Psyche

PSYKIATRISK VÅRDTIDSKRIFT NO 5/2007

Tema Trauma

nordisk kongress i Köpenhamn

De osynliga barnen

Smygmedicinering

Psykiatriska
Riksföreningen

Chefredaktör & ansvarig utgivare
Christina Reslegård

Redaktörer
Hans Bergman
Mikael Nilsson

Psyches adress
Psyche c/o Christina Reslegård
Silvanusvägen 37
831 55 Östersund
063-46313 b
0640-166 37 a
christina.reslegard@jll.se

Mail till Psyche:
hansbergman@telia.com
christina.reslegard@jll.se
www.psykriks.se

ISSN nr 0283-3468
Pg: 710144-7

Formgivning/Illustration
Jonas Rahm / MRD AB

Utgivningsplan 2007
Nr: 1 v 7, Nr: 2 v 17, Nr: 3 v 26,
Nr: 4 v 35, Nr: 5 v 43, Nr: 6 v 51

Prenumeration
400:-/år inkl 6% moms
Utanför Sverige 450:-/år inkl 6% moms
e-mail: richard.brodd@bredband.net

Annonser
Gällande annonsering kontakta:
Richard Brodd
Oskarsgatan 4, 414 63 Göteborg
031-240023 b, 031-343 82 18 a
e-mail: richard.brodd@bredband.net
eller
Henrik Gregemark
Hornsgatan 139, 117 28 Stockholm
08-658 32 41 b, 08-58 73 12 15 a
e-mail: henrik.gregemark@sll.se

Färdig annons ska vara oss tillhanda 4 v. innan utgivningsdatum.

Priser
Helsida. 180 x 247 mm..... 7.500:-
Halvsida.180 x 123 mm..... 4.300:-
1/3 sida 180 x 82 mm..... 2.700:-
Bilaga 11.000:-
Baksida..... 10.000:-
(Renskuret sidformat 225 x 287)

Produktion
Magnusson Rahm Design AB
Karlskronavägen 7
121 52 Johanneshov
Tel: 08-571 520 65
Fax: 08-571 521 03
e-mail: jonas@mrdab.se
hans@mrdab.se

Omslag
Foto:

Redaktionen ansvarar ej för insänt, ej beställt material samt förbehåller sig redigeringsrätt.

Tema Trauma -nordisk kongress i Köpenhamn . . . . s 4-13

I slutet av augusti samlades drygt trehundra psykiatrisjuksköterskor från hela norden i Köpenhamn för att lära och utbyta erfarenheter om trauma ur ett globalt, lokalt och individuellt perspektiv.

Recensioner . . . s 14-15

Smygmedicinering riskerar förtroendet för psykiatrin . . . s 16-17

Sebastian Gabrielsson, Boden
Specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård

De osynliga barnen . . . s 22

en dag med fokus på våra patienters barn.

Kaja Michelsson, Kommunikationskonsult med erfarenheter från att ha vuxit upp i en familj drabbad av psykisk sjukdom kom till Halmstad och höll i en temadag den 11 maj som syftade till att synliggöra de Osynliga Barnen – Barn till psykiskt sjuka föräldrar.

Susanne Larsson sjuksköterska Hyltebruk

Vår hemsida är ny men adressen är densamma

www.psykriks.se

ORDFÖRANDE HAR ORDET:

Hur ska vi ha det med specialistutbildningen för sjuksköterskor inom den psykiatriska vården? Andelen specialistutbildade sjuksköterskor sjunker nu under ”hälften-strecket” till och med inom den psykiatriska slutenvården. Inom öppenvården finns en tendens till att sjuksköterskетjänster konverteras till tjänster för andra yrkeskategorier (främst psykologer och kuratorer). Inom barn- och ungdomspsykiatrin vill man ha psykoterapeutisk kompetens och den omvårdnadspersonal som finns där finns mest kvar av gammal vana och med egna inventarienummer. Nej, det där var kanske en överdrift men också tänkt som en beskrivning av en oroväckande tendens.

