningsinstitusjon. Fortsatt blir innhold og fokus i både utdanning, fagutvikling og forskning i stor grad lagt opp og definert av universitet og høyskolers premisser. Fra høsten 2012 opprettet Universitetssykehuset Nord-Norge HF kombinerte stillinger i 20 % for både sykepleiere fra praksisfeltet og lærere i utdanningen som i fellesskap skal videreutvikle praksisstudiene. Et tettere samarbeid vil gi praksisfeltet større innflytelse i forbindelse med revidering av fag- og undervisningsplaner. Her ligger det store muligheter til å knytte enda tettere bånd mellom utdanning og praksis, samt etablere spennende fag- og forskningsprosjekter. Ved at både kommune – og spesialisthelsetjeneste har deltatt i prosjektet, har man etablert en unik samarbeidslæringsmodell i tråd med de utfordringer Samhandlingsreformen stiller for framtidas helsetjeneste. Reformen har blant annet til hensikt å bedre samarbeidet mellom ulike nivå i behandlingskjeden og mellom utdanningsinstitusjoner og praksisfelt (11). Prosjektet har med dette bidratt til et samarbeidsforum som kan komme til nytte i tiden framover. Som en konsekvens av Samhandlingsreformen må kommunehelsetjenesten gis en enda større betydning som praksisarena for våre studenter. ■

Referanser:

1. Fause, Å. (2002): Et fag i kamp for livet. Sykepleiens historie i Norge, Bergen: Fagbokforlaget.
2. Studieenhetshefte 3. år, Bachelorutdanning i sykepleie, Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige Fakultet, Universitetet i Tromsø
3. Strategiske føringer for tildeling og bruk av samarbeidsmidler, Institutt for Helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø..
4. Christiansen, B. (1996): Hvorfor satse på kontaktsykepleieren? Høgskolen i Oslo, Wik, K.E. & Vråle, G.B (2007): Etterveiledning i sykepleiefaglig veiledning. Vård i Norden. No. 85, Reime, Marit Hegg (2009): Sammen for bedre praksis. Høgskolen i Bergen, Bjørke, Gerd (2011): Praksisutvikling 2010. HSH-rapport 2011/3. Høgskolen Stord/Haugesund, Aigeltinger, E, G. Haugan og V. Sørlie (2012): Utfordringer med å veilede sykepleiestudenter i praksisstudier, Sykepleien Forskning nr. 2, 2012.
5. Malterud, Kirsti (2011): Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring, Oslo: Universitetsforlaget
6. St meld nr. 13 (2011-2012): Utdanning for velferd. Samspill i praksis.
7. Fagplan for bachelorutdanning i sykepleie, Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige Fakultet, Universitetet i Tromsø.
8. Dolonen, Karin Anne og Ann Kristin Bloch Helmers (2013): Studenter og lektorer har talt Sykepleien 2013; 21, 10
9. Foss, Jette (2007): Vurdering av praksisstudier. Universitetet i Oslo, s.32 og 4, s.17
10. Reime, Marit Hegg 2009:44 Sammen for bedre praksis. Høgskolen i Bergen.
11. St meld nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid

FØLELSER: Munch malte ikke det han så, men det han følte da han så, ifølge psykiater og professor Lars Weisæth. Den røde himmelen i «Skrik» kan for eksempel være inspirert av morens blodige hoste før hun døde av tuberkulose. Foto: Scanpix.

Munch malte det han følte

Edvard Munchs liv og bilder i et traumeperspektiv, var tema da psykiater Lars Weisæth holdt foredrag for SPoR Aust Agder.

Tekst **Tone Bryn Damsgård, Bente Olsen, Olaug Susort, Anne-Mette Jakobsen, Dora Lien Olsen og Eli Jorid Sveipe** Styret i SPoR Aust Agder

Den 19. september var det duket for temakveld om Edvard Munch på Havnepuben i Arendal. Arrangører var Faggruppa for Sykepleiere innen Psykisk Helse og Rus i Aust Agder. Havnepuben har tradisjon for filosofipub og dette var vårt tredje arrangement der.

I år er det 150 år siden Edvard Munchs fødsel. Han ble født 12. desember 1863 på Løten i Hedemark. Jubileumsåret har vært markert på ulike måter. Startskuddet gikk naturlig nok på Løten høsten 2012. Tusener har strømmet til utstillinger i innland og utland. Munchs sommerhus i Åsgårdsstrand ble nylig fredet. Dette var vår lokale markering.

Traumeperspektiv

Kveldens foredragsholder var psykiater og professor Lars Weisæth. Han er ansatt ved Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress (NKVTS) i Oslo. Tittelen på hans innlegg var: «Edvard Munchs liv og bilder i et traumeperspektiv».

Weisæths påstand er at Munch var langt forut for sin tid når det gjaldt å bearbeide vanskelige hendelser i livet. 100 år forut for det fagfeltet Weisæth selv har gjort betydelig forskning på.

Historie

Illustrert av Munchs bilder ble vi loset gjennom kunstnerens livshistorie.

Året etter Munchs fødsel flyttet familien som da besto av far Christian, mor Laura Cathrine og storesøsteren Johanne Sophie til Christiania der faren fikk jobb som korpslege ved Akershus slott og festning. Allerede var morens helse svekket og hennes søster Karen hadde bodd hos dem for å hjelpe med hus og barn.

I Oslo kom det tre søsken til. Munchs mor ble stadig svakere og da hun bar fram det yngste barnet hadde hun visshet om at hun kom til å dø. Edvard var fem år da moren døde av tuberkulose. Bildet «Barndomserindring» viser Munch sammen med sin mor, usikker klamrende til hennes skjørt. Dette kan tolkes som den tilknytning han kjente til henne.

Etter morens død trådte søsteren Karen inn som pleiemor. Hun ble Edvards kunstneriske og emosjonelle støtte hele livet. Edvard hadde vært ett skjørt barn helt fra presten ble tilkalt for nøddåp på Løten. Han var ofte syk i oppveksten med giktfeber og astma. Tante Karen oppmuntret ham til å tegne. Hun hadde selv ett kunstnerisk talent.

