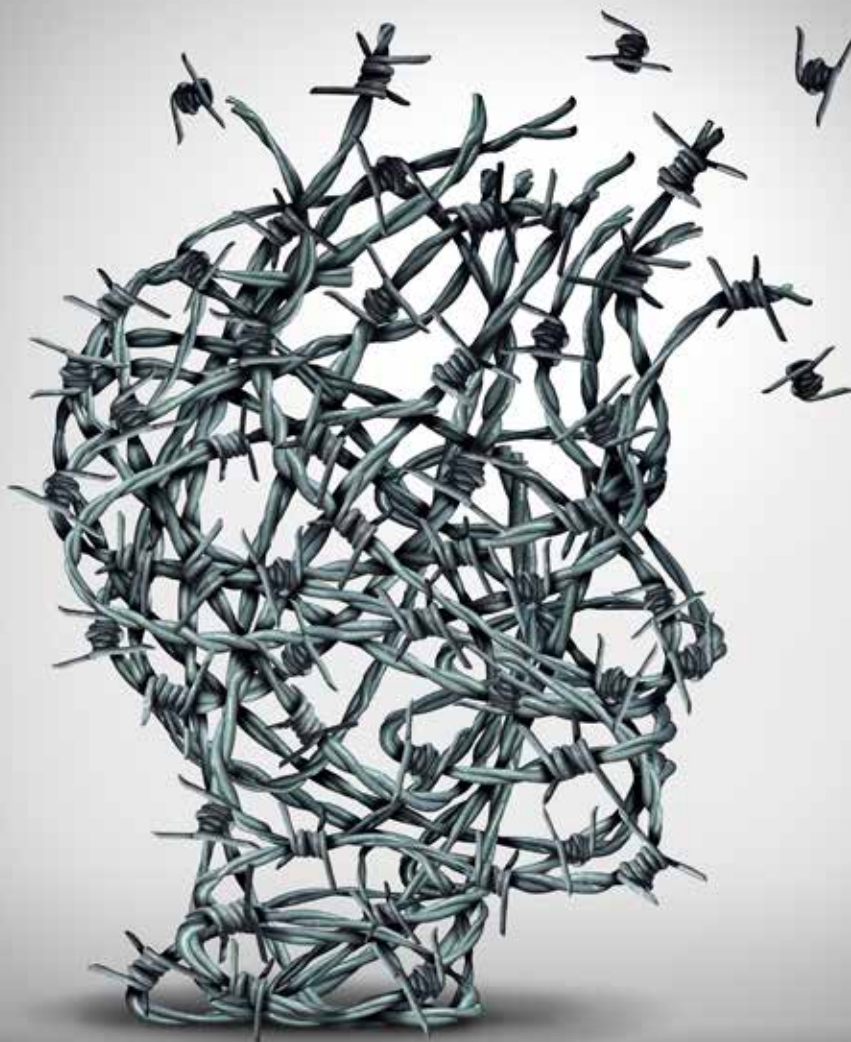


Psykisk helse og rus



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS

Sykepleien



Er tvang nødvendig?



Psykisk helse og rus blir gitt ut av NSFs faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus, i samarbeid med tidskriftet Sykepleien.

REDAKTØR

Kjersti Øvernes, Tlf. 40 45 79 69
kjersti.overnes@gmail.com

STYRET

Faggrupeleder

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

Nestleder

Espen Gade Rolland
Tlf. 40 84 29 41
espro@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. 99 29 12 94
Torfrid.Johansen@vestreviken.no

Styremedlem

Siw Elisabeth Helden
Tlf. 97 03 37 51
siweli@me.com

ABONNEMENT

Bjarte Sælevik
Tlf. 45 45 26 48
Bjarte.saelvik@lyse.net
abonnement@psykisk-helse-ogrus.no

WEBANSVARLIG

Espen Gade Rolland
Tlf. 40 84 29 41
espro@vestreviken.no

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/psykiatrisykepleiere

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

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

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik

Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal

Tlf. 90 60 87 79

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen

Nina E. H. Hauge

Sissel Hagen Vetter

Monica Hilsen

TRYKK: Sörmlands Grafiska

FORSIDEFOTO: Colourbox

NESTE UTGAVE: 17. august 2017

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. Epost-adresse bør også medfølge.

Innhold



01 - 2017

- 3 Leder:
Kurt Lyngved
- 4 «Den gylne regel»
– ikke engang en gyllen middelvei
- 7 Felles fagdag
- 8 Smånytt
- 10 Tusenkunstnere
i nye sko
- 14 Går man baklengs
inn i fremtiden?
- 16 KYR – en
tilnærming for å
reduere tvang
- 18 Tilbakeblikk
- 20 Søvnproblemer
blant ungdom
- 26 Vi kan endre og påvirke
bruk av tvang?
- 28 Tilbakeblikk
- 31 Psykisk helse- og
ruskonferansen
- 34 Invitasjon til
generalforsamling





FAKTA

**Kurt
Lyngved**Faggrupeleder
SPoR

Ny tid – ny praksis

Det nye året 2017 har alt befestet seg og hverdagene har for lengst innhentet oss. Vi befinner oss i våre ulike virkeligheter rundt omkring i det ganske land med ulike utfordringer innenfor psykisk helsearbeid.

Mye har skjedd siden jeg skrev forrige leder i en verden som snurrer hurtigere og hurtigere. Nyhetssendingene forteller om store dramaer med båtflyktninger i Middelhavet, om jordskjelv og naturkatastrofer, om krig og ufred på så alt for mange plasser, og ny president i USA! Mennesker på alt for mange steder og i alt for mange land, lever i utrygghet og med reelle trusler mot egen eksistens på mange plan. Barn som aldri får muligheten til å oppleve en trygg barndom og som går inn i et voksenliv full av traumer og vonde opplevelser. Tilstander som tilsier store behov for hjelp av profesjonelle helsesystemer, som kan bidra til å fremme den psykiske helse-tilstanden i verdensbefolkningen. Og mens jeg skriver dette hører jeg nyhetene formidle erfaringer som tilsier at flyktingene kommer til landet nå, er generelt i en dårligere helse-tilstand enn tidligere.

I begynnelsen av mai har NSFSPoR sin

årlige fagkonferanse i Drammen og tittelen er «Ny tid – ny praksis. Uten tvang og medisiner?». Det skjer mye spennende med tanke på fagutvikling innen det psykiske fagfeltet for sykepleiere, og konferansen og forskningsseminaret vil fokusere på dette.

Marie Lysnes-stipendet skal deles ut og nytt av året er at vi skal kåre årets forskningsartikkel. Vi håper at mange gode artikler skrevet av sykepleiere innen det psykiske og/eller rusfeltet vil bli vurdert.

I 2017 er det generalforsamling i NSFSPoR og det skal velges nye styremedlemmer. Å arbeide med fag og fagpolitikk er spennende og viktig. Sykepleie innen det psykiske helsefeltet er sentralt, og en viktig faktor i det tverrfaglige arbeidet for å bedre den psykiske helsetjenesten både på individ- og systemnivå. Derfor oppfordres våre medlemmer til å stå sammen og arbeide for faget vårt gjennom faggruppearbeid både på lokalt og sentralt nivå. Det vil bære frukter inn i fremtiden gjennom styrking av vår tradisjonsrike historie som sykepleiere innen psykiske helse og rusfeltet.

Vel møtt i Drammen i mai! ■



«Den gylne regel» – ikke engang en gyllen middelvei

Helse og omsorgsminister Bent Høie sa i sin sykehustale 12. januar 2016 at den gylne regel videreføres, hvor sykehusene skal prioritere rus og psykisk helse med høyere vekst enn for somatikk.

Tekst **Anne-Grethe Terjesen**, daglig leder, Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse og **Espen Gade Rolland**, nestleder, SPoR, Ansatt ved Akuttseksjonen, Drammen DPS

Den gylne regel handler om vekst i prosent, ikke i kroner, med bakgrunn i store forskjeller i størrelse mellom de tre områdene. Videre sa han at regelen ikke ble tilstrekkelig oppfylt innen psykisk helsevern – verken for kostnader eller ventetider i 2015. Derfor ønsket han å videreføre den gylne regel i 2016 og forventet bedre resultater. I forslaget til statsbudsjett for 2017 ønsker han igjen å videreføres den gylne regel: Den skal legge til rette for at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn vanlig sykehusbehandling.

Nedgang i psykisk helsevern

Nå viser det seg at somatikken hadde en økning i kostnadene fra 2014 til 2015, noe som i seg selv ikke er overraskende. Men når da kostnadene ble redusert innen psykisk helsevern stiller vi oss kritisk til ministerens prioriteringer. SAMDATA-tall viser at somatikken hadde en økning i kostnadene på 1,038 milliarder. Dette tilsvarer 1,1 prosent i faste priser. Psykisk helsevern, barn og voksne, hadde i tilsvarende periode, en reduksjon på 44 millioner kroner. Dette tilsvarer

en reduksjon på 0,2 prosent. Helseministeren innrømmer at det er riktig at man innen psykisk helsevern har en prosentvis nedgang, og at det er helt korrekt at om man ser på kostnadene isolert sett, så har vi ikke innfridd fordi det samlet sett er en nedgang i psykisk helsevern og en vekst i somatikken.

Hvilke konsekvenser?

Men hva betyr vel dette når helseforetakene ikke følger opp og det ikke får noen konsekvenser? Vi undrer oss over når satsingen skal komme. Det har tidligere blitt påpekt at satsingen innen kommunale tiltak ser ut til å utebli og at politikerne som fremhever en slik

«Vi vil påstå det er et rent politisk spill og ikke minst et stort løftebrudd.»

satsing slett ikke innfrir løftene sine. Nå ser vi også at det samme gjentar seg innen spesialisthelsetjenesten. Politikerne trekker ofte frem den gylne

regel som en tydelig satsing innen psykisk helse og rusfeltet, og de bør være misfornøyd med utfallet av helse-regionenes økonomiske prioriteringer. Hadde vi enda sett tydeligere føringer med tilhørende konsekvenser ovenfor de ansvarlige i helseforetakene. Men det er ingen tegn til det. Spillereglene kan åpenbart brytes og myndighetene viser at de har liten kontroll over helse-regionene som prioriterer slik de selv vil.

Politisk budskap?

Hva hjelper det vel at Høie gjentar sine «forventninger» om at den gylne regel skal videreføres i 2017, tredje året på rad, når den åpenbart ikke gir retning for styrking av psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. I tillegg viser forslag til budsjett for 2017 at han ikke er i nærheten av å levere på egne løfter for helsesektoren. Vi vil påstå at det er et rent politisk spill og ikke minst et stort løftebrudd ovenfor en gruppe mennesker som sliter i sin egen hverdag. De fortjener langt bedre vilkår for hjelp.

Julegaver og pakker

Anlov P. Mathiesen — politisk rådgiver og informasjonsleder i Mental



NÅR SKAL SATSINGEN KOMME?: Det har tidligere blitt påpekt at satsingen innen kommunale tiltak ser ut til å utebli og at politikerne som fremhever en slik satsing slett ikke innfrir løftene sine. Foto: Colourbox Colourbox

helse – etterspør i denne sammenheng julegaver fra helseministeren. Dette kunne vært løst med strakstiltak med prioriterte midler til medisin-frie døgntilbud, som alle helseforetak skulle hatt på plass 1. juni 2016, men som de fleste fortsatt mangler. Vi kunne ikke sagt oss mer enig i disse «pakke»-tider.