Visst blir det bekymmersamt om specialistutbildning inte värderas varken som merit eller i lönekuvertet? Visst känns det smärtsamt att många kollegor, med viss rätt, tycker att det inte är värt ansträngningen att specialistutbilda sig? Med avsikt att tydliggöra den specialistutbildade psykiatrisjuksköterskans kompetens utarbetar Psykiatriska Riskföreningen en kompetensbeskrivning som finns ute på ”remissrunda” på vår hemsida. Ta chansen att tycka till! Vi är intresserade av varje medlems åsikt. Den färdiga kompetensbeskrivningen kommer att presenteras på vår årskonferens i april 2008.

På vår årskonferens ska vi också diskutera vår yrkesroll, som den har varit, som den är och som den kan tänkas bli (eller hur vi önskar att den ska bli) i framtiden. Det är en diskussion som vi hoppas ska bli en del av ett större arbete med att sätta psykiatrin på kartan, eller heter det sätta på banan? I detta större arbete ska vi samarbeta med Svensk Sjuksköterskeförening. Tanken är att vi på olika sätt ska uppmärksamma den psykiatriska vården utifrån kompetens och kvalitet. Till detta arbete ska jag återkomma vid årskonferensen och vid andra tillfällen. Det finns också i våra tankar en idé om att göra en speciell satsning på att uppmärksamma unga psykiatrisjuksköterskor.

Nu har du ett temanummer av Psyche framför dig - ett temanummer som utgår från den nordiska kongressen för psykiatrisjuksköterskor som ägde rum i Köpenhamn i slutet av augusti. det internationella samarbetet mellan psykiatrisjuksköterskor blir allt mer intressant. Nästa nordiska kongress planeras i Helsingfors 2010. Innan dess har vi den europeiska psykiatrisjuksköterskefestivalen på Malta november 2008. Glöm bara inte att utan en stark svensk riksförening blir vi inte intressanta för ett internationellt samarbete! Då får vi inte på samma självklara sätt ta del av det som händer på den internationella arenan.

Alla vi som är medlemmar borde värva var sin kollega - bara en enda kollega (och arbetskamrat). Om vi gjorde det så skulle vi hämta in de senaste årens medlemsförluster och stå mycket starkare. Gör ett försök!

Christina Reslegård
ordförande i Psykiatriska Riksföreningen

Nordisk kongress om trauma i Köpenhamn

Av: Hans Bergman

I slutet av augusti samlades drygt trehundra psykiatrisjuksköterskor från hela norden i Köpenhamn för att lära och utbyta erfarenheter om trauma ur ett globalt, lokalt och individuellt perspektiv. Det var i år danskarnas tur att vara värdar för den nordiska psykiatrisjuksköterskekonferensen som går av stapeln vart tredje år, och det gjorde de med glans! en tre dagar långa konferensen hölls i nya fräscha lokaler på arkitekthögskolan. Utöver ett bra avvägt seminarieprogram gavs tid till såväl studiebesök och spännande möten över kulturgränserna. Till festligheterna hörde både besök på Rådhuset och en tur till Tivoli, och som vanligt i Danmark serverades förstås god mat och dryck under gemytliga former.