15 år gammel dør hans storesøster Sophie også av tuberkulose. Edvard er året yngre. «Det syke barn» er ett av hans mest kjente kunstverk. Weisæth viste til teknikken som er brukt i dette bildet. Ett opprør mot datidens maletradisjon. Han malte og skrapte bort, lag på lag, lot fargene renne nedover. Ifølge Weisæth malte han dette bildet om igjen med noen års mellomrom. Kanskje til han fikk ro i sinnet. Posttraumatiske reaksjoner arter seg som minner/bilder som vender tilbake og ikke gir fred. «Døden i sykeværelset» fremstiller også søsterens død.

Berømmelse og vansker

Munch viste ett stort talent og ble tidlig kjent. Han var en kort periode innom en teknisk fagskole, men kom til at det var maler han skulle bli.

Tanke Karens tro på hans talent var urokkelig: «Det er tro Edvard, like mye som jeg tror på Gud, tror jeg på deg som kunstner». Og tante Karen fikk rett. Ganske snart var hans første bilde på plass i Nasjonalgalleriet «Vaar».

Utenlandsopphold og store oppdrag ventet. Berømmelse, men også vansker. Han slet med nerver og alkohol. I 1908 la han seg inn på Nerveklinikk i København.

Christianiabohemene satte preg på hans liv. Ett av deres bud var «Skriv ditt liv». Noe som inspirerte Munch til å skrive litterære tekster.

Malte det han følte

Hva er det ved Munchs bilder som fascinerer kunstinteresserte i alle land? Weisæth pekte på at Munch ikke malte det han så, men det han følte da han så.

Fargesymbolikken peker også mot følelsene. Det røde lidenskapelige, det hvite uskyldsrene og det mørke sorgtunge i flere av bildene. Weisæth pekte på at himmelen i «Skrik» kan vise tilbake til morens sykdom med blodig hoste.

Tante Karen døde i 1931 og det sies at Munch ikke klarte å gå i hennes begravelse. Han fulgte jordfestelsen på 300 meters avstand. Hun hadde vært hans støtte og morserstatning livet ut.

Ved sin død i 1944 hadde Munch testamentert hele sin produksjon til Oslo kommune. Munch museet sto ferdig til 100 årsjubileet i 1963. Og etter mye om og men skal det bygges nytt Munch museum i Bjørvika også vedtatt i jubileumsåret.

Edvard Munch var produktiv helt fram til sin død. Han er vår mest kjente kunstner. Hans sårbarhet og storhet har blitt en del av vår nasjonale identitet. Boken om tante Karen som er utgitt i jubileumsåret anbefales på det varmeste. ■

«Gutter kan oppleve det som vanskelig å være tynn.»

UHELDIG TRENING: Noen gutter blir fristet til å bruke anabole steroider for å få større muskler. I Haugesund jobber nå Helsestasjon for ungdom med å spre kunnskap om skadevirkningene, for å forhindre at flere bruker slike midler. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Til kamp mot anabole steroider

I Haugesund har vi kartlagt treningsvaner og bruk av anabole steroider blant gutter og satt i gang forebyggende tiltak. Vi tilbyr også guttene egne trefftider på Helsestasjon for ungdom.

I Haugesund har vi i prosjektet «Gutter mot anabole steroider» satt oss som mål å styrke kunnskaper om trening og kosthold blant gutter 14–17 år for å forebygge bruk av prestasjonsfremmende midler. Forankring av tiltaket ligger i kommunens russatsing med midler fra Helsedirektoratet. Selve prosjektet er forankret på Helsestasjon for ungdom, HFU.

Bakgrunnen for prosjektet er en prosess som har bygget seg opp over tid. Kommunen har fått forespørsel om tiltak rettet mot bruk av anabole androgene steroider (AAS). Ansatte i kommunen var usikre på hvor de skulle henvise til ved spørsmål om AAS. En så behov for tiltak og opplysning omkring bruk av AAS både for brukere og pårørende av brukere. Media har også satt sitt søkelys på problematikken og utfordret kommunen på å tydeliggjøre hvilke tiltak som settes inn for å hjelpe målgruppen.

Prosjektperioden varte fra november 2012 til mai 2013. Prosjektet har to ansatte, en helsesøster i 40 prosent stilling og en spesialsykepleier i 40 prosent stilling. Vi har også hatt samarbeid med mannlig lege på Guttedag.

Det er gjort lite studier på hvilke tiltak som gir best effekt i forebygging av AAS bruk blant unge gutter. Det er behov for undervisningsopplegg om AAS i skolen og kompetanseheving blant ansatte som jobber med ungdom (Uteseksjonen Stavanger, 2012). Unge gutter står ovenfor mange utfordringer og valg som kan påvirke deres nåværende helse og gi store konsekvenser for deres fremtidige helse. Dagens formidling av kroppsidealer til unge gutter er sterkt preget av sosiale og tabloide medier. De retusjerte bildene er medieskapt og presenterer et kroppsideal som er uoppnåelig for de fleste. For gutter kan det oppleves som vanskelig å være tynn, og eventuelle komplekser for dette kan føre til bruk av skadelige metoder for å øke muskler og kroppsstørrelse (Barland, Johannesen og Tangen, 2010). Gjennom prosjektarbeidet ønsker vi å nå ut til målgruppen og bidra med å utvikle et positivt kroppsbilde samtidig som vi gir nøktern informasjon om risiko ved bruk av AAS. Ved å bidra til å styrke bevissthet og kunnskaper om trening og kosthold blant gutter 14–17 år kan vi forebygge bruk av AAS.

Del 1 av prosjektet består av 18 egenkomponerte spørsmål som inngår i spørreundersøkelsen Ungdata. Spørsmålene omfatter temaer som trening, kosthold og prestasjonsfremmende midler.

Del 2 av prosjektet består av forebyggende tiltak: informasjonskampanjer, undervisning i skolene, samarbeid med treningssentre og tilgjengelighet på HFU.

