

FAGLIGT SELSKAB FOR PSYKIATRISKE SYGEPLEJERSKER

PSYKIATRISK SYGEPLEJE

April 2016 • 2. udgave • 23. årgang



**The feeling of blue
on a rainy day**

Akryl på lærred
Af TJ • 2015

Kunstner: LOT

Udgiver

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

Redaktør

Hanne Jakobsen
Hannejakobsen@dsr.dk

Layout

Bording A/S

Bladet udkommer kun elektronisk

Artikler til bladet

Alle artikler skal skrives i word format, skrifttype Times New Roman, størrelse 12. Artiklen må fylde max fire A4 sider. Der skal vedhæftes billede (som jpg-fil, ikke indsat i word) af forfatteren til artiklen.

Navn, stilling og arbejdsplads skrives øverst i artiklen. Forfatteren er meget velkommen til at vedhæfte andre billeder og illustrationer til artiklen (ikke indsat i word). Der må også gerne stilles forslag til billeder og illustrationer.

Anonyme indlæg optages ikke. Redaktionen forbeholder sig ret til at redigere i artikler efter aftale med forfatteren.

Det forventes at forfatteren selv læser korrektur på sin artikel. Redaktionen er ikke ansvarlig for stavfejl m.v.

Kontakt

Hanne Jakobsen, 29 65 60 75,
Hannejakobsen@dsr.dk

Indhold

- 4 Er det farligt at være psykiatrisk sygeplejerske?
- 6 Nyt fra bestyrelsen
- 6 Suppleringsvalg til bestyrelsen
- 8 Hvem skal være Årets Psykiatriske Sygeplejerske 2016?
- 8 Indkaldelse til generalforsamling 2016
- 9 Årsmøde i Fagligt Selskab for psykiatriske sygeplejersker 9.6.16 i Slagelse
- 10 Redaktionens hjørne
- 11 Brænder du for psykiatrisk sygepleje og faglig formidling?
- 11 Nyt redaktionsmedlem
- 12 Nyt redaktionsmedlem
- 12 Tværsektorielt samspil – et perspektiv på Psykiatrhuse
- 14 Forhåndstilkendegivelser – et redskab til at nedbringe og undgå tvang
- 20 Randomiseret kontrol studie af TEAMS
- 26 Hvordan politiske strategier bliver til praktisk handling
- 29 Safewards i praksis
- 32 Sådan skabes gode sygeplejersker
- 36 TMS en ny behandling mod depression
- 38 Åbning af Center for Psykiatrisk Sygepleje- og Sundhedsforskning
- 38 Borderline – i rivende udvikling
- 40 Ny bog om Borderline, 'Det sultne hjerte'
- 41 Mennesker med alkoholproblemer
- 42 Modstand - Psykologi og pædagogik for sundhedsprofessionelle
- 43 Få udvidet dit fagbibliotek





LEDER

Er det farligt at være psykiatrisk sygeplejerske?

af næstformand Inge Gustavsen og
bestyrelsesmedlem Claus Hansen

Så skete det igen!

Sidst i marts måned blev en social- og sundhedsassistent på det socialpsykiatriske botilbud Lindgården i Roskilde knivdræbt af en beboer. Det er nu det 5. tilfælde indenfor ganske få år hvor medarbejdere fra psykiatriske botil-

bud er blevet dræbt af beboere i forbindelse med deres arbejde.

Det giver unægtelig grund til bekymring og eftertanke. Hvad er det der sker i vores samfund, vores systemer og vores måde at organisere os på, siden det er gået sådan?

I kølvandet på de enkelte sager har der altid været en offentlig

debat om årsagen.

- Der er indført risikovurderinger.
- Man har drøftet overgange mellem behandlings- og socialpsykiatrien.
- Presset på de psykiatriske senge og antallet af sengepladser – som mange mener er for få – bliver altid bragt frem.
- Uddannelsesniveaueet for med-



arbejdere på de socialpsykiatriske botilbud nævnes også ofte.

- Endelig kan det overvejes om der er sket en ændring af klientellet, så beboerne på de psykiatriske botilbud er blevet dårlige

Spørgsmålene og overvejelserne er mange. I den aktuelle sag har både ledere og medarbejdere på TV og sociale medier givet udtryk for, at der er fulgt aftalte procedurer og at personalet er veluddannet. Der er derfor ikke nogen åbenlyse procedurefejl eller manglende faglighed, som kan forklare hændelsen.

”Patientens/borgerens behov fremfor systemets rutiner” er

en af vores værdier i det Faglige selskab. I flere regioner arbejder man med ”Brugerstyrede senge” og har gode erfaringer med dette. Det er et godt eksempel på hvordan patienterne/borgerne inddrages og deres behov tilgodeses, bl.a. mhp. at forebygge voldsomme situationer/tvangstiltag. Men det er også et godt eksempel på at vi skal tænke nye metoder til forebyggelse ind på såvel organisatorisk, som individuelt niveau.

Der er farlige situationer mange steder – ikke kun i psykiatrien, men vi har en lovmæssig forpligtelse til, at tilrettelægge et arbejdsmiljø for den enkelte medarbejder, som er sikkert, og forebygger fare. Det skal være

sikkert at på arbejde og det er **helt uacceptabelt at sundhedspersonale skal risikere livet ved at gå på arbejde.**

På baggrund af den seneste hændelse er der derfor brug for faglige og politiske initiativer, så vi får kulegravet hele området. Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker deltager gerne i arbejdet, så vi får sikret at det er forsvarligt at gå på arbejde på et socialpsykiatrisk botilbud.

I første omgang går vores tanker til den afdødes familie og kolleger.

Æret være hendes minde.

Nyt fra bestyrelsen

Den nye bestyrelse har konstitueret sig.

Fra venstre:

Inge L. Gustavsen, næstformand
Poul Erik Ravnsmed, kasserer
Lene Berring, formand
Claus Hansen, bestyrelsesmedlem
Bodil Bech Winther, sekretær



Suppleringsvalg til bestyrelsen

Der har været afholdt suppleringsvalg til bestyrelsen. Der var tre anmeldte kandidater. Alle tre er derfor indtrådt i bestyrelsen.

Ordinære medlemmer



*Tilmize Aydemir, afdelings-
sygeplejerske PC.
Sct. Hans. Retspsy-
kiatrisk Afdeling.*

Jeg hedder
Tilmize Ay-
demir og er
afdelingssygeplejerske på afsnit

R2 som er en retspsykiatrisk
afsnit der er på P.C. Sct. Hans,
motiveret pga. at jeg altid har
været interesseret i at udøve den
bedste psykiatriske sygepleje, og
har været med til at udvikle den
psykiatriske sygepleje med perso-
nalet på afsnit R2 snart 19 år og
ved at være medlem i bestyrelsen
og deltage i konferencer og tema-
dage vil jeg få dækket mit faglig

udviklingsbehov og igennem
dialog med kollegaer være med
til, at videns og erfaringsdeling til
den bedste psykiatriske sygepleje
med evidens til den psykiatriske
patient.



*Yvonne Reinholdt,
Ledende
oversygeplejerske
- MPM - Master
i offentlig
ledelse, Børne og
Ungdomspsykiatri
Esbjerg,
Ambulatorium*



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

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

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

Jeg har tidligere været bestyrelsesmedlem i DSR, Sønderjylland. Og er på nuværende tidspunkt suppleant i bestyrelsen for Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker. Jeg ønsker, at opstille til valg til bestyrelsen for Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker.

Min motivation er et engagement i at bidrage til at styrke vilkår for faglig udvikling i psykiatrien. Herunder et ønske om at påvirke til at skabe rammer for trivsel, udvikling og uddannelse. Derud-

over har jeg en intention om - på alle måder – at bidrage til forbedring af psykiatriens image. Der er mange barrierer og fordomme i forhold til psykiatrien, som kræver at vi som organisationer åbner op overfor omverden både i form af direkte samarbejde og i form af synlighed og indflydelse overfor andre interessepartnere og beslutningstagere. Det er på tide at vi aktivt arbejder for en afmystificering og afstigmatisering af psykisk sygdom og psykiatrien som institution. Psykiatriske sygeplejersker skal i højere grad sætte dagordenen i samfundet til gavn for psykisk syge mennesker.

Suppleant



Hanne Becker.
Udviklingssygeplejerske Region Nord.

Jeg vil gerne stille op som suppleant til bestyrelsen i Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker. Jeg vil gerne engagere mig i bestyrelsens arbejde fordi, jeg er optaget af udviklingen i psykiatrisk sygepleje og gerne vil være en aktiv del af et fagligt netværk på tværs af regionerne. Et fagligt netværk, hvor vi kan lade os inspirere og lære af hinanden, og hvor der arbejdes

med at synliggøre den psykiatriske sygeplejes vilkår.

Jeg er uddannet sygeplejerske i 1988, sundhedsplejerske i 1996 og cand. soc. i 2013, og jeg har været ansat i psykiatrien i Region Nordjylland siden 2010. Uagtet om jeg arbejder med børn eller voksne, er jeg optaget af sundhed og trivsel og en lighed i sundhed, et element der altid er betydningsfuldt også i psykiatrisk sygepleje.

Jeg arbejder som udviklingssygeplejerske i Region Nordjylland - Klinik Psykiatri Syd, hvor jeg er tilknyttet afsnit i voksen og børne- og ungdomspsykiatri. Det er væsentligt for mig, at der skal være sammenhænge og mening i de udviklings aktiviteter afsnittene involverer sig i. Som udviklingssygeplejerske interesserer jeg mig blandt andet for psykiatriske sygeplejerskers kompetencer og kompetenceudvikling. Aktuelt er jeg engageret i Specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje, som klinisk vejleder og censor, og jeg deltager i arbejdsgruppe for den landsdækkende obligatoriske efteruddannelse for sygeplejersker med specialuddannelsen. Jeg anser sygeplejerskers faglighed som værende af afgørende betydning for kvalitet og udvikling i psykiatrien.

Fristen er forlænget til 15. maj

For fjerde år i træk har vi forsøgt at få psykiatriske sygeplejersker der er medlem af selskabet til at indstille deres kollegaer til årets psykiatriske sygeplejerske. Indstillingen kan sendes pr. Mail til lelb@regionsjaelland.dk



Der er endnu ikke indstillet sygeplejersker til årets psykiatriske sygeplejerske, hvorfor fristen forlænges til 15. Maj. I år kan indstilles sygeplejersker der er medlem af fagligt selskab for psykiatriske sygeplejersker. Kollegaer kan pege på en kollega der i sit arbejde:

- Sikrer faglig udvikling af den kliniske sygepleje

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

Indstillingerne bliver vurderet af en gruppe bestående af brugerrepræsentanter, DSR og formanden

for det faglige selskab. Sygeplejerske der vinder ville modtage en pris på 10.000,- kr. denne skulle uddeles ved Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejerskers generalforsamling som afvikles den 9. juni på Psykiatrihospitalet i Slagelse i forbindelse med årsmødet.

Med venlig hilsen
Lene Berring, formand

Indkaldelse til generalforsamling 2016

Den årlige generalforsamling i Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker 2016 afholdes i forbindelse med temadagen/ årsmødet i Slagelse.

Onsdag den 9.6.16 kl. 16.00 – 18.00, Psykiatrihospitalet i Slagelse. Fælledvej 6. 4200 Slagelse.

Foreløbig Dagsorden:

1. Valg af dirigent
2. Valg af stemmetællere
3. Godkendelse af dagsorden
4. Formandens beretning
5. Forelæggelse af regnskab og

- budget
6. Fastlæggelse af størrelse af kontingent
7. Forslag til vedtægtsændringer
8. Forslag til markering af selskabets 100 års jubilæum i 2017
9. Medlemsdialog om selskabets satsningsområder
10. Drøftelse af selskabets og medlemmernes værtsrolle i forbindelse med Horatios afholdelse af psykiatrisk syge-

- pleje festival i Danmark 2019
11. Indkomne forslag
12. Evt.

Der serveres lidt forplejning i forbindelse med general forsamlingen.

Frist for forslag til punkter til behandling på generalforsamlingen sendes senest den 12. april 2016 til formanden på e-mail: lelb@regionsjaelland.dk

Endelig dagsorden kan ses på hjemmesiden:
<https://dsr.dk/fs/fs11>

Årsmøde i Fagligt Selskab for psykiatriske syge- plejersker 9.6.16 i Slagelse

Årets tema: psykiatrisk sygepleje i praksis

- | | |
|---------------|---|
| 9.30 - 10.00 | Registrering og kaffe |
| 10.00 - 10.15 | Velkomst ved formand Lene Berring. Fagligt selskabs 4 værdier:
- mest mulig mental sundhed og trivsel
- patient og borgers behov, frem for systemets rutiner
- psykiatrisk sygepleje understøtter patientens / borgerens proces
- psykiatrisk sygepleje guides af evidens |
| 10.15 - 10.35 | Sygeplejen i B & U på landsplan.
<i>Udviklingschef Elisabeth Bille Brahe, Region Hovedstaden</i> |
| 10.40 - 11.00 | OPUS, B & U.
<i>Sygeplejerske Birthe Flensborg, Region Sjælland</i>
<i>Sygeplejerske Lilian Louise Toft, Region Sjælland</i>
<i>Sygeplejerske Pernille Ourø, Region Sjælland</i> |
| 11.00 - 11.15 | Pause |
| 10.15 - 11.45 | "Sanserum ind i afsnittet"
<i>Sygeplejerske Ilone Dolmer, Region Nord</i> |
| 11.45 - 12.45 | Frokost |
| 12.45 - 13.10 | Safewards, en evidensbaseret voldsforebyggelsesmodel
<i>Sygeplejerske Lene Berring, Region Sjælland</i> |
| 13.10 - 13.30 | Safewards i praksis
<i>Sygeplejerske Anette M. Møller, Region Syddanmark</i> |
| 13.30 - 14.00 | Patient deltagelse i review efter tvang
<i>Sygeplejerske Dorte Møller Salomonsson, Region Midt</i> |
| 14.00 - 14.30 | Fysisk ramme og nyt byggeri
<i>Ledende Oversygeplejersker Pia Stranges og Susie Petersen, Region Sjælland</i> |
| 14.30 - 15.30 | Rundvisning og kaffe, evt. 3 holds skift |
| 15.30 - 15.45 | Kåring af årets psykiatriske sygeplejerske |
| 16.00 - 18.00 | General forsamling – der serveres en lille forfriskning. |

Redaktionens hjørne

Af Lili Bermann

I redaktionen har vi et stort ønske om at bringe artikler der dækker psykiatrisk sygepleje i bred forstand, dvs både geografisk og fagligt. Det kan vi sagtens gøre bedre end nu, men det kræver at I hjælper os med at skrive om hvad der rører sig rundt omkring. Har du eksempelvis været med i et projekt, afsluttet specialuddannelse eller noget helt tredje, vil vi blive glade for en artikel om det. Vi har været lidt færre om arbejdet denne gang men kan nu heldigvis byde velkommen til to nye redaktionsmedlemmer, Helle Vibholm og Lotte Lomholdt. De præsenterer sig selv i bladet.

