

# Traumebevisst omsorg

---

## **Kan traumebevisst omsorg være en metode for å bedre hverdagen til brukerne i kommunen?**

Av Mariann Jacobsen, fagkoordinator psykisk helse/rus, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Vest-Agder, Kristiansand kommune

### **Introduksjon**

Det er en økning av eldre mennesker med tung rusproblematikk, kombinert med psykiske og somatiske lidelser, som har behov for pleie – og omsorgstjenester i kommunen. (St. meld. nr 25, 2005-2006). Vi opplever å stå foran en økende grad av kompleksitet da dette er brukere med tynge helseutfordringer enn andre jevnaldrende. Mange av disse brukerne har traumbakgrunn. Traumbakgrunnen har bidratt sterkt til de somatiske og psykiatriske symptomene de sliter med.

Traumebevisst omsorg er en forståelsesramme for den enkeltes livsbetingelser og oppvekstmiljø. Denne måten å jobbe på vil muligens gi den enkelte ansatt en bedre forståelse av den enkelte pasient og deres plager og utfordrende adferd i ulike sammenhenger.

Traumebevist omsorg tar utgangspunkt i hvordan fysiske og psykiske krenkelser påvirker barns utvikling og fungering og kan føre til sykdom i voksen alder (Kirkengen, 2005). Avhengig av individets resiliens og type traume, alvorlighetsgrad, varighet og tidspunkt vil slike utviklingstraumer påvirke alle forhold i utviklingen; biologisk, emosjonell, kognitivt og sosialt (Bath, 2008;)

Denne artikkel skal presentere funn fra ett prosjekt i to kommuner hvor man har gitt opplæring til ansatte i å gi traumebevisste omsorgstjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

## Traumebevisst omsorg

Traumebevisst omsorg tar utgangspunkt i tre grunnpilarer

- Trygghet
  - Her legger vi til grunn at den enkelte pasient skal « oppleve trygghet», dette er ikke nødvendigvis det samme som fysisk trygghet. De ansatte må ha stor fokus på dette da hjerneforskning viser at traumatiserte har alarmklokker som går i situasjoner som ansatte ikke har forutsetning til å forstå og forutse. Arnhild Lauveng (2008) skriver i boken sin; *”Arbeidsmaur med gipset hjerte”*, hvor viktig det er å bruke nødvendig tid. Tid til å skape trygghet. Det er både høflig og respektfullt overfor den lidende, og det er en forutsetning for å lykkes.
  - Det vi som hjelpere kan gjøre er å skape så trygge rammer at det er mulig for brukeren å åpne seg opp. Lauveng (2008) beskriver det på denne måten; *På samme måte som dørene i et fly bare kan åpnes når trykket utenfor kabinen er riktig.*
  
- Relasjon
  - Opplevelsen av trygghet henger sammen med relasjon, mennesker med alvorlig psykiske lidelser har ofte mange opplevelser av brutte relasjoner bak seg og det vil ofte ligge et langvarig arbeid med relasjonsoppbygging bak en god relasjon. Metoden er en del av miljøarbeidet, dvs. å bygge relasjoner og fremme tillit og samhandling. Beboere og ansatte arbeider i fellesskap.
  - Når det gjelder å hjelpe mennesker med alvorlige psykiske lidelser, er relasjonen ikke bare viktig, den synes å være avgjørende for om tiltakene skal kunne påvirke positivt for bedringsprosessen. Den gode relasjonen er en sentral del av behandlingen, sier Topor (2007)
  
- Følelsesregulering
  - I forhold til ulike handlinger og de konsekvenser dette får for vedkommende selv eller andre i omgivelsene, skal samtaler omkring dette ikke være moraliserende eller formanende, men vekke ettertanke hos beboeren.

Tilnærmingen fokuserer altså på å hjelpe brukeren til å integrere og regulere følelsene (affektene) bedre, og til å tilfredsstillende sunne ønsker og behov. Behandlingen ønsker å lære den enkelte bruker å legge merke til og akseptere, tenke over, bruke å uttrykke følelsene.

## Målsettingen med prosjektet

I dette prosjektet ønsket vi å gi den enkelte ansatt økt kompetanse til bedre å kunne forstå og håndtere den enkelte brukers atferd i ulike situasjoner. Målet var at den enkelte ansatt i større grad skulle kunne stryke pasientens selvbylde og selvtillit.

## Gjennomføring

Ansatte på to ulike arbeidsplasser fikk undervisning og opplæring i traumbasert omsorg over en to års periode. I dette deltok to avdelinger ved et av kommunens sykehjem med til sammen 17 pasienter. Fra sykehjemmet var det 18 ansatte som deltok i prosjektet, det var 15 ansatte som fullførte undervisningsopplegget. Fra en kommune av gjennomsnittlig størrelse i Vest-Agder var det 8 ansatte i et ambulant team med ansvar for 4 -5 brukere ved oppstart som deltok.