Kartlegging

Ungdata er et resultat av et faglig samarbeid mellom NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring), KoRus Vest Stavanger (kompetansesenter rus) og Kommunesektorens organisasjon (KS). Undersøkelsen er et kvalitetssikret system for gjennomføring av lokale spørreskjema undersøkelser blant elever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring. Kartleggingen av den lokale oppvekstsituasjonen er godt egnet som grunnlag for kommunalt plan- og utviklingsarbeid knyttet til folkehelse og forebyggende arbeid overfor ungdom. Alle elever på ung-

Av **Espen Grunnaleite**, spesialsykepleier, Haugesund kommune, rusteamet

Av **Liv Siiri Hoika,** helsesøster Haugesund kommune

Av **Eirik Røthing Simonsen,** lege Guttedag, Haugesund kommune

domstrinn og på videregående skoler ble bedt om å delta. Gjennom de egenkomponerte spørsmålene i Ungdata ønsker vi å kartlegge omfang av AAS bruk i målgruppa, og undersøke treningsvaner og motivasjon. Resultater fra undersøkelsen er i dag ikke analysert.

Forebygging

Utgangspunktet for utarbeidelse av våre tiltak er handlingsplanen utarbeidet av Uteseksjonen i Stavanger etter deres kartlegging i 2011/2012. Informanter i denne kartleggingen besto av både brukere av AAS, hjelpeinstanser for ungdom, treningssentre og pårørende til AAS brukere. Å øke kunnskapsnivå om AAS bruk blant ungdom, dem som jobber med ungdom og foreldre er noen forebyggende tiltak som foreslås (Uteseksjonen Stavanger, 2012). Foruten prosjektet er det ikke satt av andre økonomiske midler i Haugesund kommune. Vi ser derfor behov for forebyggende tiltak som kan implementeres i allerede etablert drift med de rammer en vanligvis har til rådighet.

Samarbeid med treningssentre

Ved å invitere treningssentrene til samarbeid, tilby undervisning på skolene og gjøre helsetilbudet til gutter på HFU bedre kjent ønsker vi å styrke nettverket rundt målgruppen. Gjennom dette samarbeidet har vi inngått en avtale med fire av fem sentre om en felles holdningskampanje om nulltoleranse til prestasjonsfremmende midler. Hvert av sentrene stiller med en kontaktperson som inngår i nettverkssamarbeidet vi har initiert. Tilbakemeldinger fra sentrene viser en tendens blant enkelte kunder: de melder seg inn i et nytt senter om de blir bortvist på grunn av uønsket atferd eller bruk av AAS.

«Vi har nulltoleranse for doping - vi står sammen!»

Det er utarbeidet en felles uttalelse som er flettet inn i kundekontraktene slik at vi får samme praksis på treningssentrene i Haugesund og dermed også en mer forutsigbar praksis. De nye vilkårene som skal implementeres er som følger:

1. Sentrene skal kunne utvise kunder med uønsket/ bekymringsfull atferd.
2. Sentrene som samarbeider kan utveksle informa sjon om kundene som er utvist.

Disse vilkårene kan gjøre det lettere for sentrene å få oversikt over hvilke medlemmer som ikke forholder seg til vilkårene og dermed kunne tilby dem hjelp og veiledning i et større nettverkssamarbeid. Ved tidligere praksis har man ekskludert medlemmet uten videre oppfølging da man ikke har hatt andre alternative tiltak. Målet med et nettverkssamarbeid og kontaktpersoner er å knytte sentrene opp mot HFU slik at de kan formidle kontakt. Om en gutt har fått utfordringer relatert til AAS og dette fører til at vedkommende blir utestengt, kan senteret henvise til HFU. Vi kan tilby guttene samtale med lege, og ved behov henvise videre. Treningssentrene har informasjonsplakater om Guttedag/ HFU og henviser ungdom som har behov. Treningssentrene har en kontaktperson vi kan bruke ved behov og ungdom vi treffer på HFU eller på skole kan ta kontakt med de aktuelle kontaktpersonene på senteret de trener. Skoler kan også ta kontakt med HFU eller kontaktpersoner på treningssentrene dersom utfordringer eller trender om kropp og trening viser seg i skolemiljø. Treningssentre som samarbeider viser sine holdninger på vår nettside Guttedag.no: «Vi har nulltoleranse for doping- vi står sammen!»

Undervisning på skolene

Vi har satt oss et mål om å tilrettelegge en undervisningspakke til gutter i målgruppen om sammenhengen mellom kroppsbilde, trening og kosthold som kan benyttes i skolen. Undervisningen på skolene har vært lagt opp i samarbeid med kroppsøvingslærere og sosiallærere på de ulike skolene, og skolene har valgt ulike varianter: En skole har valgt undervisning til bredden (både gutter og jenter 1. trinn), en skole har valgt målrettet helseopplysning til gutter som trener og en skole har valgt samtalegruppe for gutter over tid.

Mannlig lege på Guttedag HFU har hatt en sentral rolle når det gjelder helseopplysning og har hatt positiv erfaring med å være i kontakt med skolene. Videre framover ser vi mulighet for tettere samarbeid mellom skole og legen på Guttedag når det gjelder guttehelse.

Guttegruppe på ungdomsskolen

Vi har drevet en samtalegruppe med tema om guttehelse for gutter i 10. klasse.

Gruppen ledes av 2 menn, sosiallærer på skolen og spesialsykepleier prosjektansatt i Haugesund kommune. Vi ønsker å se om gruppen kan fun-

REKLAMEKAMPANJE: Plakater med informasjon om at det tilbys trefftider bare for gutter ved Helsestasjon for ungdom er hengt opp på treningssentre, skoler og andre steder i Haugesund.

gere informativt og kunnskapsbyggende om riktig kroppsideal, trening, kosthold og muskelbygging? Kan gruppen ha en preventiv virkning, forebygge bruk av prestasjonsfremmende midler og være med på å øke bevisstheten om eget potensial og egne ressurser blant guttene?

Samtalegruppen er av og for gutter. Den skal være med å gi gutter økt bevissthet omkring egne valg, økt mestringsfølelse og selvtillit som gutt i hverdagen. Det skal være et sted hvor man kan diskutere ulike emner og problemstillinger gutter er opptatt av – sammen med andre gutter og mannlige gruppeledere. Gruppen er eksklusiv og skal gi muligheten til å kjenne på tilhørighet. Gruppen skal være ett forum hvor gutter kan få hjelp til å se konsekvensene av de valg man tar i ulike situasjoner. Evaluering er ikke gjort fordi gruppa ikke er avsluttet.