Trauma är grekiska och betyder sår. Det perforerar individen både kroppsligt och själsligt och lämnar ett hål. Någon sa att traumat sitter i nervsystemet och inte i historien och somatiska symtom i samband med trauma ingår därför i bilden. Listan på vad som förorsakar trauma kan göras lång: Våldtäkter, bilolyckor, tortyr, naturkatastrofer och krig är exempel på detta. Trauma drabbar oss olika då våra förutsättningar att möta motgångar är individuella. Så vad gör att en individ klarar en personlig katastrof medan en annan går under, och vem utvecklar PTSD (Post Traumatisk Stress Disorder)? Hur bemöter man människor i kris och vilken hjälp behöver de? Vi vill alla hjälpa och göra gott när det är som svårast för den andre men flera av föreläsarna på konferensen återkom till att man som professionell behandlare måste vara medveten om att man samtidigt utsätter sig själv (för trauma!) då man arbetar med traumatiserade personer och att det därför finns en stor risk för utbrändhet om man inte sätter väldigt tydliga gränser för arbetet. Samtidigt är det tacksamt att arbeta med just detta, då vi vet att själva berättandet av historien är terapeutiskt i sig. Anders Korsgaard rör i sin föreläsning vid fenomenet skuld i samband med trauma. Många som överlever svåra katastrofer känner skuld efteråt; det kan handla om att man känner att man borde ha gjort mer eller att man borde ha handlat annorlunda i den akuta situationen, trots att man gjorde sitt bästa. Denna skuld är inte alltid patologisk varför man som behandlare ska vara försiktig med att fokusera på att genast försöka lyfta bort den, då den brukar blekna av sig själv, även om det kan ta tid. Vi vet att kognitiv beteendeterapi är effektivt vid subakut traumabehandling medan man ibland måste ha mer långsiktiga behandlingsinsatser i åtanke vid PTSD. Psykodynamiskt inriktade terapiformer och samtal med existentiellt fokus kan då vara mer behövligt. Andra kanske är mer hjälpta av en fysiskt orienterad behandling. För det är ju så att det som aldrig fick hända, men som ändå har hänt måste få ta tid att bearbeta. Kanske går det aldrig över helt. För några kan erfarenheterna ge möjlighet till utveckling. Ett som är säkert är att livet efter traumat inte blir detsamma.

Sjuksköterskan
i krigs- och katastrofområden

Av: Christina Reslegård

Gudbjörg Sveinsdottir är en isländsk psykiatrisjuksköterska som är känd från tidigare PSSN-sammanhang. Hon har länge varit aktiv i den isländska motsvarigheten till vår riksförening. Hemma i Reyjkavik är hon chef på en dagverksamhet. Hennes sjuksköterskeerfarenhet sträcker sig över trettio år. I tretton år har hon varit aktiv i isländska Röda Korset. Gudbjörk har haft flera internationella uppdrag i kris - och katastrofområden och hon berättar att hon efter varje uppdrag lovat sig själv och de sina att ”aldrig mer”.

De internationella uppdragen har fört Gudbjörg till Kosovo (1999), Makedonien, Bagdad (2003) och Banda Aceh (2004), Bam (2004) samt Palestina (2005).

Hennes bilder väcker starka känslor. Det finns mycket glädje i bilderna; kvinnor som bakar bröd att sälja i sin nystartade butik och barn som leker i ett palestinskt skolprojekt som har till syfte att få barnen att börja leka igen.

Gudbjörgs arbete har mestadels handlat om stöd till personal, anställda såväl som frivilligarbetare. Det handlar om resilience (fritt översatt återhämtning) och att stärka copingstrategier. Inte minst frivilligarbetare kan ju vara tämligen oförberedda inför vad de möter och hanterar. Gudbjörg berättat om de tusentals volontärer som i samband med tsunamin arbetade åtta timmar varje dag med att gräva fram döda kroppar. De flesta hade aldrig sett ett lik förut.

Lite grann får vi också veta om psykiatrisk vård. I Bagdad (2003) bestod vården av mediciner, när det fanns att tillgå, och ECT, som gavs utan narkos. Patienterna var lugna och ”uppförde sig väl” – ECT användes som bestraffning! Ingen psykiater fanns att tillgå, de hade alla flytt landet. Saddam Husseins åsikt var ju att psykisk sjukdom var ett västerländskt påfund och psykiatrins personal hade alltså mycket låg status.

Att arbeta i dessa sammanhang får naturligtvis en stor betydelse för den egna personens utveckling. Gudbjörg avslutar sin föreläsning med att reflektera kring att vi alla är lika, vi har samma sår och samma själar även om vi inte befinner oss i samma händelser.

- Jag ser sambandet mellan trauma och psykiskt lidande. Det har förändrat mitt sätt att arbeta med och bemöta människor. Jag har blivit klar över vem jag är, vad jag kan och vad jag inte kan, säger Gudbjörg.

