

FAGLIGT SELSKAB FOR PSYKIATRISKE SYGEPLEJERSKER

PSYKIATRISK SYGEPLEJE

September 2020 • 2. udgave • 27. årgang





Af Randi Jessen Fjordback, special-sygeplejerske, Afsnit 55, psykiatrisk afdeling Aabenraa

Traume-Bevidst Tilgang i klinisk praksis

Jeg er til dagligt ansat som specialsygeplejerske på afsnit 55, et integreret, voksenpsykiatrisk sengeafsnit i Aabenraa, som også skal huse alle Aabenraas fire tildelte intensive senge fra september 2020.

Afledt af min afsluttende opgave på specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje i år 2019 fik jeg, til en fælles temadag i afsnittet, mulighed for at undervise mine kolleger i "Trauma Informed Care/TIC", som nu – i Danmark – implementeres under begrebet "Traume-Bevidst Tilgang" (kaldet TBT i daglig tale). Fokus med undervisningen var, at videregive viden om hvordan tvang kan forebygges gennem en traumebevidst tilgang, og undervisningen var en del af strategien for implementeringen af tilgangen i klinisk praksis. Det er nu et år siden, at alle medarbejdere på afsnittet blev bekendte med og introduceret for de vigtigste principper, og alle har siden hen bidraget til processen med at implementere tilgangen. Herudover er vi også i arbejdet med TBT (til gavn for både patienter, pårørende og fagpersonale), blevet en kollega med brugererfaring rigere. Dette betyder samlet set, at anvendelsen af tvang i afsnittet er flot faldende! Der skal ikke herske nogen tvivl om, at der fortsat er plads til forbedringer og dybere rodfæstelse af TBT i afsnittet – dette særligt i takt med at tilgangen udvikles og tilpasses en dansk kontekst. Men vi er rigtig godt på vej.

TBT er en pleje- og behandlingsmæssig tilgang, som tager afsæt i en traumeforståelse. Et traume er i den sammenhæng defineret således:

"Et traume opstår efter en enkelt episode, flere episoder eller et sæt af omstændigheder, der opleves af den enkelte som fysisk eller emotionelt skadelige eller livstruende, og som vedvarende påvirker individets funktionsevne og mentale, fysiske, sociale, emotionelle eller spirituelle trivsel i negativ retning" (Bak, Hvidhjelm og Berring, 2017).

Definitionen er bred, og der findes mange traumatiske hændelser, som definitionen dækker. De kan inddeles i to kategorier – hændelser som følge af naturkatastrofer og hændelser som følge af menneskelige handlinger. Dette inddeles yderligere i to: ulykker/katastrofer og bevidste handlinger. Et udvalg af eksempler på hændelser, som kan opleves traumatiske, er: lynnedslag, naturbrand, jordskælv, tsunami, orkan, bygningskollaps, flyulykker, bilulykker, gaseksplosioner, oliespild, togafsporing, terrorisme, seksuelt misbrug, selvmord, mord, mobning, vold, krig, tortur, menneskehandel, røveri, forgiftning mv. (SAMHSA, 2014).



Der er påvist sammenhæng mellem oplevede traumer og udvikling af psykiske udfordringer senere i livet (Mc Grath, et al., 2017; Varese, et al., 2012). Flere undersøgelser i både ind- og udland viser i den sammenhæng, at der er en høj forekomst af oplevede traumer blandt mennesker med svær psykisk sygdom (Cusack, Frueh, & Brady, 2004; Bak & Hvidhjelm, 2017). Derfor vil jeg påstå, at der er særlig grund til at interessere sig for TBT, som fagperson i psykiatrien. Og at TBT har vist sig at være en tilgang, som kan være hjælpsom i forhold til at forebygge anvendelsen af tvang (som i sig selv er traumatiserende) og øge patienternes empowerment, gør den bare endnu mere interessant.

”Hvad er der sket for dig?” er et spørgsmål som går igen i TBT. I spørgsmålet ligger der ingen forventning til patienten om at skulle dele historier, eller deltageret fortælle om oplevede traumer. Det er et respektfuldt og

ikke dømmende spørgsmål, som skaber mulighed for at patienten selv kan fortælle, hvad der er behov for at vide. På afsnittet har vi intet sygeplejefagligt behov for at afdække traumer i deltager, men et kendskab til patientens traume(r) er hjælpsomt i dagligdagen i forhold til at tilrettelægge og udføre sygeplejen. Vi benytter blandt andet dialogguiden til forhåndstilkendegivelser som hjælp til at komme ind på emnet. Næste skridt er implementering af en mere målrettet traume-screening af alle patienter med screeningsredskabet: Brief Trauma Questionnaire.