Øke kunnskap om AAS blant ansatte

Prosjektdeltakere og andre ansatte på HFU har deltatt på kurs og nettverkssamlinger om AAS bruk. I prosjektperioden har prosjektansatte satt seg inn i tema ved å lese litteratur og tilgjengelige rapporter, artikler og undersøkelser gjort fra 2008 og fram til i dag. Rutiner omkring samtaler med ungdom er gjennomgått på ny sammen med andre ansatte på HFU, og vi har reflektert omkring holdninger og etikk ved hjelp av case og rollespill. Det er satt av tid til internundervisning etter prosjektperioden der ansatte i helsesøstertjenesten inviteres inn.

Øke kunnskap om AAS hos pårørende

HFU mottar telefoner fra pårørende som er bekymret. Lege på guttedag har gitt informasjon etter behov, og kan henvise videre til behandling. Dersom pårørende ønsker oppfølging over tid henvises de til Veiledningssenteret for pårørende i Haugesund. Prosjektet foreslår som tiltak videre at det settes av midler til informasjon til foreldre i målgruppa.

Nettsider

Offentlige nettsider er informative, men inneholder informasjon om mange forskjellige tjenester og det kan være vanskelig å orientere seg. For å nå målgruppen med nyttig informasjon er det nødvendig å gjøre nettsidene til HFU og Guttedag mer brukervennlige og tilgjengelige. Nettsidene må være mer attraktive og tilbudet må være tilpasset målgruppen.

Vi fikk kjøpt et eget domene guttedag.no som loser brukeren direkte inn på egen nettside med faktabokser.Siden er oppdatert på informasjon og oppgradert på funksjon. Brukeren kan klikke seg inn på faktabokser med forskjellige tema med informasjon og gode linker til andre opplysningssider. Snart kan guttene også laste ned guttedag.no applikasjon «app» på smarttelefon med samme faktainformasjon som på nettsiden.

Reklamekampanje

Vi fikk laget en reklamekampanje bestående av forskjellige plakater med aktuelle temaer rundt guttehelse som plasseres på sentrale steder i Haugesund. De henger blant annet på treningssentre, i idrettshaller og på skoler. Plakatene er iøynefallende med kort og informativ tekst. Det ble innkalt til pressekonferanse der lokale medier fikk invitasjon og både radio og tv lagde reportasjer med intervjuer om prosjektet og Guttedag på HFU

Guttedag

Guttedagen i Haugesund ble etablert i 2008 med midler fra Helsedirektoratet og abortforebyggende tiltak. Tall fra HFU viste at det hovedsakelig var jenter som benyttet helsetilbudet. Det er en forsøksordning som har vist stigende besøkstall etter oppstarten. Målet med Guttedag er å senke terskelen for å søke helsehjelp for guttene, slik at flere gutter bruker tilbudet på HFU. Tallene fra 2012 viste at det var 95 prosent jenter som besøkte helsestasjonen. Jenter bruker dette tilbudet i mye større grad enn gutter, blant annet fordi helsestasjonen for eksempel skriver resept på subsidiert prevensjon. Jenter kommer også flere sammen, mens gutter oftere kommer alene. Legen erfarer at gutter gjerne kan komme sammen for å ta en klamydiatest, men dersom de har andre, mer alvorlige spørsmål – da kommer de alene. Guttedagen er skapt for å gi disse guttene et tilbud – uten at de trenger å være redd for å møte venninner på venterommet. Onsdager klokken 14–16 er det Guttedag og jenter har ingen adgang. Guttedag er bemannet med helsesøster og mannlig lege, og i prosjektperioden også en mannlig spesialsykepleier. Tallene viser at de fleste som kommer på Guttedagen, kommer for å teste seg for klamydia. Guttene kommer også med spørsmål om kropp, om vanlige plager og for samtaler om psykiske plager. Vi har anledning til å gi time til psykolog ansatt på HFU.

Som lavterskeltilbud har Guttedagen også blitt benyttet flere ganger der det har vært konflikter mellom pasient og fastlege. Det har vært behov for akuttinnleggelser på psykiatrisk og vi har fått tilbakemeldinger ved flere av disse konsultasjonene av svært takknemlige pasienter.

Målsetting er at alle gutter kan komme – med alle mulige spørsmål. Likevel har vi valgt å be guttene om å oppsøke fastlege for å få hjelp til enkelte medisinske behov. Dette er for å skille mellom våre og fastlegenes oppgaver (rett oppfølging), samt forhindre misbruk av tilbudet.

Guttedagen er nå godt kjent i Haugesund etter godt og langsiktig informasjonsarbeid fra HFU og stabil drift i snart 5 år. Kommunen har også hjulpet med midler til en informasjonskampanje. Dette har gjort at vi nå brukes i stadig større grad – og vi ser hver uke at det er behov for tilbudet.

Avslutning

Den nye ruspolitiske handlingsplanen understreker viktigheten av å styrke kompetanse om dopingmidler, behandling og forebygging (Meld. St. 30 2011-2012). HFU er et lavterskel helsetilbud til ungdom, og behandling av AAS problematikk hører til i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke hensiktsmessig at ansatte på HFU skal opparbeide seg spisskompetanse på doping, men heller øke kunnskapsnivået og vurdere hvordan man kan bruke allerede etablerte tiltak og treffpunkter til forebyggende arbeid. Med våre tiltak håper vi å være mer tilgjengelige for målgruppen og gjøre terskelen lavere for gutter generelt slik at flere tar kontakt og bruker HFU. ■

Referanser:

1. Barland, B., Johannesen, C.A og Tangen, J.O (2010): Doping, muskler, mestring og mening. En kvalitativ studie av unge menns bruk av muskelbyggende medikamenter. PHS forskning 2010:6. Politihøgskolen, Oslo
2. Meld. St. 30 (2011-2012): Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika-doping. Hentet fra:
3. http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-30-20112012.html?id=686014
4. Uteseksjonen Stavanger (2012): Anabole steroider ungdom. Bruk av androgene-anabole steroider blant gutter 16–20 år i Stavanger. Rapport: Hurtig kartlegging og handling. Uteseksjonen, Stavanger

Illustrasjonsfoto: Colourbox

Ansvars- og oppgavedeling i psykisk helsevern

Sykepleiere er en av hovedaktørene i den polikliniske behandling i det psykiske helsevernet. Yrkesgruppen står for 27 % av utredning, behandling og oppfølging. Samtidig er det forskjeller mellom helseregionene i hvor stor andel av konsultasjonene som utføres av psykolog, sykepleier og lege, viser en ny rapport.