Kompetanseutviklingsprogrammet ble utarbeidet av RVTS sør (Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging) og utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vest-Agder (USHT). Programmet er spesielt tilrettelagt for ansatte som har omsorgsoppgaver i forhold til mennesker med langvarige og alvorlige psykiske lidelser.

## Evaluering

Evalueringen ble gjennomført som gruppeintervju. Begge avdelingene sitter tilbake med en opplevelse av at det viktigste de lærte i opplæringsprogrammet var:

- Viktigheten av teamjobbing og kollegaivaretagelse. Det er kjent at ansatte som arbeider med traumatiserte mennesker utsettes for risiko for omsorgstretthet og utbrenthet
- Vivat – forebygging av selvmord. Skal gi handlingstrygghet til å forholde seg konstruktivt i møte med selvdestruktivitet, selvskading og mulig selvmord
- Ice breaking- hvor en lærer hverandre å kjenne, man ser hva som er den enkeltes sterke og svake sider og hvordan vi kan bruke dette i hverdagen
- Casejobbing- alle hadde ansvar for å ta med eksempler fra hverdagen inn til veiledning – dette opplevdes nyttig.

Ansatte på sykehjemmet opplevde roligere vakter når det var flere ansatte på vakt som jobbet traumebevisst. De opplevde også en bedre forståelse av den enkelte når de jobbet mer bevisst for å forstå hva som førte til utagering. De jobbet med affektbevissthet på følgende måte:

*«jeg opplever at du er sint nå – stemmer det? «*

*«ja jeg er forbanna «*

Ett av de utsagn som kom under evalueringen var: *« Det er merkelig hvor effektivt det er at brukeren får si en følelse høyt, det er som om følelsen slipper taket når det blir sagt høyt «*

Ansatte opplevde at det er betydelig mindre utagering selv om det ikke er ført noen statistikk på dette.

Ansatte i det ambulante teamet trakk frem at de i tillegg til de fire felles kulepunktene ønsket å trekke frem viktigheten av at ansatte kjenner til symptomer og fare for sekundærtraumatisering.

Sekundærtraumatisering defineres som:

*«Det fenomen at noen som arbeider med traumatiserte mennesker over tid gjennomgår en forandring mhp. sitt verdensbilde, sin holdning til seg selv og sine klienter. I tillegg kommer de til å lide av noen av de angst – og tilbaketrekningssymptomene som den primært traumatiserte lider av .*

*«Susanne Bang 2003*

De fremhevet betydningen av å ta vare på sine medansatte og ha tiltak for å motvirke sekundærtraumatisering

Saakvitne & Pearlmann (1996) trekker frem “stress management “ som viktig for å motvirke omsorgstretthet og sekundær traumatisering:

•**Awareness** – bevissthet/være oppmerksom

»Individ / organisasjon

•**Balance** – balanse

»Jobbe/hvile/spise/trene

»Avstand/nærhet

»Beskyttelse/grenser

•**Connections** – kontakter/relasjoner

»støttende relasjoner

»Felleskap/veiledning/faglig sosialt

En hovedkonklusjon er at ansatte satt igjen med en god følelse av at de ble et bedre team gjennom opplæringsprogrammet. De hadde hatt stort fokus på at den enkelte i større grad skulle finne gode løsningen på egne problemer, videre trakk de fram at de var blitt tryggere på seg selv og klarte å møte brukeren på en bedre måte

## Andre funn

Etter at prosjektet var ferdig ble det en interesse for å se om det i prosjektperioden hadde vært endringer i innleggelsesdøgn på sykehjemmet.

Vi har valgt å se på tall for begge avdelingene sammen. Med mulighet for evt. feil i en gjennomgang av den enkeltes journal har vi funnet frem til følgende.

Ved sykehjemmet er det 17 plasser for brukere med psykisk lidelse som hovedårsak til innleggelse. Tre av dagens brukere fikk plass etter prosjektperioden. Av de resterende 14 brukerne var i perioden mai 2010 - mai 2012, 8 brukere innlagt til sammen 466 døgn i psykiatrisk sykehusavdeling. I perioden juni 2012 - juni 2014 var 3 av de samme 14 brukere innlagt til sammen 71 dager i psykiatrisk sykehusavdeling. Vi tolker dette som indikasjon på at traumebevisst omsorg kan redusere behovet for innleggelse i psykiatrisk sykehusavdeling.

## Refleksjoner

Sørlandet ligger høyere enn landsgjennomsnittet når det gjelder antall akuttinnleggelser i innenfor det psykiske helseområdet uten at det finnes entydige forklaringer på dette. Det har vært et mål å redusere antall unødvendige akuttinnleggelser gjennom å identifisere årsakssammenhenger og hensiktsmessige tiltak

Tallene over viser en stor reduksjon i antall innleggelser, men ulike forhold kan ha påvirket resultatene. Under vil jeg stille noen reflekterende spørsmål.

- Er institusjonsplass tilnærmet lik innleggelse på lukket post?
  - Er det slik at mange av våre brukere er så institusjonalisert at de søker trygghet bak lukkede dører og trygghet med å få dekt sine basale behov istedenfor friheten med å bo alene?
- Er lange og mange innleggelser årsaken til at bruker fikk plass på institusjon?