Jeg vil ønske os alle tillykke med at Danmarks første Center for Psykiatrisk Sygepleje- og Sundhedsforskning blev indviet i januar i år. Nu samles al forskning fra landets psykiatriske afdelinger i centeret. CPS har flere prioriterede forskningsområder, herunder reduktion af tvang og jeg glæder mig til at følge deres forskningsprojekter.

Nedbringelse af bæltefixeringer med 50% inden 2020 indgår i en partnerskabsaftale mellem PLS og Ministeriet for sundhed og forebyggelse. Hvordan man omsætter sådan en politisk strategi til klinisk praksis på afdelingsniveau præsenteres i artiklen om tavlemøder. I Horsens fik man kvit og frit en projektleder fra DSR til gennemførelse af projektet.

Man har nu gennem en årrække arbejdet med nedbringelse af tvang i psykiatrien og Safewards er en ny klinisk konflikthåndteringsmodel som er taget i anvendelse til forståelse og reducering af både konflikter og tvang på psykiatriske afdelinger. Fra afsnit 61/63 i Aabenraa hvor man er begyndt

at arbejde ud fra Safewards modellen får vi først en introduktion til modellen og hvordan de har grebet implementeringen an i praksis. Dernæst får vi en artikel om hvordan de i afsnittet har arbejdet med forhåndstilkendegivelser. I udarbejdelsen af dialogguiden til forhåndstilkendegivelser har de, udover de juridiske forpligtelser der er, inddraget Phil Barkers fælles risikovurdering og den personlige sikkerhedsplan.

Det er ikke ofte vi har kunnet dække børn og ungespsykiatrien her i bladet. Så glæd dig til at læse om et kontrolstudie af TEAMS, et non farmakologisk behandlingskoncept udviklet til førskolebørn med ADHD. Projektet er gennemført på Børne og Ungdomspsykiatrisk afdeling i Region Sjælland.

To sygeplejestuderende, Line D. Christensen & Elisabeth N.M. Nielsen bidrager med spændende refleksioner om skabelsen af gode sygeplejerske og kendetegn for den gode kliniske vejleder.

Formanden for Borderlinenetværket Pia Frydensberg gør i sit indlæg op med opfattelsen af Borderline som en kronisk tilstand og giver gode grunde til af se mere optimistisk på mulighederne for at arbejde sig ud af diagnosen og præsenterer nogle terapeutiske muligheder.

LAP – Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere bringer i Klummen refleksioner om betydningen af at samle behandlings- og socialpsykiatri samt frivillige foreninger under samme tag. Det startede i Silkeborg med Psykiatriens Hus og det glæder mig at se at det ser ud til at blive det nye sort.

God læsning

Brænder du for psykiatrisk sygepleje og faglig formidling?

I redaktionsgruppen for Psykiatrisk Sygepleje søger vi et nyt medlem!

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

Arbejdet i redaktionen er frivilligt og ulønnet. Vi tilstræber geografisk spredning, så vi har en redaktion, der repræsenterer hele Danmark. I øjeblikket er vi to fra Region Sjælland, to fra Region Midtjylland og en fra Region Nordjylland. Det allervigtigste er dog, at du er engageret i og har en interesse for formidling af den psykiatriske sygepleje.

Lyder redaktionsarbejde som noget for dig, og kan det forenes med dit arbejde vil vi i redaktionen meget gerne høre fra dig.

Du er velkommen til at kontakte redaktør Hanne Jakobsen for flere oplysninger om redaktionsarbejdet.

Ansøgningsfristen er d. 1. august 2016. Ansøgningen sendes elektronisk til redaktør Hanne Jakobsen på mail: hannejakobsen@dsr.dk

Nyt redaktionsmedlem



Mit navn er Helle Vibholm. Jeg er 43 år, uddannet sygeplejerske og cand. cur. Som sygeplejerske har jeg arbej-

det i både ind og udland, hvor mit primære fokus har været børn og unge. Jeg har bl.a. været skolesygeplejerske på en stor international skole i Holland, hvor mit særlige indsatsområde var børn og unge med særlige behov. Senere fik jeg ansættelse i Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Sjælland, som distriktssygeplejerske i ADHD klinikken i Holbæk. Her fungerer jeg også behandler for børn og unge med neuropsykiatriske diagnoser. Jeg var desuden klinisk vejleder for sygeple-

jerskestuderende og vejleder for specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje. Her ud over var jeg medlem af Det Sundhedsfaglige Råd for Børne- og Ungdomspsykiatrien og Forskningsudvalget for Region Sjælland. De sidste snart 4 år, har jeg i samarbejde med Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Sjælland, sideløbende lavet klinisk forskning omkring førskolebørn med ADHD.

Jeg startede som underviser på SOSU Sjælland i august 2015, hvor jeg underviser bredt inden for det sundhedsfaglige område, men med hovedfag i psykiatrisk sygdomslære, sygepleje og farmakologi.

Børne og ungdomspsykiatrien er stadig et forholdsvist ungt og

ikke særlig synligt speciale, som jeg ønsker at sætte mere fokus på, som medlem af redaktionen på Psykiatrisk Sygepleje. Jeg håber herved også at synliggøre de mange dygtige psykiatriske sygeplejersker, som gør en kæmpe indsats, i den kliniske praksis. Jeg har altid været, særligt optaget af børn og unge med særlige udfordringer og behov. En gruppe, der i deres dagligdag, ofte mødes af fordomme og misforståelser. Ved at bidrage til vidensdeling og udvikling inden for dette felt, er det mit håb, at børnene, de unge, deres familier og ikke mindst sygeplejerskerne i børne- og ungdomspsykiatrien, vil opnå større respekt, anerkendelse og forståelse.

Nyt redaktionsmedlem



Min store drøm har altid været at blive sygeplejerske. Inden jeg nåede dette mål, tog jeg først en beskæftigelsesvejledningsuddannelse og arbejdede med dette erhverv i Norge i 10 år. Derefter blev jeg social- og sundhedsassistent og efter mange år i psykiatrien var det tid for mig at få min store drøm i opfyldelse. Efter uddannelsen til sygeplejerske var jeg med til at opstarte OPUS i Region Nordjylland. Dette gav mig blod på tanden til at tage skridtet videre, og i sommers færdiggjorde jeg specialuddannelsen; psykiatrisk sygeplejerske.

Brugerinvolvering er et helt centralt begreb i min hverdag i

psykiatrien. Jeg ser et samarbejde med patienterne, hvor vores forskelligheder og fagligheder bringes i spil. Dette er for mig et partnerskab der ikke sætter patienten i centrum, men i front.

- Partnerskab er en nødvendighed for, at jeg kan øge kvaliteten af den psykiatriske sygepleje.
- Partnerskab er behandlingen, som motiverer patienter til engagement og vedvarende kontakt til systemet.
- Partnerskab skal efterlade faglige og menneskelige aftryk, som giver værdi for den unge og deres pårørende og for fremtidens psykiatriske sygepleje.

Jeg har tidligere udviklet et pilotprojekt sammen med Camilla Krogh, som har fokus på at skrumpe i bredden og vokse

i højden. Hvilket er brugerstyret fitnessdans for patienter og personale i psykiatrien i Region Nordjylland. Fitnessdans er en "behandlingsform" der muliggør, at patienter og behandlere kan mødes i øjenhøjde i et sygdomsfrit rum.

Aktuelt er jeg i gang med et udviklingsprojekt omhandlende brugerinvolvering af de unge i OPUS i psykoedukation.

Hvorfor være en del af redaktionsgruppen? Jeg ser det som en mulighed, der kan være med til at give mig faglig udfordring i formidling af den psykiatriske sygepleje. Min intension er at være med til at få bladet til at blive endnu mere spændende at læse og endvidere give flere psykiatriske sygeplejersker inspiration til deres hverdag.

KLUMMEN

Tværasektorielt samspil – et perspektiv på Psykiatrichuse



Af Steen Moestrup, Medlem af LAP's Landsledelse, LAP – Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere.

I disse år er det gået op for kommunerne og regionerne, at det kan betale sig at samarbejde på tværs af de administrative græn-

ser. Borgerne har hele tiden efterlyst helhedsorienterede løsninger, der får deres liv til at hænge sammen. Livet består ikke af små adskilte rum, der kan behandles særskilt.

Formår myndighederne at få indsatserne til at hænge sammen og komme i rette tid, så vil der være

rigtig mange penge at spare på de enkelte forløb og borgerne vil føle sig mødt og forstået i højere grad. De vil opleve, at tingene kommer til dem, når de har brug for det og i de mængder, som er nødvendige.

En borger – en indgang

Københavns Kommune og Region Hovedstaden er gået sammen om at skabe Psykiatrichuse. Det er meningen, at borgerne her kan søge hjælp og møde både den regionale behandlingspsykiatri og de socialpsykiatriske tilbud fra kommunen. Det vil her være muligt, at gå fra den ene aktør til den anden. Det er ikke nødvendigvis udtryk for, at begge skal være på banen hver gang. Tankerne har været, at der skal være en række tilbud, som borgerne kan vælge imellem.

Der er tillige tanke på at skabe et cafémiljø, hvor alle såvel borger som personale kan drikke kaffe og hygge snakke eller få en recovery orienteret diskussion på lige fod. Udvikler den sig i en meget personlig retning, kan man trække sig tilbage til et lokale i tosomhed. Idéen er, at der på tværs af borgerne og personalet opstår en synergi til gavn for begge parter udvikling; borgerens personlige recovery udvikling og personalets faglige udvikling.

Mixede metoder – professionelle og frivillige under samme tag

LAP får, ligesom andre frivillige foreninger inden for psykiatrien, et fodfæste i huset og kan iværksætte f.eks. recovery café timer, hvor en "Vendepunkts instruktør" fortæller om sit eget vendepunkt i processen og kan støtte en recovery orienteret diskussion i forsamlingen.

Det er vigtigt at slå fast, at der er forskel på, hvad den enkelte har behov for, og der ikke nød-

vendigvis bliver udveksling af oplysninger mellem de forskellige enheder i huset. Men det vil nok falde mere naturligt for en psykiater at henvise sin patient videre til en sagsbehandler, når vedkommende befinder sig i samme hus. Og den ene medarbejder kan introducere borgeren for den næste, således at der lettere opstår en alliance omkring borgeren og med borgeren.

For folk der lider af angst kan det være en fordel, at en som kender vedkommende er med f.eks. blot de første fem minutter af en samtale med en ny person, således at introduktionen bliver smertefri og forløbet derfor bedre.

Intet om os uden os

I LAP er vores bekymring, at man ikke formår at holde borgerne i centrum og undgå, at borgeren føler, at der bliver gået bag om ryggen på vedkommende. Vores motto er "Intet om os uden os" og det skyldes netop, at vi ofte føler, at der bliver snakket bag om ryggen og dermed opstår nogle fejlfortolkninger af situationer og forkerte forståelser af problematikkerne. Noget helt andet er, at borgerne får sværere ved at "spille spil" overfor forskellige grupper af personale – dette kan i og for sig være en fordel. Dog skal man ikke være bleg for at forstå, at disse spil sommetider er nødvendige for, at borgeren kan overleve en problematisk hverdag.

Det er vores håb, at når man samler tingene under samme tag, så vil der opstå bedre udveksling af faglige kundskaber, således at alle bliver klædt bedre på til deres opgaver. F.eks. at beskæftigelsesvejlederen kan søge og få oplysninger om forskellige diagnoser og i højere grad forstå de problematikker, som er forbundet hermed.

Kendskab til hinanden fremmer borgernes recovery

Psykiatrisk Center Nordsjælland har fx i en del år haft flere årlige møder med kommunerne og især i de kommuner, hvor man har gjort meget i udbygningen af de socialpsykiatriske tilbud, har man oplevet, at borgerne let glider rundt mellem de forskellige tilbud i en naturlig rytme, som fremmer deres recovery. Selv et meget begrænset kendskab til hinanden har fået samarbejdet til at glide meget nemmere.

I 2014 lavede man en psykiatriuge i Frederikssund på opfordringer fra "En af os"-kampagnen, der kom forbi en dag med Kaffe-salonen. Andre dage var der forskellige andre boder og oplæg fra såvel de frivillige foreninger, som kommunens forskellige afdelinger. Publikum blev væk, men der blev grundlagt et godt samspil mellem de forskellige enheder. Kendskabet til hinanden, hinandens resurser og forskelligheder betyder i dag, at borgerne meget lettere navigerer mellem de forskellige aktører og hurtigere bliver hjulpet.

Når en borger bliver udskrevet fra psykiatrisk hospital – er det vigtigt, at de kommunale støttepersoner står klar. Det er vigtigt, at der er en god kommunikation til egen læge mellem de forskellige myndigheder. Jo hurtigere borgeren får den rette hjælp jo hurtigere kommer de på banen igen.

Det er min erfaring fra mit eget forløb, at det er meget vigtigt, at de forskellige sektorer arbejder på tværs, således at man formår at støtte borgeren i hans ønsker om hvilken retning, netop hans recovery forløb skal tage. Og at sektorerne ikke trækker i hver sin retning.