Hon avslutar med att sända med oss psykiatrisjuksköterskor en uppmaning att våga. Vi kan om vi bara törs. Vi har en viktig uppgift och en betydelsefull roll att spela i dessa sammanhang. Om vi inte tar den så kommer andra yrkesgrupper att ta den. Vi ser i internationella organisationer att alltmer arbete och forskning utförs av psykologer trots att vi psykiatrisjuksköterskor besitter så mycket kunskap om kriser och katastrofer.

”Saddam Husseins åsikt var ju att psykisk sjukdom var ett västerländskt påfund och psykiatrins personal hade alltså mycket låg status.”

Trauma

i ett generellt och allmänt perspektiv

Av: Christina Reslegård

Anders Korsgaard är chefspsykolog vid Krisepsykologisk enhed på Rigshospitalet, Köpenhamn. Han håller den första föreläsningen vid Nordisk kongress för psykiatrisjuksköterskor 2007. Han ger oss en grund att stå på inför de följande dagarna. Här följer mina minnesanteckningar som inte alls är ett komplett referat av hans föreläsning. Det jag missat (eller eventuellt missuppfattat) vill jag skylla den tämligen snabba danskan och mitt tämligen otränade danska öra.

Anders Korsgaard börjar med ett exempel från dagspressen där en kvinna uttalat sig om ett sextio år gammalt "trauma". Han ställer frågan om trauma är ett adekvat ord i detta sammanhang eller om traumabegreppet blir alltför slarvigt använt idag. Han fortsätter med en annan artikel från dagspressen där någon påstår apropå traumabehandling att "skilsmässobarnens kompisar lämnas i sticket". Vi är många som är överens med Anders om att där har man gått över en gräns och gjort trauma och krisstöd till alltför urvattnade begrepp.

Traumabegreppets historia är inte så lång. Viktiga hållpunkter finns: de två världskrigen som lärde oss så mycket om människan, Vietnamkriget, som väckte fredsrörelsen i världen och terrordåden som kommit rakt in i våra vardagsrum via nyhetsrapporteringen. Norra Europa har haft sina trauman; branden på Scandinavian Star 1990 och Estonias förlisning 1994. Hela världen har påverkats av terrorattacken mot New York 11 september 2001.

Att vi traumatiseras beror på våra allmänmänskliga, grundläggande antaganden; att jag är osårbar, världen är ett tryggt ställe, världen är rättvis och meningsfull. Detta leder till att vi ställer oss frågorna:

Varför hände detta mig?
Vad är meningen?
Vems fel är det?

I det akuta skedet kan individen uppleva:
att medvetandet förändras
overklighetskänsla
en känsla av att drömma
frånvaro av känslor
ändrad tidsuppfattning
över- resp underreaktion
kroppsliga förnimmelser
dissociation

På lång sikt kan individen uppleva att minnena invaderar och man ägnar mycket energi åt att undvika minnen av och tankar på traumat. En annan långsiktig konsekvens av traumatisering är PTSD (posttraumatiskt stressyndrom). PTSD medför markant sänkt livskvalitet. Funktionsnivån sänks både på arbetet och privat. Stresströskeln blir lägre och stressreaktioner utlöses snabbt. Exempelvis kan den som varit med om tsunamin drabbas av panikreaktioner enbart av att vattnet stiger i handfatet när man tvättar sig.

"Exempelvis kan den som varit med om tsunamin drabbas av panikreaktioner enbart av att vattnet stiger i handfatet när man tvättar sig."

Det finns emellertid evidenta psykologiska behandlingsmetoder vid PTSD. Exponering är det som hjälper. Att tala om det skedda ur alla synvinklar, att tala om alla detaljer, att tala om det jag upplevt med alla mina sinnen; hur det luktade, vad jag såg, vad jag hörde och så vidare.

Man beräknar att mellan 3 och 5 % i en befolkning lider av PTSD.

Anders Korsgaard
är chefspsykolog vid Krisepsykologisk enhed på Rigshospitalet, Köpenhamn.