Hvilket ansvar?

Politisk vilje blir ikke fulgt opp av de ansvarlige lederne i helsefore-

takene. Hvem er det som skal styre Helse-Norge når brukere, pårørende og politikere ønsker endring, men det ikke blir fulgt opp? Mangler de øverste lederne i helsetjenesten legitimitet til å bidra til endring eller ønsker de slett ikke å endre i takt med utviklingen av samfunnet og politiske føringer? Ledere bør også si ifra, og ha reel innflytelse på fordeling av ressurser og økonomiske rammer. Vi håper innspillet fører til andre prioriteringer i helsetjenesten og at de som fortjener

«Politisk vilje blir ikke fulgt opp av de ansvarlige lederne i helseforetakene.»

denne prioriteringen, opplever dette i sitt møte med helsetjenesten. Saken har tidligere stått på trykk i Dagens Medisin. ■



Invitasjon

SPoR arrangerer generalforsamling med valg til nytt styre 8. mai i Drammen.

Flere av styremedlemmene i SPoR går nå ut etter mange års innsats, og vi trenger forslag til nye medlemmer. Aktuelle kandidater må ha interesse for fagfeltene psykisk helse og/eller rus og ha kapasitet til litt arbeid i fritiden.

Å være styremedlem i SPoR er spennende og du får være med å påvirke både NSF's politikk og myndighetenes føringer.

Ta kontakt med leder i valgkomiteen for forslag til kandidater eller ytterligere informasjon: mail: Unn.Hammervold@uis.no eller mobil: 90936740.





Felles fagdag

LAH Hedmart og SPoR Hedmark avholdt en felles fagdag tidlig i november. Temaet var «Du er verdifull! – veien til egenverd og motstandskraft».

Tekst **Randi Olufsen Aasen**, psykiatrisk sykepleier, Sykehuset innlandet



Illustrasjon: Colourbox

Dagen ble avholdt på Skogmuseet i Elverum 3. november med i alt 49 deltakere. Bente Aaland, som er SNF fylkesleder i Hedmark, innledet fagdagen med å snakke om – og belyse – sykepleierløftet. Odd Erik Germundsson stilte som foredragsholder. Han er utdannet lærer. I tillegg har han studert sosialantropologi. Germundsson har skrevet mye, og har blant annet vært medforfatter av «Lærebok i barnepsykiatri» 3.utg. 2001, samt gitt ut en fagartikkel i Embla nummer 7/2006 med temaet «Fokus på mestring».

Om mestringens vilkår

I sitt foredrag fokuserte Germundsson på mestringens vilkår, og hvordan skape «det gode menneskemøtet». Mestringens innerste hemmelighet beskriver han som; evne til empatisk innlevelse og evne til å ta et medansvar. Han belyste behovet for å kunne inngå en verdiallianse med brukerne, noe som kan være et felles ståsted og utgangspunkt for samarbeid henimot det som er dyrebart og viktig i begges liv. Dette begrunnet han med behovet barn og unge har for å føle seg verdsatt, ønsket og elsket, slik at deres ressurser og «friskfaktorer» kan bli synliggjort. Temaet kan være aktuelt for andre faggrupper.

Ikke gi slipp på det gode

Germundsson bød på seg selv, og benyt-

tet muntre eksempler fra egen praksis. Han fokuserte på gode holdninger, og verdisyn overfor pasienter ble dimensjonert opp. Dette i kontrast til at det i dag er andre holdninger som kommer mest fram i helsevesenet; nemlig fortjeneste, innsparing og økonomi.

– Fagfolk må ikke gi slipp på gode holdninger som omsorg og respekt for pasientenes lidelse og smerte, sa Germundsson. Fokus på mestring, styrke gode sider og møte pasienten der den befinner seg var et viktig budskap!

Samarbeid til det bedre

Initiativet til samarbeidet ble godt mottatt, og erfaringen viser at det er mer likheter enn forskjeller mellom gruppene. De har et felles ståsted, men

«Fagfolk må ikke gi slipp på gode holdninger som omsorg og respekt.»

en annen arbeidsfordeling, rytme og effektivitet.

Faggruppen helsesøstre har struktur og erfaring på hvordan arrangere og gjennomføre fagdager, noe som ble verdifullt for faggruppa SPoR Hedmark.

Temaet var allmennmenneskelig og hadde grunnleggende verdier som alle opplever i egen arbeidshverdag. Det var en god crossover for begge faggruppene.

Fokus på helhetlig tenkning i dagens helsevesen får vi blant annet ved å ha større fokus på somatiske, psykiske og sosiale faktorer, noe som ofte er sentrale i pasientenes sykehistorie. Samarbeid mellom faggruppene kan gi mulighet til å bedre, samt øke, den enkeltes livskvalitet.

En oppsummering

Det var stor deltakelse fra helsesøsterguppen, men betydelig færre sykepleiere fra området psykisk helse og rus. Fagdagen synliggjorde lite interesse for faggruppens arbeid innen psykisk helse og rus i Hedmark, eller lite framdrift for å melde seg på fagdager.

Det har vært gode tilbud om kurs i spesialisthelsetjenesten gjennom flere år. Tverrfaglighet har fått mye fokus. Gjennom felles fagdag prøvde man på noe nytt. LAH Hedmart og SPoR Hedmarks konklusjon er at det er viktig å ha kontakt og samarbeide. Sammen er man sterkere, og det er ofte den samme pasientgruppen begge faggruppene møter. Fagdagen har vært en positiv erfaring som gir mersmak til å samarbeide innenfor andre temaer. ■



Årsmøte i SPoR

SPoR Hedmark inviterer til årsmøte:

Tid: mandag 20. mars klokken 18.00–20.00.

Sted: Store møterom, bygg 43, SIHF, Sanderud.

Det vil bli enkel bevertning og vi satser på å få til faglig påfyll av et aktuelt tema. Velkommen!



Fattigdom og psyke

Forsker Mira Aaboen Sletten ved Senter for velferds- og arbeidslivsforskning ved HiOA har undersøkt hvilke ungdommer som er mest plaget med psykiske helseplager. Hun har undersøkt sammenhengen mellom psykiske helseplager og ungdommenes sosioøkonomiske bakgrunn. I følge tall fra Ungdata sliter fattige ungdommer mer enn dem som har familie med god økonomi og høyere utdanning.



Kilde: Viten+praksis

«Livet kan bare forståes baklengs, men det må leves forlengs.» *Søren Kierkegaard*

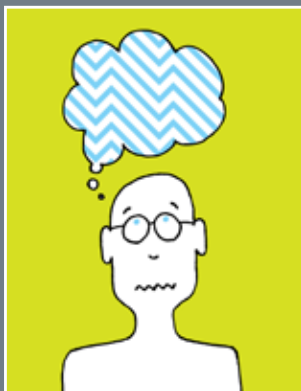
Unngå grubling

Å lære seg å gruble mindre, har stor effekt for pasienter med depressive symptomer, viser ny forskning.

– Man trenger ikke å bekymre seg og gruble. Å innse dette, oppleves som en befrielse for mange, sier førsteamanuensis Roger Hagen ved Institutt for psykologi, NTNU til forskning.no.

Hagen har publisert en fagartikkel om behandlingen av depresjon ved hjelp av metakognitiv terapi (MCT). Metakognitiv terapi handler om å minske selve grubleprosessen. Pasientene i studien ble behandlet over ti uker. Etter seks måneder hadde 80 prosent blitt helt friske fra sin depresjonsdiagnose. Oppfølgingen etter ett år viste den samme tendensen.

– I metakognitiv terapi er vi opptatte av tankeprosessene.



Pasientene tenker for mye, noe som vi i MCT kaller depressiv grubling. Istedenfor å gruble, kan man møte tankene med det vi kaller frakoblet oppmerksomhet. Man kan se tankene som nettopp tanker, og ikke som en gjenspeiling av virkeligheten, forklarer Hagen.

Kilde: Forskning.no



Delt samvær fungerer best

Barn som bor hos begge foreldrene etter en skilsmisse har det bedre enn barn som kun treffer den andre forelderen iblant, viser en svensk studie utført av Karolinska instituttet og Universitetet i Stockholm. Problemer med å veksle mellom foreldrenes to bosteder ser ut til å bety mindre med tanke på den verdien det gir å være sammen med begge foreldrene. Gutter kom best ut av delt bosted, noe som kan forklares med at særlig gutter trenger sine fedre i hverdagen. Både fysisk, psykisk og sosial helse hos barna ble målt i studien.

Kilde: Forskning.no

Forskingens ABC

Hvordan søker man etter forskningsartikler, hvordan leser man forskning og hvordan skal den vurderes og brukes? Sykepleien har samlet spørsmål og svar i artikkelsamlingen Forskingens ABC. Den kan kjøpes for 49 kroner, fritt tilsendt.



Bestill på: redaksjonen@sykepleien.no. Artikkene kan også leses på sykepleien.no/article-themes/forsknings-abc

Slutt for Klara Klok

Etter 16 år legges den anonyme helsetjenesten for ungdom – Klara Klok

– ned driften. Nettstedet har svart på spørsmål om følelser, seksualitet, kropp og helse samt rus gjennom den digitale e-helsetjenesten. Fra 1. januar ble det istedenfor opprettet en nasjonal svartjeneste for ungdom på Ung.no.



Kilde: Ung.no

Sier ikke fra

Opp mot 70 prosent av gutter som blir mobbet i skolen lar være å si ifra. Det viser en undersøkelse gjort av Uni Research i norske ungdomsskoler. Til sammen 15000 ungdomsskoleelever er intervjuet. André Baraldsnes er en av dem som har utført undersøkelsen. Han tror det blant annet er frykten for at ting skal bli verre og ikke bedre som spiller inn. I undersøkelsen svarer nemlig mange av guttene at de ikke tror de kommer til å få den hjelpen de trenger dersom de varsler om mobbingen. Mange er også redde for at mobberne skal hevne seg dersom de sier ifra.

Kilde: Nrk.no



Levekår og bosituasjon



Det er forskjeller i ungdommenes levekår og livskvalitet ut i fra hvor og hvordan de bor i Oslo. Dette fremkommer av forskningsprosjektet «Ungdom, boligsituasjon og sosial ulikhet» hvor NOVA-forskere har studert ulike sider ved ungdommenes bo- og livssituasjon. Her fant de, blant annet, at ungdom som har en ugunstig bosituasjon, ved at de bor i leide eller trange leiligheter, sjeldnere er fornøyd med lokalmiljøet og egen helse. De har oftere depressive symptomer enn ungdom som bor bedre.

Kilde: HIOA.no



Tusenkunstnere i nye sko

Det har stadig skjedd fremskritt i det kommunale psykiske helsearbeidet. Når psykologene nå entrer arenaen, går vi en spennende tid i møte.

Tekst **Arve Almvik**, psykiatrisk sykepleier og faglig rådgiver i NAPHA

Da jeg i starten av 90-tallet intervjuet fagpersoner om oppgaver og roller som ansatt i det kommunale psykiske helsearbeidet, sa en av dem: «Å jobbe i en kommune gir en slags følelse av å være tusenkunstner». Beskrivelsen var treffende, og det viste seg at mange ansatte i det kommunale psykiske helsearbeidet kjente seg igjen.