Af Anette Meier Møller, specialsygeplejerske, ansat på afsnit 61/63 ved psykiatrisk afdeling Aabenraa. Afsnittet er et satspuljeprojekt med bæltefri indsats.

Forhåndstilkendegivelser – et redskab til at nedbringe og undgå tvang

I projekt Sikker Psykiatri arbejder sundhedsprofessionelle for, at mennesker med psykisk sygdom får en mere sikker pleje og behandling. Det sker ved hjælp af metoder, som har skabt gode resultater generelt i sundhedsvæsenet.

Indledning

Forhåndstilkendegivelser er for alvor kommet på dagsordenen efter psykiatriloven blev revideret i juni 2015. Af den reviderede psykiatrilov fremgår det, at alle patienter i forbindelse med indlæggelsessamtalen skal høres om præferencer i forhold til samarbejde og behandling – også hvis tvang kommer på tale (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2015). En forhåndstilkendegivelse rummer ideelt set aftaler og forpligtelser for både patient og personale og kan blive en del af løsningen på at gøre afdelinger tvangsfrie ved at øge patientens selvkontrol og følelsesmæssige tryghed og sikkerhed. Erfaringer fra USA viser, at brugen af forhåndstilkendegivelser, som her kaldes Advanced Directives, øger frivilligheden og understøtter et godt og tillidsfuldt samarbejde mellem patient og personale (Björgen et al. 2014).

Den personlige interesse for forhåndstilkendegivelser opstod i foråret 2015 i forbindelse

med en kvalitetsudviklingsopgave omkring forebyggelse af aggression og vold på specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje, Region Syddanmark. Forebyggelse af aggression og vold og derigennem nedbringelse af tvang var højaktuelt, fordi afsnit 61/63 i Aabenraa skulle til at tænke i alternative konflikthåndteringsstrategier og etablere sig som bæltefrit afsnit. Derfor vakte det undren og nysgerrighed, at afsnittet ikke havde et særligt stort kendskab til forhåndstilkendegivelser, hvilket var oplagt at undersøge nærmere og finde en løsning på.

Den kliniske problemstilling

Forebyggelse af aggression og vold i døgnpsykiatrien er essentiel, fordi udadreagerende adfærd har omfattende og negative konsekvenser både for patienter, personale og det terapeutiske miljø. Vold og aggression på jobbet kan føre til stress og udbrændthed, hvilket kan resultere i pleje og omsorg af ringere kvalitet, men også øge

forekomsten af voldelige episoder (Videncenter for Arbejds-miljø 2012). Vold og truende adfærd kan være en udløsende faktor for anvendelsen af tvang og i yderste konsekvens resultere i, at patienten bæltefikseres. Bæltefikseringer er i konflikt med personalets ønske om at drage omsorg for patienten, og interventionen har ingen terapeutisk effekt. Derimod er der mange fysiske og ikke mindst psykiske risici forbundet med at fiksere patienterne: de kan føle sig hjælpeløse, vrede, kede af det, bange, forurettede og straffede. I værste instans risikerer de at få livslange traumer og muligvis PTSD (Bak et al. 2012). Den Europæiske Tortur Kommission har, efter et besøg på psykiatriske afdelinger i Danmark, udtrykt stor bekymring for anvendelsen af tvangsfiksering, der betragtes som mishandling. Kommissionen har efterfølgende opfordret myndighederne til at revidere både lovgivning og praksis (CPT 2014). Der er derfor de senere år kommet massiv samfundsmæssig og politisk bevågenhed på at forebygge vold og nedbringe tvang i psykiatrien, hvilket bl.a. har vist sig ved at der i perioden 2014-2017 er bevilget 73,6 mio. kr. i satspuljemidler til forsøg med bæltefri afdelinger.

I en rapport fra regeringens psykiatriudvalg lægges der vægt på, at en tvangsfri kultur fordrer en ny retning i forhold til selvbestemmelse, dialog og inddragelse. Det bidrager til, at patienten får medansvar, større handlekraft og konkrete værktøjer til at agere hensigtsmæssig i svære situationer (Regeringens udvalg om psykiatri 2013). Forskning har desuden dokumenteret, at afsnit med høj grad af brugerinddragelse anvender mindre tvang (Bak et al. 2012). Patienter ønsker at blive

taget alvorligt og respekteret. For at forebygge tvang er det nødvendigt med et større fokus på patientperspektivet. Tiden fordrer derved et paradigmeskift fra en reduktionistisk til en holistisk tilgang, så patienten ses som det menneske vedkommende er, frem for at blive vurderet ud fra sine symptomer og anskuet som repræsentant for en diagnostisk gruppe.

Teoretisk bud på anvendelige løsningsmodeller

For at imødekomme visionen om at øge fokus på patientperspektivet, er det oplagt at medtænke den skotske professor i psykiatrisk sygeplejepraksis, Phil Barkers udlægning af patientcentreret sygepleje. Han argumenterer for, at patientcentrering betyder, at der fokuseres på det enkelte menneskes livshistorie og erfaring. Han understreger endvidere, at psykiatrisk pleje og behandling tager udgangspunkt i patientens styrker og egen evne til at finde løsninger. Tilgangen fokuserer på kontakten med det andet menneske frem for kausale forklaringer og diagnostiske etiketter (Brookes 2011). Phil Barkers teori The Tidal Model er både en filosofisk og en pragmatisk teori. Den er funderet på empowerment - og recoverytankegangen og baserer sig på et humanistisk værdigrundlag. Den er udviklet på baggrund af et klinisk forskningsprogram med interviews og observationer af både patienter og personale. Teorien udgøres således af praksisbaseret evidens.

The Tidal Model fremmer den mentale sundhed ved hjælp af narrative interventioner, og teorien rummer forskellige konkrete redskaber (Barker 2001). Med udgangspunkt i den kliniske problemstilling, er redskaberne fælles risikovurdering

og personlig sikkerhedsplan særligt interessante. Risikovurderingen har til formål at udforske følelsesmæssige trusler og består af spørgsmål, der skal afdække patientens følelser, selvkontrol og tidligere mestringer. Den inkluderer både sygeplejerskens og patientens perspektiv og formålet er ikke at opnå konsensus, men dialog. Metoden understøtter patientens bevidsthed om sin egen personlige styrke. Risikovurderingen skaber afsæt til den personlige sikkerhedsplan, som har til formål at tydeliggøre, hvad der skal gøres her og nu for at minimere de følelsesmæssige trusler. Sikkerhedsplanen har fokus på aktiv selvhjælp frem for passiv sygepleje og understreger patientens behov for følelsesmæssig såvel som fysisk sikkerhed. Hvis ikke patienten føler sig grundlæggende tryk har andre terapeutiske interventioner ringe effekt. Ved hjælp af sikkerhedsplanen er det muligt at identificere den støtte, der er nødvendig for at sikre den personlige sikkerhed og mindske risikoen for at gøre skade. Sikkerhedsplanen består af to spørgsmål, der har til formål at afdække, hvad patienten selv kan gøre og hvordan personalet kan hjælpe vedkommende til at opnå eller genvinde selvkontrol og sikkerhed. Grundtanken ved en sikkerhedsplan er, at patienten besidder de personlige ressourcer, der er nødvendige for at mestre (Barker og Buchanan-Barker 2005). Samlet set tilbyder The Tidal Model i praksis en tilgang, der er forskningsbaseret, helhedsorienteret og patientcentreret. Den er dermed et relevant bud på, hvordan fremtidens psykiatri kan fokusere på mødet mellem mennesker og bygge på antagelsen af, at det er patienten, der er ekspert i sit eget liv, hvorved aggression, vold og



tvang kan forebygges i et større omfang end det er tilfældet i dag.

Særligt vigtige perspektiver på problemstillingen

Det er oplagt at medtænke Barkers redskaber i udarbejdelsen af en dialogguide til forhåndstilkendegivelser, da der på nuværende tidspunkt ikke foreligger en fast ramme for disse. Ved at inkorporere risikovurderingen og den personlige sikkerhedsplan i en forhåndstilkendegivelse sikrer man patientens tryghed og sikkerhed samtidig med, at man lever op til lovens skærpede krav for psykiatrisk behandling. Patienten hjælpes til at blive bevidst om sin egen evne til at håndtere svære følelser, og man støtter som behandler patienten i at se fremad samtidig med, at man validerer de nuværende vanskeligheder. Det er med til at skabe håb, fremme motivationen og nedbryde modstand og barrierer, da patienten bliver kaptajn på sit eget skib. Der er fokus på samarbejdet og relationen frem for objektiv observation som fx er tilfældet ved BVC scoring

(Brøset Violence Checklist). Patienten er aktiv og involveret og bliver ikke bare observeret bag en glasrude, hvilket reducerer angst og uro og dermed også vold, som ofte er et udtryk for afmagt, fortvivlelse og utryghed. Ved at bruge forhåndstilkendegivelser tilskyndes der til et rummende miljø præget af tillid, samarbejde og stærke terapeutiske relationer, hvilket skaber ro og er med til at forhindre, at situationer eskalerer. Forhåndstilkendegivelser kan være en hjælp til at undgå, at de opkørte situationer, der fører til tvang, opstår og har således primær forebyggelse frem for "damage control" i sigte.

Praktiske erfaringer i forbindelse med implementering af forhåndstilkendegivelser på bæltefrit afsnit 61/63 i Aabenraa

Risikoen for vold er størst for det personale, der er i tættest kontakt med patienterne, hvilket i praksis vil sige plejepersonalet. Det betyder samtidig, at plejepersonalet har en enestående mulighed for at forebygge

at vrede bliver til vold. Derfor er det i afsnit 61/63 plejepersonalet, der som en del af det at modtage patienter fra skadestuen indhenter en forhåndstilkendegivelse.

Arbejdet med at implementere forhåndstilkendegivelser har efterhånden været i gang siden efteråret 2015, og dialogguiden som blev udviklet i forbindelse med specialuddannelsen har dannet fundamentet. Dialogguiden består i alt af 10 spørgsmål, der skal afklare patientens forventninger til forløbet. Udover spørgsmål omkring ønsker til behandling og samarbejde, pårørendeinddragelse og tvang, som man juridisk er forpligtet til, udgøres den yderligere af den fælles risikovurdering og den personlige sikkerhedsplan fra The Tidal Model, fordi den er udviklet med projekt bæltefri for øje.

En forhåndstilkendegivelse gør en positiv forskel, hvilket et eksempel fra praksis tydeliggør: En ung mand med aktivt misbrug i manisk fase blev indlagt på afsnit 61/63. Han var højre-

stet, udviste støjende adfærd og prøvede grænser af i forhold til personalet ved eksempelvis at sparke på døre og vinduer og tale nedladende til dem. Der blev indhentet en forhåndstilkendegivelse, hvilket resulterede i en anden tilgang til patienten, da han fortalte, at han blev bange, hvis der var mænd eller meget personale omkring ham. Han brød sig ikke om at vise svaghed eller tabe ansigt og ville derfor "puste sig op" og gøre sig klar til kamp, hvis han følte sig usikker. Det var vigtigt for ham, at en kvindelig kontaktperson talte stille og roligt til ham og forsøgte at få ham væk fra situationen. Han skulle ikke tilbydes medicin, når han var opkørt, men havde brug for afledning og fysisk aktivitet sammen med sin kontaktperson. Han blev ikke fikseret eller udsat for andre former for tvang under indlæggelsen.

Forhåndstilkendegivelser kan være med til at skabe og styrke den terapeutiske relation og går derfor fint i spænd med det behandlingsgrundlag (relationsbehandling), som praktiseres på psykiatrisk afdeling i Aabenraa. Ligeledes kan forhåndstilkendegivelser være med til at bedre det tværsektorielle samarbejde, da den indeholder en mestringsplan, der kan følge patienten både i lokal- og socialpsykiatrien. Deslige giver det pga. risikovurderingen en enestående mulighed for at identificere særlige indsatspatienter, som er i risiko for at blive fikseret enten pga. indadrettet aggression (selvskade og suicidal adfærd) eller udadrettet aggression (voldelig adfærd). Derudover kan forhåndstilkendegivelser bruges til at afklare gensidige forventninger mellem patienter og personale. "Gensidige forventninger" er en af de 10 interventioner i Safewards modellen, som er en

engelsk, evidensbaseret metode til at nedbringe risikoen for konflikter og vold på psykiatriske afdelinger (Psykiatrien i Region Syddanmark 2015).

Nye arbejdsgange medfører nye udfordringer. For det første kræver det en kulturændring i personalegruppen, da en del personalemedlemmer har en forforståelse af at forhåndstilkendegivelser er tidskrævende og at risikopatienterne, der er den primære målgruppe, er for dårlige/psykotiske til at der kan opstå læring og et konstruktivt samarbejde. For det andet kræver forhåndstilkendegivelser tilvænning for patienterne, da de er socialiseret ind i det behandlingsregime vi har i dag. Mange forventer en hurtig behandling eller et medicinsk quickfix af deres psykiatriske problemstillinger.

Det kommer derfor sandsynligvis til at tage tid og tilvænning, inden brugen af forhåndstilkendegivelser er solidt implementeret og blevet et arbejdsredskab både fagpersonale og patienter er fortrolige med og finder nyttigt, men da brugen af forhåndstilkendegivelser på lang sigt medfører de mange førnævnte gevinster, er tiden formodentlig godt givet ud.

Referencer

1. Bak J et al. 2012. Mechanical Restraint – Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint? – A Systematic Review. *Perspectives in Psychiatric Care*; (48).
2. Barker P 2001. The Tidal Model: Developing a Person-Centered Approach to Psychiatric and Mental Health Nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*; Vol. 37, no. 3.
3. Barker P og Buchanan-Barker P 2005. *The Tidal Model – a*

Guide for Mental Health Professionals, Brunner-Routledge, Hove, 1. udgave.

