

# **Sygeplejerskens arbejdsopgaver og manualer**

**på**

**Kompetencecenter for  
Transkulturel psykiatri, CTP**

**Udarbejdet af**

**Marianne Østerskov og Jonathan Eliot,  
sygeplejersker**

**Juli 2016**



## Indhold

<b>Forord</b> .....	<b>5</b>
<b>Om Kompetencercenter for Transkulturel Psykiatri (CTP)</b> .....	<b>5</b>
<b>Patientgruppen i CTP</b> .....	<b>5</b>
<b>Forskning som en integreret del af behandlingen</b> .....	<b>5</b>
<b>Introduktion af sygeplejerske</b> .....	<b>6</b>
<b>Møder for sygeplejersker</b> .....	<b>7</b>
Fælles morgenbord	
Koordinationsmøde inkl. tavlemøde (LEAN) og undervisning	
Tværfaglig behandlingskonference	
Sygeplejefaglige møder	
Supervision	
Tværfaglig supervision	
Transkulturel journalklub	
TRAFIK (Transkulturel Film og Kogekunst)	
<b>Procedure for håndtering af journaler i CTP</b> .....	<b>9</b>
<b>Ydelser – hvad er en ydelse?</b> .....	<b>10</b>
<b>Tolkning</b> .....	<b>12</b>
Formål	
Retningslinier for rekvirering af tolk	
Retningslinier for den praktiske anvendelse af tolk	
Betaling	
Ansvar og opgavefordeling	
<b>Aggressive og latent aggressive patienter i CTP</b> .....	<b>14</b>
Resumé	
Definition	
Stillingtagen	
Tidspunkt	
Lokale	
Kolleger	
Alarm	
Deeskalering	

<b>Hvad er psykiatrisk sygepleje?.....</b>	<b>16</b>
<b>Transkulturel psykiatrisk sygepleje – kulturelle kompetencer.....</b>	<b>16</b>
Hvad er det for kompetencer?	
Kulturel viden	
Kulturel bevidsthed	
Kulturel sensitivitet	
<b>Sygeplejerskens udredningssamtale.....</b>	<b>17</b>
Det Transkulturelle Interview	
<b>Støttende samtale – S-pakke.....</b>	<b>20</b>
Målgruppen for S-pakken	
Vejledende forløb i S-pakken	
Funktionsniveau	
Ressourcer	
Kulturel spørgeguide	
Vurdering af tilstanden	
Vurdering af den psykofarmakologiske behandling	
<b>Psykoedukation.....</b>	<b>25</b>
Afspændingsøvelse	
<b>KRAM-samtale.....</b>	<b>26</b>
<b>Blodprøvetagning.....</b>	<b>27</b>
<b>EMDR-Eye Movement Desensitization and Reprocessing.....</b>	<b>28</b>
Nøglebegreber inden for EMDR	
Dual focus of attention	
Forberedelse	
Trygt sted, safe place	
Protokol	
Bilateral stimulation (BS)	
Afslutning af sessionen	
Supplerende redskaber	
<b>Anvendt litteratur.....</b>	<b>31</b>

## Forord

Denne manual er en videreudvikling af tidligere sygeplejemanualer og er udarbejdet i fællesskab af de to ansatte sygeplejersker ved CTP.

Der er flere afsnit, der er kopieret fra lægemanualen fra CTP. Det vil fremgå ved overskriften. Nogle af disse afsnit er rettet til, så de taler til sygeplejerskens arbejde.

Vi har også hentet inspiration fra Psykoterapimanualen fra CTP.

Så vi takker vores psykolog- og lægefaglige kolleger.

## Om Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri (CTP)

Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri blev dannet d. 1. januar 2013 ved en sammenlægning af Videnscenter for Transkulturel Psykiatri (etableret i 2002) og Psykiatrisk Traumeklinik for Flygtninge (etableret i 2008). Centeret har regionsfunktion og er en højt specialiseret enhed. Begge enheder har fra begyndelsen haft fokus på psykisk syge og traumatiserede patienter med anden etnisk baggrund end dansk, og begge har haft en klinisk funktion.

Henvielse til CTP foregår via alment praktiserende læger, speciallæger i psykiatri, læger fra de psykiatriske centre samt Indvandrermedicinsk Klinik.

Behandlerteamet udgøres af psykologer, læger, sygeplejersker, socialrådgivere og fysioterapeuter.

CTP tilbyder læge-, psykolog- og sygeplejerskesamtaler, evt. suppleret med socialrådgiversamtaler og fysioterapi.

## Patientgruppen i CTP

Den største patientgruppe er voksne flygtninge med traumerelaterede psykiatriske lidelser som PTSD og depression. En mindre patientgruppe er flygtninge, indvandrere eller familiesammenførte personer som har andre psykiatriske lidelser, men hvor kulturelle aspekter dominerer i sygdomsbilledet. Der er mange komplicerede sociale og somatiske faktorer samt en høj grad af komorbiditet med blandt andet psykotiske lidelser, personlighedsforstyrrelser og misbrug. Behandlingsforløberne varetages af læger, sygeplejersker, psykologer og fysioterapeuter i tæt samarbejde med socialrådgivere, tolke og sekretærer.

## Forskning som en integreret del af behandlingen

CTP lægger stor vægt på at bidrage til klinisk effektforskning på det transkulturelle psykiatriske område, blandt andet igennem standardisering og manualisering af al behandling. Den støttende samtale er det mindst manualiserede pakkeforløb på CTP.

S-pakken har fokus på patientens problematik, hans/hendes kulturelle baggrund og betydningen af denne samt på personlige og sociale ressourcer. Motivation, behandlingsalliance, samt behandlerens personlige kvaliteter, kulturbaggrund og almene terapeutiske færdigheder er faktorer, som også påvirker relationen og behandlingens effekt.

## Introduktion af sygeplejerske

Opgave:	Navn:	Udført:
Intro til strukturen i CTP (møder, konferencer, supervision, køkken, morgenmad, mv.)	<u>TNH</u>	
Intro til overordnede procedurer i psykiatrien (behandlingsansvar, hvem har ansvar for hvad, hvornår)	<u>TNH</u>	
Intro til sekretariatet (bookning, forventninger, outlook, arkiv, hvad gør jeg, når jeg har problemer med IT)	<u>Xell</u>	
Intro til HR-relevante emner (procedurer v. fravær, sygemelding, udlæg)	<u>Xell</u>	
Deltage i visitationssamtale hos læge + intro til samarbejdet med lægerne	<u>ME/JC</u>	
Intro til PTF4	<u>MAN</u>	
Intro til forskningen generelt	<u>JC</u>	
Intro til psykologernes arbejde (forløb, manual, formidling)	<u>KM</u>	
Intro til fysioterapeuternes arbejde	<u>HA</u>	
Intro til socialrådgiverens arbejde	<u>MK</u>	
Intro til LEAN	<u>TNH</u>	
Intro til arbejdsmiljø + arbejdsmiljørepræsentant (fokusområder i CTP, trivsel i en travl hverdag; information om arbejdsmiljø på intra).	<u>BH</u>	
Intro til sygeplejerskens procedurer i CTP (P-drev, VIP, booking, hvem har ansvar for hvad).	<u>MØ</u>	
Introduktion til sygeplejerskeopgaverne (behandling: PLUS-pakker, S-forløb (støttende samtaler) og U-samtale (udredningssamtale), formidlingsopgaver).	<u>MØ</u>	
Intro til sygeplejerskemanual og behandlingsrationale	<u>MØ</u>	
Intro til brug af tolke	<u>Xell</u>	
Intro til forskningsjournalen + sygeplejerskeafkrydsninger (klinisk vurdering, metodeark, hjemmearbejdsark, ratings)	<u>MØ</u>	

## Møder for sygeplejersker (udgangspunkt i lægemanualen)

### Fælles morgenbord

Tidspunkt: onsdag 08.00-8.15

Deltagere: alle ansatte i CTP

Sted: konferencelokalet

Form: Ugens "duks" fremgår af en liste på sekretariatet. Duksen sørger for at køkkenet er rent og pænt, starter og tømmer opvaskemaskine etc. Ansatte i CTP har derudover på skift en uge, hvor man køber morgenmad og mælk onsdag, hvis man vil spise med.

