



FOTO: NINA GAUSDAL TRY/OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

HJELPER DEG: En sykehusvert er en som hjelper pasienter til å finne frem på sykehusene. Illustrasjonen viser profileringen av sykehusvertordningen ved OUS, representert ved sykehusvert og pensjonert kommunikasjonsrådgiver Alf Bøhler.

Sykehusvertordningen handler om å bidra overfor pasienter med praktisk hjelp og info som ikke er medisinsk/sykdomsrelatert

Service- og informasjonssenter ved sykehus, klinikk for diagnostikk og fellestjenester og interne tjenester er eksempler på driftsenheter i sykehus. Eksempler på sykehusets utviklingsenheter er sykehusets kommunikasjonsavdeling og lærings- og mestringsentre.

INNSIKT. Et videre arbeid kunne ha vært å se nærmere på hvilken nytte de ulike koordinatorene/lederne har av den organisatoriske forankring av ordningen.

Nærmere innsikt i begrunnelse for dagens løsning og historien som skapte den, kan gi et faglig

grunnlag for drøfting av hva som bør være morgendagens løsning. Sykehusets samarbeid med frivilligsentraler er en nyskaping. Å få innsikt i effekten av et slikt samarbeid, kan være nyttig for både frivilligsentraler og for sykehus.

GRENSEFLATER. Lederne og koordinatorene ved sykehusene viser til at en sentral utfordring er oppgavefordelingen mellom frivillige på den ene siden og deres samhandling med kjøkkenassistenter, portører og hjelpepleiere på den andre siden. Hvordan bør oppgavefordelingen mellom dem være i tilknytning til oppgavene i resepsjonen, ved avdelingene og i tilknytning til hente- og bringetjenestene internt og eksternt. Hvordan skal denne grenseflaten defineres?

Hvilke prosesser bør settes i gang for å få til en slik avklaring?

MITT OG DITT. Debatt om grenser og grenseflater er ikke noe nytt. Grenser og grenseflater har preget oppbyggingen av lokal velferd. Det har utviklet seg grenser og skillelinjer mellom nivåer, institusjoner, virksomheter og tiltak. Grenser mellom kommuner og næringsliv og mellom kommuner, frivillige lag og foreninger. Og ikke minst grenser mellom profesjoner.

Grenser handler om å dele opp, sortere, separere – og om å skille mellom hva som er mitt og ditt. Vil sykehus og helseforetak ta tak i de to utfordringene? ■

Interessekonflikt/disclaimer: Artikkelforfatteren skriver bok om frivillige som nødvendig arbeidskraft for at virksomheter skal nå sine mål. Hans firma, Tellef Raustøl Rådgiving (TRR), bistår store eiendomsprosjekter med å utvikle konsepter og skaffe sannsynlige og relevante leietakere innen kultur, kompetanse og helse.

TVANGSMEDISINERING. Pasienter har, ifølge informert samtykke, en rett til å bli opplyst om hvorvidt fordelene med symptomlette skal velges fremfor større recovery i det lange løp. Der det er risiko, må det være et valg.

Dette ga grunnlag for et åpent brev til Helsedirektoratet, Kunnskapssenteret, Folkehelseinstituttet, Legemiddelverket, Pasientsikkerhetsprogrammet om kunnskaps- og forskningsbasert utvikling av nåværende helseskadelige overmedisering i psykiatrien til fordel for evidensbasert helsefremmende praksis.

Med blick på tvangsmedisinering konkluderer professor, dr.med. Peter C. Gøtzsche ved Det Nordiske Cochrane Center, Rigshospitalet i København at «Medicinfri psykiatri er veldokumentert og tvangsmedisinering skal afskaffes». ■

Ingen oppgitte interessekonflikter

Referanser: Se www.dagensmedisin.no/debatt

Psykiatri

Ei kvinne sine tankar

Som kvinner og som mødre må vi heve våre stemmer for nye generasjoner pasienter. Vi må opp på barrikadene, og det haster.

PÅ RADIOEN akkurat no spe lar dei Anne Grete Preus «Jeg er en by». Denne bruker eg som introduksjon når eg held foredraget mitt om mine opplevingar i psykiatrien. Denne musikken vart utgitt i den perioda eg vart psykotisk første gong: «Jeg går på en ukjent vei, så fri fri er jeg». Teksta er fin.

Eg har snakka og skreve nok om mine opplevingar i psykiatrien. Det som er interessant, er å prøve å forstå kva psykosa vil meg? Kvifor har den kommen tilbake og «plaga» meg fire perioder i livet mitt? Kva er det eg ikkje har lytta til, forstått og akseptert?

FORSTÅING. Eg trur eg er i ferd med å forstå, og dette gjev meg ei ro. Og eg kjenner meg heil og takknemlig i høve til det livet har gitt meg.