4. Bjørgen D et al. 2014. Alternativer til tvang 1 – Sett fra et bruker- og fagperspektiv. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse; 2.
5. Brookes N 2011. Tidevandsmodellen for psykiatrisk rehabilitering. I: Tomey AM og Alligood MR (red.), *Sygeplejeteoretikere: bidrag og betydning i moderne sygepleje*, Munksgaard Danmark, 1, udgave.
6. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment 2014, <http://www.cpt.coe.int/documents/dnk/2014-25-inf-eng.pdf>.
7. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2015, <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=169965>.
8. Psykiatrien i Region Syddanmark 2015, <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm469681>
9. Regeringens udvalg om psykiatri 2013, http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2013/Oktobre/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2013/Rapport-psykiatriudvalg-okt-2013/En%20moderne%20C3%A5ben%20og%20inkluderende%20indsats_hovedrapport.ashx.
10. Videncenter for Arbejdsmiljø 2012, <http://www.forebyggvold.dk/BagOmKampagnenModVold/Om-kampagnen-mod-vold/~media/Files/Vold/Videngrundlag-vold-2012-rev0812.pdf>.

Dialogguide til forhåndstilkendegivelser

Patientens navn og cpr.nr. (label)		Udfyldt af:
		Dato for forhåndstilkendegivelsen:
1	Hvilke ønsker har du for din indlæggelse og vores samarbejde?	
2	Hvordan har du det lige nu? Hvilke følelser er der på spil?	
3	Hvor følelsesmæssig tryk og sikker føler du dig? På en skala fra 1-10	
4	Hvor stor er risikoen for at du kommer til at gøre skade på dig selv eller andre? På en skala fra 1-10	
5	Hvad kan du selv gøre for at opretholde eller genvinde selvkontrollen?	
6	Hvor stor er sandsynligheden for at vi kan hjælpe dig til at føle dig tryk og sikker? På en skala fra 1-10	

7	Hvordan kan vi hjælpe dig til at opretholde eller genvinde selvkontrollen?	
8	Hvis det imod forventning skulle blive nødvendigt at handle mod din vilje, hvilken tvangsforanstaltning vil så være mindst indgribende for dig?	
9	Er der nogen pårørende eller andre samarbejdspartnere, som du ønsker at involvere i dit forløb?	
10	Er der andet i forbindelse med indlæggelsen, som du ønsker at drøfte eller fortælle om? Er der andet i forbindelse med indlæggelsen, som personalet ønsker at drøfte eller fortælle om?	

Patientens underskrift:

Personalets underskrift:



Af Helle Vibholm, sygeplejerske, cand.cur., projektleder. Børne- og Ungdomspsykiatrien, Region Sjælland. Underviser v/ SOSU Sj.

Randomiseret kontrol studie af TEAMSⁱ

– et leg-baseret behandlingsprogram for førskole børn med ADHDⁱⁱ

Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling i Region Sjælland har i perioden april 2013 til august 2015 gennemført et randomiseret kontrolstudie af et unikt neurokognitivt behandlings koncept, TEAMS, udviklet til førskolebørn med ADHD. Artiklen beskriver dette projekt.

Baggrund

ADHD er kendetegnet ved kernesymptomerne hyperaktivitet, opmærksomhedsvanskeligheder og impulsivitet og er en kronisk, neuropsykiatrisk lidelse, som ofte opdages i førskolealderen (1,2,3,4,5).

ADHD er den hyppigst registrerede psykiatriske diagnose blandt børn og unge i Danmark. Det estimeres nationalt, at mellem 2-3 % af skolebørn lider af ADHD¹ (1,2,3,4). I 2010 blev der målt at 1,56 % af alle børn og unge under 18 år havde indløst en eller flere recepter på ADHD-medicin² (4,6). Op mod 80% af årsagen til ADHD menes at skyldes genetiske faktorer (6,7) Forældre og søskende til børn med ADHD har 2-8 gange større risiko for selv at have ADHD (7,8). Der er en overrepræsentation af drenge der får ADHD diagnosen. Ca. 80% af børn henvist til behandling for ADHD i Danmark er drenge, men befolkningsundersøgelser viser at drengene udgør ca. 60% af børn med ADHD. Dette tyder på underdiagnosticering af pigerne (7,8).

Indtil for få år siden, blev ADHD betragtet som en børnediagnose. Det er nu velkendt at ca. 40% af børn med ADHD fortsætter med at have det som voksne (7,8).

Tilstanden medføre forskellige grader af funktionsnedsættelse hos den enkelte, fx i form af socialkognitive vanskeligheder, indlæringsvanskeligheder og adfærdsforstyrrelser samt risiko for udvikling af misbrug (9,10). Mennesker med ADHD er kraftigt overrepræsenteret i kriminalitetsstatistikker, og ADHD angives derfor som en højrisikofaktor i forhold til en kriminel løbebane (9,10). Desuden har en undersøgelse i USA vist at kun 3,7% med en ADHD diagnose har fuldført en videregående uddannelse, mod 29,4% i kontrolgruppen (10). I Danmark har ca. 66% af mennesker med ADHD ikke et job (10).

ADHD er desuden ofte kombineret med komorbide lidelser, som kan komplicere tilstanden og/eller prognosen (5,6,7).

I De Nationale Kliniske Retningslinjer ift. udredning og behandling af ADHD hos børn og unge er patientgruppen beskrevet som de 6-18 årige (3). Her anbefales en kombination af indsatser organiseret multidisciplinært og tværsektorielt med udgangspunkt i barnets/den unges symptomer, grad af funktionsnedsættelse og trivsel (3)³. Medicinering anbefales kun ved moderat- til svær

Samarbejdspartnere

Adm. Overlæge Jesper Pedersen, B+U psyk. Reg. SJ. (Overordnede projektansvarlige)

Seniorforsker, adj. lektor, psykolog, ph.d. Ole Jakob Storebø (vejleder)

Afd. sygpl. Anne Holm, B+U psyk. Reg. SJ. Holbæk afd. (ass. v/grupperne)

Overlæge Søren Krue, B+U psyk. Reg. SJ. Holbæk afd. (kliniske vejleder)

Professor og Overlæge Jeffrey Halperin NY. Uni. USA, (eksterne vejleder).

ADHD klinikkerne i Region Sjælland (udredning og rekruttering)

OPEN (Odense Patient data Explorative Network), (randomisering program og databehandling)

Den Regionale Sundhedsfaglige Forskningsfond, Region Sjælland, har støttet med fondsmidler, som har gjort projektet mulig.

ADHD, men er ikke godkendt til børn under 6 år (3,11). Da der i stigende grad henvises børn til udredning med mistanke om ADHD, som er yngre end 6 år er der et stort behov for at udvikle alternative behandlingsmetoder til denne gruppe.

Såvel statistikkerne og forskning peger på alvorlige konsekvenser for såvel for den enkelte som for samfundet, ved mangelfuld opsporing, udredning og tilstrækkelig behandling af ADHD (6,7,8,9,10). Alt tyder på at en tidlig opsporing forbedre prognosen. De senere års forskning har fundet evidens for, at børn med ADHD har en sen-udviklet og muligvis underudviklet hjerne, samt funktions-anomalier (4,7,8,9,11). Nyere dansk forskning peger endog på, at ADHD måske kan opdages allerede fra 2 mdr. alderen (11). Dertil vides, at den tidlige barndom er en kritiske periode ift. hjernens udvikling (11,13). Nationale og internationale anbefalinger peger også på at en tidlig opsporing og iværksættelse af behandling er vigtig ift. at mindske psykosociale problemstillinger og forbedre prognosen. Ud fra denne viden har et hold amerikanske forskere ledet af professor J. Halperin opnået lovende resultater med træningsprogrammet TEAM (14,15).

Metode og design

TEAMS er et manualiseret træningsprogram, designet til at påvirke grundlæggende neurale og neurokognitive processer⁴ hos førskolebørn med ADHD, gennem fysisk aktivitet og forskellige forudbestemte lege. Tanken var at aktiviteterne stimulerer den neurale vækst ved bl.a. at træne motorik, impulskontrol, koncentration og hukommelse (1415). Sideløbende blev givet psykoedukation til forældrene.

Inklusionskriterierne for projektdeltagelse var at barnet var mellem 3 og 6 år og diagnosticeret med ADHD som primære diagnose i et af Region Sjællands 4 ADHD klinikker. Børn i medicinsk behandling for ADHD blev ekskluderet fra projektdeltagelse. Desuden blev børn med alvorlige funktionsnedsættelser (eller hos den primære voksne) og børn i ustabile anbringelser også ekskluderet.

Der blev rekrutteret fra alle 4 ADHD klinikker i Region Sjælland. De børn/familier, som modsvarede inklusionskriterierne, blev inviteret til et informationsmøde om projektførløbet, ved den kliniske overlæge og projektlederen i Holbæk. Her efter kunne forældrene tilkendegive om de ønskede projektdeltagelse eller ej. Efter forældresammen-

tykke, gennemførte projektlederen randomiseringen vha. det computerstyrede OPEN Randomized⁵. Familien fik efterfølgende skriftlig og mundlig informationsmateriale om det efterfølgende projekt forløb.

Selve indsatsperioden i såvel interventionsgruppe- som kontrolgruppe forløbene strakte sig over 8 uger. Desuden blev barnets symptom-billede og funktions-niveau målt med validerede og godkendte vurderingsskemaer (ADHD-RS⁶ og SCQ-dan⁷), pre opstart og post indsats. For at måle mulig langtidseffekt af interventionen, blev skemaerne igen tilsendt/udfyldt efter en, tre og seks måneder. Skemaerne blev udfyldt af såvel forældre samt barnets primære lærer/pædagog. Forløbet blev afsluttet med en afsluttende evalueringssamtale efter seks måneder. Her efter blev forløbet enten afsluttet eller barnet overgik til videre behandling ud fra Regionens retningslinjer.

Familierne havde til en hver tid mulighed for at sige fra og stoppe projektførløbet og overgå til regionens standard behandlingsprogram⁸. Hvis der under projektførløbet blev fundet behov for revurdering af diagnose eller afprøvning af medicinsk behandling, blev barnet ekskluderet fra videre projektdeltagelse.

TEAMS forløbet

TEAMS forløbet bestod af 8 ugentlige, delte, gruppesessioner bestående af hhv. en børnegruppe og en forældregruppe. Der var max. 5 børn i hver gruppe. Alle gruppeaktiviteter blev gennemført af projektlederen.

I forældregruppen blev gennemgået TEAMS manualiserede psykoedukation. Her er der desuden fokus på struktur, forudsigelighed og en positiv anerkendende kontakt med barnet. Sideløbende blev forældrene introducerede til de aktiviteter, de dagligt skulle gennemføre med deres barn i 30-45 min. i hjemmet, i den efterfølgende uge. Imens legede børnene, under opsyn af en fast assistent, i lokalet ved siden af.

Efter forældregruppen var det børnegruppens tur. Børnene gennemprøvede i fællesskab ugens aktiviteterne. Aktiviteterne var grundlæggende ens, men blev tilpasset det enkelte barns funktionsniveau. Fx lavede alle puslespil, men med varierende sværhedsgrad.

For at understøtte compliance fik familierne ugentligt udleverede en fortrykt dagbog, hvor de kunne dokumentere deres indsats. Desuden fik familierne udleveret en lille kuffert med laminerede aktivitetskort, hvor alle aktiviteterne var illustrerede. Aktivitetskortene var desuden farvekodede, ud fra hvilket fokusområde, der var i spil. Der blev udleveret nye aktivitetskort hver uge. For at understøtte motivationen, kunne barnet selv vælge aktiviteterne ud fra deres egen lille kuffert. Det eneste krav var, at barnet skulle igennem alle farverne i løbet af ugen. Eksempler på TEAMS aktiviteter og farvekode:

Rød= Motorik (boldspil)

Blå= Impulskontrol (stopdans)

Grøn= Arbejdshukommelse (vendespil)

Gul= Koncentration/planlægning (byggeklodser)

Sort= Fysisk aktivitet (cykling)

Lilla= Afslapningsøvelse (vejtrækningssøvelse)

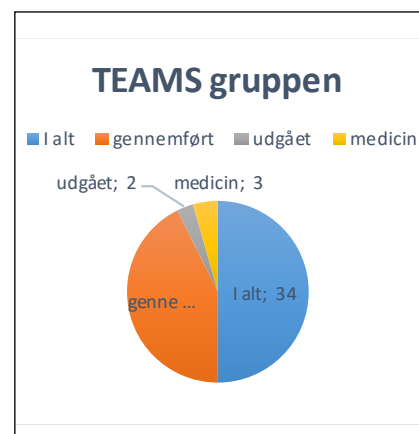
Kontrolgruppen

Kontrolgruppen modtog psykoedukation, praktisk vejledning mv. efter Region Sjællands gældende retningslinjer⁹, ved 3 ambulante kontroller inden for en samlet otte ugers periode. Alle kontakter blev gennemført af projektleder. Der var også mulighed for telefonisk kontakt med projektleder i mellemliggende periode. Forløbet var individuelt tilrettelagt, alt efter barnet/familiens behov.

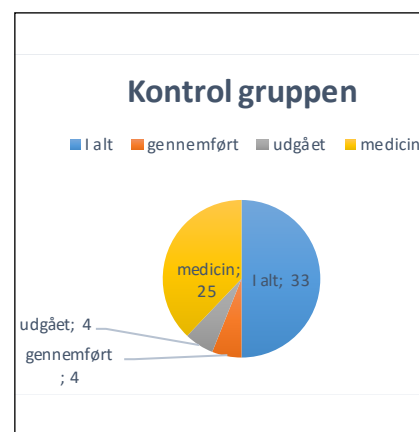
Resultater

I alt blev 70 børn rekrutteret og inviteret til informationsmøde. Alle var kategoriseret til at have middelsvære til svære ADHD symptomer. 68 af de rekrutterede havde to eller flere diagnoser, inkl. ADHD. De øvrige diagnoser var overvejende inden for ASF, indlæringsvanskeligheder, adfærds- eller tilknytningsforstyrrelse og mentalretardering. 3 valgte andre behandlingstilbud og udgik for randomisering. 34 børn blev randomiseret til indsatsgruppen og 33 børn til kontrolgruppen vha. OPEN Randomized¹⁰. Kønsfordeling i indsatsgruppen var 31 drenge og 3 piger. I kontrolgruppen var fordelingen 31 drenge og 2 piger.