### Koordinationsmøde inkl. tavlemøde (LEAN) og undervisning

Tidspunkt: Onsdag klokken 08.15 – 09.00

Deltagere: Alle ansatte i CTP

Sted: Konferencelokalet

Form: En overlæge fungerer som mødeleder. Der laves indledningsvist en dagsorden, hvor hver deltager melder ind med fx almindelig information, forslag, opklarende spørgsmål, drøftelser, etc. Referat skrives af en fast gruppe fra CTP. Der skiftes om tjansen, og referatet sendes ud til alle og gemmes på P-drevet.

LEAN-tavlemøde: Alle mødes om Forbedringstavlen, hvor vi drøfter mål, nye forslag, igangværende arbejdsgrupperes resultater og evaluerer på vedtagne procedurer.

Undervisning: 15 min. s præsentation af et relevant emne, tema, projekt, bogkapitel eller lignende.

### Tværfaglig behandlingskonference

Tidspunkt: Onsdag 09.00-9.55

Deltagere: Læger, psykologer, sygeplejersker, socialrådgivere og fysioterapeuter i CTP

Sted: konferencelokalet

Formål: At planlægge forløb, evaluere og justere patientens behandlingsforløb.

At informere hinanden og koordinere det tværfaglige samarbejde.

At reflektere sammen og undervise tværfagligt.

Form: Overlægerne er på skift tovholder. Der er runde, og tiden prioriteres efter antal cases.

U-pakkerne gives max. 10 minutter sidst på konferencen. Der sigtes på at opnå et miljø, hvor vi alle kan komme til orde, og hvor vi kan gå mere i dybden med evt. svære cases og få tværfagligt input til videre behandling.

09.45-09.55 Faggruppespecifik case. På skift skal faggrupperne have forberedt 10 minutters oplæg, der vurderes at have tværfaglig læringsmæssig værdi. Det kan være mundtligt og/eller skriftligt.

Skabelon til casefremstilling:

Kort præsentation af problem, og hvad der ønskes tilbagemelding på.

Navn, pakke, alder, oprindelsesland, behandlere.

Baggrund, kort om oplevelser, der kan relateres til nuværende problemstilling, tidligere behandling og effekt, herunder medicin, fysioterapi, psykologbehandling, og hvad der vurderes relevant for nuværende problemstilling.

Aktuelt; kort opsummering af aktuelle oplysninger om tilstand samt egen vurdering af denne (herunder hvad der er relevant for den aktuelle problemstilling) Kulturelle faktorer.

Egen foreløbige konklusion/forslag eller spørgsmål til plenum.

### **Sygeplejefaglige møder**

Tidspunkt: 1 time hver 14. dag  
Faglige drøftelser om manual, cases etc.

### **Sygeplejefagligt møde med teamleder**

Form: Trine indkalder til mødet 1-2 uger før og beder i den forbindelse om punkter til dagsorden.

### **Supervision**

Tidspunkt: En gang om måneden  
Deltagere: Fysioterapeuter og sygeplejersker på CTP  
Form: Problemstillinger vedr. patienter kan diskuteres, og der medbringes cases.

### **Tværfaglig supervision**

Tidspunkt: Fire gang i foråret og fire gange i efteråret fra kl. 13.30-15.30. Datoer slås op på tavlen uden for konferencerummet.  
Deltagere: For fysioterapeuter, læger, socialrådgivere og sygeplejersker på CTP (psykologer har egen supervision).  
Sted: Konferencelokalet  
Form: Supervision om hvad det gør ved os som behandlere at have med vores patientgruppe at gøre.

### **Transkulturel journalclub**

Tidspunkt: 6 gange årligt fra 15-17  
Deltagere: Læger, psykologer, sygeplejersker, socialrådgivere og fysioterapeuter  
Sted: Konferencelokalet  
Form: I første time gennemgås og drøftes et internt CTP forskningsprojekt. I anden time gennemgås og drøftes en videnskabelig artikel med fokus på enten forskningsdesign eller metode.

### **TRAFIK (Transkulturel Film og Kogekunst)**

Tidspunkt: 6 gange årligt fra 15-20  
Deltagere: Alle ved CTP  
Sted: Konferencelokalet  
Form: Fagligt oplæg i arbejdstiden fra kl. 15 – 16 eller længere ved behov. Herefter er der valgfri deltagelse i socialt arrangement med filmfremvisning og fælles middag.



## Procedure for håndtering af journaler i CTP (fra lægemanualen)

---

### Hovedregel:

Ingen journaler på kontorer eller i dueslag efter fyraften!  
Få journalerne hurtigst muligt tilbage til arkivet.

---

### Procedure for behandlere

#### FØR en samtale

- Hent den journal du skal bruge i arkivrummet til én samtale af gangen.

#### EFTER en samtale

- Læg journalen på plads i arkivet.
- Har patienten en samtale umiddelbart efter, kan du aflevere journalen direkte til den efterfølgende behandler.

*Hvis du mangler at dokumentere (OPUS, krydser eller andet)*

- Noter cpr.nr. og udfyld senere, når det passer (cpr.nr. findes på p-drevet i psykiatrisk profil).

*Hvis journalen ikke er på sin plads:*

1. Tjek hængemapper foran/bagved/under om journalen er forkert placeret/faldet ned.
2. Tjek dueslag.
3. Undersøg om andre behandlere har journalen.
4. Find i sekretariatet (søg i bunken for den givne behandlingspakke).

## Ydelser - hvad er en ydelse? (fra lægemanualen)

Det er enhver patientkontakt med et behandlingsmæssigt perspektiv i bredeste forstand. Siger man blot goddag til patienten på gangen eller aftaler hurtigt en ny tid, er der ikke tale om en ydelse. Hvis man derimod sidder med patienten og taler om en eller flere problemstillinger af behandlingsmæssig karakter, er det at betragte som en ydelse. Hvis man sidder med patienten og booker en række tider for en længere periode, er det også at betragte som en ydelse. Ved de fleste samtaler er der afsat en time, hvoraf ca. 45 min. går til direkte patientkontakt og ca. 15 min. til journalføring og pause.

### Hvordan registreres ydelserne?

Hver eneste gang man har haft en ydelse, skal det noteres og registreres i OPUS. Som behandler i CTP skriver man alle notater selv. Det er således behandlerens eget ansvar at få registreret alle sine ydelser. Sekretariatet gennemgår de elektroniske kalendere og registrerer udeblivelser og afbud. Derfor er det vigtigt, at den, der modtager afbud/udeblivelse, noterer dette i den elektroniske kalender. Se mere information i outlook-proceduren.