For min del dukket det opp minner fra årene som psykiatrisk sykepleier i en landkommune i Midt-Norge på 80-tallet. Den gang var «psykiatri» i kommunene på mange måter uplyd mark, selv om sosialkontoret, hjemmesykepleien og legetjenesten hadde kontakt med mange personer som slet med livene sine.

En øremerket stilling for målgruppen ga rom for å være mer offensiv og sette i gang nye tiltak. Jeg var nyutdannet, nysgjerrig og uerfaren på levd liv og profesjonell yrkesutøvelse. Arbeidsdagene var mangfoldige og spennende.

Først og fremst husker jeg møtene med flotte folk som strevde med livene sine. For eksempel Per som bodde i kårboligen på hjemgården. Som lå til sengs i perioder, hadde lite kontakt med folk i bygda og hadde uttalte skjelvinger etter mange års bruk av medisiner. Når vi møttes over kaffekoppen og en sigarett med filter, kviknet han til, tok fram trekkspillet og fortalte bruddstykker av historien om sitt eget liv.

Etter mange års isolasjon ble han med i «ettervernsgruppa», en sosial møteplass for personer som hadde problemer med sin psykiske helse. Høydepunktet var en organisert busstur til Danmark. Flere av deltakerne var lite vant med å reise og utfordret sine trygghetssoner kraftig ved å melde seg på en slik tur. Det ble en minnerik og god opplevelse for både ledere og deltakere.

Utfordrende hendelser sto i kø i hverdagen som psykiatrisk sykepleier. For

det behov for å være tusenkunstner!

Det varen gang

Fram til rundt 1960 ble de «gale» behandlet på asyl. Behandlingen var dominert av medisinsk tradisjon og bar preg av oppbevaring. På 1960- og 70-tallet fikk vi et tidsskifte. Institusjonene ble mer åpne, liggetiden ble kortere og nye behandlingsformer vokste fram. Ny kunnskap om sammenhenger mellom sosiale forhold og psykiske lidelser og sterke antiautoritære

«En gang fikk jeg ødelagt brillene. Deretter måtte jeg til skogs for å lete etter skoene mine.»

eksempel var det ikke uvanlig at folk ikke ville åpne døra og slippe meg inn, selv om jeg hadde en avtale og hadde kjørt i fem mil. Pårørende og naboer dukket ofte opp under hjemmebesøk som den største selvfølgelighet. Uten sikkerhetsnett alene på hjemmebesøk kunne situasjoner med utagering være veldig utfordrende. En gang fikk jeg ødelagt brillene. Deretter måtte jeg til skogs for å lete etter skoene mine.

Det var og er annerledes å være profesjonell hjelper når fagfolk er mangelvare, og det er flere timers kjøring fra én ende av kommunen til den andre. Jammen var

politiske strømninger førte til sosialpsykiatriens frammarsj.

Den nye retningen kom til uttrykk gjennom omfattende politiske reformer. Mest kjent er «The community mental health act» i USA og den psykiatriske revolusjon i Italia. I Norge ble desentralisert psykiatri satt på dagsorden for alvor først på midten av 1970-tallet. Men veien fra idé til handling ble lang!

Pioner- og ildsjelarbeid

Pionertiden var preget av engasjement og frustrasjon i skjønn





TRYLLEKUNSTNER: Det var og er annerledes å være profesjonell hjelper når fagfolk er mangelvare, og det er flere timers kjøring fra én ende av kommunen til den andre. Jammen var det behov for å være tusenkunstner, skriver artikkelforfatteren. Illustrasjonsfoto: Colourbox



SER FELLESTREKK: Psykisk helse- og rusarbeid i kommunene har endret seg mye siden pionertiden. Omfanget og organiseringen er ulik, men man kan se mange fellestrekk, skriver artikkelforfatteren Arve Almvik. Foto: Roald Lund Fleiner, kommunikasjonsrådgiver NAPHA

forening. Vi som jobbet i kommunene var bare en liten prikk i det store bildet, men troen på et faglig paradigmeskifte like rundt hjørnet var sterk. Først ute med prøveordninger for psykiatriske sykepleiere i hjemmesykepleien på slutten av 70-tallet var kommunene Sandnes, Stavanger og Trondheim.

Helga Robberstad skrev artikler fra den første tiden i Sandnes. Å lese hennes tekster var gull verdt og utrolig inspirerende for oss som var fotfolk. Relasjonstenkning og miljøterapi var den dominerende faglige ballasten vi hadde i bagasjen. Den hjemmebaserte omsorgen, hvor de fleste stillingene for psykiatriske sykepleiere var forankret på den tiden, besto av en oppgave- og resultatorientert kultur. Men det faglige arbeidet rommet også folk sitt hverdagsliv, nettverk og sosiale situasjon, blant annet inspirert av sosialt arbeid som fag.

Ikke minst var det mye liv og lidenskap. En annerledes fagforståelse enn den tradisjonelle var i støpeskjeen!

En annerledes fagrolle

Som ansatt ved Sykepleierhøgskolen i starten av 90-tallet fikk jeg muligheten til å undersøke fagfeltet som forsker. Ett av temaene som ble drøftet i publikasjonene fra prosjektet var utfordringene med å være hjelper på heltid og møte folk der de bor. I samme tidsrom fulgte jeg med interesse fjernsynsserien «Landsbylegen» som handlet om hverdagen for de ansatte på det lokale legekontoret.

Det var fascinerende å følge Dr. Keruish og hans kollegaer, særlig hvordan de håndterte utfordringer med å ha på seg ulike «hatter» i møte med stedets beboere. Kunnskapen om bygdas og innbyggernes liv og levnet ga rom for en svært fleksibel rolleutforming og et bredt rollerepertoar. De var terapeuter, venner, veiledere, gjester, medmennesker, talsmenn og omsorgsytere i en salig blanding.

I tillegg skilte de lite mellom arbeid og fritid. Riset bak speilet var ikke

så vanskelig å få øye på. En slik rolle kunne fort komme i konflikt med egne behov for fritid og familieliv. Landsbylegene fikk sjelden anledning til å være privatpersoner hvor de kunne frigjøre seg fra rollen som profesjonell hjelper. Men det var åpenbart mye god hjelp å finne for dem som trengte det!

Fleksibilitet, tilpasning og ingen ventelister

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) var startskuddet for en ny faglig kurs. Som faglig rådgiver hos Fylkesmannen i Sør-Trøndelag var jeg tett på utviklingen nasjonalt og regionalt. De faglige målene var ambisiøse. Styrking av lokalbaserte tjenester og mer fokus på brukernes medbestemmelse var to sentrale ambisjoner. Mange kommuner grep muligheten begjærlig og var ledestjerner for de andre.

For å inspirere og bringe suksesshistoriene videre gjennomførte min kollega i Nord-Trøndelag, Kenneth Ledang, og jeg en kartlegging av utvalgte kommuner i Midt-Norge. Kommunene vi intervjuet la vekt på å diagnoster ikke var så viktig i det daglige arbeidet. «Vi må begynne der de er», sa fagfolkene. «Det er terrenget som bestemmer kartet, ikke omvendt».

Et eksempel var håndteringen av en situasjon hvor regningsbunkene hopet seg opp. «Når brukerne kommer med en stabel regninger, da må vi innom han Anders først. Og da må vi jobbe med å rydde opp i slike ting, samtidig som vi griper tak i de psykiske vanskene».

I denne kommunen hadde sosialetaten rekruttert en tidligere bankansatt til å bistå med økonomisk rådgivning. De fokuserte på å ordne opp i brukernes opplevde problemer der og da, noe som i neste omgang la et grunnlag for mestring og bearbeiding av tanker og følelser.

Måten de forholdt seg på når brukerne ikke møtte til avtaler var et

annet eksempel på fleksibilitet og individuell tilpasning. «Da loser vi dem inn igjen», sa de. De gjorde det enten ved å ringe brukeren selv, hans pårørende eller ved å oppsøke ham i hjemmet.

Terskelen for å ta kontakt var lav. Ingen av kommunene hadde ventelister. Brukerne fikk hjelp umiddelbart, eller i løpet av få dager. I utsagnene lå det også en kritikk av spesialisthelsetjenestens smale spekter med tjenester, som ikke passet inn i forhold til folk sine behov.

Utforming av de nye skoene

I fagboka *Psykisk helsearbeid i nye sko*, utgitt i 2006, fortalte Anne Karin Svardal sin historie om utfordringer med å komme seg gjennom ungdomstid og utdanning og mestre arbeidet som lærer. Individuelle samtaler i en årrekke for angst og depresjon førte i liten grad til bedring. Å bytte behandlere med jevne mellomrom ble en belastning. Skifte av fastlege ble et vendepunkt. Han ga henne en positiv opplevelse, avsluttet behandling med lykkepiller og tipset henne om å delta på et kurs om mestring av depresjon (KID-kurs). Samtidig med at hun gjennomførte kurset hadde hun samtaler med en psykisk helsearbeider i hjemkommunen. De fant tonen, gransket livssituasjonen hennes og samarbeidet om å finne løsninger på utfordringene i nåtid og framtid. I løpet av behandlingen begynte hun å se mulighetene, tro på seg selv og fikk gnisten tilbake! Fagpersonene trodde på henne, involverte henne og bød på seg selv. Mange personer fortalte liknende historier og ga oss mange spor om hvordan de nye skoene skulle se ut.

Gradvis kom det på plass mange kommunale tjenester i tråd med opptrappingsplanens ånd. Fokus var på mestring av hverdagsliv, hjelp på brukernes premisser og tilgjengelige tjenester. I løpet av opptrappingsplan-tida så den første veilederen for kom-

munalt psykisk helsearbeid dagens lys, og fagområdet psykisk helsearbeid fikk et eget tidsskrift. Og det nasjonale kompetansesenteret NAPHA var like rundt hjørnet. Psykisk helsearbeid som praksis og fagområde i kommunene var i farta og i ferd med å ta form.

De gode møtene

I forskningsprosjektet «Helhet og sammenheng» i regi av Høgskolen i Sør-Trøndelag undersøkte vi hva som kjennetegner god hjelp i to ambulerende team når brukerne har omfattende utfordringer med rusmisbruk og psykiske problemer. Gjennom intervjuer og feltarbeid kom medlemmene i forskergruppen nært på hverdagen til fagfolkene og brukerne.

«Da jeg ble ansatt som psykiatrisk sykepleier, var grunnmuren knapt påbegynt.»

Funnene bekreftet at kvaliteter ved relasjonen som respekt, forståelse og høflighet er hjelpsomme. I tillegg ble det synlig hvordan samvær på hverdagslige arenaer hadde betydning for samarbeidet og relasjonen. Arbeidsformen var ofte oppsøkende og foregikk på arenaer som brukernes hjem, på kafeer, i marka og i bilen.

Samarbeidet var preget av at det var brukerne som la premissene for innholdet i kontakten og sin egen bedringsprosess. Fagfolkene bidro først og fremst med kunnskap og kompetanse som støttet opp under brukerne sine mål og ønsker.