- Det var ikke lenger behov for innleggelse på psykiatrisk avdeling etter fast plass på institusjon?
- Hadde opplæring av ansatte i Traumebevisst omsorg effekt?
  - Har prosjektet lyktes i å gi ansatte kompetanse i å skulle kunne stryke pasientens selvbilde og selvtillit? Evner de å hjelpe pasienten til å integrere og regulere følelsene (affektene) bedre, og til å tilfredsstille sunne ønsker og behov. Er det så effektivt å lære den enkelte person å legge merke til og akseptere, tenke over, bruke å uttrykke følelsene?
- Mange innleggelse før man fikk et godt sted å bo
  - Telling av antall innleggesdøgn viser store forskjeller for noen enkeltbrukere, er det slik at noen brukere søkte trygghet på lukket psykiatrisk avdeling før de fikk tilbud om plass på institusjonen og at dette var årsaken til de høye tallet for innleggesdøgn i perioden mai 2010 – mai 2012?
- Tilfeldigheter?
  - Er det bare tilfeldigheter at alle disse brukerne plutselig ikke lenger hadde behov for innleggelse på lukket post?
- Har opprettelse av akutt – team hatt betydning?
  - Er funksjonen til akutt-temaet som portvakt ift. tvangsinnleggelse en årsak til en markant nedgang av innleggelse? 1/1 2013 startet Ambulant akutteam (AAT) opp sin nye virksomhet. Mandatet er at de skal vurdere alle akutte situasjoner der det kan bli aktuelt med innleggelse. Aktiviteten i AAT etter omleggingen fra 1/1 2013, er en helt ny faktor i arbeidet med akutte situasjoner for psykisk syke. Det har derfor påvirket situasjonen i stor grad. Det har allerede hatt effekt på arbeidet med akutt syke, og det har redusert antallet innleggelse. Om akutteamet og deres funksjon er en årsak til den reduserte innleggelsen som denne rapporten viser sier ikke denne evalueringen noe om så det må det gjøres en egen undersøkelse om.
- Har opprettelse av ACT – team hatt betydning?
  - I denne undersøkelsen har vi ikke sett på hvor mange av brukerne som har et tilbud fra ACT – teamet, så dette er uavklart, men vi ser at det kan ligge en forklaring her.

## Avslutning

Det er ulike funn på de to arbeidsplassene og det kan være ulike grunner til dette, bl.a. hadde ansatte på sykehjemmet bedre forkunnskaper om metoden før de startet i prosjektet.

I Traumebevisst omsorg er det fokus på å identifisere, anerkjenne og bekrefte den enkeltes følelsesopplevelse samtidig som man har fokus på å opptre med vennlighet, trygghet og håp. Alle mennesker finner seg selv ved å bli bekreftet. Det er mulig at traumebevist tilnærming kan være mer utfordrende å ta i bruk når man jobber ambulant enn når man jobber inne i en avdeling eller i et bofellesskap hvor man er sammen med pasientene over lengre tidsperioder.

Det er ulike funn i evalueringen av prosjektet, og det må gjøres ytterligere undersøkelser for å kunne fastslå hva årsaken til forskjellen på antall innleggelsesdøgn er, men uansett kan det se ut at hverdagen til den enkelte bruker er blitt bedre. Ser man på målsettingen for samhandlingsreformen som er å få et bedre og mer helhetlig helsetilbud, så kan det se ut til at beboerne på institusjonen har fått et så godt helhetlig helsetilbud at de i mye mindre grad enn tidligere har behov for tilbud fra 2. linjetjenesten

## Referanser

1. Bang.S ( 2003). Rørt, rammet og rystet.
2. Bath, H ( 2008). The Three Pillars of Trauma-Informed Care. *Journal of safe management of disruptive and assaultive behaviours*. 3. 4-7
3. Borg, M. & Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
4. Kirkengen,A.L 2005). Krenkede barn blir syke voksne.
5. Lauveng, A. (2008). *Arbeidsmaur med gipset hjerte*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
6. Saakvitne & Pearlmann (1996). ABC's of addressing Secondary traumatization
7. St. meld. nr 25, 2005-2006. Tilgjengelig på <http://www.regjeringen.no>

Vedlegg 1

## Vedlegg 1

Ved det kommunale sykehjemmet er det 17 plasser for brukere med psykisk lidelse som hovedårsak til innleggelse. Tre av dagens brukere fikk plass etter prosjektperioden. Av de resterende 14 brukerne var i perioden mai 2010 - mai 2012 8 brukere innlagt til sammen 466 døgn i psykiatrisk sykehusavdeling. I perioden juni 2012 - juni 2014 var 3 av de samme 14 brukere innlagt til sammen 71 dager i psykiatrisk sykehusavdeling. Vi tolker dette som indikasjon på at traumebevisst omsorg kan redusere behovet for innleggelse i psykiatrisk sykehusavdeling.