### Hvor mange ydelser?

En fuldtidsarbejdende behandler på CTP har en kapacitet på 700 ydelser om året dvs. 58 ydelser pr. måned i gennemsnit. Det er klart, at man har mindre end 58 ydelser en måned, hvor man fx afholder ferie eller er på kursus, men så har man mere end 58 ydelser de øvrige måneder. 700 ydelser er det reelle antal ydelser; dvs. ikke inkluderet udeblivelser, afbud, etc. Er man ansat en dag pr. uge, har man kapacitet til 160 ydelser om året, to dage pr. uge 320 ydelser om året, etc.

## Mere om ydelser & registreringer

### Generelt

- Alle planlagte samtaler er på max. 1 time.
- Alle samtaler face to face med en pt registrerer behandlerne selv i OPUS – dvs. at sekretariatet udelukkende registrerer afbud/udeblivelser.
- Hvis der er tale om standardiserede samtaler f.eks. psykologens præsentation af sig selv, sygeplejerskens måling af blodtryk m.m., så anvend gerne faste standardformuleringer som man copy pastar ind i OPUS.
- Hvis en patient skal se to behandlere indenfor den samme time, laver begge behandlere hver især et notat i OPUS med ½ times mellemrum.

### Medicin & erklæringer

- Hvis en pt skal have udleveret medicin, gøres det altid af en læge eller en sygeplejerske. Man spørger kort til præparat, dosering, effekt og evt. bivirkninger. Man laver herefter et notat + registrering i OPUS.

### Evaluering

- Evalueringssamtalerne holder vi oftest to behandlere sammen, men vi kunne lige så godt lægge to samtaler i forlængelse af hinanden, og derfor er det naturligt, at det registreres som to ydelser. Lægen laver et selvstændigt evalueringssamtale notat + registrering i OPUS og noterer den første ½ time som en selvstændig samtale i sin elektroniske kalender.

- Den anden behandler laver tilsvarende et selvstændigt notat + registrering og noterer den anden ½ time som en selvstændig samtale i sin elektroniske kalender.

### **Midtvejsevaluering**

Ved notat om midtvejsevaluering i plus og PTF-pakker skal der registreres en ydelse i forbindelse med notatet.

## Tolkning (fra lægemanualen)

Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri er forpligtet til at rekvirere tolk til patienter, som ikke taler dansk.

Det er den enkelte behandler, der vurderer behovet for tolkning. Tolken rekrutteres primært ved hjælp af tolkekoordinatoren.

Tolken bestilles af sekretærerne eller behandleren i forbindelse med samtale.

### Formål

At sikre en optimal kommunikation med patienter og deres pårørende, således at man kan tilbyde en høj faglig kvalitet i behandlingen.

### Retningslinjer for rekvirering af tolk

Der bestilles tolk, hvis det fremgår af henvisningen, at patienten ikke behersker dansk, eller at det er tvivlsomt. Bemærk at en tolkesamtale tager dobbelt så lang tid som en samtale, der foregår på dansk.

Såfremt der ikke er bestilt tolk og det findes nødvendigt, skal CTP's sekretærer kontaktes med hensyn til bestilling af tolk.

Såfremt det ikke er muligt for sekretariatet at rekvirere en tolk fra tolkelisten, rekvireres en tolk fra Social-Medicinsk Tolkeservice ([www.tolkeservice.dk](http://www.tolkeservice.dk)). Familiemedlemmer, særligt børn og patientens venner, bør ikke benyttes som tolke.

Afbestilling af tolkning skal finde sted senest 24 timer inden tolkningstidspunktet, ellers betales fuld takst.

### Retningslinjer for den praktiske anvendelse af tolk

- Vær opmærksom på at bestille en tolk, der taler det rigtige sprog og dialekt.
- Hvis patienten ønsker at bruge en bestemt tolk, meddeles patienten, at vi kun bruger de tolke fra vores egen liste. Såfremt særlige forhold gør sig gældende, kan denne regel undtagelsesvis omgås efter aftale med de tolkeansvarlige personer.
- Orienter tolken om indhold og varighed af samtalen.
- Sekretariatet søger for, at tolkene ved 1. samtale på CTP får udleveret retningslinjerne for tolkning (se pjecen "[Generelle retningslinjer for tolkning i CTP 2014](#)")
- Tolken placeres et sted, hvor tolken kan se og høre alle parter. Hvis der er flere behandlere til stede, er det mest hensigtsmæssigt, at tolken sidder ved siden af patienten.
- Giv tolk og patient tid til at udveksle nogle ord med hinanden inden samtalen.
- Tolketime er på 50 minutter.

- Præciser tolkens og din egen tavshedspligt.
- Præciser overfor begge, at alt skal tolkes i samtalen, og at samtalen er mellem personale og patient.
- Start med "small talk".
- Tal i korte sætninger.
- Se på patienten – ikke på tolken.
- Tal i 1. person – direkte tale.
- Giv ikke for mange informationer af gangen – og gentag det væsentlige.
- Vær særlig opmærksom på anvendelsen af slang og humor, som er svært at oversætte.
- Aftal ny tid, hvis der skal aftales ny tid i sekretariatet, skal det gøres inden for de 50 minutter.
- Lad tolk og patient udveksle et par afsluttende bemærkninger.
- Brug ikke tolken som stik-i-rend-dreng.
- Gennemgå evt. tolkeforløbet med tolken efter samtalen.
- Hvis der har været kommunikationsproblemer, misforståelser eller tvivlsspørgsmål om patientens reaktioner, spørg tolken, hvorvidt der er nogen kulturelle aspekter, man skal tage hensyn til.
- For- og eftersamtalen samt udfyldelse af bilag skal foregå indenfor den tid, tolken er bestilt til.
- Ved yderligere spørgsmål med hensyn til, hvordan tolkesamtalen skal foregå, kan overlæger kontaktes (ME, JR).

### Betaling

Efter hver samtale underskriver behandleren tolkebilaget. Tolkeskemaet skal udfyldes, uanset om der benyttes en tolk fra CTPs tolkeliste eller fra Social-Medicinsk Tolkeservice. Tolken sender regningen elektronisk til CTP. Af hensyn til regnskabet skal tolken aflevere/sendte tolkebilagene til sekretariatet.

Det er vigtigt at holde tolkesamtalen inden for 50 minutter (og at evt. Bookinger i sekretariatet også sker inden for de 50 minutter), da overskridelse af denne tidsramme vil udløse en times ekstrabetaling til tolken.

### Ansvar og opgavefordeling

Tolkekoordinatoren er ansvarlig for at rekruttere nye tolke og aftale honorering.

Tolkebrugeren er ansvarlig for, at tolkesamtalen afvikles hensigtsmæssigt (jvf. "Praktiske retningslinjer").

De tolkeansvarlige personer er ansvarlige for at orientere og uddanne personalet vedrørende anvendelsen af tolke.

Tolkene har det fulde ansvar for tolkningens korrekthed.

## Aggressive og latent aggressive patienter i CTP (fra lægemanualen)

Af og til vil patienter i CTP vise sig at være latent aggressive eller endog frembyde decideret aggressiv adfærd. Denne instruks er udarbejdet med henblik på at skitsere de forholdsregler, man som ansat i CTP bør og kan tage overfor denne patientgruppe.

### Den aggressive patient

Ved aggressiv adfærd forstås direkte fysiske udfald mod personer eller ting. Der kan også være tale om verbale trusler om aggression eller en stemmeføring (fx højroset, agiteret, bydende, afbrydende), der i sig selv virker truende og aggressiv. Endelig kan kropsholdningen og ansigtsudtrykket (fx fremoverbøjet, hævede skuldre, knyttede næver, stirrende & vredt blik) også i sig selv være et tegn på aggressivitet.