Cases fra praksis

En del af de symptomer, vi observerer hos patienterne til dagligt, kan forklares som traumereaktioner, og vi over os på afsnittet i at se sammenhænge og genkende traumereaktionerne. Konkret betyder det, at u hensigtsmæssig adfærd eller mestring forsøges forklaret ud fra et traumeperspektiv; vi spørger os selv og

hinanden: ”Hvorfor reagerer patienten, som patienten gør?” Og vi spørger patienten: ”Hvordan kan det være, at du reagerer således?”

En ung kvinde, som har været udsat for massiv omsorgssvigt i barndommen, fortæller at hun altid blev bedt om at gå på sit værelse som barn. Det var en måde, hun blev straffet på, for ting som hun havde gjort forkert i de voksnes optik. Når der på afsnittet er en voksende uro, som skaber utryghed for de øvrige patienter, forsøger vi i første omgang at beskytte dem, ved at bede dem trække sig kortvarigt til deres egne stuer, indtil der igen er sikkert og trygheden genoprettet. Det blev meget hurtigt tydeligt, at det samme ikke kunne forventes af den unge kvinde, da hun straks blev mindet om barndommens traumer med at blive sendt på stuen. Hun reagerede voldsomt på vores forsøg på beskyttelse, og kom flere gange i situationer, hvor det var svært at



skabe sikkerhed og tryghed omkring hende. Gennem åbenhed, dialog, samarbejde og forventningsafstemning lykkedes det at finde en løsning for kvinden, så både hun og vi følte os trygge.

En mandlig patient med bipolar affektiv sindslidelse indlagt i lukket regi blev tiltagende vred og opkørt. Det viste sig, at han blev mindet om overgreb i sen barndom, gennem medpatients uhenigtsmæssige adfærd. Manden blev inddraget i beslutningstagen om håndteringen af situationen, for at øge hans følelse af medinddragelse, samarbejde og kontrol.

Det besluttedes i fællesskab, at overflytte manden til åbent regi for at forebygge yderligere (re) traumatisering – dette på trods af faglig vurdering om at stimuli vil være bedre begrænset i lukket regi. Han faldt herefter hurtigt til ro, og alene den beslutning dæmpede nogle af symptomerne på manien, uden det var nødvendigt med yderligere medicinering. En mulig håndtering før implementeringen af TBT på afsnittet kunne have været restriktioner for både manden og patienten med uhenigtsmæssig adfærd - fx skærmning til stuen og yderligere medicinering. En situation

hvor patienterne ville være i risikozone for at blive udsat for tvang. Vi forsøger gennem TBT, at gøre op med vi-ved-bedst tilgangen, som vi oplever er ufleksibel og konfliktfyldt.

Meget kort fortalt er det vi gør det samme, men alligevel er intet det samme. Alt er anderledes. Den bevidsthed, som traume-tilgangen medfører, ændrer alt. Et konstant fokus og en daglig italesættelse af TBT har været vejen frem i implementeringsprocessen og vigtigst af alt: vejen frem til en god og kvalificeret sygepleje til patienterne.



Referencer

Bak, J., & Hvidhjelm, J. (2017). The pros and cons of implementing trauma informed care in Danish psychiatry. *Trauma informed care & practice*, (s. 125-128).

Bak, J., Hvidhjelm, J., & Berring, L. L. (December 2017). Trauma Informed Care - næste skridt mod en positiv psykiatrikultur der forebygger tvang. *Psykiatrisk Sygepleje*, 24. årgang(3. udgave), s. 34-39.

Cusack, K., Frueh, B., & Brady, K. (2004). Trauma history screening in a community mental health

center. *Psychiatric Services*, 55(2), s. 157-162.

McGrath, J. J., Saha, S., Lim, C. C., Aguliar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L. H., . . . Bruffaerts, R. (2017). Trauma and psychotic experiences: transnational data from the World Mental Health Survey. *The British Journal of Psychiatry*, 6, s. 373-380.

SAMHSA. (2014). *TIP 57 Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment. Rockville: U.S.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES.

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Latasater, T., Viechtbauer, W., . . . Bentall, R. (Juni 2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*, 4(38), s. 661-671.