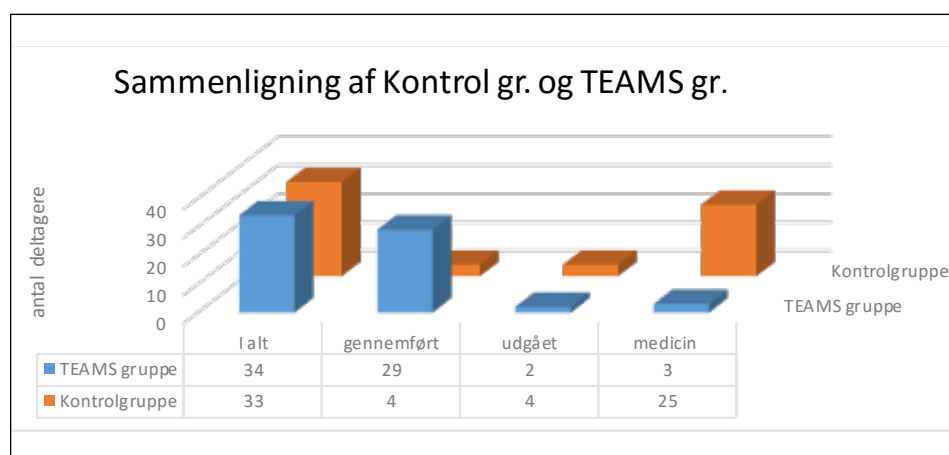
I indsatsgruppen gennemførte 29 hele forløbet. 2 udgik til videre psykiatrisk udredning. 3 udgik pga. medicinopstart.



I kontrolgruppen gennemførte 4. 25 udgik pga. medicinopstart. 4 udgik pga. videre psykiatrisk udredning eller andet pædagogisk tilbud.



Opgørelse af deltager gennemførelse:



Diskussion

Medicinsk behandling er ofte beskrevet som en væsentlig del af ADHD behandlingen. Der er også beskrevet symptomlindring af ADHD symptomer hos op mod 80% af de 6-18 årige (3). Medicinsk behandlingen bør dog aldrig stå alene og er ikke godkendt til børn under 6 år. I klinikken giver forældre ofte udtryk for modvilje eller bekymring ift. at medicineringen (3,11,12). Samtidig er der fokus på en tidlig opsporing, hvilket medfører, at fortsat yngre patienter udredes. Der er dog ikke et reelt veldokumenteret behandlingstilbud i børne- og ungdomspsykiatriske regi, til denne patientgruppe. Målet med dette projekt var at afprøve TEAMS tilgangen som er et nyudviklet, non farmakologisk behandlingstilbud til førskolebørn med ADHD. Formålet med projektet var at afprøve om metoden kunne sidestilles som alternativt behandlingstilbud til målgruppen.

Ved de afsluttende evalueringssamtaler med projektdeltagerne, var tilbagemeldingerne fra såvel forældre som lærer/pædagoger i både indsatsgruppen og kontrolgruppen, generelt positive over for projektets formål. De tilkendegav især positive holdninger

ifft., at det var et non farmakologisk tilbud, hvor de fik viden om ADHD- diagnosen, pædagogik og praktisk vejledning ift. fx konflikthåndtering, struktur i dagligdagen mv.

Samlet set var der et frafald i kontrolgruppen på knapt 88%. De fleste her fra lod forstå, at de ikke fandt ovennævnte redskaber tilstrækkelige. De tilkendegav store vanskeligheder såvel hjemme som i skole/børnehave, på niveau med før indsatsen. Flere forældre fortalte om et oplevet pres if. m. skolestart eller omplacering af barnet til speciel tilbud, der gjorde at de valgte at udgå fra projektet, for at afprøve medicinsk behandling. Andre havde ældre børn/søskende med ADHD, som allerede var i medicinsk behandling med god effekt. Dette gjorde muligvis, at forbeholdene over for farmakologisk behandling, på trods af barnets unge alder, ikke var så stor.

Ved de afsluttende evalueringer i indsatsgruppen fortalte både forældre og lærer/pædagoger, om forbedring af ADHD symptomerne hos barnet. Der blev tilbagemeldt at barnet blev oplevet som mindre uroligt og lettere at korrigere/guide. Barnet havde lettere ved at falde i søvn og kunne

fordybe sig i længere tid, i både selvstændige og voksenstyrede aktiviteter. De oplevede at barnet var bedre til at vente tur og til at udsætte egne behov. De oplevede færre konflikter med voksne, jævnaldrene og søskende. De oplevede færre og mindre voldsomme effektudbrud. De fortalte at den tilegnede viden gjorde at de følte sig bedre rustede til at forstå og imødekomme deres barns behov. De oplevede at indførelse af struktur og forudsigelighed i hjemmet havde givet mere ro og overskud hos dem selv og barnet. Desuden havde forståelse for hvor vigtig den positive, anerkendende tilgang til barnet er (-frem for skæld ud), ændret relationer i familierne. De havde oplevet at barnets positive udvikling havde fortsat efter endt indsats og var især blevet bedre efter ca. fem-seks måneder. Tre af deltagerne i indsatsgruppen, oplevede ingen forbedring hos barnet men følte at de selv bedre forstod barnet og dermed bedre kunne reagere hensigtsmæssigt. I samme gruppe fandt man af personlige grunde, det svært at strukturere hverdagen ud fra barnets behov. Desuden oplevede man, at det var svært at finde den fornødne tid i hverdagen. To fandt ikke de pædagogiske metoder brugbare. En enkelt tilbagemeldte at forlø-



bet havde forlænget processen, hvortil deres barn kunne få medicinsk behandling.

Både børn og voksne tilbagemeldte, at sammenholdet i indsatsgruppen gav ligestillede at spare med og spejle sig i, hvilket de oplevede meget positivt. Flere grupper opretholdt også kontakten efter forløbet sluttede.

Målt på compliance, var der stor forskel på hvor aktive familierne havde været med de forskellige aktiviteter de skulle lave hjemme. Mængden af tid brugt på aktiviteterne var dog ikke proportionelt med hvor positiv eller negativ tilbagemeldingen var. Der var heller ikke nogen synlig sammenhæng mellem barnets udvikling og hvilke aktiviteter der var gennemført.

Konklusion

29 ud af 34 deltagerer i indsatsgruppen gennemførte og blev afsluttet fra børne- og ungdomspsykiatrisk regi, efter den seks måneders opfølgningsperiode, uden medicinsk behandling. Der var dog ingen målbar sammenhæng mellem familiernes indsats og barnets udvikling. Til sammenligning gennemførte fire ud af 33 deltagere fra kontrolgruppen. Det gav et frafald i kontrolgruppen på knapt 88%, hvorfor en valid sammenligning af de to grupper ikke er mulig. Frafaldsprocenten er dog tankevækkende og kan måske indikere noget i sig selv.

Projektet har åbnet op for mange spørgsmål og få svar. Hvad har gjort den store forskel?

Har viden og støtte i gruppeforløbet styrket forældrenes ukuelighed (resiliens) og tro på egne forældrekompetencer? Har indførelse af struktur og forudsigelighed i hjemmet givet barnet en øget tryk og mindre stress? Har forældrenes anagement og

anderledes positiv, anerkendende tilgang (frem for skæld ud), ændret familiens indbyrdes relationer? De nævnte faktorer kunne udledes af data fra de forløb med mest positiv udvikling og det modsatte for ditto.

Projektet har kunnet indikere at TEAMS som behandlingstilbud, har potentiale. Der er ingen bivirkninger ved metoden og den kræver ikke meget at implementere. Hvad der reelt har bevirket den rapporterede udviklende effekt hos børnene er dog fortsat uklart. For at finde svar, kræver det en større og mere uddybende undersøgelse, der medtænker de nævnte relationelle- og miljømæssige faktorer.

Litteraturliste:

1. American Psychiatric Association: 2000, American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV: 2000,
2. American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV: 2000
3. Sundhedsstyrelsen, 2015. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge - med fokus på diagnoserne "Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed" og "Opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet" i henhold til ICD-10 Sundhedsstyrelsen, 2014. <http://www.sst.dk> Version 23. maj 2014 <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2014/~media/84FC203A1F34C709065007C7626E1B.ashx>
4. Statens Serum institut, Lægemiddelstatistik, marts 2012 [http://www.ssi.dk/~media/Indhold/DK%20%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NSF/Analyser%20og%20rapporter/Laegemiddelforbrugs](http://www.ssi.dk/~media/Indhold/DK%20%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NSF/Analyser%20og%20rapporter/Laegemiddelforbrugsanalyser/2012/Salget%20af%20ADHD%20medicin%20fra%20%202002%20-%202011.ashx)
5. Daley D et al., 2014; [European ADHD Guidelines Group 2014. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Aug;53\(8\):835-47, 847.e1-5. doi: 10.1016/j.jaac.2014.05.013. Epub 2014 Jun 26](#)
6. Thomsen PH, Damm D, 2011: Et liv i kaos: Om voksne med ADHD. 2. udgave. Hans Reitzels Forlag.
7. Damm D, Thomsen PH, 2012: Børneliv i kaos: Om børn og unge med ADHD. 2. udgave. Hans Reitzels Forlag.
8. Bengtsson S et al., 2011. Børn med en funktionsnedsættelse og deres familier: Den første kortlægning i Norden. SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd, 2011 <http://www.sfi.dk/Admin/Public/Download.aspx?File=%2FFiles%2FFiler%2FSFI%2FPdf%2FRapporter%2F2011%2F1109-Born-med-funktionsnedsaettelse.pdf>
9. Klein RG et al., 2012. Clinical and Functional Outcome of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder 33 Years Later. JAMA Psychiatry December 2012, Vol 69, No. 12
10. Rockwool Fondens Forskningsenhed sept. 2014.: ADHD koster ubehandlet mindst 3½ mia. kroner om året. <http://www.rff.dk/files/RFF-site/Publikations%20upload/>

[Newsletters/Dansk/Nyhedsbrev%20September%202014.pdf](#)

11. Lemcke S, 2013. The early signs of ADHD and autism in toddlers. Ph.d.-afhandling Aarhus Universitet, Health, 2013.
12. Sundhedsstyrelsen, 2015. Revideret specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri. Sagsnr. 4-1012-44/4 http://sundhedsstyrelsen.dk/da/Feeds/~/_/media/9FDA635AB6BA4C75818E2D-22594DEC39.ashx
13. Polanczyk G., 2007. The world wide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. Am J Psychiatry;164:942-94
14. Halperin JM et al., 2012. Preventive Interventions for ADHD: A Neurodevelopmental Perspective. Neurotherapeutics July 2012, Volume 9, Issue 3, pp 531-541
15. Halperin JM et al, 2012. Training Executive, Attention, and Motor Skills: A Proof-of-Concept Study in Preschool Children With ADHD. J. of Att. Dis. 2012 <http://jad.sagepub.com/content/early/2012/03/01/1087054711435681>

Noter

- i. Training Executive, Attention and Motor Skills
- ii. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder
1. Alene på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger er der sket en stor stigning i antallet af børn, der er registreret med diagnosen ADHD, fra ca. 1.000 børn og unge i 2001 til ca. 8.000 i 2011. I disse tal indgår dog ikke børn

og unge, der er diagnosticeret og/eller behandlet uden for sygehusvæsenet. De reelle tal kan således være højere (Sundhedsstyrelsen, 2015).

2. ADHD medicin består primært af Centralstimulerende lægemidler, der refererer til lægemidler, som midlertidigt forbedrer mentale og fysiske funktioner ved at påvirke aktiviteten i centralnervesystemet. Methylphenidat og Lisdexamfetamin hører til i denne gruppe. Desuden behandles ADHD med Atomoxetine, som dog ikke er centralstimulerende (5).
3. Der er ikke tilsvarende Kliniske Retningslinjer til børn under 6 år.
4. Neurokognitive processer kan forklares som det neurale netværks påvirkning af de kognitive funktioner. **Kognition defineres som, erkendelse, tænkning, anvendelse af viden.** Kognition indgår sammen med emotion (følelse, affekt) og konation (vilje, stræben, handling) ... (Gyldendals ordbog: 2013).
5. OPEN (Odense Patient data Explorative Network) har stillet computerbaseret randomiserings program til rådighed for TEAMS projektet.
6. ADHD-RS er en valideret, diagnosespecifik rating scale, der er oversat til dansk. Den er særligt velegnet til monitorering af behandlingseffekt målt på ADHD-kernesymptomer (6)
7. SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire), er også et valideret diagnosespecifikt spørgeskema, der er oversat til dansk.
8. Region Sjællands kliniske

retningslinjer ift. ADHD hos børn og unge: <http://d4.regsj.intern/Default.asp#Do-kiD=293100>

9. Region Sjællands kliniske retningslinjer ift. ADHD hos børn og unge: <http://d4.regsj.intern/Default.asp#Do-kiD=293100>
10. OPEN (Odense Patient data Explorative Network) har stillet computerbaseret randomiserings program til rådighed for TEAMS projektet.



Af udviklingssygeplejerske Liane Holst, Regionspsykiatrien Horsens, Staben og souschef Rikke Rendebæk Bayer, Regionspsykiatrien Horsens, Sengeafsnit 01.



Hvordan politiske strategier bliver til praktisk handling

"Er I interesserede i at få en projektleder stillet til rådighed kvit og frit, til at initiere og facilitere et politisk bestemt udviklingsprojekt" – sådan var spørgsmålet vi modtog fra Dansk Sygeplejeråd, og det kunne vi da kun takke ja til.

I Regionspsykiatrien Horsens skal vi, som i resten af landet, arbejde med nedbringelse af tvang ud fra en politisk indgået aftale kaldet Partnerskabsaftalen. Ledelsen for Psykiatri- og Social i Region Midtjylland (PSL) har indgået partnerskabsaftale om nedbringelse af tvang med Ministeriet for Sundhed og forebyggelse. Det overordnede mål er, en nedbringelse af bæltefikseringer med 50 % frem til år 2020. Samtidig er der også opmærksomhed på, at man ikke kommer til at anvende anden type tvang som fx fastholdelser eller øgede mængder beroligende medicin under tvang.