### Den latent aggressive patient

Det er mere vanskeligt at beskrive eller definere den latent aggressive patient, fordi han/hun netop ikke er egentlig aggressiv - kun potentielt. Ved den kliniske vurdering fremtræder den latent aggressive patienter typisk moderat til meget anspændt, irriteret og med dårlig emotionel kontakt. Patienten vil også ofte fremtræde moderat til meget forpint, koncentrationsbesværet og med dårlig formel kontakt. En del vil tillige fremtræde psykosesuspekterede eller deciderede psykotiske med begrebsmæssig disorganisering, vrangforestillinger og måske hallucinationer. Tidligere aggressiv adfærd, tendens til udadprojicering og mistanke om en præmorbid dyssocial personlighedsstruktur øger risikoen for aggressive episoder. Endelig skal man være opmærksom på den følelse, patienten efterlader i en - det kan være en udefinerlig følelse af f.eks. ubehag, ængstelse eller øget vagtberedskab, selvom der ikke umiddelbart er noget i patientens adfærd, som direkte signalerer aggression.

### Brøset Violence Checklist (BVC)

BVC er et værktøj som er brugt på PC Ballerup for vurdering af risiko for vold på kort sigt. Der bruges 6 variabler og der registreres adfærd på en skala: 0, 1 eller 2.

- Forvirring
- Irritabilitet
- Støjende adfærd
- Fysiske trusler
- Verbale trusler
- Angreb på ting eller genstande

Tolkning af samlet score på BVC:

- 0: risikoen for vold de næste 24 timer er lille
- 1-2: moderat risiko for vold, og der bør gennemføres forebyggende initiativer
- $\geq 3$ : høj risiko for vold. Der skal gennemføres forebyggende initiativer og lægges en plan for, hvordan en eventuel voldsom adfærd skal håndteres.

### Henvisning

Såfremt det af henvisningen fremgår, at patienten tidligere har frembudt aggressiv adfærd, eller man får indtryk af potentielt aggressiv adfærd, skal patienten til visitationssamtale hos ME.

### Samtaleforløb

Såfremt sygeplejersken i en samtale får indtryk af aggressiv eller latent aggressiv adfærd hos patienten, skal patienten konfereres med den visiterende læge, som skal konferere med en overlæge før nye samtaler eller aftaler. Der er tre muligheder – 1) patienten afsluttes, 2) patienten overgår til ME til videre vurdering og evt. behandling, 3) patienten fortsætter hos den pågældende læge og sygeplejerske, hvis det skønnes forsvarligt. Patienten kan tages op på behandlingskonference førstkommande onsdag.

### Tidspunkt

Har man at gøre med affektspændte patienter, der vurderes som latent aggressive, skal man altid henlægge samtalerne til tidsrummet 9-15, hvor de fleste i CTP normalt er til stede. Ved disse patienter er det direkte kontraindiceret at henlægge samtalerne til tidligt om morgenen eller sent om eftermiddagen, hvor kun få er til stede, eller der er vagtskifte på PCB.

### Lokale

I tilfælde af anspændte, latent aggressive patienter kan man vælge at henlægge samtalerne til konferencerummet.

### Kolleger

Er man utryk ved en patient, skal man altid sørge for at orientere kollegerne i CTP om, at man har en samtale, hvor de skal være ekstra opmærksomme på larm eller højroset samtale. Har kollegerne den mindste mistanke om, at en kritisk situation er under udvikling, skal de banke på og forhøre sig.

### Alarm

Som noget nyt skal alle fra begyndelsen af 2016 bære alarmer i CTP. Føler man sig truet, eller bliver man overfaldet, skal man udløse sin alarm, og kolleger fra CTP skal straks reagere og komme til undsætning. Der kommer også personale løbende fra nærliggende sengeafsnit.

### Efter episoden

Det er vigtigt, at behandlere og tolke, som oplever truende eller deciderede aggressive episoder, får mulighed for at tale episoden igennem snarest muligt dels mht. "afgiftning" dels mht. at drøfte, hvordan lignende kan undgås fremover. Det er bedst umiddelbart efter episoden, ellers senere samme dag og hvis det ikke kan være anderledes den næste dag. Afhængig af episodens art kan flere forskellige deltage – 1) først og fremmest de implicerede parter, 2) andre behandlere tilknyttet patienten, 3) en overlæge og 4) evt. andre kolleger. Der henvises i øvrigt til relevante dokumenter på VIP-Portalen:

- Eftermøde
- Defusing efter voldelig episode
- Psykologisk debriefing
- Registrerings- og samtaleskema efter trussels- og voldsepisode
- Arbejdsskade

Alarmerberedskab:

<P:\PC Ballerup\Ballerup\TRAUMEKLINIK\ALARMERING OG BEREDSKAB>

## Hvad er psykiatrisk sygepleje?

Omsorg er kernen i al sygepleje.

Grundlaget for psykiatrisk sygepleje er bl.a. at have viden om udviklingspsykologi, objektrelationsteori, terapeutisk kommunikation og naturligvis de psykiatriske sygdomme, herunder symptomer, udvikling og behandling.

Omsorgen i psykiatrisk sygepleje er:

- At skabe et tillidsfuldt rum, hvor patienten har mulighed for at tale om sine problemer uden at opleve stigmatisering, og hvor sygeplejersken møder ham med accept og respekt og derigennem opbygger en empatisk relation.
- Empati, indlevelse, er en af grundstenene i opbygningen af en professionel omsorgsbærende relation og en terapeutisk alliance.
- At containe patientens emotionelle reaktioner, som kan komme til udtryk på kaotisk og ubearbejdet måde og sammen med patienten forsøge at se mening med disse reaktioner.
- At hjælpe patienten med at finde eller genfinde sine ressourcer og dermed styrke hans selvfølelse og selvtillid.
- At inddrage den narrative tilgang, som betyder, at sygeplejersken skaber et åbent rum og hjælper patienten til at fortælle sin livshistorie for derigennem at øge hans selvforståelse og forståelsen af sammenhængen mellem tidligere oplevelser og nuværende tilstand.
- Jeg-støttende af karakter. Det kommer til udtryk gennem at støtte patienten til:
  - at verbalisere sine problemer, sine ønsker for fremtiden
  - at se valgmuligheder og foretage realistiske valg
  - at skabe kontinuitet og regelmæssighed i sin hverdag i forbindelse med døgnrytme, søvn, kostvaner, motion, samvær med familien og andre sociale relationer.
  - Styrke sin selvtillid og sit selvværd.

## Transkulturel psykiatrisk sygepleje – kulturelle kompetencer

For at være klædt på til at behandle patienten med en anden kulturel baggrund end dansk må sygeplejersken/behavioristen udvikle kulturelle kompetencer. Først og fremmest må man være åben for at lytte til patientens traumatiske oplevelser, hans kulturelle baggrund samt have en forståelse for den frygt, som flygtninge kan have over for autoriteter, fordi de måske ikke kunne have tillid til de offentlige instanser i det land, de kommer fra. At reflektere over ethvert møde med patienter kan hjælpe sygeplejersken til at udvikle kulturelle kompetencer.

### Hvad er det for kompetencer?

Et bud på kulturelle kompetencer kan være at øge sin kulturelle viden, bevidsthed og sensitivitet (Papadopoulos, 2006).

#### Kulturel viden om

- Kulturforståelse. Basisviden om forskellige kulturelle fænomener, fx hilsenormer, religiøse traditioner, ramadan.