Et annet kjennetegn var at praktiske gjøremål gikk hånd i hånd med prat og samtaler. For det tredje hadde innholdet i kontakten ofte de samme kjennetegnene som alminnelig og gjensidig prat mellom folk flest. Småprat bidro til en alminneliggjøring og verdsetting av personer som i utgangspunktet er stigmatisert og utstøtt fra samfunnet.

«Evidensen» ble skapt i det enkelte møtet mellom fagpersonen og brukeren.

Velkommen til psykologene

Psykisk helse- og rusarbeid i kommunene har endret seg mye siden pionertiden. Omfanget og organiseringen er ulik, men man kan se mange felles trekk.

Mens man i de største kommunene har et omfattende og mangfoldig tilbud for alle målgrupper, er man mer avhengig av faglige ildsjeler i små kommuner. Innholdet i hjelpen bygger på et utvidet kunnskapsgrunnlag, hvor det naturvitenskapelige perspektivet har en relativt begrenset plass. Folk sitt forhold til hverandre og samfunnet blir mer vekt-

lagt. Den kliniske praksisen har knyttet sterke bånd til faglige perspektiver som recovery, salutogenese og empowerment. Publiseringen av fagbøker og artikler har økt betydelig.

Psykologene som profesjonsgruppe vil styrke laget med sin solide faglige ballast og verdsatte rolle i helsetjenestene. Da jeg ble ansatt som psykiatrisk sykepleier, var grunnmuren knapt påbegynt. Nå er huset ferdig bygd og psykologene er velkomne til å tette sprekke i grunnmuren og finne sin plass i rommene.

En av dem som har gitt kommunalt psykisk helse- og rusarbeid et ansikt og legitimitet de siste årene er psykiateren Trond Aarre. I et foredrag sa han noe jeg merket meg: «I løpet av få tiår vil spesialisthelsetjenesten jobbe på samme måte som kommunene gjør i dag». Vi går spennende tider i møte! ■

Les i Naphas hefte om psykologer i kommunene: https://www.napha.no/hefte_psykolog_kommune/



Går man baklengs inn i fremtiden?

Fra 1. januar ble alle kommuner i Norge pålagt å tilby øyeblikkelig hjelp – døgntilbud. Kan tilbudet bli en sovepute for å styrke det kommunale psykiske helsetilbudet? spør artikkelforfatteren.

Tekst **Espen Gade Rolland**, nestleder, SPoR

Føringene har ligget der en stund, men fra nyttår ble det en realitet. Tilbudet om øyeblikkelig hjelp – døgntilbud er, ifølge veilederen fra Helsedirektoratet, «kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold» ment for mennesker med lettere og moderate psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer. Dette kan ofte være i kombinasjon med somatisk sykdom/plager. Pasienten kan ha behov for observasjon og miljøterapeutisk behandling, og oppfølging med omsorg, struktur og støtte. Andre kan ha behov for hjelp til å ivareta egenomsorg, støtte og til å mobilisere egne ressurser i en vanskelig livssituasjon. I tillegg hjelp til å opprettholde nære relasjoner til pårørende og andre. Pasienter med rusmiddelproblematikk kan ha behov for kortvarig innleggelse i et trygt miljø der fokus er motiverende tiltak/samtaler, for eksempel i påvente av oppstart av døgntilbud i TSB. Andre kan ha behov for et kortvarig observasjonsopphold. For pasienter med behov for kortvarig og ukomplisert avrusning vil det være behov for tilgang på medisinsk-faglig kompetanse.

Ingen nye midler

I følge Helsedirektoratet er midlene til øyeblikkelig hjelp – døgntilbud i den somatiske helse- og omsorgstjenesten fra

2016 innlemmet i rammetilskuddet til kommunene. Og midlene er på totalt 1 206,644 millioner kroner. For psykisk helsevern og TSB er omfanget av oppholdsdøgn, som kan legges til grunn for en overføring til kommunene, svært begrenset. De økonomiske rammene vil komme i de ordinære budsjettprosessene.

«De skal i en travel situasjon avgjøre hvilket tilbud den enkelte brukeren skal ha.»

Hvordan dette vil bli prioritert i en trang kommuneøkonomi, gjentar å se.

Kompetanse

I veilederen står det at personellet bør ha god relasjonskompetanse og ferdigheter i å ivareta personer i en psykisk krise/vanskelig livssituasjon. Miljøterapeutisk kompetanse med vekt på omsorg, struktur og støtte er her helt sentralt. Spørsmål som dukker opp er om kommunene har vilje og evne til å prioritere dette, når vi vet at det

nå er varierende og til dels lav kompetanse innen psykisk helse på legevaktene. De skal i en travel situasjon avgjøre hvilket tilbud den enkelte brukeren skal ha.

Direktør for førstelinjehelse i Helsedirektoratet, Svein Lie, mener på sin side at dette skal gå bra. Personell må ha rutiner for å håndtere psykiske lidelser inntil et visst nivå, og heller be om hjelp ved behov. Det er ikke lagt til grunn at det er behov for en psykiatrisk sykepleier på en slik avdeling, mener Lie. Rutiner for å håndtere psykiske lidelser, og ikke en prioritering av kompetanse, vitner om at det er liten forståelse for hvordan man bør møte mennesker i en slik situasjon, fra Helsedirektoratets side.

Større ansvar til kommunene

Det er flott at kommunene får større ansvar, også for denne viktige delen av tjenestetilbudet, men jeg spør meg selv om det ikke er å starte i feil ende? Spesialisthelsetjenesten, som vår historie viser, har i mange år bestått av ulike døgntilbud – fra sykehusavdelinger til distriktpsykiatriske sentra. Disse døgntilbudene har de siste årene gradvis blitt bygget ned, til fordel for poliklinisk- og hjemmebehandling. Dette er føringer fra myndighetene og er både ønsket og riktig i dagens tankesett når det omhandler behandling



og hjelp til personer med psykisk uheld. Kommunal psykisk helsetjeneste består per dags dato ofte av tverrfaglig sammensatte oppsøkende team, hvor sykepleieren har en viktig plass. Og nylig forskning av Bengt Karlson (2015) viser at disse sykepleierne jobber tett på brukerne, har lang erfaring og innehar høy kompetanse og utdanning.

Sovepute

I tillegg er disse teamene godt kjent med mange av brukerne av psykisk helsetje-

nester i kommunene. Dermed har de en unik mulighet til å løse krisen på lavest mulig «nivå», og eventuelt før den eskalerer. Disse teamene har stort sett et tjenestetilbud på dagtid, hverdager, og mange arbeider etter vedtak med varierende ventetid. Kunne man ikke starte med å utvide disse teamene, slik at mennesker som har behov for rask hjelp, også kan få dette i hjemmet? Historisk sett vet vi at om vi først etablerer døgntilbud, blir det fort en krevende øvelse å dreie dette tjenestetilbudet til være i hjemmene til folk igjen.

Spesielt når tilbudet om kommunal øyeblikkelig hjelp – døgn skal være et tilbud til mennesker med lettere psykiske plager, som best bør behandles i hjemmemiljøet i tett samarbeid med pårørende og eget nettverk.

Jeg er redd tilbudet kan bli en sovepute for å styrke det kommunale psykiske helsetilbudet, men også for spesialisthelsetjenesten. Og blir dette et reelt behandlingstilbud eller kun oppbevaring noen døgn, med kun fokus på somatiske helseplager? Det vil tiden vise... ■



STØRRE ANSVAR TIL

KOMMUNENE: Gade Rolland mener det er flott at kommunene får et større ansvar, men synes man starter i feil ende med det nye tilbudet fra kommunene. Foto: Colourbox



KYR – en tilnærming for å redusere tvang

Til tross for økt bevissthet rundt, og alternativer til, bruk av tvang, har omfanget av tvangsbruk ikke gått ned. Komplementær ytre regulering (KYR) er en helhetlig, koordinert tilnærming for å redusere tvang i psykiatrien.

Tekst **Jan Hammer**, spesialiskepleier med master i psykisk helsearbeid, Vestre Viken

En lukket langtidssesjon for psykoser og sammensatte psykiske lidelser ved Psykiatrisk avdeling Blakstad, implementerte i 2008 strategien komplementær ytre regulering (KYR). KYR utgjør en terapeutisk plattform som tilrettelegger for avlæring av atferdsforstyrrelser og reduksjon av tvangsbruk. Strategien ble utviklet som en ny komponent i Basal eksponeringsterapi (BET), en psykoterapeutisk behandlingsmodell for døgnpasienter med antatt behandlingsresistente psykiske lidelser og vedvarende funksjonssvikt.

Praktisering av KYR

KYR administreres som to separate komplementære regimer, henholdsvis underregulering og overregulering. Ved underregulering har pasienten

«Det skapes en stillstand der ikke noe skjer før pasienten tar initiativ til en mestringsdialog.»

full frihet, og personalet utøver ingen kontroll. Enkelte pasienter vil fortsette med å velge destruktive løsninger og oppfølgingen vil da tilrettelegges som overregulering. Fokuset går da utelukkende ut på å sikre liv og helse. Det skapes en stillstand der ikke noe skjer før pasienten tar initiativ til en mestringsdialog. Når pasienten har en mestringsplan og viser at han/hun er motivert til å gjøre aktive valg i tråd med den, føres han/hun tilbake til underregulering og full frihet.

Markant reduksjon

Hammer et al. (2016) fant at innføringen av KYR i 2008 ble fulgt av en markant reduksjon i tvangsvedtak. Dette inkluderte 99 prosent nedgang i antall tvangsvedtak per pasient, 74 prosent nedgang i antall pasienter med minst ett tvangsvedtak og 100 prosent nedgang i andelen pasienter med minst seks vedtak. Nedgangen kunne ikke forklares med endringer over tid i pasientenes alder, diagnoser, GAF-skår, antall helsepersonell eller tilgjengelig areal. Funnene kan ha implikasjoner for organisering av arbeidet med tvangsreduksjon ved døgnseksjoner, slik at effekter vedvarer. Sentralt er å ha en helhetlig tilnærming på flere nivåer og en systematisk og kontinuerlig implementeringsprosess som sikrer at individualterapien og miljøterapien koordineres.



TO REGIMER: KYR praktiseres på to måter. Ved underregulering har pasienten full frihet. Om pasienten gjentatte ganger velger destruktive løsninger, vil oppfølgingen tilrettelegges som overregulering. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Hele artikkelen ble publisert i Tidsskrift for Norsk psykologforening og kan leses her: (http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=465591&a=3)

Saken har stått på trykk i Psykisk helse og rus 1/2017. Her finner du en oversikt over alle faggruppebladene. ■

Referanse

Hammer, J., Fosse, R., Lyngstad, Å., Møller, P. & Heggdal, D. (2016). Effekten av komplementær ytre regulering (KYR) på tvangstiltak. Tidsskrift for Norsk psykologforening 53 (7), 518-29.



Søk stipend

Marie Kristofa Lysnes' stiftelse utlyser et stipend på kr. 50.000

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.