Rapporten, som bygger på tall fra Norsk Pasientregister, viser at psykolog var registrert som utførende helsepersonell i den største andelen av konsultasjonene (32 %), etterfulgt av sykepleiere (27 %) og leger (21%). Rapporten tyder på at det er en klar arbeidsdeling mellom profesjonene, både når det gjelder hvilke pasienter de har ansvar for, og i hvilke deler av pasientforløpet de er mest involvert.

Sykepleierne er registrert som behandlingsansvarlige for konsultasjoner innenfor et bredt spekter av tilstander og innenfor alle deler av pasientforløpet. Både når det gjelder behandling (25 %), indirekte pasientkontakt (34 %), kontroll (24 %) og utredning (18 %). Sykepleiere skiller seg ut ved å stå for den største andelen av konsultasjonene knyttet til tilstander innenfor schizofrenispekteret.

Forskjeller mellom helseregionene

Nasjonal statistikk viser betydelige forskjeller i tilbudet i det psykiske helsevernet. I Helse Midt-Norge utføres det 30 prosent flere polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere over 18 år enn i Helse Vest. Befolkningen i Midt-Norge synes dermed å ha en betydelig bedre tilgang til polikliniske psykiatriske tjenester enn i Helse Vest.

Rapporten avdekker betydelige forskjeller mellom helseregionene i hvor stor andel av ulike typer konsultasjoner som utføres av henholdsvis lege, psykolog og sykepleier. Helse Midt-Norge skiller seg ut med en vesentlig høyere andel behandlingskonsultasjoner utført av sykepleiere enn i de andre helseregionene. Tilsvarende benyttet Helse Vest i større grad sykepleiere til konsultasjoner innenfor indirekte pasientkontakt og kontroll enn de andre helseregionene.

Bedre oppgavedeling

Tall fra Helsedirektoratet viser at det er små forskjeller mellom helseregionene i personellsammensetningen. Dette innebærer at de observerte forskjellene i arbeidsdeling mellom helsepersonellgruppene ikke uten videre kan tilskrives personellsammensetningen. Psykiatriske sykepleiere og sykepleiere med spesialkompetanse utgjør en svært viktig samarbeidspartner for bedre oppgavedeling i helsetjenesten, også innenfor psykisk helsevern. Sykepleiere med spesialkompetanse ivaretar behandlingsansvaret for store pasientgrupper.

Oppgavedeling og faglig forsvarlighet

Tallene fra Norsk Pasientregister viser at psykiatriske poliklinikker har en tverrfaglig ansvars- og oppgavedeling. NSF mener at regioner som satser på sykepleiernes kompetanse får et styrket behandlingstilbud til store pasientgrupper.

I sin tale til spesialisthelsetjenesten 30. januar i år, satt daværende helseminister fokus på behovet for en bedre oppgavedeling mellom helsepersonellgruppene i sykehusene. Støre var opptatt av hvordan vi kan løse oppgavene mest mulig effektivt, samtidig som krav til forsvarlighet og kvalitet ivaretas.

Forsvarlighetskravet innebærer både et individuelt ansvar og et systemansvar. En god ansvars- og oppgavedeling bidrar til å sikre faglig forsvarlighet i psykisk helsevern.

Av **Eli Gunhild By**, forbundsleder Norsk Sykepleierforbund

Om rapporten

Norsk Sykepleierforbund (NSF) ønsket å se nærmere på arbeidsdelingen mellom de største helsepersonellgruppene i de psykiatriske poliklinikkene. NSF fikk derfor laget en rapport, utarbeidet av Analysesenteret A/S. Oppdraget var å innhente tall fra Norsk Pasientregister over utøvende helsepersonellgruppers aktivitet i poliklinisk behandling i psykisk helsevern for perioden 2010–2012. Les mer på www.nsf.no

Møder du en med det sam skal du vide, han er din ven

Vil flere fagfolk stå fram med sin psykiske lidelse?

Tekst **Odd Volden, brukeraktivist og faglig rådgiver i NAPHA.** Foto **Guro Waksvik**

På 1980- tallet tilbrakte jeg de fleste sommerferiene i en liten dansk by. Min søster hadde gått på skole i nærheten, jeg hadde besøkt henne der, og hennes venner var blitt mine venner.

Noe av det mest spennende var å dykke ned i mine nye venners platebunker. En av favorittene en av somrene var Anne Linnets Barndommens gade, et konseptalbum med tekster av Tove Ditlevsen (1917-1976).

Hun som eide plata fortalte meg en dag at «Anne Linnet; hun er begge veje». Jeg hadde ikke hørt uttrykket tidligere og må ha sett litt desorientert ut, for min venninne tilføyde kjapt: «Hun er både til piger og til fyre.»

Ny identitet

Jeg kom til å tenke på betegnelsen «begge veje» mens jeg gikk og tenkte på noe jeg fikk høre da jeg for kort tid siden snakket med J., en helseleder jeg kjenner.

Han hadde nylig lyst ut en stilling som erfaringskonsulent. Han hadde en person i kikkerten, og hadde vanskelig for å se for seg at det fantes noen som kunne utfordre denne personen på det aktuelle stillingsinnholdet.

Men det som kom litt uventet på ham, var at flere av de andre søkerne hadde helse- og sosialfaglig utdanning, arbeidspraksis fra tjenestene og omfattende brukererfaring.

Ut av skapet

Nå er denne lederen rutinert og reflektert nok til å vite at også helsepersonell kan ha psykiske problemer. Det var ikke det som forbauset ham.