Der er udarbejdet en individuel partnerskabsaftale mellem PSL og de enkelte afdelingsledelser. Aftalen indeholder en række obligatoriske indsatsområder som afdelingerne skal arbejde med. De obligatoriske indsatsområder skal dog tilpasses lokale forhold, hvilket vil sige, at hver afdeling må løse indsatsområderne som det passer bedst ind i deres hverdag.

Det primære formål med samarbejdet mellem DSR og Regionspsykiatrien Horsens var at se på

samspillet mellem sundhedspolitiske strategier og udviklingen af psykiatrisk sygepleje.

Samarbejdet med DSR forløb hele 2015, og vi valgte i Regionspsykiatrien Horsens to indsatsområder fra partnerskabsaftalen, som vi i samarbejde med projektlederen fra DSR, Hanne Jakobsen, ville implementere. De udvalgte indsatsområder var tavlemøder og mestringskemaer. Vi vil her fortælle nærmere om tavlemøder, som har givet afsnittene et fagligt løft.

Samarbejdsstederne for implementering af tavlemøder var det åbne sengeafsnit 01 (nu i 2016 skærmede afsnit) og det lukkede sengeafsnit 02. Så var det store spørgsmål bare, hvordan vi helt præcist skulle starte ud med dette tiltag.

Vi tog udgangspunkt i Jesper Baks review-model (kilde 1). I partnerskabsaftalen er der både krav om tavlemøder og review efter bæltefiksering. Vi tænkte vi ville være smarte at kombinere disse to tiltag i et. Det har dog siden hen vist sig, at review som tavlemøde ikke er helt fyldest-

gørende i forhold til at komme i dybden med en bæltfiksering, så vi skal også til at arbejde med review nu.

Tavlemøderne på de to sengeafsnit startede ud med de samme 3 spørgsmål fra Jesper Baks review-model samt to evaluerings-spørgsmål. Dette er siden udviklet og tilpasset de to afdelinger. På O2 er fokuspunkterne:

- Hvilken adfærd havde patienten i timerne op til tvangsepisoden?
- Hvilken adfærd havde patienten i tvangsepisoden?
- Hvordan blev patienten involveret i egen pleje og behandling?
- Hvordan kan kontakten mellem patienten og personale beskrives?
- Alternative tiltag for at undgå tvangsfiksering.
- På O1 står følgende spørgsmål på tavlen:
- Beskriv situationen
- Hvad gik forud for situationen
- Hvordan blev patienten involveret i egen pleje og behandling?
- Hvordan kan kontakten mellem patienten og personalet beskrives?
- Hvad gik godt i den samlede situation?
- Alternative handlinger.

Tavlemødet anvendes til at diskutere en situation igennem og til slut komme med alternativer til en lignende situation samt til at dokumentere i patientens handleplan. Den viden der fremkommer ved tavlemøderne giver megen nyttig viden til den fremadrettede sygepleje i form af bedre kendskab til patientens triggere, hvad der kan hjælpe patienten til selvkontrol og hvordan man bedst hjælper patienten.

På O2 er der ofte en bæltfiksering og der var derfor ingen spekulationer om hvorvidt mo-

dellen kunne anvendes ofte nok i forhold til bæltfikseringer. På O1 derimod er der nærmest ingen bæltfikseringer, så her havde vi større fokus på, hvordan vi så skulle arbejde med tavlemøder. Det har dog vist sig som et meget brugbart redskab i hverdagen. Der er på O1 blevet rum for faglig sparring og refleksion omkring en patientsituation – der tages både svære situationer op, men også situationer der gik godt, hvilket har øget den faglige tilfredshed med arbejdet.

I hvert vagtskifte holder vi 15 minutters tavlemøde, hvor en episode med bæltfiksering tages op. Nattevagten udvælger en episode, der arbejdes igennem i hvert vagtskifte det følgende døgn, dvs. i alle tre vagttag. Hvis vi ikke har haft en bæltfiksering, arbejder vi med en episode, hvor bæltfiksering blev undgået eller en situation, der har været svær at stå i. Nattevagten har gennem tavlemøder fået en mere fremtrædende rolle i afsnittene. Social- og sundhedsassistent Christina Roskilde Andersen fra O1 udtaler: *"Tavlemøder har betydet, at nattevagten er blevet mere involveret og tvunget til at reflektere... det virker godt at spare med dagvagterne."* Sygeplejerske Kamilla Agerskov Jensen fra O1 siger *"Tavlemøderne giver tid til fordybelse, også over hverdagssituationer som man ikke ellers ville tænke over som noget særligt"*. På sengeafsnit oplever Afdelingssygeplejerske O2 Lis Eriksen, at personalegruppen er blevet bedre til at reflektere over, hvad der kan være gået forud for en eventuelt eskaleret situation. Hun udtaler endvidere om tavlemøder, at *"styrken i det er, at alle vagttag bliver inddraget, alle får på den måde også mulighed for at byde ind med alternative tiltag til den givende situation. På den måde bidrager der til at udvikle sygeplejen hen over døgnet."*

Nattevagten tager billede af tavlen, når situation har været

diskuteret igennem af alle tre vagttag. Dette billede bruges til senere opsamling af, om der er nogle gennemgående temaer eller problemstillinger der skal arbejdes mere i dybden med.

Det kan være en udfordring at få afholdt tavlemøde, hvis der er mange patienter indlagt i afsnittet, hvis der er sygdom i personalegruppen eller som på O2, hvor der kan sidde personale fast vagt ved patienter i bælte. Trods dette gøres der meget for at fastholde tavlemøderne i hver eneste vagt – møderne kortes eventuelt ned til 5-10 minutter de dage der er ekstra pres på personalegruppen.

Vi ser tavlemøderne som et sted for stort udviklingspotentiale. Alt personalet har netop været igennem undervisning i deeskalering, som er en samarbejdsstruktur, med det sigte at skabe sikkerhed for både patient og personale. Personalet skal skifte fra at tænke kontrol over patienten til at tænke kontrol over situationen. I deeskaleringen er der 6 fokusområder man særligt skal være opmærksom på i en opkørt situation. Disse 6 områder er Fokusskifte, Afstand, Tid, Forståelse, Alternativer og Timeout (FATFAT). Disse fokusområder vil vi inddrage i vores diskussion ved tavlemødet.

I løbet af foråret skal alt personalet også undervises i Neuroaffektiv udviklingspsykologi (NAU), som også skal inddrages ved tavlemøderne, som et redskab til endnu bedre fagligt kvalitet i tavlemøderne. NAU-forståelsen bygger bro mellem hjerneforskning, moderne udviklingspsykologi og tilknytningsteori. Dvs. hvordan den neurologiske udvikling i spædbarnsalderen og den tidlige barndom hænger sammen med, hvordan den emotionelle udvikling sker igennem tilknytning. En forståelse af den normale udvikling giver grobund til at se

på, hvad der sker når barnets udvikling ikke er gået som planlagt og giver en forståelse af, hvordan personalet bedst møder patienterne. NAU ses som en forståelsesramme, hvori man som personale får en forståelse af, hvornår det er bedst at bruge de forskellige tilgange, strategier og metoder, som de kender i forvejen.

I det daglige arbejde i afsnittene er fokus ikke på de politiske dagsordener, men ser vi på arbejdet med visionerne i Region Midtjylland og herunder partnerskabsaftalen, som er:

- at styrke den faglige kvalitet
- at gøre patienten til hovedaktør i sit eget liv
- at øge sikkerheden for patienter og personale

er alle disse elementer inkorporeret i det daglige arbejde med tavlemøder i afsnittene.

Tavlemøder er kommet for at blive i de to sengeafsnit, men det er samtidig et levende redskab, som vi tænker løbende vil udvikle sig og ændre form, så det passer til dagligdagen og patientgrupperne i sengeafsnittene.

Kilde 1: [http://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/Files/Formularer/Upload/2015/09/Jesper%20Bak%20%20Guide_review_tvang16.12.2013\[1\].pdf](http://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/Files/Formularer/Upload/2015/09/Jesper%20Bak%20%20Guide_review_tvang16.12.2013[1].pdf); søgedato 06.01.16.





Linda Kristina Pohl, Sygeplejerske,
Psykiatrisk Afdeling Aabenraa - Afsnit
61/63

Safewards i praksis

På afsnit 61/63 på Psykiatrisk Afdeling Aabenraa er vi begyndt at arbejde ud fra Safewards-modellen, hvis formål er med simple metoder at nedbringe risikoen for konflikter og anvendelsen af tvang.

Hvad er Safewards?

Safewards er en klinisk model udviklet i England med det formål, at skabe mere sikre og mindre indgribende fremgangsmåder, og at minimere konflikter som involverer patienter eller personale på psykiatriske afdelinger

Safewardsmodellen og interventionerne er baseret på vidtrækkende forskning, opnået gennem 20 år. Heriblandt litteratur-reviews, epidemiologiske studier og interventionsstudier relateret til konfliktsituationer og triggersituationer på psykiatriske afdelinger. Konfliktsituationer inkluderer absentering, selvskade, verbal og fysisk aggression. Triggere kan relateres til rammebetingelser, personalegruppen, fysisk miljø, patientfællesskab, patientkarakteristika og hændelser uden for afdelingen.

Fra disse domæner udspringer der "flashpoints", som er tidspunkter eller situationer, hvor tingene kan gå galt. Det betyder ikke, at de altid gør det, men det er en mulighed.

Safewards handler primært om, hvad personalet kan gøre. Modellen beskriver, hvordan personalet kan gøre en forskel, inden der opstår et flashpoint. Ved at være opmærksom på domænerne, kan personalet komme situationen i forkøbet, inden problemet opstår og derved mini-

mere brugen af tvangsforanstaltninger (bæltefikseringer, tvangsmedicin, skærmning osv.)

Safewards er et af de meget få interventionsprogrammer som er undergået randomiserede, kontrollerede forsøg (RCT).

De ti interventioner der ifølge forskningen har den største effekt er:

- Afklare gensidige forventninger
- Kommunikativ deeskalering
- Positive ord
- Støtte ved dårlige nyheder
- Lær hinanden at kende
- Milde ord
- Hjælp hinanden
- Beroligende metoder
- Genskabe tryghed
- Udskrivelseshilsen

Safewards i Aabenraa/Afsnit 61/63

Afsnit 61/63 er en del af projektet "Bæltefrit afsnit" som startede op i den gamle afdeling i Haderslev den 1. januar 2015. Projektet er finansieret af satspuljemidler og skal løbe over tre år. Med de tilførte midler har afsnittet fået penge til flere medarbejdere og til at efteruddanne alle medarbejderne. Siden 1. september 2015 er afsnit 61/63, en del af den nybyggede Psykiatrisk Afdeling Aabenraa. Implementeringen af Safewards har været på vej i afsnittet siden efteråret 2015, der var dog lige en flytning der



skulle overstås, hvor personale og patienter lige havde brug for at lande i de nye omgivelser, før den egentlige opstart i februar 2016.

Hvordan gør man så i praksis?

Der er en masse gode råd på Safewards hjemmeside i forhold til hvordan man kommer i gang.

På vores dobbeltafsnit har afsnitsledelsen udpeget en "champion" på hvert afsnit. De to champions er i fællesskab ansvarlige for implementeringen af de 10 interventioner. Første skridt som champion er at lave en implementeringsplan: hvilken intervention starter man med, hvad er tidsplanen for de forskellige interventioner, hvem vil være tovholder på de forskellige interventioner og hvad skal indkøbes af materialer?

Interventionerne kan implementeres i den rækkefølge, der passer bedst til stedet og i den form som fungerer bedst for alle parter.

Vi har planlagt at implementere to nye interventioner hver måned, med opfølgning efter 3 måneder. Det er vigtigt, at kunne mærke at vi er i gang med noget nyt, men samtidig være opmærksom på, at alle kan følge med og ikke føler der bliver trukket en masse nye tiltag ned over hovedet på dem.

Vi blev enige om, at interventionen "Afklare gensidige forventninger" ville være et godt udgangspunkt for at starte samarbejdet op med patienterne, og valgte den derfor som en af de to første interventioner. Den anden intervention i første omgang blev "Udskrivelseshilsen", af den grund at det er lettilgængeligt og giver en god fornemmelse af hvad Safewards er for noget.

De næste to interventioner i vores plan blev "Hjælp hinanden" og "Beroligende metoder".

"Hjælp hinanden" passer meget godt ind i den struktur vi har i afdelingen, med daglige morgenmøder, hvor "Beroligende metoder" er en forlængelse af det arbejde især vores terapeuter er godt i gang med. Inden sommerferien implementeres interventionerne "Lær hinanden at kende" og "Positive ord", de sidste fire interventioner giver vi os i kast med fra august 2016.

Afklare gensidige forventninger:

På vores afsnit blev "Gensidige forventninger" iværksat ved, at vi holdt et morgenmøde en fredag morgen. Der var i forvejen blevet lavet en kort tekst som var hængt op på afsnittet omkring selve interventionen. Hele personalegruppen var meget aktive i forhold til at informere patienter-

ne om og motivere til at deltage i mødet. Der var et rigtig fint fremmøde af både patienter og personale. Der var masser af input og vi fik i fællesskab samlet ti bud på vores gensidige forventninger. Disse forventninger er sidenhen blevet synlige i afsnittene i form af Wallstickers. Efter planen vil der i afsnittet blive holdt møder for at afklare de grundlæggende gensidige forventninger hvert halve år.

Forhåndstilkendegivelser fungerer som en del af interventionen, idet de lige præcis handler om de forventninger patienten har til forløbet, og hvad vi som personale kan gøre for at gøre indlæggelsen så tryk som mulig. Vi har valgt at udlevere en "Velkomstpakke" til alle patienter ved indlæggelsens start, som udover en forhåndstilkendegivelse, der kan udfyldes af patienten selv eller i fællesskab med personalet, indeholder afdelingens velkomstpjece, information om afsnittet, miljøterapeutiske tilbud og Safewards, mandalategning og tyggegummi.