- Forskellige sygdomsopfattelser
- Forskellige sygdomsudtryk
  - fx somatisering
- Betydningen af at emigrere fra et land til et andet med en meget fremmedartet kultur
  - tilpasningsreaktion
- Betydningen af at have oplevet krig, tortur, fængsling, forfølgelse, andre overgreb
  - Posttraumatisk Belastningsreaktion, PTSD

### Kulturel bevidsthed

- på egen kultur,
- om egne holdninger og fordomme,
- på ethocentricitet, ser sin egen kultur som bedre end den andens,
- på stereotypisk tilgang,
- på at undgå at generalisere den andens kultur,
- på at have en objektiv tilgang til historiske begivenheder.

### Kulturel sensitivitet

- være empatisk,
- vise tillid og være tillidsvækkende,
- vise respekt og accept,
- se patienten som en ligeværdig medspiller,
- være opmærksom på eventuelle barrierer for at være kulturel sensitiv.

## Sygeplejerskens udredningssamtale

Såfremt lægen ved visitationen vurderer, at pt. er ikke egnet til eller ikke ønsker en T-pakke i forskningsregi, eller er målgruppe for en Læge-pakke, iværksættes en tværfaglig udredning, bestående af samtale hos psykolog, som vurderer psykoterapiegnethed, og samtale hos sygeplejerske, som vurderer kulturens betydning.

### Udredningssamtalen består af Det transkulturelle interview.

American Psychiatric Association (APA) har udviklet interviewguiden, **Cultural Formulation Interview**. Interviewet er oversat og "fordansket" af CTP og kaldes på dansk, Det transkulturelle interview.

Formålet med spørgsmålene i interviewguiden er at klarlægge de vigtigste aspekter af det kliniske problem, som patienten præsenterer, og især hvordan kulturen spiller ind på patientens opfattelse af problemet; hvordan kulturen spiller ind på den måde, som symptomet udtrykkes på og hvilken betydning, patienten tillægger sin kulturelle baggrund. Der bliver spurgt ind til problemet både fra patientens eget synspunkt og fra patientens netværks synspunkt, f.eks. familie og venner.

Sygeplejersken skal på denne måde vurdere, hvilken betydning kulturen har for patienten, og om den kulturelle baggrund og tidligere oplevelser har betydning for patientens nuværende

tilstand og problemer. Dette indgår i vurderingen af, om patienten hører til vores målgruppe, nemlig at der skal være kulturelle faktorer, der spiller ind på patientens tilstand.

## Det Transkulturelle Interview

For uddybende bemærkninger til hvert spørgsmål er der en vejledning bagest i selve interviewguiden.

*Introduktion:* Jeg vil gerne forstå de problemer, der bringer dig hertil i dag, så jeg bedre kan hjælpe dig. Jeg vil gerne høre mere om dine erfaringer og dine tanker. Derfor vil jeg stille nogle spørgsmål om din situation, og hvordan du håndterer den. Du skal vide og huske, at der ikke er nogen rigtige eller forkerte svar.

### *Kulturel definition af problemet*

1. Hvad er det, som i første omgang har fået dig til at søge hjælp her? (Hvis patienten giver få detaljer – kun nævner symptomer eller en diagnose – spørges ind).
2. Mennesker forstår ofte problemer på deres egen måde. Det er ikke altid den samme måde, behandlere beskriver problemerne på.  
Hvordan vil du beskrive dit problem?
3. Hvad bekymrer dig mest ved dit problem?
  - Hvordan påvirker det din dagligdag?
4. Folk kan have forskellige måder at beskrive deres problemer på afhængigt af, hvem de taler med.  
Hvordan vil du beskrive dit problem for din familie eller dine venner?

### *Kulturel forståelse af årsager, sammenhænge og støtte*

5. Hvorfor tror du, at det her sker for dig? Hvad tror du, er årsagerne til dit [PROBLEM]? (Brug patientens egne ord for problemet; forklar eventuelt):
  - Nogle mennesker mener for eksempel, at deres problemer hænger sammen med dårlige oplevelser, de har haft i deres liv, problemer med andre mennesker, en fysisk sygdom, noget i forbindelse med deres religion eller andet.
6. Hvad tror din familie, der er årsagen til dit [PROBLEM]? (Hvis patienten har børn, kan der spørges):
  - Hvad tror du dine børn tænker om, at du har det, som du har det?

### *Stressorer og støtte*

7. Hvad kan være hjælpsomt i forhold til dit [PROBLEM]?  
Fx støtte fra familie, venner, kollegaer eller andre? Eller støtte af religion eller spiritualitet?
8. Hvad kan stresser dig og gøre dit [PROBLEM] værre?  
F.eks. økonomiske problemer eller problemer i familien.

### *Coping*

9. Nu har vi talt om, hvad der stresser dig og kan forværre dit problem.  
Hvad har du selv gjort for at håndtere dit [PROBLEM]?
  - Hvornår har du det bedst?

*Kulturelle faktorer, der påvirker patientens erfaringer med at søge hjælp og tidligere erfaringer med at søge hjælp*

10. Hvilke andre former for hjælp har du tidligere søgt for at håndtere dit [PROBLEM]?  
Det kunne f.eks. være andre slags læger, rådgivere, åndelige vejledere eller healere.
- Hvilken slags hjælp eller behandling, synes du, var mest gavnlig?
- Hvad var ikke gavnligt?

*Barrierer*

11. Hvad har forhindret dig i at få den hjælp du har brug for?  
Det kan fx være penge, et arbejde, pligter i familien, stigmatisering, diskrimination, eller mangel på tilbud, hvor de forstår dit sprog eller din baggrund?

*Behandler-patientforhold*

12. Hvad skal vi være opmærksomme på, for at du føler dig velkommen her og oplever at få en god behandling?

*Kulturelle faktorer, der påvirker behov og forventninger*

13. Hvilke former for hjælp, tror du, vil være bedst for dig lige nu i forhold til dit [PROBLEM]?  
14. Hvad har din familie, dine venner eller andre foreslået dig at gøre, som de mener, kan hjælpe dig lige nu?

*Kulturel forståelse af årsager, sammenhænge og støtte*

– fortsat betydningen af den kulturelle identitet (Hvis disse spørgsmål allerede er besvaret/berørt gennem de tidligere spørgsmål, kan de springes over).

14. Hvilken betydning har din baggrund for dig og hvad lægger du særligt vægt på ved den kultur, du er opvokset med?

15. Når du tænker på din baggrund og dit liv, hvad kan så bekymre dig eller give dig problemer?

16. Hvordan kan din baggrund spille en rolle i forhold til dit [PROBLEM]?

På en positiv måde?

På en negativ måde?

Det Transkulturelle interview, version 8, sept. 2015. Copyright © 2013 American Psychiatric Association. Alle rettigheder forbeholdt. Materialet kan frit gengives af forskere og behandlere til brug i arbejdet med patienter.

## Støttende samtale, S-pakke

Den støttende samtale henvender sig til en målgruppe, hvor det kliniske billede er kompliceret af kulturelle faktorer. Der vil ofte også være sociale og økonomiske vilkår, der påvirker patientens tilstand negativt.

Der er ingen diagnostiske begrænsninger for at være kandidat til et støttende forløb, dog vil patienter med en skizofrenidiagnose oftest blive behandlet i almenpsykiatrien. Det vil sige, at det fortrinsvis vil være traumatiserede patienter, patienter med tilpasningsreaktion, depression, angst og lettere personlighedsforstyrrelser.