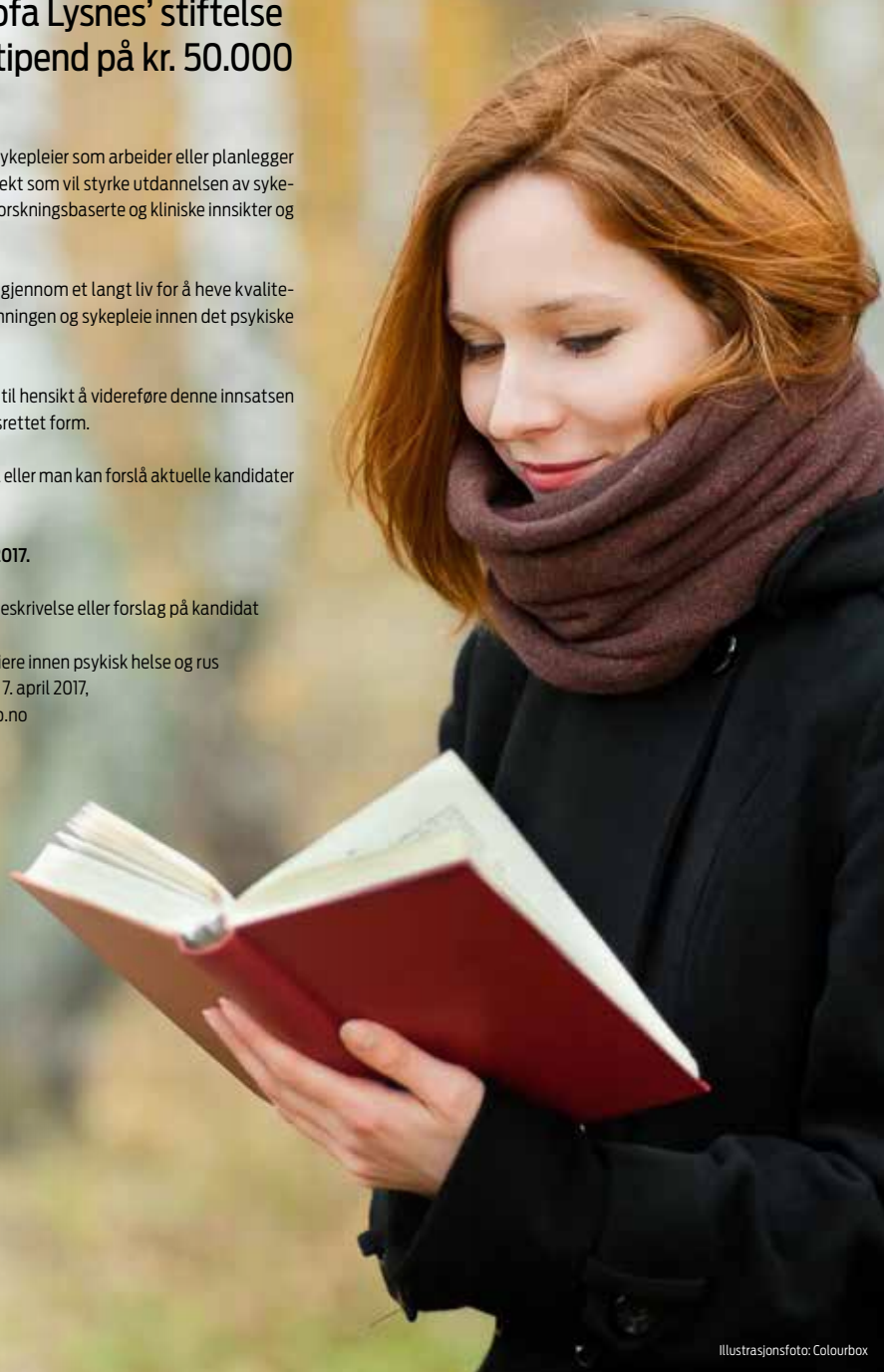
Marie Lysnes arbeidet gjennom et langt liv for å heve kvaliteten på sykepleierutdanningen og sykepleie innen det psykiske helsefeltet.

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

Stipendet kan søkes på eller man kan forslå aktuelle kandidater til stipendet.

Søknadsfrist 7. april 2017.

Søknad med prosjektbeskrivelse eller forslag på kandidat sendes til:
Faggruppen for sykepleiere innen psykisk helse og rus
v/ Olav Bremnes innen 7. april 2017,
på e-post: olav@ntebb.no



Illustrasjonsfoto: Colourbox





TILBUD TIL UTVIKLINGSHEMMEDE: «Åndssvake lærer å stelle sitt eget hjem» heter det av bildeteksten til Aftenpostens oppslag fra 10. august 1966. Videre står det at takket være penger fra Rikstrygdeverket har elevene ved Ragna Ringdals daghjem og skole har man denne uken begynt med husstellundervisning. Bestyrerinnen Edith Arnesen besøker et par av elevene i stuen som hører til skolekjøkkenet. Her er alt som man vanligvis finner i en hybelleilighet. Foto: John Myhre/Aftenposten/Scanpix



Søvnproblemer blant ungdom

Mange ungdommer sliter med søvnproblemer. En vanlig årsak er forstyrret døgnrytme, men ungdom kan også ha andre søvnlidelser.

FAKTA

Av Bjørn Bjørvatn, leder, Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer, Haukeland universitetssykehus, professor, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, søvnspesialist, Bergen søvnsenter

God søvn er helt avgjørende for velvære og sunn helse. De fleste av oss har opplevd en natt med dårlig søvn, og kjent på kroppen hvordan det påvirker humøret, konsentrasjonen og yteevnen dagen etter. Hos noen er søvnen dårlig ofte eller hver natt. Studier viser at søvnproblemer er blant de vanligste helseproblemene i alle aldre. Hver tredje voksne person klager over dårlig søvn i perioder, mens 10–15 prosent har alvorlige og langvarige søvnproblemer. Mange ungdommer sliter også med søvnen.

Søvnproblemer hos ungdom

Vi gjorde en større undersøkelse blant 16–19-åringene i Hordaland for noen år siden (1). I undersøkelsen varierte tidspunktet ungdommene gikk til sengs med over to timer fra hverdager til helger, og tidspunktet ungdommene sto opp varierte med over fire timer. Vi definerte det som forsinket søvnfase hvis ungdommene ikke sovnet før tidligst klokken to om natten minst tre netter per

at forsinket søvnfase også har sammenheng med økt skolefravær (2).

Lite søvn

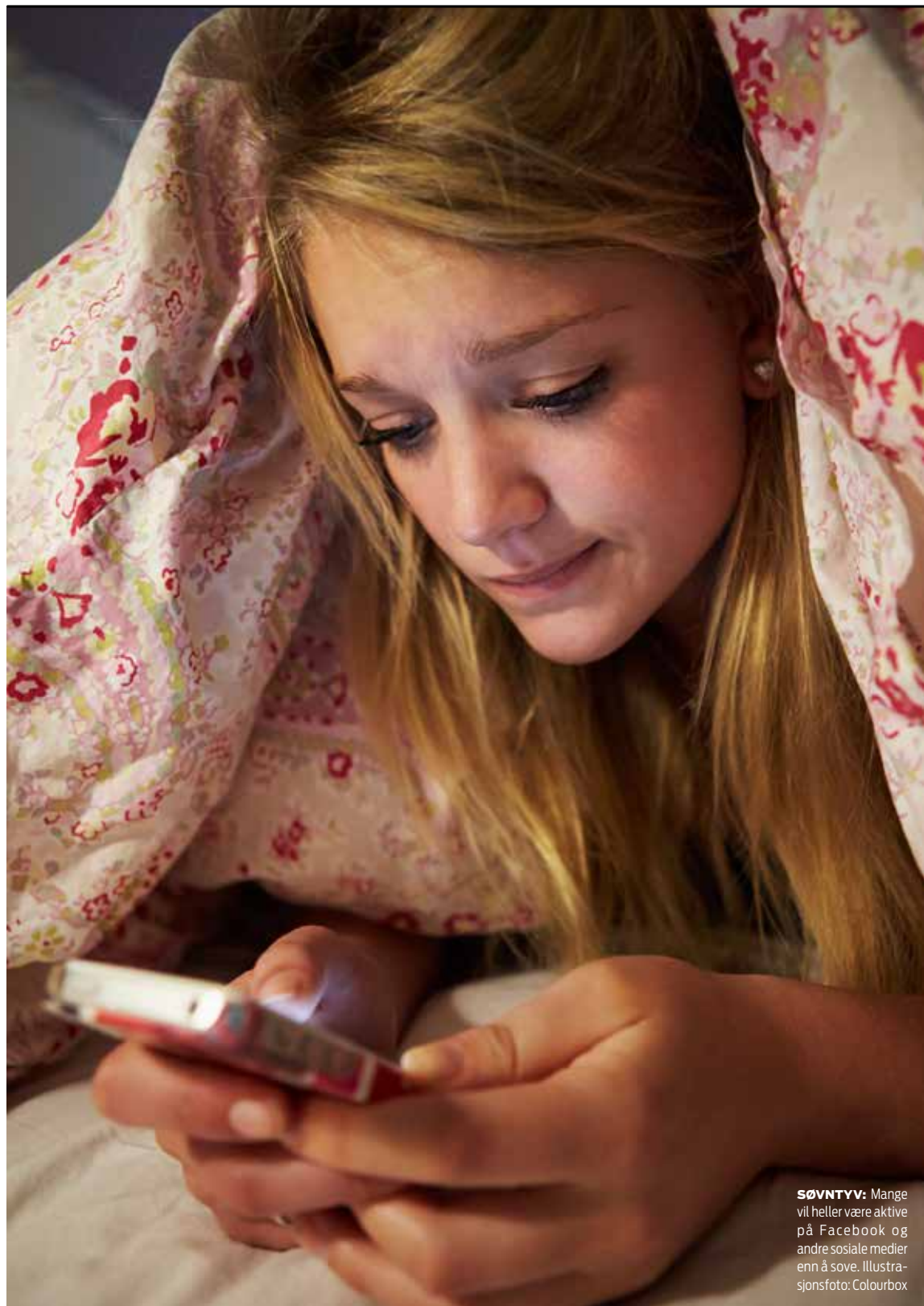
Mange studier viser at lite og dårlig søvn har negative konsekvenser. God og nok søvn er viktig for å bli uthvilt, og for lite søvn øker risikoen for å gjøre feil, som for eksempel å sovne bak rattet eller å duppe av i en upassende situasjon. I tillegg viser flere og flere studier at lite søvn over tid øker risikoen for vektøkning, diabetes og hjerte-kar-sykdommer (3). Dårlig og lite søvn er også koplet til utvikling av depresjon og økt risiko for selvmord (4). Det er lite trolig at alle kjenner til disse risikofaktorene. I dagens moderne samfunn velger mange vekk søvnen – det er mer spennende å være aktiv på Facebook og Instagram. Søvnunderskudd, og dermed økt trøtthet, kompenseres gjerne med høyt forbruk av koffeinholdige drikker. Mange mennesker, spesielt i ung alder, sover ut i helgene, et tegn på at et søvnunderskudd bygger seg opp i løpet av ukedagene.