Han er leder for en stor organisasjon. Han vet at det finnes ansatte i egen stab som har lidelses-, pårørende- og / eller brukererfaring. Men det som overrasket ham, var at velutdannede og erfarne helse- og sosialarbeidere nå tydeligvis var villige til «å komme ut av skapet» og jobbe som erfaringskonsulenter.

«Også helsepersonell kan ha psykiske problemer.»

Han opplevde intervjurunden som ytterst interessant. Han fortalte om søkere som opplevde det å arbeide som fagutøver i et byråkratisert og «evidensbasert» helsevesen som å gå med tvangstrøye. Han fortalte om søkere som ikke lenger maktet å underspille sine lidelses- og brukererfaringer i arbeidssituasjonen.

Dobbeltkompetanse

Begrepet «dobbeltkompetanse» har vært i omløp en stund. Men det har helst fungert som gjensidige skulderklapp på samlinger for brukerrepresentanter og erfaringskonsulenter eller i møter med endringsvillige fagfolk. Det har like gjerne blitt brukt 1. om å ha brukererfaring fra både rus- og psykisk helsefeltet, som 2. om å ha både bruker- og pårørendeerfaring, og 3. om å ha både fag- og brukerkompetanse.

En som bruker begrepet «dobbeltkompetanse» i den siste betydningen, klart, tydelig og «ute av skapet», er E-M Molund, psykolog og mor til et utviklingshemmet barn. I et innlegg i legetidsskriftet (20/2012) skriver hun bl.a. dette: «Jeg er uten tvil blitt en bedre kliniker av brukererfaringene...»

Mulig forskningsprosjekt

«En bedre kliniker av brukererfa-

me blik,
n

ARTIKKELFORFATTEREN: NAPHA-blogger og brukeraktivist Odd Volden skriver om fagfolk som kommer «ut av skapet» med sine egne erfaringer med psykiske lidelser.

ringene» – det er en erkjennelse og en påstand vi bør ta med oss videre. Jeg begynner, mens jeg skriver, å fable om et forskningsprosjekt med en fokusgruppe av fagfolk med brukererfaring som reflekterer over disse spørsmålene:

Opplever dere at dere er blitt bedre tjenesteytere av å ha brukererfaring? I tilfelle ja: hvorfor og hvordan? I tilfelle nei: hvorfor ikke? Hvordan kombinerer dere brukererfaringene og fagkompetansen i hverdagen? Hvorfor og hvordan tror dere brukerne tjener på å bli møtt av tjenesteutøvere med dobbeltkompetanse?

Hvordan er vilkårene for å bruke erfaringskompetanse der dere jobber? Finnes det situasjoner hvor dere bare bruker fagkompetansen eller bare erfaringskompetansen? Kan det være vanskelig å ha dobbeltkompetanse i noen sammenhenger?

Begge veje

Det blir spennende å se hva som skjer i landskapet rundt erfaringskonsulenter med fagutdannelse og fagfolk med brukererfaring i tiden som kommer. Det er grunn til å tro at det kan skje bevegelser her som vil tvinge oss til å tenke nytt:

Vil ansettelse av erfaringskonsulenter, med og uten helse- og sosialfaglig utdannelse, gjøre det lettere for allerede ansatte tjenesteytere som ikke lever åpent med sine brukererfaringer å komme ut av skapet?

Ja, skal vi kanskje like godt innrømme, for oss selv og for hverandre, at de fleste av oss, på mange av livets områder, er mer «begge veje» enn vi ofte ender opp med å gi uttrykk for?

Dagens musikalske

Jeg gav deg de vaktsomme øjne,
på dem skal du kendes igen.
Møder du en med det samme blik,
skal du vide, han er din venn.

Det finnes knapt en vakrere og mer presis oppsummering av den vanskelige erfaringen (Jeg gav deg de vaktsomme øjne...), men også av håpet og potensialet i likemannsarbeidet og erfaringsfellesskapet (Møder du en med det samme blik, skal du vide, han er din venn).

Vi er mange, vi blir flere, og vi gir oss aldri. ■

Illustrasjonsfoto: Scanpix/Microstock

Dagens narkotika-politikk – suksess eller gått ut på dato?

Kriminalisering og nulltoleranse i forhold til narkotikabruk eller en mer human politikk med liberalisering og avkriminalisering? Dette er motpolene i debatten om norsk narkotikapolitikk. I hvilken retning bør narkotikapolitikken bevege seg?

Av **Stig Erlend Midtgård**

Visjonen om et narkotikafritt samfunn lever ikke i beste velgående. «Kampen mot narkotika er over. Narkotikaen vant,» hevdet Nils Christie og Kettil Bruun allerede på 1980-tallet. Psykisk helse og rus har invitert Arild Knutsen, leder i Foreningen for human narkotikapolitikk, Anders Hellman, psykologspesialist og seniorrådgiver ved Rogaland A-senter, samt Kjetil Østbø og Margareth Ledaal fra Rogaland politidistrikt inn i debatten om narkotikapolitikk.

Heroin på blå resept?

I det mest kontroversielle forslaget fra Stoltenberg-utvalgets Rapport om narkotika fra 2010, foreslås det at tunge rusavhengige skal få tilbud om gratis heroin. Utdeling av gratis heroin er en ordning som er utprøvd i Sveits. Danmark, Nederland og Portugal har også erfaringer med legalisering av ulike typer narkotiske stoffer.

– Foreningen for human narkotikapolitikk (FHN) har kjempet for heroinklinikker i flere år, forteller leder Arild Knutsen. – Utdeling av «gratis» Subutex og metadon er anerkjent i Norge etter mange års kamp og det finnes ingen medisinskfaglig grunn til å sette grensen ved heroin. De som ikke fungerer godt nok på verken Subutex eller metadon vil stadig slite med rusproblemer og da bør de få prøve en annen medisin, sier Knutsen.

Anders Hellman, synes det er for tidlig å gjøre seg opp en mening for eller imot å gi gratis heroin til de tyngste narkomane.

– Etter vår oppfatning er en ikke ferdig med å utrede effekten av denne praksis, sier Hellman.