### Målgruppen for S-pakken er patienten, der

- gerne vil og har brug for at tale om sit problem,
- har brug for at se en sammenhæng mellem fortid og nutid,
- er motiveret for forandringer i sin tilstand,
- har brug for at få hjælp til at stabilisere sin hverdag,
- har brug for at få identificeret stressorer i sin hverdag og støtte til at minimere disse
- gerne vil have støtte til bedre at kunne tackle sit problem, lære nye mestringsstrategier
  - fx lære forskellige øvelser, så patienten kan berolige sig selv,
- har brug for støtte til at øge sit funktionsniveau,
- har behov for at finde/genfinde sine ressourcer,
- har brug for et tillidsskabende, støttende og stabiliserende forløb,
- ikke umiddelbart er egnet til eller ikke har brug for psykoterapi,
- er påbegyndt psykofarmakologisk behandling og har brug for opfølgning af denne i form af vurdering af virkning og bivirkninger.

Den støttende pakke indeholder 12 sygeplejerskesamtaler (modul 1) – kan efter konferencebeslutning forlænges med yderligere 6 sygeplejerskesamtaler (modul 2). Hvert modul indeholder desuden 3 lægesamtaler og 0-3 samtaler med socialrådgiver. Sygeplejersken indkalder lægen til midtvejsevaluering – og evt. socialrådgiver.

### Vejledende forløb i S-pakken

#### 1. samtale: Introduktion til S-pakken

- Rammer; hvad betyder det at komme til støttende samtaler?
- Gensidige forventninger
- Skabe en terapeutisk alliance

#### 2. samtale

- Lytte til patientens historie og symptomer
- Afdække og prioritere problemer; hvad ønsker patienten hjælp til?
- Målformulering, fx hvad skal være anderledes i patientens liv?
- Hvordan kan patienten mærke, når de ønskede ændringer er indtrådt?

#### 3. Samtale: Psykoedukation i forhold til:

- Kost,
- motion,

- smerter,
- søvn,
- forskellige symptomer/lidelser

#### 4.-10. samtale: Arbejde med målene

- Hvordan påvirker patientens problemer hans hverdag?
- Mestringsstrategier i forhold til symptomer og stressorer, herunder at lære beroligende øvelser, fx trygt sted, afspænding
- Hjælpe patienten med at stabilisere og strukturere sin hverdag
- Netværk og relationer

#### 11. – 12. samtale: Afrunding af forløb

- Specifikt fokus på ressourcer/ det raske
- Fokus på hvad der har hjulpet
- Mestringsstrategier i forhold til symptomer, fx forskellige øvelser

### Funktionsniveau

Patientens daglige aktiviteter og gøremål indenfor et typisk døgn gennemgås for at kunne vurdere patientens funktionsniveau og hjælpe patienten til at styrke dette.

- Hvornår står du op?
- Hvornår spiser du morgenmad?
- Hvad laver du om formiddagen?
- Hvem foretager indkøb?
- Hvem laver mad?
- Hvem gør rent?
- Hvad laver du senere i dagens løb?
- Hvem hjælper børnene med fx lektier?
- Hvem er du sammen med i løbet af en dag/aften?
- Etc.

### Ressourcer

En væsentlig del af det støttende forløb er at have fokus på patientens ressourcer og styrke disse. Det er derfor vigtigt at bruge tid på at identificere disse fx ved at stille spørgsmål som:

- Hvordan er dit netværk? Her spørges detaljeret ind.
- Hvem er en særlig støtte for dig?
- Hvilke aktiviteter har du glæde af?
- Hvornår har du det bedst / har færrest symptomer?
- Har du en religiøs tro, der er en støtte for dig?
- Hvad kan du godt lide ved dig selv? Hvilke positive personlige egenskaber besidder du?
- Hvad har du opnået i dit liv?
- Hvilke udfordringer har du klaret?
- Hvad er du særlig god til?
- Hvad ser personer, der kender dig godt, som dine positive sider?

## Kulturel spørgeguide

I de støttende samtaler kan der ved behov suppleres med at anvende en form for kulturel spørgeguide med udgangspunkt i følgende emner:

- Kulturel og religiøs selvforståelse
- Oplevelse af migrationen og tilpasning til det danske samfund
- Forklaring på sin sygdom
- Fysiske symptomer
- Traumatiske oplevelser
- Familiemæssige forhold
- Børn
- Støttende netværk.

Eksempler på spørgsmål kan være:

### *Kulturel identitet; kulturel og religiøs selvforståelse*

- Hvilke aspekter fra din egen kultur betyder mest for dig?
  - Hvad kunne være vigtigt for os at vide for at kunne give dig den bedste behandling?
- Hvad betyder religionen for dig i dagligdagen?
  - Er der noget, du særligt har brug for her i forhold til din religion?
- Har du venner med samme kulturbaggrund som dig?
- Har du danske venner?
  - Hvad betyder det for dig?
- Hvor synes du, du hører mest til?
- Hvordan vil du beskrive din opvækst?
  - Hvilke gode oplevelser husker du især?
  - Hvilke mindre gode oplevelser husker du især?
  - Hvad betyder disse oplevelser for dig?

### *Migration og traumatiske oplevelser*

- Hvad fik dig/din familie til at forlade dit oprindelsesland?
- Hvordan kom du/familien til Danmark?
- Hvordan er dit liv blevet påvirket af flytningen?
  - Fordele? Ulemper?
- Hvad kan du lide/ikke lide ved at bo i DK?
- Hvad og hvem forlod du, da du flyttede til DK?
  - Hvad betyder det for dig?
- Har du været udsat for vold eller fare?
  - Hvordan har det påvirket dig? Din familie?
  - Har du haft smerter/gener i kroppen af den grund?
  - Er der noget, der særligt kan påvirke dig på den baggrund?
  - Er der noget, vi særligt skal være opmærksomme på?

### *Patientens egne forklaringer på sygdom*

- Hvordan vil du beskrive dit problem?
- Hvornår og hvordan begyndte dit problem?
- Hvordan vil du beskrive dit problem til din familie?

- Hvad tror du kan være grunden til dit problem?
  - Hvordan forklarer du dette?
  - Hvordan ville du forklare dine symptomer i dit oprindelsesland?
  - Hvordan ville folk fra din kultur forklare problemet?
- Hvordan ser man på psykisk sygdom i din kultur?

#### *Patientens forklaringer på og udtryk for sygdom*

- Hvordan reagerer din familie på, at du har psykiske problemer?
  - Hvad betyder deres reaktion for dig?
- Hvad tænker du selv om at have psykiske problemer?
- Hvordan ser din familie, at du har et psykisk problem – hvordan udtrykker du det?
- Hvad oplever du som den største stressfaktor lige nu?
- Hvilke forventninger har du til behandlingen?
- Hvad ville du have forventet i dit oprindelsesland?

#### *Familiemæssige forhold*

- Hvordan er dit forhold til din familie, evt. ægtefælle?
  - Hvordan er det nu i forhold til, hvordan det var i ....?
  - Hvad betyder det for dig?
  - Hvordan mødte I hinanden?
- Hvordan påvirker problemet din familie?
- Hvad kan påvirke din tilstand?
  - Hvad kan forbedre den?
  - Hvad kan forværre den?
- Hvordan ser du din situation i dag i forhold til tidligere?
- Hvordan ønsker du, dit liv ser ud om 5 år?