Hukommelse og søvn

Søvn er også viktig for læring og hukommelse. Undersøkelser viser at søvn både før og etter innlæring har stor betydning (5). God nattesøvn er viktig for å kunne forstå og tilegne seg ny kunnskap, noe som gjerne ikke er overraskende. Er man trøtt og har underskudd av søvn, er det vanskelig å konsentrere seg. For mange er det nok mer overraskende at god søvn natten etter innlæringen også er viktig for hukommelsen. Men studier viser at god søvn etter innlæring er viktig for at de nye elementene skal

«De er rett og slett ikke søvnige når kvelden kommer.»

uke og samtidig rapporterte om store eller veldig store problemer med å våkne om morgenen. Noe over 8 prosent av ungdommene tilhørte gruppen med forsinket søvnfase, noe som var assosiert med dårligere karakterer på skolen, mer angst, mer depresjon, mer røyking og høyere skadelig alkoholbruk (1). Andre studier viser, ikke overraskende,



SØVNTYV: Mange vil heller være aktive på Facebook og andre sosiale medier enn å sove. Illustrasjonsfoto: Colourbox



feste seg til hukommelsen (3). Med tanke på hvor lite mange ungdommer sover i løpet av ukedagene, er det all grunn til bekymring.

Elektroniske medier

Bruken av elektroniske medier, som for eksempel mobil, nettbrett og pc, har økt betraktelig de siste 10–15 årene. Og mange bruker slike medier også i sengen, etter sengetid. Flere undersøkelser viser at bruken av elektroniske medier er koplet til lang innsovningstid, kortere søvnlengde, søvnunderskudd og søvnproblemer (6, 7). Men det er viktig å påpeke at selv om økt bruk av elektroniske medier gir grunn til bekymring, er de ovennevnte undersøkelserne tverrsnittstudier, det vil si studier hvor data innhentes på et enkelt tidspunkt. Det betyr at det ikke går an å si noe sikkert om hva som gir hva. Altså: Er det bruk av elektroniske medier som forklarer søvnproblemer, eller er det søvnproblemer som forklarer økt bruk av elektroniske medier? For

«Søvnen blir dypere jo lenger det er siden man sov sist.»

å kunne si noe sikkert om årsak og virkning må det gjøres undersøkelser som følger personer over tid, og slike undersøkelser er det få av. En slik studie fra Canada viste faktisk at søvnproblemer var koplet til framtidig bruk av elektroniske medier, mens bruk av elektroniske medier ikke var koplet til utvikling av søvnproblemer (8). Men det er all grunn til å advare mot overdreven bruk av elektroniske medier, spesielt sent om kvelden. Bruk av slike medier virker oppkvikkende, og det er jo ikke lurt når man skal sove. Samtidig vil jeg advare mot å tro at søvnproblemer blant ungdom utelukkende skyldes bruk av mobil, nettbrett eller data. I populærpressen kan man få inntrykk av at noen tror søvnproblemene vil løses ved å kutte slike elektroniske medier. Men ungdom har sovnet dårlig i alle år, også lenge før nettbrettet og smarttelefonene inntok markedet.

Hva er nok søvn?

Det er store forskjeller på hvor mye søvn vi trenger for å føle oss uthvilt. Det er derfor viktig ikke å vurdere søvnen utelukkende basert på antall timer vi sover. Søvnkvaliteten, det vil si mengden av den dype søvnen, er vel så viktig som antall timer. Er

man uthvilt neste dag, har man fått tilstrekkelig med søvn – uavhengig av antall timer. Vi er forskjellige på mange måter, både når det gjelder høyde, vekt, utseende, og også når det gjelder behovet for søvn. Blant voksne ligger gjennomsnittet på rundt 7–7,5 timer med søvn per natt, og de aller fleste sover mellom seks og ni timer. Ungdom trenger mer søvn enn voksne, og studier peker på at søvnlengden bør være 8–10 timer i aldersgruppen 14–17 år (9). Tabell 1 viser nylig foreslåtte søvnlengder – både anbefalte og ikke anbefalte søvnlengder – i ulike aldersgrupper (9).

Søvnregulering

Søvnlengde og søvndybde reguleres av et samspill mellom døgnrytme (cirkadian faktor), søvnbehov (homeostatisk faktor) og atferdsfaktorer (10). Det er døgnrytmen (cirkadian faktor) som i hovedsak bestemmer hvor lenge man sover og hvor trøtt man er når man legger seg. Dette betyr at søvnlengden varierer betydelig etter når på døgnet man legger seg, nesten uavhengig av hvor lenge man har vært våken. Dette har nattarbeidere erfart. Den homeostatiske faktoren, som avhenger av antall timer man har vært våken, bestemmer hvor dypt man sover. Søvnbehovet bygger seg opp mens man er våken, og søvnen blir dypere jo lenger det er siden man sov sist. Samspillet mellom den homeostatiske og cirkadiane faktoren er derfor vesentlig for søvnen, og denne forståelsen benyttes i behandling av søvnlidelser. Atferdsfaktorer spiller imidlertid en avgjørende rolle for hvordan og når man sover. Midt på natten tilsier både den homeostatiske og den cirkadiane faktoren at man burde sove. Likevel klarer for eksempel en nattarbeider å holde seg våken ved hjelp av atferdsfaktorer, som for eksempel ved å drikke kaffe, øke belysningen, øke aktivitetsnivået og å samtale med andre. Mangel på atferdsfaktorer forklarer at enkelte kan sovne under en kjedelig forelesning i et mørkt rom klokken ni om formiddagen, selv om både den homeostatiske og den cirkadiane faktoren tilsier at det burde være lett å holde seg våken. Redusert stimulering av hjernen forklarer den uimotståelige trøttheten i slike situasjoner.

Nadir

Vi har alle et bunnpunkt i døgnrytmen (kalles nadir) rundt 1–2 timer før vi normalt våkner opp. Det betyr at hvis man vanligvis våkner opp i 7-tiden

Alder	Anbefalt søvnlengde	Ikke anbefalt søvnlengde
0-3 måneder	14-17 timer	Under 11 timer, over 19 timer
4-11 måneder	12-15 timer	Under 10 timer, over 18 timer
1-2 år	11-14 timer	Under 9 timer, over 16 timer
3-5 år	10-13 timer	Under 8 timer, over 14 timer
6-13 år	9-11 timer	Under 7 timer, over 12 timer
14-17 år	8-10 timer	Under 7 timer, over 11 timer
18-25 år	7-9 timer	Under 6 timer, over 11 timer
26-64 år	7-9 timer	Under 6 timer, over 10 timer
65 år og eldre	7-8 timer	Under 5 timer, over 9 timer

TABELL 1: Søvn lengder i ulike aldersgrupper.



om morgenen, ligger bunnpunktet i døgnrytmen i 5–6-tiden (10). Dette er tidspunktet hvor det er vanskeligst å holde seg våken. Forståelsen av hvordan døgnrytmen fungerer, og betydningen av nadir, er avgjørende for å kunne behandle personer med døgnrytmeforstyrrelser.

Hvorfor sliter ungdommer med å våkne om morgenen?

Mange ungdommer er ekstremt trøtte om morgenen, og for noen er problemene så store at skolefraværet blir høyt. Senere skolestart har vært foreslått for å hjelpe trøtte ungdommer. En norsk studie viste at en time senere skolestart hver mandag ga mer søvn og bedre prestasjonsnivå enn skolestart klokken 8.30 (11). Men slike endringer i skolestart kan være vanskelig å få til. Jeg treffer ofte personer som hevder at ungdommene bare må legge seg tidligere, så ordner dette seg. Problemet er imidlertid at mange av ungdommene har prøvd det – uten hell. De er rett og slett ikke søvnige når kvelden kommer. Hvorfor er det slik? Og kan noe gjøres for å forebygge og behandle slike døgnrytmeproblemer?

Endring i puberteten

I puberteten skjer det mange endringer i kroppen. Én slik endring handler om døgnrytmen. I overgangen fra barn til ungdom forsinkes døgnrytmen slik at ungdommene føler seg mer våkne om kvelden (12). Søvnbehovet reduseres ikke, noe som betyr at de blir trøttere om morgenen og kan sove utover dagen hvis de ikke vekkes. Denne endringen er biologisk bestemt, og koplet til graden av pubertetsutvikling. Det betyr at døgnrytmen er mer forsinket hos en velutviklet 14-åring enn hos en 14-åring som er prepubertal. Ungdommer i puberteten blir med andre ord

B-mennesker. Dette forklarer hvorfor ungdom ofte våkner til om kvelden og er stuptrøtte om morgenen. Noen hevder at problemet skyldes at ungdommen drikker koffein (cola, energidrikker, kaffe) og/eller bruker elektroniske medier om kvelden. Det er klart at dette virker oppkvikkende og dermed kan påvirke innsovningen. Men mye tyder på at biologien spiller en viktigere rolle og at mange ungdommer kun forsterker problemet med slik uheldig atferd. For de med mest forskyvning av døgnrytmen er det nødvendig med spesifikk døgnrytmebehandling. Og slik behandling er effektiv hos de aller fleste (13).

Biologisk klokke

Døgnrytmen styres av en kjerne i hjernen som heter nucleus suprachiasmaticus (vår biologiske klokke), og ved forsinket søvnfase ser det ut til at klokken følger en rytme på godt over 24 timer (14).

Lysbehandling

Søvn og døgnrytme påvirkes av lys. Når vi reiser over tidssoner, er det endringen i lys (og mørke) som forklarer at vi tilpasser oss en ny rytme. På samme måte kan vi benytte lys til å endre rytmen til ungdommer med forstyrret døgnrytme. Lysets innvirkning på døgnrytmen er avhengig av når på døgnet man eksponeres. Hvis lyseksponeringen skjer på feil tidspunkt, vil døgnrytmeforstyrrelsen forverres. Bunnpunktet for døgnrytmen, nadir ligger som tidligere nevnt rundt 1–2 timer før normal oppvåkning. Det betyr at hvis du våkner klokken sju, er nadir i 5–6-tiden. For mange ungdommer er nadir mye senere, fordi de normalt våkner opp langt utpå dagen. Lys før nadir forskyver døgnrytmen til et senere tidspunkt, mens lys etter nadir har mot-



satt effekt. Hvis ungdommer med forsinket søvnfase eksponeres for sterkt lys tidlig om morgenen, vil det med stor sannsynlighet gjøre situasjonen verre. Korrekt behandling av forsinket søvnfase er derfor å la ungdommen sove til han/hun våkner av seg selv, for deretter å bli eksponert for sterkt lys umiddelbart (10). Deretter eksponeres ungdommen for lys 30–60 minutter tidligere fra dag til dag, inntil døgnrytmen er på plass. Ofte må ungdommene fortsette med lys i lang tid for å unngå tilbakefall. Lyset som gis kan enten være dagslys eller fra lyskasser. Det er vanlig med 30 minutters eksponering daglig.

Melatonin

Hvis ikke lys hjelper, anbefales behandling med hormonet melatonin. Dette må forskrives av lege. Mange ungdommer med store døgnrytmeproblemer kan ha svært god effekt av lys og/eller melatonin. Jeg har gjentatte ganger opplevd at korrekt behandling gjør at ungdommen klarer å fullføre skolegangen.

Kan slike døgnrytmeproblemer forebygges?