Udskrivelseshilsen

Det er kun fantasien, der sætter grænser for udformningen af denne intervention, men vi blev hurtigt enige om, at et udskrivelsestræ ville passe rigtig godt ind i afsnittet. Vi fik fremstillet to fritstående træer i metal hos en smed, og i samarbejde med patienterne blev der lavet skabeloner til blade der kan skrives en hilsen på. Tanken er at lade farverne på bladene følge årstiderne, lyse grønne blade til foråret, mørkere blade til sommer og alle efterårets farver til efterår og vinter.

Hjælp hinanden

Interventionen passer godt ind i vores struktur, da vi i forvejen har daglige morgenmøder. Vi

besluttede at udskifte et morgenmøde om ugen med et "Hjælp hinanden" møde. Lige som ved vores første intervention blev der lavet et lille skriv til opslagstavlen, som informerede om, hvad interventionen går ud på. Der var et rigtig godt fremmøde allerede første gang, hvor patienter og personale, men også afdelingsledelsen deltog. Vores møder starter og slutter med fællessang. Ved vores første to møder fulgte vi dagsordenen som foreslået fra Safewards-teamet. Vi er dog blevet enige om, efter input fra patienterne, at starte med en nyhedsrunde og bagefter tage en kombineret hjælp hinanden/takke/ forslagsrunde - en "ordet-er-frit-runde". Vores oplevelse har været, at mange patienter føler sig lidt udstillede og presede, hvis man laver en decideret "takke-hinanden-runde". Det der virker bedst hos os er, at personalet går foran og takker for noget, da alle former for positive input smitter. Der er ingen tvivl om, at det kræver lidt overvindelse for mange at ytre deres tanker, så til de første møder har det især været personalet, der har været på banen. Vi er dog ikke i tvivl om, at det bliver nemmere efterhånden, og at vi får flere med undervejs. Der bliver skrevet referat, som hænges på opslagstavlen, så også de patienter og personale, der ikke har haft mulighed for at deltage kan følge med.

Beroligende metoder

Denne intervention har vi som sådan været i gang med i længere tid. Gennem projektet "Bæltefrit afsnit" har der været afsat midler til ekstra ergoterapeut og fysioterapeut, som især har haft fokus på sanseintegration og sanseprofiler og hvordan dette kan bruges til at forebygge konflikter. Derudover har vi i de nye rammer i Aabenraa blandt andet døgnrytmelys, sanserum og sansestimulerende hjælpemidler.

Som alle andre afsnit i Region Syddanmark har vi modtaget en calm down kasse, som er et rigtig godt udgangspunkt for interventionen. Udfordringen for vores personalegruppe har været at finde ud af hvornår og til hvem man tilbyder de forskellige former for sansestimulation, en udfordring der er blevet taget op af afdelingens terapeuter og terapeutstuderende, som har arbejdet på at lave en oversigt over hvilke tiltag der gavner i forskellige situationer og til forskellige patienter. Med denne oversigt bliver det nemmere for resten af personalegruppen at gøre brug af de forskellige sansestimulerende hjælpemidler

Fremtiden med Safewards

Vi har ikke planer om at lave en evaluering på Safewards som sådan, da vi sideløbende er i gang med forskellige andre tiltag, som i forbindelse med "Bæltefrit afsnit" bliver evalueret samlet. Vi kan dog allerede mærke den positive effekt Safewards fører med sig. Patienterne har taget godt imod de forskellige interventioner vi har været i gang med, personalegruppen har været meget motiverede og vi har en afdelingsledelse der bakker op om, og deltager

i hele projektet. Det essentielle ved Safewards er, at der bliver sat fokus på mange af de ting vi ved i forvejen, og hjælper med at ændre vaner, rutiner og tankegange. På afsnit 61/63 ser vi derfor meget lyst på fremtiden!

Har du lyst til at vide mere om Safewards er hjemmesiden www.safewards.com helt sikkert et besøg værd.





Af Line Dunker (i forgrunden) og Elisabeth Nielsen (i baggrunden)

Sådan skabes gode sygeplejersker

Efter endt klinik i modul 8 har vi gjort os nogle refleksioner over, hvad der kendetegner den gode sygeplejerske og den gode kliniske vejleder.

Line Dunker Christensen & Elisabeth Normann Munk Nielsen, sygeplejestuderende, UCN. Modul 8.

Det er nok ikke nogen hemmelighed, at man som studerende er meget spændt på det første møde med sit nye praktiksted. Man har mange forhåbninger og forventninger.

Måske frygter man det endda en smule.

Derfor er det vigtigt, at man føler sig velkommen på klinikstedet; bliver taget imod og præsenteret for personalet, vist rundt og informeret omkring dagligdagen på afdelingen, så man har lettere ved at finde sin plads. For det kan være svært at starte et nyt sted og vise kollegaerne, hvem man er - især hvis man ikke helt har fundet ud af, hvilken slags sygeplejerske man egentlig gerne vil

være.

For ja, der er faktisk flere måder at være sygeplejerske på. Ikke nok med at der er fantastisk mange muligheder inden for dette fag, så er der også utroligt mange roller og personligheder på hver afdeling. Og man støder på hver og en på sin vej gennem uddannelsen.

Man formes af dem. Nogle ser man op til, og man vil huske dem resten af sit liv og forsøge at gøre det lige så godt. De der gjorde en forskel. De der viste os, hvordan en sygeplejerske får sin faglighed, sin personlighed og sine værdier til at gå op i en højere enhed, når han eller hun udfører den gode sygepleje.

For det er jo det, det hele handler om; at uddanne dygtige sygeplejersker med en solid viden, et

stort engagement og et hjerte, der banker for patienterne.

Forbillederne er sygeplejersker, som viser tillid og giver os ansvar. De giver os en chance for at være selvstændige, men viser på samme tid forståelse, når opgaverne ikke går helt som planlagt. For de husker, hvordan det er at være ny i faget, og hvordan det er at stræbe efter flotte karakterer, samtidig med at skulle være den perfekte kæreste, den bedste datter eller søn og have tid til at være der for sine venner. De stiller krav og lytter til ideer, undringer og forslag. De giver konstruktiv kritik og forstår at give ros, så man får kræfter og mod på at kæmpe videre. De ser nysgerrighed som en grundlæggende del af sygeplejen og byder et hvilket som helst spørgsmål velkomment. De er åbne og venlige.

Nogle har endda et hemmeligt våben, som kan gøre selv de sværeste situationer en smule nemmere: humor. Men det kræver situationsfornemmelse.

Alle disse ting er med til at karakterisere den gode sygeplejerske. De gør patienterne - og ikke mindst de studerende - trygge og tillidsfulde. Og hvis der er noget, man lærer på uddannelsen, så er det netop, hvor vigtige relationerne er.

For at praktikken bliver en succes, må den studerende arbejde mindst lige så hårdt som kolleger og vejleder. Men møder man op med åbenhed og mod på lidt af hvert samt en lyst til at lære, så har man et godt udgangspunkt. Kombineres dette med et uddannelsessted, som sætter en ære i at lære fra sig, og som tager hensyn til den enkeltes læringsstil, kan det næsten ikke gå galt.

At have et godt praktikophold, med alt hvad det indebærer af læring, at opbygge en fagidentitet og at finde sin plads i teamet - det kræver noget af den studerende. Og det skal det også!

Det er en tid med forberedelse, uendelige refleksioner, små og store udfordringer, faglig og personlig udvikling og mange andre fantastiske, men hårde, ting. Alt sammen noget man skal igennem for til sidst – endelig – at kunne kalde sig sygeplejerske. Og så er det okay at være en smule stolt.

Held og lykke til både de studerende og praktikstederne!





Af Mahmoud Ashkanian, Neuropsykiater, Phd, Klinisk lektor & Direktør for Mentis Neuropsykiatriske Privatklinik

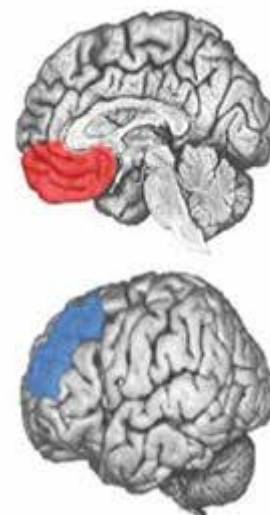
TMS en ny behandling mod depression

Indledning

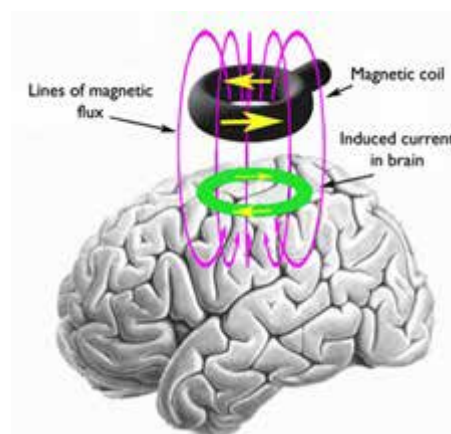
TMS er en ikke-invasiv behandlingsform, også kaldet rTMS (repetitive transcranial magnetic stimulation) – eller på dansk gentagen transkraniel magnetisk stimulation, hvor magnetiske pulser bliver brugt til at stimulere nerveceller i den del af hjernen (et område i pandelappen), der kontrollerer humøret. Dette område er ofte underaktivt hos personer, der lider af depression. Gentagen stimulering af denne del af hjernen har vist sig at have en antidepressiv effekt. rTMS-behandling af depression har været godkendt og anvendt i USA siden 2008 og siden 2012 i Europa. I Danmark tilbydes behandlingen kun på Psykiatrisk Hospital i Risskov og på privatklinikken Mentis.

Baggrund

Funktionelle imagingstudier og læsionstudier har vist at den dorsolaterale præfrontale cortex, DLPFC (det blå område), involveret i såvel regulationen af de negative affekter som kognitive funktioner (herunder arbejdshukommelse, opmærksomhed, abstrakttænkning mm). Ved disse undersøgelser får DLPFC hos deprimerede en blå farve på venstre hjernehalvdel, forenlig med en hypoperfusion og underaktivitet. Modsat er det samme område på højre side overaktiv. Hos deprimerede patienter er der således en ubalance mellem disse områder og deres projektioner til det limbiske system.



TMS kan gives typisk med en høj frekvens (5-10 Hz) eller lav frekvens (1 Hz). Den primære target under TMS er DLPFC.



Høj-frekvent TMS stimulerer de glutaminerge neuroner (de eksitatoriske), mens lav frekvent TMS stimulerer GABAerge neuroner (de inhibitoriske). Derfor kan man vælge enten højfrekvent stimulation af den underaktive side (venstre DLPFC) eller lavfrekvent stimulation af den overaktive hemisfære (højre DLPFC).

Praksis

Under TMS-behandling er patienten helt vågen. Ved TMS stimuleres hjernen i sammenligning med elektrochok-behandling meget lokalt. Det fremprovokeres derfor ikke kramper. Behandlingen giver heller ikke de kognitive bivirkninger, som ofte ses efter elektrochok-behandling. Til de meget svære depressioner med behov for en akut tiltag vil elektrochok-behandling dog stadigvæk være mere effektiv end TMS.

TMS-behandling er desuden uden de bivirkninger, der typisk forbindes med antidepressiv medicin. Nogle patienter melder om et mildt ubehag eller hovedpine, men man vil typisk være i stand til at genoptage de daglige gøremål lige efter behandlingen.

Under behandlingen sidder patienten komfortabelt i en stol med nakken støttende mod en vakuumpude, så hoved har bedst mulig støtte. Patienten får desuden en personlig hætte på hovedet, som sikrer, at den spole, der skal give de magnetiske pulser, bliver placeret det samme sted hver gang.

Under behandlingen hører patienten en klikkende lyd og mærker en prikkende fornemmelse på hovedet. Mange patienter er i stand til at se fjernsyn eller læse under behandlingen.

rTMS-behandling gives typisk en gang om dagen 5 gange om ugen over en periode på 4-6 uger. Mange patienter har kun brug for én komplet behandlingsserie (5 gange om ugen i 4-6 uger). I nogle tilfælde vil der være behov for vedligeholdelses-behandlinger.





Af Vivian Limbrecht Rasmussen, udviklingskoordinator, MCN og præ-ph.d., Psykiatrisk Afdeling Aabenraa samt Frederik Alkier Gildberg, Forskningsleder, daglig leder af CPS, ph.d., post.doc., Psykiatrisk Afdeling Middelfart

Åbning af Center for Psykiatrisk Sygepleje- og Sundhedsforskning

Den 18.1.16 var en mærkedag for psykiatrisk sygepleje. Den dag var den officielle indvielse af Center for Psykiatrisk Sygepleje- og Sundhedsforskning, i daglig tale CPS. Indvielsen blev fejret med et åbningsseminar, hvor overskriften var forskning nu og i fremtiden. Dette emne blev belyst ud fra CPS-ledelsens perspektiv, brugerperspektivet og forskellige faglige perspektiver.

Centerdannelsen i Psykiatrien i Region Syddanmark sker i samarbejde med Institut for Regional Sundhedsforskning og Klinisk Institut ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på Syddansk Universitet. CPS er et indtil videre et murstensløst center; de ansatte forskere er således tilknyttet gennem deres stillinger og ansættelser i regionen.

I 2014 blev Enheden for Sygeplejeforskning nedlagt. Denne nedlæggelse sammenholdt med Strategien for Psykiatrisk Forskning i Region Syddanmark nødvendiggjorde etablering af en ny ramme for psykiatrisk sygeplejeforskning. Dette blev baggrunden for oprettelsen af CPS.

Forskning i psykiatrisk sygepleje hidtil har været en mangleware. Med dannelsen af CPS sættes derfor en national milesten, der bl.a. kommer til at betyde, vi vil kunne måle os internationalt.

Formålet med oprettelsen af CPS

er samle al forskning indenfor psykiatrisk sygepleje i Region Syddanmark og derved styrke en fremtidig national og international praksisnær og anvendelsesorienteret forskning. CPS har til formål at bidrage til at forskningsbasere, udvikle, styrke og initiere ydelser indenfor psykiatrisk sygepleje- og sundhedsforskning for både voksen- og børne-ungdomspsykiatrien.