#### *Om børnene*

- Hvordan er dit forhold til dine børn?
- Hvem tager sig af børnene?
- Hvordan forklarer du dit problem til dine børn?
- Hvilken støtte får de?
- Hvordan tror du, de oplever din sygdom?
- Hvordan synes du, dine børn fungerer?
- Hvordan tror du, at sygdommen påvirker dine børn, fx i skolen, i forhold til kammerater?
- Hvem kan tale med dem om, hvordan de har det?
- Hvad har de mistet ved at komme til Danmark?
  - Hvad tror du, det betyder for dem?
- Hvad er dine ønsker/drømme for dine børn?
- Hvordan vil det være for dig, at vi taler med dem?

### Støttende faktorer

- Hvem kan du tale med om dine problemer?
  - ægtefælle?
  - venner?
  - andre?
- Tror du, at din ægtefælle kan forstå dig og støtte dig?
- Hvad forventer du han/hun kan gøre?
  - Hvad betyder det for dig?
- Hvem ville have støttet dig i dit oprindelsesland?
- Hvordan ønsker du, din familie bliver inddraget i behandlingen?

### Vurdering af tilstanden

Patientens fremtræden og symptomer observeres ved samtalerne, så som (nedenstående er eksempler på spørgsmål, der bliver stillet):

#### Angstsymptomer

- Hvornår mærker du angst?
- I hvilke situationer?
- Hvad gør du, når angsten kommer?
- Hvordan hjælper det dig?

#### Depressive symptomer

- Hvornår oplever du dig mest trist og i hvilke situationer?
- Hvornår oplever du dig mindst trist og i hvilke situationer?
- Hvad gør du, når du er mest trist?
- Hvordan hjælper det dig?
- Hvad kan du, når du er mindst trist?
- Hvordan er det for dig?

#### PTSD-symptomer

- Når du har vanskeligt ved at huske, hvad gør du så, fx for at huske din tid med her?
- Du fortæller om flashback, i hvilke situationer oplever du det mest?
- Hvad gør du, når det kommer?
- Hvordan hjælper det dig?
- Du fortæller om mareridt, hvor ofte vågner du pga. mareridt?
- Hvad gør du så?
- Hvordan falder du i søvn igen.
- Hvad hjælper dig bedst mod mareridt?

#### Søvnproblemer i øvrigt

- Hvornår går du i seng?
- Hvor mange timer sover du?
- Hvad gør du, inden du går i seng? Orienter om gode søvnvaner.



## Vurdering af den psykofarmakologiske behandling

Sygeplejersken i CTP har kompetence og viden til at vurdere virkning og bivirkninger af de psykofarmaka, der er ordineret under medicinsk behandling af patienter i CTP.

Ved observation af ændringer i virkning og bivirkninger af de antidepressiva og antipsykotika, der anvendes i CTP, drøftes dette med patientens behandlingslæge.

## Psykoedukation

Formålet med psykoedukation er at lære patienten at leve med sin sygdom så godt som muligt.

- Fortælle patienten om symptomerne på sygdommen, det være sig depression, PTSD, angst, psykose etc. for at give patienten en større forståelse af sin tilstand.
- undersøge, hvordan patientens symptomer indvirker på hans/hendes funktionsniveau i dagligdagen og se på de ændringer, patienten kunne ønske, og hvordan det vil kunne opnås, fx give viden om:
  - gode søvnrutiner,
  - betydningen af social aktivitet,
  - betydningen af motion,
  - betydningen af sund kost.
- Hjælpe patienten til at håndtere stress, fx ved at lære patienten forskellige beroligende øvelser.
- Hjælpe patienten til at reducere sine smerter og lære at leve med dem, fx ved beroligende øvelser, fx afspændingsøvelse.
- Vejlede pt. i betydningen af sund kost og motion.

## Afspændingsøvelse

- Bed patienten om:
  - At sætte sig godt til rette i stolen
  - At trække vejret dybt, helt "ned i maven", og giv helt slip ved udåndingen – træk gerne vejret sammen med patienten
  - At mærke de enkelte kropsdele: hoved, ansigt \* nakke, hals \* højre skulder, overarm, underarm, hånd \* ditto venstre \* brystkasse, mellemgulv, mave, underliv \* højre side af ryggen, venstre side, lænd, sæde \* højre hofte, lår, underben, fod \* ditto venstre.
- \* "du er helt afspændt i ..... " – må gerne gentages.
- At mærke, hvordan det føles i kroppen at være afspændt – og tænk på dit trykke sted.

## KRAM-samtale

Ved opstart af behandlingsforløb i CTP bookes KRAM-udredning ved sygeplejerske samt blodprøvetagning og ekg.

Hvis patienten udebliver, skriver sygeplejersken "genbookning af KRAM" på bookingseddelen.  
OBS: husk evt. at sende patienter videre til EKG og blodprøvetagning efter KRAM-samtalen.

Patienten informeres om, at dette er rutine bl.a. med henblik på at udelukke somatiske sygdomme.

Samtalen følges op af måling af blodtryk, puls, vægt, højde, taljemål og BMI.

Samtalens indhold har primært fokus på målinger og evt. vejledning, såfremt tallene er udenfor normalområdet.

Der vejledes kort om kost og motion.

Der spørges ind til alkohol og rygning.

Sygeplejersken dokumenterer målinger i OPUS (se koder neden for; der findes ikke en skabelon), printer og lægger dokumentet i journalen under fane nr. 2.

**Såfremt målinger kræver øjeblikkelig handling, orienteres behandlingsansvarlig læge. Evt. orienteres patientens egen læge.**

Se separat vejledning for håndtering af blodprøvesvar (læge).

Normalområder se bilag: KRAM-diagram og taljemål.

BT normalområde: 100-140 / 60-90. Taljen måles mellem øverste del af hoftebenet og nederste ribben. Der måles efter en afslappet udånding.

Kvinder	Mænd	Risiko for følgesygdomme
Under 80 cm	Under 94 cm	Lav
80-88 cm	94-102 cm	Moderat forøget
Over 88 cm	Over 102 cm	Svært forøget

Registrerings-/procedurekoder i OPUS:

BVAA34A

AAF22

Region Hovedstaten KRAM kampagne.

Kopiere og indsætte webadressen nedenfor for at hente pjecer til patienter om:

Kost

Rygning

Alkohol

Motion

[www.psykiatri-regionh.dk/undersogelse-og-behandling/Behandling/KRAM-en-sundhedskampagne](http://www.psykiatri-regionh.dk/undersogelse-og-behandling/Behandling/KRAM-en-sundhedskampagne)

## **Blodprøvetagning**

Som led i et forskningsprojekt om søvn og virkning af lægemidlet Mianserin, tager sygeplejerskerne blodprøver på de patienter, der deltager i forsøget ved begyndelsen og afslutningen af deres behandling.

Blodprøven skal centrifugeres og pipetteres, hvilket også gøres af sygeplejersken.

## EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EMDR er grundlagt i 1987 af psykolog Francine Shapiro og er videreudviklet siden. EMDR anbefales af WHO og er sammen med CBT første valg af metode ved PTSD i England og USA.

Eye movement - bilateral stimulation: Visuel, auditiv eller taktil stimulation.

Desensitization - en desensibilisering i forhold til de traumatiske erindringer.

Reprocessing - bearbejdning af traumatiske oplevelser, der er dysfunktionelt lagret.