Ja, jeg tror at problemene mange ungdommer opp-

lever kan reduseres/forebygges ved å passe nøye på døgnrytmen ved inngangen til puberteten. Her følger slike råd:

- Stå opp til samme tid hver dag – også i helgene
- Bli eksponert for lys etter oppvåkning hver dag
- Unngå koffeinholdige drikker etter klokken 17
- Unngå å bruke elektroniske medier i timen før sengetid og i sengen
- Unngå mye lyseksponering om kvelden – bruk eventuelt solbriller
- Unngå å sove på dagtid

Jeg vil imidlertid understreke at hvis ungdommen først har utviklet alvorlig forsinket søvnfaselidelse, vil spesifikk døgnrytmebehandling med lys og/eller melatonin oftest være nødvendig (13). I slike tilfeller vil disse forebyggende rådene neppe være nok til å få døgnrytmen på plass.

Søvn sykdommer

Jeg har her fokusert på typiske søvnproblemer hos ungdommer – nemlig problemer med døgnrytmen. Men ungdom kan også ha andre søvnlidelser, og en



STÅ OPP: Forsinket døgnrytme kan føre til at ungdommen er stuptrøtt om morgenen. Illustrasjonsfoto: Colourbox

grundig utredning hos kompetent helsepersonell er nødvendig for å avdekke korrekt diagnose. Mange av søvnlidelsene kan diagnostiseres basert på en god anamnese. Jeg vil anbefale å benytte strukturerte og validerte spørreskjemaer. Ungdommen kan gjerne fylle ut disse før han/hun kommer til samtale. Eksempler på gode spørreskjemaer ligger på hjemmesidene til Nasjonal kompetansetjeneste for søvn sykdommer (www.sovno.no). I utredning og behandling av søvnforstyrrelser anbefales også å benytte søvndagbøker. Slike dagbøker kan skrives ut fra www.sovno.no ■

Referanser

1. Saxvig IW, Pallesen S, Wilhelmsen-Langeland A, Molde H, Bjorvatn B. Prevalence and correlates of delayed sleep phase in high school students. *Sleep Med.* 2012;13:193-9.
2. Sivertsen B, Pallesen S, Stormark KM, Boe T, Lundervold AJ, Hysing M. Delayed sleep phase syndrome in adolescents: prevalence and correlates in a large population based study. *BMC Public Health.* 2013;13:1163.
3. Peigneux P, Leproult R. A. Physiological basis of sleep. 4. Theories on the functions of sleep. In: Bassetti C, Dogas Z, Peigneux P, editors. *ESRS European Sleep Medicine Textbook: European Sleep Research Society*; 2014. p. 39-48.
4. Owens J, Adolescent Sleep Working Group, Committee on Adolescence. Insufficient sleep in adolescents and young adults: an update on causes and consequences. *Pediatrics.* 2014;134:e921-32.
5. Walker MP. Sleep, memory and emotion. *Prog Brain Res.* 2010;185: 49-68.
6. Hysing M, Pallesen S, Stormark KM, Jakobsen R, Lundervold AJ, Sivertsen B. Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. *BMJ Open.* 2015;5:e006748.
7. Fossum IN, Nordnes LT, Storemark SS, Bjorvatn B, Pallesen S. The association between use of electronic media in bed before going to sleep and insomnia symptoms, daytime sleepiness, morningness, and chronotype. *Behav Sleep Med.* 2014;12:343-57.
8. Tavernier R, Willoughby T. Sleep problems: predictor or outcome of media use among emerging adults at university? *J Sleep Res.* 2014;23:389-96.
9. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health.* 2015;1:40-3.
10. Bjorvatn B, Pallesen S. A practical approach to circadian rhythm sleep disorders. *Sleep Med Rev.* 2009;13:47-60.
11. Vedaa O, Saxvig IW, Wilhelmsen-Langeland A, Bjorvatn B, Pallesen S. School start time, sleepiness and functioning in Norwegian adolescents. *Scand J Educat Res.* 2012;56:55-67.
12. Carskadon MA. Sleep in adolescents: the perfect storm. *Pediatr Clin North Am.* 2011;58:637-47.
13. Saxvig IW, Wilhelmsen-Langeland A, Pallesen S, Vedaa O, Nordhus IH, Bjorvatn B. A randomized controlled trial with bright light and melatonin for delayed sleep phase disorder: effects on subjective and objective sleep. *Chronobiol Int.* 2014;31:72-86.
14. Micic G, Lovato N, Gradisar M, Ferguson SA, Burgess HJ, Lack LC. The etiology of delayed sleep phase disorder. *Sleep Med Rev.* 2016;27:29-38.



Vi kan endre og påvirke bruk av tvang



Av Kurt Lyngved,
Leder, SPoR

Tvang er en stor inngripen i menneskets liv. Derfor må man alltid vurdere om tvang i ulike situasjoner strengt tatt er nødvendig og om denne type inngripen er eneste mulighet.

Det er ikke alltid at tvangen i seg selv er problemet, men måten den utføres på og brukerens opplevelse av situasjonen. Dialog i etterkant er helt nødvendig for å sette situasjonen inn i en sammenheng hvor mennesket får mulighet til å sette egne ord på opplevelsen. Helsepersonell får samtidig tilbakemeldinger som kan bidra til ny læring med tanke på håndtering av komplekse og ekstreme situasjoner.

VG har, gjennom sine artikler i desember 2016, tydeliggjort lovbrudd relatert til bruk av tvangsmidler innenfor psykisk helsevern. Den alvorlige inngripen tvang representerer i et menneskes liv kan ikke undervurderes. Tvang må alltid være det siste man tyr til når liv og helse er i fare. Da kan det paternalistiske ståstedet anvendes som nødvendig helsehjelp og på denne måten gripe inn i menneskets autonomi for å forebygge alvorlige skader og i verste fall død.

Varslinger om tvang

Bruk av tvangsmidler må alltid dokumenteres, begrunnes og utføres innenfor lovens rammer. VG fokuserer på at for mange tvangssituasjoner

skjer uten at det foreligger et gyldig rettsgrunnlag. Fagmiljøene har, så langt, ikke klart (eller vært villige til) å endre denne utviklingen. Men det finnes eksempler på gode enkeltprosjekter som fokuserer på alternativer til tvang. VGs avsløringer kommer dessverre ikke overraskende på oss og vi stiller oss undrende til at funnene overrasker helseministeren og andre politikere. Problematisk og økende tvangsbruk er tidligere synliggjort både gjennom Paulsrudutvalgets rapport, og

«Det finnes kanskje andre tilnærminger til situasjoner hvor tvang anvendes.»

i omfattende kartlegging som SIFER (Sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Nasjonalt kompetansenettverk) gjennomførte i 2014. I tillegg har fagmiljøer kommet med flere varslinger fra så tidlig som i 1998. Dette uten at

politikerne har gjennomført de store grepene for å få kontroll med tvangsbruken. Men nå ser det ut til å være innenfor helseministerens prioriteringer!

Nye tilnærminger

Spørsmål som reiser seg er om opplæring innen lovverk og bruk av tvangsmidler er tilstrekkelig – kanskje ikke? Det finnes kanskje andre tilnærminger til situasjoner hvor tvang anvendes som kunne bidratt til og løst vanskelighetene på en annen måte. Er ikke tiden for lengst inne til at tradisjoners styrende holdninger over «pasientens» liv må erstattes av likeverdige samtaler hvor brukernes perspektiver er i fokus og vi som helsepersonell i mye større grad bidrar som veiledere og/eller rådgivere? Det er kanskje slik at endelig har brukerstemmens kraft nådd en høyde som gjør at fortellingene og erfaringene har nådd ut over institusjonenes murer og er blitt hørbare. Det er ikke slik at historiens fortellinger lengre kan skjules og historiene blir liggende igjen når pasienten drar.

NSFs faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus mener det er tvingende nødvendig å iverk-



TØFF PÅKJENNING: Krenkelsene kan være svært nærliggende og konsekvensene av tvangsbehandlingene kan komme til å representere store traumer i ettertid. Illustrasjonsfoto: Colourbox

sette nasjonale tiltak for å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang. I den grad tvang er nødvendig må den gjennomføres på en så skånsom måte som overhodet mulig.

Etiske dilemmaer

Vi som sykepleiere vil ofte oppleve dilemmaer ved utøvelse av tvang. Vårt oppdrag er blant annet å redde liv og å bidra til å fremme helse. I dette møtet er respekten for menneskets autonomi grunnleggende og uttrykkes gjennom sykepleiernes etiske retningslinjer. Retningslinjene skal beskytte brukeren mot krenkende handlinger som ulovlige, unødvendige rettighetsbegrensninger og anvendelse av tvang. Dette vil representere etiske dilemmaer for mange sykepleiere i sin arbeidshverdag.

Kjernekompetansen sykepleiere innehar i møte med mennesker i sårbare livssituasjoner omfatter ivare-

«Sykepleiere har et stort ansvar for å bidra til å forebygge tvangsbruk.»

takelse i et klima preget av nærhet, omsorg og varme. Dette er egenskaper det ikke snakkes så mye om i offentlige dokumenter og føringer.

Stort ansvar

Vi må alltid gå i oss selv for å vurdere om tvang i ulike situasjoner strengt

tatt er nødvendig og om denne type inngripen er eneste mulighet. Blir konklusjonen at tvang må brukes, understrekes det enda en gang at dette må skje på en så skånsom måte som overhodet mulig. Sykepleiere har et stort ansvar for å bidra til å forebygge tvangsbruk, gjennomføringen av den og ikke minst følge opp situasjonen i form av ettersamtaler.

Mange sykepleiere innehar lederfunksjoner innen psykisk helsevern. Dette gir oss en unik mulighet til å endre og påvirke kultur og holdninger relatert til tvangsbruk. På dette området må vi sammen gjøre en innsats slik at vi i stadig større grad utvikler og er pådrivere i forhold til metoder og tilnærminger som representerer alternativer til tvangsbruk. Tiden er overmoden for det. ■

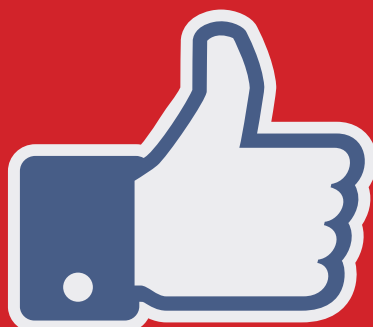


**DEN ENESTE I SITT SLAG:**

Kanskje du kjenner noen igjen fra dette bildet? Det er tatt 3. august i 1971 og er fra avslutningsfesten for nye sykepleiere fra Statens sykepleierhøgskole i Oslo. I den opprinnelige bildeteksten står det at det kun var én utlending med i kullet – Pempa Thondrup fra Tibet. Mennene i uniform er sanitetspersonell, som har fått sykepleieutdanning. Skolen hadde den gang lokaler i Bjerregaards gate. Statens sykepleierhøgskole er en tidligere høgskole for sykepleierutdanning, etablert i Oslo i 1962. Tre klasser fra den private Oslo sanitetsforenings sykepleieskole ble overført hit. I 1981 var Statens sykepleieskole den eneste i sitt slag som var drevet av staten, og i 1984 ble skolen innlemmet i det regionale høgskolesystemet og fikk navnet Statens sykepleierhøgskole. I 1994 ble skolen fusjonert inn i Høgskolen i Oslo, nå Høgskolen i Oslo og Akershus. Foto: NTB/Scanpix

60.000

følgere kan ikke ta feil.
Følg oss på Facebook du også!



facebook.com/Sykepleien
facebook.com/SykepleienForskning

Flere og flere følger Sykepleien på Facebook og bidrar med sine erfaringer, deler og liker. Vi er veldig glade for engasjementet – det bidrar til godt innhold. I tillegg får vi enda mer fingeren på pulsen i redaksjonen.