Helt konkret skal forskningen komme patienterne og deres pårørende til gode ved at de kommer til at opleve en bedre og mere velargumenteret pleje og behandling, herunder bl.a. bedre relationer mellem dem og de sundhedsprofessionelle og mindre brug af tvangsforanstaltninger ifm. indlæggelser. For de sundhedsprofessionelles vedkommende er det håbet, at forskningen kan bidrage med viden, der kan anvendes i mødet med patienter og pårørende. Forskningsresultaterne skal nå ud i praksis via forskerne, der hhv. afreporterer gennem videnskabelige artikler i relevante faglige tidsskrifter og bistår i implementeringsprocessen qua deres delvis virke i praksis.

De områder, der forskes i, er problemstillinger fra praksis. I skrivende stund arbejdes der på forskningsprojekter, der har fokus på reduktion af tvang i retspsykiatrien, psykiatri og tro, patientinddragelse, shared care,

telepsykiatri, relationel sygepleje, forebyggelse af re-kriminalisering og ulighed i sundhed.

CPS ledes af professor Lise Hounsgaard, der i det daglige assisteres af post.doc. Frederik Gildberg og

post.doc. Jens Peter Hansen. Derudover er fem ph.d.-studerende, otte præ-ph.d.-studerende og en lang række tværfaglige lektorer fra ind- og udland tilknyttede.

Billede fra åbning af CPS
Foto: Cathrin T. Bræstrup





Af Pia Frydensberg Formand for Borderlinenetværket

Borderline – i rivende udvikling

Personlighedsforstyrrelsen Borderline tæller mere end 100.000 danskere. Et antal som tæller flere end skizofreni-ramte og mennesker med bipolar lidelse, til sammen. Alligevel kender mange ikke til diagnosen og mulighederne for recovery.

Borderline – hvad er det? Det er diagnosen for opmærksomhedskrævende og ressourcetunge kvinder, som sjældent får det bedre, ikke? Den kroniske diagnose, med mulighed for bedring med alderen, hvis man er heldig. En gruppe mennesker som mangt en behandler og kontaktperson i psykiatrien, helst ser udskrevet frem for indlagt. 'Borderlinere' er simpelthen for svære at hjælpe.

Det er en kompleks sindslidelse, og nej Borderline kan ikke afhjælpes medicinsk – der findes ikke en pille mod Borderline. Og nej kommunikationen med Borderline-ramte er ikke nem. Et stort (ubevidst) brug af forsvarsmekanismer, gør relationen

svær. Og ja, det kan godt blive en længere proces, at hjælpe mennesker med Borderline hen i bedring.

Imidlertid er der gode muligheder for recovery i dag, vel og mærke hvis den Borderline-ramte henvises til terapi, sammensat til målgruppen. Og den slags terapiformer findes der mange af. De sidste 15 års udvikling indenfor området, har skabt blandt andet dialektisk adfærdsterapi, mentaliseringsbaseret terapi og skemafokuseret terapi. Evidens for alle tre terapiformer er rigtig fin, og fortæller om gode muligheder for opnåelsen af et liv med bevidst brug af følelsesregulering, færdigheder i relationer og brug af afspændings- og vejrtrækningsøvelser.

Formår et menneske med Borderline at følge størstedelen af et sådant terapiforløb, viser evidens at op i mod 70% kan arbejde sig ud af diagnosen, og opnå et liv mere end værd at leve. Flertallet gennemfører terapiforløbene på 1-2 år, og repræsenterer således ikke længere puljen af 'evighedspatienter' i det psykiatriske system.

Den positive udvikling kommer også pårørende til mennesker med Borderline, til gode. Teamet bag dialektisk adfærdsterapi, med den amerikanske psykologiprofessor Marsha Linehan i spidsen, har ligeledes sammensat et færdighedsmodul til pårøren-





de, kaldet 'Family Connections'. Modulet giver de pårørende konkrete færdigheder ift samarbejdet med den Borderline-ramte, sideløbende med en større bevidsthed om egne reaktionsmønstre og tankemønstre.

Der er derfor rigtig god grund til at pakke ordene 'kronisk sindslidelse' og 'evighedspatienter' væk, og tænke optimistisk i samarbejdet med Borderline-ramte. Ligesom der reelt eksisterer masser af gode muligheder for at

tilegne sig viden og færdigheder i forhold til relationsarbejdet med målgruppen. Både psykiatrien og foreningen Borderlinenetværket tilbyder oplæg og undervisning.



BOGANMELDELSE

Ny bog om Borderline, 'Det sultne hjerte'

I november udkom en ny bog om personlighedsforstyrrelsen Borderline, skrevet af forfatter Simon Kratholm Ankjærgaard, som lever sit liv med symptomerne tæt inde på kroppen, i det hans kone har diagnosen.



Af Pia Frydensberg Formand BORDERLINENETVÆRKET

Så så en ny bog om Borderline dagens lys. 141 sider omhandlende emnet Borderline – eller mere præcist; emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse, som er benævnelsen for Borderline i diagnosesystemet ICD10. En bog som for forfatteren blev en læreproces i mere end én forstand, da hans kone har levet med symptomerne længe, og fik stillet diagnosen i det psykiatriske system i første del af skriveprocessen.

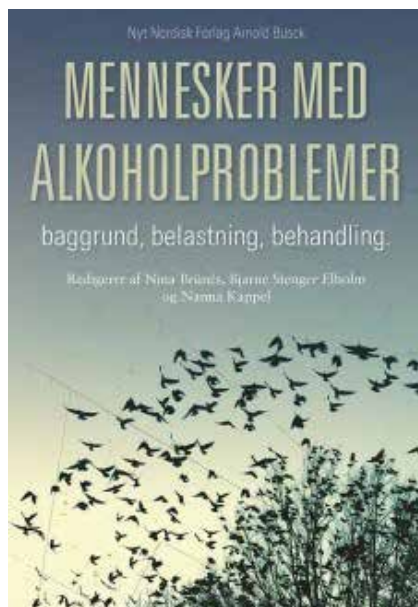
En bog som på mange måder er unik, set i forhold til andre bøger om Borderline på markedet. Der er skrevet bøger om emnet i Danmark tidligere. Bøger som enten tager udgangspunkt i ekspertise på området, skrevet af læger og behandlere, eller personlige skildringer om livet med Borderline.

Bogen 'Det sultne hjerte' adskiller sig fra tidligere bøger ved, at formidle om emnet på en nuanceret måde, og inddrager derfor et større antal cases til bogen. Både mennesker med Borderline-diagnosen og pårørende til mennesker med Borderline. Begge sider af sagen belyses.

'Det sultne hjerte' gør også en dyd ud af, at berette om baggrun-

dene for symptomerne. Herunder forklarer om forsvarsmekanismer og klassiske reaktionsmønstre. Dette i et forsøg på at hjælpe både de lidende og de pårørende til en større forståelse, og et bedre samspil.

Bogen henvender sig også til professionelle, som beskæftiger sig med feltet. Fx læger, sygeplejersker og sosu-assisterter. Derfor er også inkluderet viden om den seneste forskning og terapiformer sammensat til målgruppen.



Mennesker med alkoholproblemer

Baggrund, belastning, behandling

Nina Brünés Bjarne Stenger Elholm, Nanna Kappel (red.)

1. udgave 2015. 250 sider

Af Anne Marie Kromann, retspsykiatrisk ambulantsygeplejerske, RDP/DDP, Middelfart.

BOGANMELDELSE

Mennesker med alkoholproblemer

Bogen "MENNESKER MED ALKOHOLPROBLEMER - baggrund, belastning, behandling" er et meget relevant input i mit arbejde som retspsykiatrisk ambulantsygeplejerske i et dobbelt-diagnose team, hvor jeg dagligt møder mennesker med meget komplekse problemstillinger inklusiv misbrug.

I bogens tre hovedtemaer gives et indblik i, hvordan mødet med patienten og evt. familien, der er udfordret i forhold til alkoholproblemer, kan forbedres, samt hvilke områder og rutiner der med fordel kan ændres med henblik på at yde den mest optimale pleje og behandling - defineret sammen med patienten ud fra dennes evner, ønsker og mål.

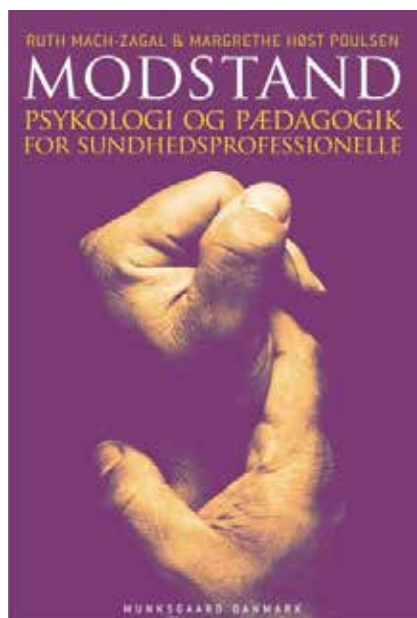
Baggrunden for alkoholproblemers opståen gennemgås, herunder den danske alkoholkultur, fordomme, stigmatisering og epidemiologi. Samlet giver dette et godt indblik i, hvordan vores sundhedsprofessionelle holdning til mennesker, der drikker for meget, er udviklet. Dette giver mig som læser mulighed for refleksion over egne holdninger.

Belastning på krop og sind beskrives i kapitlerne om neurofysiologi og psykiatrisk og fysiologisk komorbiditet, hvilket bidrager til en mere nuanceret forståelse af problemkomplekser bag stort alkoholforbrug.

Behandling baseret på både medicin og samtale, hvor der især lægges vægt på den anerkendende og motiverende tilgang, bliver beskrevet i de efterfølgende kapitler, hvor der gives gode eksempler på, hvordan man som sundhedspersonale helt konkret kan samarbejde med patienter med henblik på at opnå afholdenhed eller reduktion i alkoholforbrug.

Bogen understreger vigtigheden af den gode relation, det professionelle ansvar i mødet med patienten med alkoholproblemer, og de udfordringer der er i forhold til tværfaglige og tværsektorielle samarbejdspartnere.

En opdateret, velskrevet og oplysende bog.



BOGANMELDELSE

Modstand - Psykologi og pædagogik for sundheds- professionelle



Af Linda Kristina Pohl, sygeplejerske
Psykiatrisk Afdeling Aabenraa

Modstand

Psykologi og pædagogik for
sundhedsprofessionelle

Ruth Mach-Zagal og Magrethe
Høst Poulsen, Munksgaard
Danmark, København 2011

“Modstand- Psykologi og pædagogik for sundhedsprofessionelle” er en bog, der henvender sig til alle, som ønsker at blive bedre til at arbejde med modstand- såvel hos sig selv som hos

andre. Modstand ses her som en forudsætning for lærelyst og udvikling- og ikke som modsætning. Der argumenteres for, at modstand er en vigtig del af menneskets biologiske arv og personlige - og sociale strategier. Mennesket er født omstillingsparat, men evnen til at omstille sig kan blive overbebyrdet, især når det bliver svært at se en sammenhæng mellem forandring og forbedring.

I første del af bogen lægges der ud med en fin gennemgang af modstand og forsvar som progressivt går fra det biologiske niveau over det intrapsykeiske og til det interpersonelle niveau, med udgangspunkt i den mellem-menneskelige relation. Vi bliver bragt vidt omkring- fra driftsteori, stressreaktioner og regression over Freud og forsvarsmekanismer til ansvar, magt, empati og socialkonstruktivisme.

Forfatterne gennemgår herefter de gruppedynamiske processer, hvor der fokuseres på behovet for anerkendelse og individets ambivalente forhold til fællesskabet. På det organisatoriske niveau stilles der skarpt på modstand mod forandring, og forskellige årsager til denne modstand. Forfatterne

forsøger at give svar på hvorfor og hvordan medarbejdergrupper reagerer med forsvar og på hvorfor og hvordan medarbejdere reagerer med modstand, ofte i forbindelse med forandringsprocesser.

Bogen sluttet af med et kapitel om modstand i det senmoderne samfund, hvor forfatterne ser på fænomenet modstand som en social konstruktion, hvor modstand kommer til udtryk som et svar eller et reaktionsmønster i forhold til de mange krav, der stilles til individet i nutidens samfund.

Forfatterne er inde over mange forskellige emner og teoretikere, men mister aldrig overblikket. Bogen er velstruktureret og vel-skrevet, og ud over at give læseren et indblik i hvad modstand er for en størrelse, har forfatterne gjort sig pædagogiske overvejelser og giver handlingsforslag til hvordan modstand mødes på en konstruktiv måde.

Jeg vil anbefale bogen til alle, som vil blive klogere på modstand- den er læseværdig uanset om man er medarbejder, leder, underviser eller i en anden form møder modstand- såvel egen som andres- i sit arbejde.

Få udvidet dit fagbibliotek

Ved anmeldelse af en af disse bøger modtager du den gratis. Din boganmeldelse bringes i Psykiatrisk Sygepleje.

Kontakt Lili Bermann,
liliberm@rm.dk for at blive anmelder



Livshistoriefortællinger – nøglen til livet

Af Jonas Gustafsson (red.)
Forlag Frydenlund.
2014



Psykiatrisk & psykosocial rehabilitering – en recoveryorienteret tilgang

Af Lene Eplov m.fl.
Forlag Munksgaard.
2010



At se og at indse – om forskellige former for evidens

Af Kari Martinsen & Katie Eriksson
Forlag Munksgaard.
2013



Bariatric i et tværfagligt perspektiv

Af Jette Ingerslev & Andreas Printzlau (RED.)
Forlag: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
2016



Set, hørt og forstået

Af Birgitte Vange
Forlag: Akademisk
Forlag. 2015



Socialpsykiatri

Af Preben Brandt
Forlag Munksgaard.
2004



Den svære ungdom – 10 eksperter om unges trivsel og mistrivsel

Af Jens Christian Nielsen m.fl. (red.)
Forlag Hans Reizel.
2010



Sygeplejeteoretikere- Bidrag og betydning for moderne sygepleje

Af Ann Marriner Tomey & Martha Raile Alligood
Forlag Munksgaard.
2011



Den ustyrlige psykiatri – mellem adfærdsforstyrrelse og sygdomsproblem – en idehistorisk analyse

Af Per Ammentorp Vestergaard