Om traumer og EMDR:

- I REM-søvnen sker der en bearbejdning
- Traumatiske hændelser lagres og blokeres i den højre hemisfære, forbindes med en kropslig erindring mere end en sproglig, som hører den venstre hemisfære til
- Bilateral stimulation ved EMDR
  - Stimulation af begge hjernehalvdele
  - Integration af det kropslige og det sproglige
- Desensibilisering i forhold til de traumatiske erindringer
- Bearbejdning af den traumatiske oplevelse, der er dysfunktionelt lagret
- Traumatet bliver mindre levende og kommer derved på afstand
- Traumatet huskes stadig, men forstyrrelsen af det bliver formindsket eller forsvinder helt.

### Nogle nøglebegreber inden for EMDR:

#### AIP – adaptive information processing

EMDR flytter informationer fra at være dysfunktionelt lagret til funktionelt lagret / bearbejdet.

Dette bygger på tanken om patientens egne indre, helende egenskaber – at patienten selv har det, der skal til for at bearbejde.

For at fremme AIP bringes patienten i følelsesmæssig kontakt med de traumatiske erindringer, og disse sammenholdes med kropssansninger, følelser og tanker i forbindelse med traumatet – dvs. der er en grad af eksponering.

Følelserne bringes ind i nuet, vi ser efter ændringer/proces – fx søger man IKKE at fastholde det oprindelige traumatiske billede.

#### Dual Focus of Attention

Patienten skal kunne bære at være i kontakt med de stærke følelser og samtidig være til stede her og nu / kunne komme ud af følelserne igen.

Så når man arbejder med traumer og EMDR, arbejder man nødvendigvis også med ressourcer, tryghed og teknikker til at bringe sig i ro og til stede "her og nu" – modsat at forblive i traumatet.

## Forberedelse

- Skabe en terapeutisk relation
  - lytte til patientens historie
  - skabe tillid og tryghed
- Evt. traumekort
- Forklare om traumets virkning og EMDR
- Kan se hændelsen som på en film, fra et tog, igennem glas
- Stopknap
- Trygt sted

## Trygt sted, safe place

- Bidrager til tryghed for patienten og til behandleralliancen.
- Er en måde hvorpå pt. kan falde til ro efter en session og i andre situationer fx ved søvnproblemer.
- Giver indtryk af patientens evne til at etablere dual focus, at komme ud af traumet og være til stede her og nu.

Et trygt sted kan også være i form af en aktivitet.

Benyt de ord, der passer patienten bedst fx trygt sted, sikkert sted, roligt sted m.fl.

*Billede:* "Prøv at forestille dig et sted (virkeligt eller tænkt), hvor du føler dig meget tryk/rolig. Det kunne fx være et sted på stranden eller ved et stille vandløb. Hvilket sted kommer du i tanke om?"

*Følelser og kropsfornemmelser:* Når du tænker på dette trygge sted, læg da mærke til, hvad du ser for dig, og hvad du evt. hører. Læg mærke til, hvordan det føles nu (pause).

"Hvad lægger du mærke til?"

*Forstærkning:* "Fokusér på dit trygge sted, de tilhørende billeder, lyde, lugte og kropslige fornemmelser". "Sig noget mere om, hvad du lægger mærke til".

"

*Bilateral stimulering (BS):* "Bring billedet af dit trygge sted op på din indre skærm" "Koncentrér dig om, hvor i kroppen du bemærker de behagelige fornemmelser og tillad dig selv at nyde dem". Start bilateral stimulation 4-6 sæt. "Hvordan føler du det nu?"

*Hvis svaret er positivt:* "Bliv ved det" (gentag BS). "Hvad lægger du mærke til nu?"

*Nøgleord:* " Er der et ord eller en lille sætning, som kan betegne dit trygge sted?"

"Tænk på dit sted og læg mærke til de positive følelser, der kommer, når du tænker på ordet/sætningen." " Koncentrér dig nu om disse følelser og nøgleordet" Der laves 4-6 sæt BS.

"Hvordan føles det nu?" Gentag sekvensen flere gange. Forstærk de positive følelser med korte sæt bilateral stimulation adskillige gange.

*Eget brug af nøgleord:* ” Nu vil jeg bede dig om selv at sige ordet eller sætningen og lægge mærke til, hvordan det føles”.

*Brug af nøgleord + en forstyrrende erindring:* ”Forestil dig nu noget (et lille irritationsmoment), der ærgrer dig og læg mærke til, hvordan det føles.” (Pause) ”Bring nu det trygge sted op (nøgleord nævnes) og læg igen mærke til, om der sker en forandring i dine fornemmelser i kroppen”.

*Eget brug af nøgleord + en forstyrrende erindring:* ”Prøv at tænke på endnu en ærgerlig begivenhed og bring igen på egen hånd det trygge sted op” ”Læg igen mærke til, om der sker forandringer, når du forestiller dig dit trygge sted”.

*Øvelse:* ”Indtil næste samtale vil jeg bede dig om selv ved den mindste smule ubehag at bruge teknikken med det trygge sted. Notér dig, hvordan det går, så vi kan tale om det næste gang”.

### Protokol

Protokollen kan rette sig mod enkeltstående hændelser eller mere generelle livstemaer, fx svigt.

- Selve oplevelsen - det er vigtigt at finde den rigtige situation, evt. gå tilbage i tiden. Se på det værste i oplevelsen.
- Hvilken negativ overbevisning, tanke har du om dig selv nu? Negativ cognition (NC)
- Hvad ville du hellere kunne tænke om dig selv, når du ser billedet for dig lige nu? Positiv cognition (PC)
- Hvor sandt føles PC lige nu på en skala fra 1-7? Validity of cognition (VOC)
- Hvilken følelse får du?
- Hvor forstyrrende er følelsen lige nu på en skala fra 0-10? Subjective Units of Disturbance (SUD)
- Hvor mærker du fx angsten i kroppen?
- Herefter nævnes selve traumet og NC ikke igen.

### Bilateral stimulation (BS)

- vær med patienten, empatisk, rummende
- men hold dig fra patientens proces – afbryd ikke og fortolk ikke
- forskelligt hvor længe man laver BS
- følelser, kropsfornemmelser, billeder, tanker
- ”lad det bare passere; det er gammelt stof”
- bevare den dobbelte opmærksomhed på fortid og nutid
- obs. dissociation – få patienten tilbage til her og nu

### Afslutning af sessionen

- Test SUD, hvor forstyrrende er følelsen nu på en skala fra 0-10?
- Test VOC, hvor sand føles PC nu?
- Installation af positiv cognition, PC
- Kropsscanning, en test af om der er noget, der forstyrrer pt. nu
- Brug evt. ”Trygt sted” ved afslutningen.

### Supplerende redskaber

- Ressourceinstallation
- Selvberoligende øvelser, fx afspænding
- Fremtidsskabelon

### Anvendt litteratur

Carlsson, J. et.al.: *Lægebehandling ved Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri. Manual for udredning, medicinsk behandling, psykoedukation og støttende, ressourceorienterede samtaler.* Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri. 5. version, dec. 2015.

Vindbjerg, E. et.al.: *Psykoterapimanual V. Individuel psykoterapi til flygtninge med PTSD og depression.* Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri. 2013.

Papadopoulos, I.; *Transcultural Health and Social Care. Development of culturally competent practitioners.* Churchill Livingstone, 2006.

Shapiro, F.: *EMDR, Basic Principles, Protocols and Procedures.* Guilford Press, New York, 2001.

Østerskov, M.: *Sygepleje til den sindslidende med anden etnisk baggrund. I: Psykiatrisk sygepleje. Lærebog for sygeplejestuderende.* Munksgaard, 2011, s. 229-253.