Toleranse og nulltoleranse

Rogaland politidistrikt har i utgangspunktet en nulltoleranse når det gjelder besittelse av brukerdoser hos de tyngste narkomane, forteller Kjetil Østbø som er leder ved spaningsavsnittet og medlem i Norsk narkotikapolitiforening (NNPF).

– Men det viser seg i praksis at politiet har få eller ingen brukersaker opp mot nevnte gruppe. Politiet søker også å avdekke annen kriminalitet ved kontroll av de tyngste rusmisbrukerne. Som regel er deres rusmisbruk vel dokumentert, sier Østbø.

Han mener også at politiet er opptatt av å ha en god dialog med rusmisbrukerne.

– Politiet prøver alltid å behandle alle med omtanke og respekt. Det er mitt inntrykk at dialogen som politiet har med de tyngste narkomane er veldig bra, sier han.

Ifølge tall fra Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) er det mellom 10 000 og 14 000 heroinmisbrukere i Norge. For å få ned antallet rusavhengige i Norge mener SIRUS at det må fokuseres på forebygging, behandling og skadereduksjon.

Hvilket behandlingstilbud bør gis til de tyngste narkomane som har vært gjennom behandlingstilbud gjentatte ganger og fortsatt er på «kjøret»?

– Det er individuelt, men det bør ikke lenger finnes grenser for hvor langt man kan gå i å hjelpe, for da blir man lett ansett som behandlingsresistent og gitt opp av apparatet. Det bør gå fra at det er grenser for hvor langt vi kan gå for å hjelpe narkomane, til at det får være grenser for hvor langt man kan gå i å straffe og plage de samme, sier Arild Knutsen i FHN.

– Behandlingstilbud skal variere ut fra personens tilstand, sier Anders Hellman. – Langtkomne rusmisbrukende personer har individuelle behov, og forståelsen av dette er ofte nøkkelen til å kunne etablere en positiv behandlingsrelasjon. En forsiktig strategi med små steg innen områder pasienten mestrer, preget av en trygg relasjon til behandleren og brukermedvirkning, gir derfor oftest de minste skadene. For gamle og tungt belastete narkomane kan det være riktig å ta utgangspunkt i hjelp i dagliglivet og skadereduserende tiltak, sier Hellman.

«Politiet prøver alltid å behandle alle med omtanke og respekt.» *Kjetil Østbø, Rogaland politidistrikt*

Sprøyterom

I Oslo ble det etablert et sprøyterom som et prøveprosjekt i 2005. Sprøyterommet har daglig mellom 60 og 80 brukere og over 1000 registrerte brukere. Bør sprøyterom, som er et skadereduserende tiltak, også etableres i andre deler av landet?

– Sprøyterom redder liv, forebygger smitte, reduserer skade og bringer verdighet i livene til de som bruker det, sier Arild Knutsen.

Han mener det er positivt at aktive stoffbrukere kommer i kontakt med fagpersoner og kan motiveres til eksempelvis behandling.

– Men denne typen hjelp er kontroversiell fordi den ikke er del av den overordnede nulltolerante kamp for rusfrihet, sier Knutsen. – Sprøyterommet sender et signal til det øvrige samfunn om at man skal hjelpe de som lider av en politisk vedtatt

sykdom, i motsetning til politikontroll som signaliserer at denne gruppen mennesker bør utsettes for undertrykking og stigmatisering. Ingen i verden har dødd av overdose på et sprøyterom, sier Arild Knutsen.

Også Rogaland A-senter og Anders Hellman mener at sprøyterom kan være et godt tilbud for de som har et alvorlig og langvarig problem med narkotika.

Straff eller behandling

Om lag 60 prosent av alle som sitter i fengsel i Norge, soner en straff relatert til narkotika. Dette koster samfunnet enorme pengesummer, penger som heller kunne blitt brukt til behandling. Skal rusavhengige som begår narkotikarelaterte lovbrudd dømmes til fengselsstraff eller til behandling?

– Varetekt og overføring til soning har nok reddet livet på kort sikt til mange tunge narkomane, sier Anders Hellman. – Når en på utsiden av narkomiljøet skal avgjøre hva som er den rette framgangsmåten på lang sikt, glemmer en ofte at et langt opphold på kjøret, i et brutalt og avstumpet miljø, bryter ned de gode sidene til personen. I behandling tar det ofte lang tid før personen kan vise frem sine «sivile» sider. Det vil her også si å få kontakt med tidligere håp og drømmer, sier Hellman.

– Ja takk begge deler, mener Kjetil Østbø. – For dem som skor seg økonomisk på andre er det fengselsstraff som må gjelde. Men for de som er i brukerkjeden blir det vurdert alternativ behandling. Minus i dag er at det ikke finnes mulighet i lovverket til å bli dømt til behandling i forbindelse med at du blir dømt til ubetinget fengsel. Men som del av betinget dom kan du i dag få vilkår til behandling. I forhold til samfunnsstraff for de som er i en rehabiliteringsprosess kan de da få arbeidstrening. Jeg har inntrykk av at arbeidstrening betyr mye for enkelte, sier han.

Forebygging blant unge

Det finnes ulike måter å jobbe forebyggende for å hindre og redusere rusmisbruk blant ungdom og dermed stanse rekrutteringen til de etablerte rusmiljøene.

– Vi er hele tiden avhengige av å skaffe oss kunnskap og tillit og må derfor jobbe effektivt og vise de unge at de kan stole på oss. Vi møter de unge på deres arena med å drive oppsøkende tjeneste i sentrum og i bydelene for å hindre negativ utvikling. Vi jobber tverrfaglig og har et tett samarbeid med barnevernet, skole og foreldrene, sier Margareth Ledaal som jobber med forebygging i Rogaland politidistrikt.

– Ungdom som får problemer med illegale rusmidler i dag, opplever det oftest slik at de har ingen steder å gå for å få hjelp fordi de frykter skuffelse, fordømmelse og straff. Dette er rusproblematikkens mest kritiske punkt, sier Arild Knutsen. – Politiet driver skrekkpropaganda på skolene og oppfordrer til uthenging av brukere. Helsesøsterordningen og helsestasjoner bør styrkes til å være et sted der ungdom kan søke hjelp uten trusler om straff, avslutter Knutsen.