Følg oss på Facebook du også om du ikke allerede gjør det!
Følg gjerne også Sykepleien Forskning.

Hilsen Sykepleien

Sykepleien



NSF-SPoR inviterer til
**Psykisk helse og rus
konferanse 2017**

Drammen 8.– 10. mai 2017

Ny tid – ny praksis
uten tvang og medisiner?



NSFs faggruppe for sykepleie
innen psykisk helse og rus



www.nsf.no/faggrupper/psykisk-helse-og-rus



Velkommen

Konferansen psykisk helse og rus 2017 har som overskrift «ny tid – ny praksis uten tvang og medisiner?» Vi vil fokusere på faget vårt og det som skjer i den samtiden vi lever i. Sykepleiefaget er, som verden for øvrig, hele tiden i bevegelse mot en fremtid som endrer seg stadig hurtigere.

Nye tider skaper ny praksis som formes og utvikles på bakgrunn av våre erfaringer og de strømminger som ligger i tiden. På denne konferansen retter vi fokus mot vårt kunnskaps- og verdigrunnlag som basis for våre handlinger.

Et sentralt tema er fenomenet tvang og hva det representerer relatert til faget og praksisen vår. Historien har vi med oss når vi går inn i tvangens irrganger for å se om det er mulig å endre bruken av tvang i psykisk helsevern.

Et annet tema er helse som en helhet og den fysiske helsens betydning for nettopp denne helheten. Vi vet at mennesker med alvorlig psykisk helse og ruslidelser dør 20 år tidligere enn resten av befolkningen. Sykepleie handler om å fokusere på menneskets grunnleggende behov og samspillet mellom dem. I tillegg er vår kunnskap om helsesvikt av stor betydning når vi møter mennesker med store psykiske helse- og rusutfordringer. På denne konferansen vil vi løfte frem temaene for å understreke viktigheten av å ha et bevisst forhold til dem i møtet med mennesker med psykisk uhelse og rusutfordringer.

Miljøterapibegrepet har fulgt sykepleiere og mange andre yrkesgrupper gjennom mange år. Vi ønsker å ta frem begrepet igjen og belyse det i den tiden vi er i nå. Hvordan ser sykepleiere på miljøterapi nå og er det noe vi bruker i dagens praksis? Kan

sammenhengen mellom sykepleie og miljøterapi ses på ut fra flere perspektiver?

Erfaringskompetansen blir mer og mer sentral i utviklingen av tjenestene innen psykisk helse. Erfaring og fagkunnskap går sammen for å skape de gode tilbudene til mennesker som sliter med psykisk helse og/eller rusproblemer. Hva slags betydning har dette for tjenesteutøvelsene og hvordan virker samhandlingen på utviklingen av tjenestetilbudene? Dette ønsker vi å få noen tanker om i en tid hvor mye skjer innen dette området.

Medikamentfrie tilbud innen psykisk helsevern er nå blitt en realitet i Norge og vi skal sammen med brukerne få nye erfaringer om nye måter å møte gamle problemstillinger på. Brukerne etterspør blant annet trygge og rolige omgivelser, aktivitet og hvile, somatisk helse, ernæring samt mellommenneskelige relasjoner. Grunnleggende sykepleie fremmer viktigheten av disse faktorene. Dette er sentralt i vår sykepleierkompetanse, med spesielt fokus på å ivareta hele mennesket i behandlingen.

Vi håper konferansen vil vekke interesse slik at vi blir mange som møtes på denne arenaen i fine moidager i Drammen for å diskutere fag med kollegaer fra hele landet!

Vi sees!

Komitédmedlemmer

Kurt Lyngved, leder SPoR, Espen Gade Rolland, nestleder SPoR, Jørgen Due, SPoR Oppland, Olav Bremnes, sekretær SPoR, Astrid Berge Norheim styremedlem SPoR, representant fra LPP.

Godkjenninger

Konferansen er søkt godkjent av NSF som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie.

Frie foredrag og poster:

Mandag 8. mai kl. 14.00–16.30.

Tema: Sykepleie innen psykisk helse og rus

Det inviteres til muntlige innlegg med 20 min. + 5 minutter spørsmål (totalt 25 min). Vi ønsker innlegg om fagutviklingsarbeid, forskningsprosjekt og gode eksempler fra praksis innen fagfeltet psykisk helse og rus.

Abstract om fagutviklingsarbeidet/forskningen kan ha inntil 250 ord.

Abstractet skal deles i:

Tittel:

Navn på forfatter(e): Etternavn, initialer, adresse og e-postadresse til førsteforfatter. Formålet/hensikt med fagutviklingsarbeidet/forskningen:

Metode:

Resultat:

Konklusjon:

Nøkkelord:

Abstract sendes: Kurt Lyngved, e-post: kurt.lyngved@gmail.com innen 01.04.17

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

Forskningsseminar: Mandag 8. mai

- 12.00 Velkommen v/Kurt Lyngved, leder SPoR
- 12.10 Livskvalitet ved samtidige lidelser. Hva kan sykepleiere bidra med? v/Stian Biong
- 12.40 Erfaringer med tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold – konsekvenser for praksis v/Bjørn Stensrud
- 13.10 Pause
- 13.20 Recovery og medforskning v/Morten A. Brodahl
- 13.50 Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hva er sykepleiernes bidrag? Presentasjon av funn fra SINTEF rapport
- 14.20 Pause
- 14.30 Utdeling av Marie Lysnes stipend Kulturelt innslag
- 14.50 Frie foredrag. Sykepleie innen psykisk helse og rus
- 16.30 Avslutning av fagprogrammet
- 17.00–19.30 Generalforsamling i SPoR

Program: Tirsdag 9. mai

- 08.30 Registrering
- 10.00 Velkommen v/Kurt Lyngved, leder SPoR
- 10.15 «Levende praksis for levende mennesker» v/ Dag Erik Hagerup
- 11.00 Miljøterapi: En stadig aktuell tilnærming i spennet mellom tradisjon og fornyelse v/Jan Kåre Hummelvold
- 11.45 Pause
- 12.00 Verdigrunnlag – vegskilt eller brukermanual? v/Bjarne Lemvik
- 12.30 Lunsj
- 13.15 Hva ville Florence ha sagt? Og hva sier pasientene? Betydningen av grunnleggende behov for psykisk helse og velvære v/Nina Helen Mjøsumd
- 14.00 Tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer – ny veileder v/Torill Kielland
- 14.30 Systematiske ettersamtaler etter mekaniske tvangsmidler og holdning. Hva vet vi? v/ Unn Elisabeth Hammervold

Parallell sesjoner

Tvang – i et pårørendeperspektiv

v/Janne Hagevik, Leve Vestfold

Komplementær ytre regulering (KYR) og reduksjon av tvang – fra et vitenskapelig, et klinisk og et brukerperspektiv

v/Jan Hammer, Vibeke Normann og Trude Wallin Haugen

Erfaringer med etablering og drift av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud innen psykisk helse og rus

v/Reidun Korssjøen

«Smak og kjenn at maten gjer noko godt med deg»

v/Else Marit Undheim og Astrid Orre

Forebygging og redusert bruk av tvang ved Lovisenberg

v/Kevin Ivanowitz

17.00 Avslutning av fagprogrammet

19.30 Konferansemiddag

Program: Onsdag 10. mai

- 09.00 «Hvem er du?» Miljøterapi, med utgangspunkt i boken v/Anne Berit Eie Torbjørnsen og Jon Vidar Strømstad
- 09.30 Medikamentfritt behandlingstilbud UNN Tromsø – omstridt og uforsvarlig eller tvingende nødvendig? v/Tore Ødegård
- 10.00 Kognitiv miljøterapi – keep it small, sweet and simple v/Arne Okkenhaug
- 10.30 Pause
- 10.45 «Hjertefriskprosjektet» v/Silje Myklatun
- 11.15 Lunsj
- 12.15 «Når sjela plager kroppen» Om forholdet mellom psykiske lidelser, somatisk sykdom og forventet levetid v/Olav Elvemo
- 12.45 Florence goes crazy – hva tok sykdommen fra meg og hva ga den meg i gave? v/Kjersti Bjøntegård
- 13.15 Pause
- 13.30 Tvang i psykisk helsevern og traumeforståelse v/Siv Helen Rydheim og Inger-Mari Eidsvik Veien
- 14.15 Kvar vil me med desse tenestene? Om ein helsepolitisk spagat v/Trond Fjetland Aarre
- 15.00 Avslutning av konferansen

PÅMELDING: Må skje elektronisk ved å gå inn på hjemmesiden. til faggruppen: www.nsf.no/faggrupper/psykisk-helse-og-rus



NSFs faggruppe for sykepleie innen psykisk helse og rus





Innkalling:

Generalforsamling

i Norsk Sykepleierforbunds faggruppe
for psykisk helse og rus (SPoR)

Drammen 8. mai 2017

NSFs faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus (SPoR) innkaller til generalforsamling mandag 8. mai kl.17.00 på Scandic Ambassadeur i Drammen i forbindelse med «Psykisk helse og ruskonferansen 2017».

Frist for innsendelse av saker er 8. mars.

Saker sendes til leder i SPoR: Kurt Lyngved,
e-post: kurt.lyngved@gmail.com

**Frist for forslag til kandidater
til landsstyret er 1. april.**

Forslag til kandidater sendes til leder
i nominasjonskomiteen:
Unn Hammervold, e-post: unnhvold@online.no

Sakspapirer til GF legges ut 2 uker før GF på:

- Hjemmesiden til NSF / SPoR:
<https://www.nsf.no/faggrupper/psykisk-helse-og-rus>
- Våre facebooksider: <https://www.facebook.com/SPoR-NSFs-faggruppe-for-sykepleiere-innen-psykisk-helse-og-rus-168011696554927/?fref=ts>

Med vennlig hilsen
Kurt Lyngved, leder i SPoR



NSFs faggruppe for sykepleiere
innen psykisk helse og rus



www.nsf.no/faggrupper/psykisk-helse-og-rus



Honorar på
500 kroner!

Vil du være stemmen fra praksis?

Sykepleien Forskning trenger sykepleiere som kan kommentere forskningsartikler fra praksisfeltet. Kommentarene skal være korte og handle om hvordan innholdet i artikkelen har klinisk relevans. Hvis du vil bidra, får du god hjelp og veiledning underveis. Slike praksiskommentarer er populære og viktige, både for forfatterne og sykepleiere i praksis.

Som takk for hjelpen får du kr 500,-.

Send e-post til oss i dag så tar vi kontakt med deg: forskning@sykepleien.no



facebook.com/SykepleienForskning



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 på fagbladet.

Medlemskap koster kr. 450,- per år. (For studenter, uføretrygdede og pensjonister: kr. 225,- per år.)

Ønsker du å bli medlem av faggruppen, kan du sende e-post til torfrid.johansen@hotmail.com eller registrere deg på NSFs hjemmesider: <https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/psykiatriske-sykepleiere>.

Ønsker du kun abonnement på tidsskriftet, kan du sende e-post til kjersti.overnes@gmail.com