For meg er psykose symptom på at ein må gå tilbake til det førspråklige stadiet for å forstå, for å gjere heil. Kanskje i nokre tilfeller så langt tilbake som til tida i mor sitt liv? Då eg var eit ufødt barn? Dette ut frå at psykose er eit språk utan ord, det er eit bilde-språk, og det kan vere vanskelig å finne orda. Det er vanskelig å uttrykke seg i ein samanheng, slik at dei rundt forstår.

Dersom ein som pasient vert møtt av psykiatere og pleiere som har eit genuint ønske om å prøve å forstå pasienten, må vi møte pårørende på ein anna måte. Då blir pårørende ein svært viktig faktor for å formidle pasienten sine første år frå tilbivelsen – for å skape forståelse for oss som står rundt pasienten.

DET YTRE PRESSET. Eg har i faget mitt vore oppteken av barnet sine første leveår; då eg tok barnevernspedagogutdanninga og seinare då eg tok spesialpedagogikk første og andre avdeling. Mine avsluttande eksamensoppgåver har handla om Anna Freud sine forsvarsmekanismer knytta til barnet sin alder på barnevern, og viktige faktorer i barnet si utvikling dei tre første åra, på Spesialpedagogikk.

Som voksen er det ytre påvirkning som fører oss som pasienter inn i denne verda som psykosa og andre diagnoser er. Og sjølv sagt må vi gjere endringer i vårt voksne liv for å leve vidare med god helse.

OVERLEVINGSSTRATEGI. Men om vi ser på psykosa som ein overlevingsstrategi: Alternativet er for svært mange sjølv-mord då fortvilens, einsemda er for stor til å bere åleine. Korleis er det då vi fortjener å bli møtt? Mitt ønske er å bli møtt med omsorg, veldig mykje omsorg i trygge rammer. Som om eg var eit lite barn? Uten at eg vert gjort liten. Fordi eg er voksen.

Korleis hindrar vi at psykose blir ein overlevingsstrategi pasienten repeterer dersom det ytre presset igjen blir for stort? Må vi

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



KVINNER OG KUNNSKAP. – Eg ber om at vi tek fram kvinna i oss og slår i bordet som mødre og som kvinner med kunnskap – med ein bedre viten, skriver artikkelforfatteren.

då søke å forstå, søke å gjere heil? Må vi då møte pasientane på ein ny måte? Sjå på symptom som eit uttrykk for eit inntrykk vi fekk tidlig i livet? Må vi undre oss i lag med pasienten og pårørende uten å dømme? Prøve å vere støtte/føndere for pasienten og pårørende på ein ukjent vei?

Kronikk:



Inger Marie Eidsvik. Har pasienterfaring, sosialfaglig utdanning og jobber i poliklinikk, Helse Møre og Romsdal

KVINNE – OG FØDSEL. Eg er kvinne og det er mulig eg ser på pasienten med andre auger enn det den patriarkalske biomedisinske tradisjonelle psykiatrien gjer? Kanskje eg ber om ein meir patriarkalsk psykiatri, ein psykiatri som den gode mor? Kanskje burde vi plukke fram igjen deler av Margaret Mahler si lære? Kanskje sjå på psykose som ein fødsel? Ein ny start? Eg berre undrer meg? Ein professor eg nettopp har begynt å lese/forstå, er Franz Ruppert. Og eg har starta på utdanninga ved Institutt for Traumearbeid (IoPT). Dette er spennende i lys av å prøve å forstå – og på sikt bli ein god traumeterapeut.

Kva er kjernetraumat? Dersom symptomet er eit uttrykk, må vi prøve å «danse» i lag med pasienten, prøve å forstå. Kva er det symptomet/pasienten prøver å fortelle oss? Og om vi ikkje forstår, må vi prøve å ivareta pasienten på ein god og trygg måte igjennom psykosesevnen. Akkurat slik vi gjer med eit lite barn. For å gjere heil, må vi støtte pasienten slik at han/ho klarer å romme heile seg. Og ikkje minst kan sjå på seg sjølv med eit godt auge i botnen. Med medfølelse og godheit.

EIN BEDRE VITEN. Det eg ber om, er ein ny psykiatri. Eller ny? Eg ber heller om at vi tek fram kvinna i oss, og slår i bordet som mødre og som kvinner med kunnskap – med ein bedre viten.

Vi finn faglig støtte for ein ny psykiatri dersom vi ser forbi den kommersielle legemiddelindustrien og menn i psykiatrien som forsøker å harselere med våre verdier. Som kvinner og som mødre må vi heve våre stemmer for nye generasjoner pasienter. Vi må opp på barrikadene, og det haster. ■

Ingen oppgitte interessekonflikter

ent av pasientene



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

satt høyere enn muligheter for recovery for mer enn to tredeler av pasientene.

Av studiene jeg viser til ovenfor, følger det at cirka 40 prosent av pasientene som er behandlet etter «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser», mister muligheten til recovery. I forhold til «Open dialogue»-metoden er det omtrent 60 prosent reduksjon av recovery.

RISIKO: – Pasienter har, ifølge informert samtykke, en rett til å bli opplyst om hvorvidt fordelene med symptomlette skal velges fremfor større tilfriskning i det lange løp.