«Politiet driver skrekkpropaganda på skolene og oppfordrer til uthenging av brukere.» *Arild Knutsen, leder i Foreningen for human narkotikapolitikk*

Aktuelle bøker

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

BOKOMTALE

Bok for barn

Pappa´n min er syk i tankene sine er skrevet for barnehage- og småskolebarn som har foreldre med alvorlige psykiske helseplager. Boken er skrevet av psykiater Anne Kristine Bergem. Hun viser hvordan det kan være for et barn å ha en forelder med psykosesykdom. Vi følger Daniel noen dager i livet hans når han skjønner at pappa er syk. Barnets perspektiv er sentralt, og målet med boken er å gi barn et språk og en forståelse av hva en psykose er.

Pappa›n min er syk i tankene sine, Fagbokforlaget

BOKOMTALE

Hør pasientens stemme

Den profesjonelle hjelperens blikk for at mennesker som har hjelpebehov er hele mennesker, er avgjørende for både kvaliteten i relasjonen og for hjelpens utfall, mener forfatterne.

Velferdstjenestenes asymmetriske hjelperelasjoner gjør at det hele tiden oppstår dilemmaer. Det er mange muligheter for at profesjonelle hjelpere både overhører og overkjører stemmene til klienter og pasienter. Ifølge Universitetsforlaget bidrar denne boken med kunnskap som åpner for å høre klientens stemme.

Klientens stemme, Universitetsforlaget

BOKOMTALE

Hvorfor drikker ungdom?

Mens voksenbefolkningen i Norge drikker mer, har de unges rusbruk gått ned i løpet av de siste 15 årene. Hva har skjedd med ungdomskulturene? Hvordan har oppvekstsituasjonen forandret seg? Hva har skjedd med voksenrollen?

Ungdom, rus og marginalisering gir en gjennomgang av teorier og årsaker til hvorfor unge drikker, og hvorfor noen utvikler ulike former for problematferd og skeivutvikling. Boken bygger på funn fra den store Ung i Oslo-undersøkelsen 2012.

Ungdom, rus og marginalisering, Cappelen Damm

BOKOMTALE

Lær om transpersoner

Transpersoner passer ikke inn i den tradisjonelle tokjønnsmodellen. Noen står frem, andre holder det hemmelig. De som må holde deler av sin identitet hemmelig, plages ofte av skam og angst, med psykiske problemer som resultat.

Boken formidler kunnskap om kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnsmangfold. Den bygger på Marion Arntzens mangeårig arbeid med transpersoner ved Stensveen Ressurssenter – et arbeid som blant annet omfatter rådgivning og psykisk hjelp.

De usynlige kjønn, Fagbokforlaget

Fokus på psykisk helse og rus

OPPFORDRET TIL REFLEKSJON: - Som helsepersonell er det nødvendig å filosofere over eget menneskesyn og egne holdninger og hvordan dette kommer til uttrykk i møte med pasientene, sa ruskonsulent Åse Christiansen.

Nærmere 75 deltakere fikk oppleve debatt og faglige innspill på seminar om helsefremming og forebygging, med fokus på psykisk helse og rus. Av **Unn Hammervold**

NSF Rogaland i samarbeid med SPoR, NSFs landsgruppe av helsesøstre og jordmorforbundet inviterte til fagdag i Stavanger 27. august. Bakgrunnen for tema var samhandlingsreformen og økt fokus på folkehelseperspektivet innen fagfeltene psykisk helse og rus.

Spennende debatt

Dagen ble innledet med politiske innspill fra statssekretær Kjell-Erik Øie, Høyre-politiker Sveinung Stensland, NSF nestleder Solveig K. Bratseth og brukerrepresentant Linda Øye.

GODT SAGT: – Jeg skal ikke medvirke i mitt liv, jeg er mitt liv, sa Linda Øye, som er leder av Mental Helse Rogaland.

Det ble en spennende debatt der Linda Øye høstet mest applaus med sine klare synspunkt basert på egne erfaringer. Hun hadde blant annet fokus på stigmatisering som motkraft i forhold til helsefremming, der hun utfordret oss helsepersonell i forhold til egne holdninger, samt hadde oppmerksomhet på risiko for egenstigmatisering hos brukerne.

Øye framhevet også betydningen av at helsepersonell er oppmerksomme på faktorer utenom den tradisjonelle behandlingen som omhandlet nettverk, sysselsetting, fritidsaktiviteter med mer. Hun etterlyste blant annet tilbud til venner av ungdommer som får en alvorlig psykisk lidelse. Dette handler om den enkeltes tanker og bekymringer knyttet til egen helse, men også om å hjelpe ungdommer til å ivareta relasjoner til tross for alvorlig sykdom og langvarige innleggelser.

Faglige innlegg

Etter lunsj hadde ulike sykepleiere innlegg med tema som livsstilsamtaler med gravide, forebygging

«Hun utfordret oss helsepersonell i forhold til egne holdninger.»

av bruk av anabole steroider hos gutter, frihet til å velge behandling ved DPS, samt tidlig intervensjon ved rusrelaterte lidelser i somatisk sykehus.

Presentasjonene ligger på NSF Rogaland sin hjemmeside: https://www.nsf.no/vis-artikkel/1290414/Seminar-Helsefremming-og-forebygging---med-fokus-paa-psykisk-helse-og-rus

Abonner på *NORDISK SYGEPLEJE FORSKNING*

Vitenskap og debatt for sykepleieinteresserte i Norden

Nordisk sygeplejeforskning er et tidsskrift for forskere innen sykepleievitenskap og helsefag, utdanningspersonell innen helsetjenestene, sykepleiere i klinisk praksis og andre fagprofesjonelle.

Send epost til **abonnement@universitetsforlaget.no** og bli abonnent for kun 579,–

Vil du gi bort tidsskriftet i julegave? Send epost til abonnement@universitetsforlaget.no innen 20. desember med koden NSFA13 og betal **kun 499,–**

Registrer deg på www.idunn.no og les tidsskriftet på nett!

UNIVERSITETSFORLAGET.NO

Bli medlem i SPoR

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

Medlemsfordeler:

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

Hvem kan bli medlem?

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

Medlemskap koster kr 450,- pr. år

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

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