Trauma

kvinna och invandrare i ny kultur

Av: Christina Reslegård

Ni vet hur det kan vara när man sitter i en publik - man ser inte riktigt vad det är som händer men man uppfattar att något är på gång. Så var det för mig - det var lite sång, det var lite lagom rörelse i publikhavet och i mitten av denna aktivitet fanns alltid en afrikansk kvinna i traditionell, färgrik afrikansk klädsel. Kvinnan heter Safia Abdi. Hon är etnisk somalier från Kenya. Hon har utbildat sig till sjuksköterska i Hastad, Norge och arbetar till vardags i Mia som utläses Mångfald i arbetslivet. detta är ett kunskapscenter som arbetar med seminarier, rekrytering och marknadsundersökningar bland mycket annat.

Safia Abdi
sjuksköterska & arbetar i "MIA"Mångfald i arbetslivet.

Safia har i flera år arbetat med att sprida information och kunskap kring kvinnlig könsstympning. Hon är också en känd kulturpersonlighet i Norge som flitigt förekommer i media.

Safia kom till Norge 1992 med sina tre döttrar. Familjen hade lämnat Afrika på flykt under en våldsam make och far. Maken som kom från ett nomadfolk hade Safia blivit bortgift med utan eget val. Maken misshandlade Safia bland annat för att hon inte födde honom söner, döttrar anses inte värdefullt. En dag slog Safia tillbaka och hon anmälde honom till polisen i Kenya. Polisanmälan fick ingen effekt utan Safia ansåg sig till sist tvungen att lämna kontinenten tillsammans med sina döttrar.

Sina första möten med den norska kulturen har hon skildrat i en egen bok. Även vi får några exempel på hur det kan bli när vi inte förstår. Safia berättar om hur hon kom som tolk till en födande somalisk kvinna för att tolka under förlossningen. Kvinnan var omskuren (könsstympad) och den norska barnmorskan kunde inte hantera situationen. Barnmorskan förstod inte heller att detta var ett resultat av ett ingrepp utan trodde att kvinnan hade en medfödd missbildning i underlivet. Här kan jag tro att Safias mission eller uppdrag (eller vad det nu ska kallas) startade.

Safia har själv varit med om att bli könsstympad och berättar för oss hur det gick till. Hon berättar också om infektionen som den ledde till. Efter ingreppet bands benen samman för att såret skulle läka. Safia var ett kraftigt barn och värmen gjorde att såret infekterades svårt. Safias mamma deltog aktivt i ingreppet och Safia menar att hon fortfarande, trots att hon pratar om mamman med stor värme, ibland har svårt att förlåta sin mor för att hon lät detta ske. Moderns motiv var övertygelsen om att dottern utan omskärelse löpte risk att bli promiskuös och heller aldrig skulle kunna "bli" en jungfru, en oskuld.

"Moderns motiv var övertygelsen om att dottern utan omskärelse löpte risk att bli promiskuös."

Safia är noga med att påpeka att könsstympningen inte har något med islam att göra. Det handlar inte om religiös tro. Hon är också noga med att påpeka att den kvinnliga omskärelsen sker av omtanke. det är viktigt för flickans/kvinnans framtida liv att hon uppfattas som oskuld.

Traumabehandling
-hur arbetar man på Island?

Av: Christina Reslegård

Den som berättar för oss den nordiska kongressen är Rudolf Adolfsson, isländsk sjuksköterska och kristerapeut. Han börjar med att ställa frågan om kristerapi är ett modebegrepp eller en del av sjuksköterskans förebyggande arbete. Svaret känns naturligtvis självklart. Rudolf Adolfsson inleder med sin personliga bakgrund. Han har utbildat sig och arbetat både på Island och i Norge.

Det första seminariet om katastrofpsykiatri på Island hölls 1990. Föreläsare då var Steinar Ersland, psykiater. 1993 inträffade två svåra lavinolyckor på Island och bland de 250 000 islänningarna fanns inte en enda handlingsplan! Dessa händelser ledde bland annat till att ”alla” ville bli profeter i katastrofpsykiatri. Alla ville ha en del av kakan. 1996 öppnade ett center för posttraumatisk intervention på Island. Det man främst arbetar med är: emotionell ”första hjälpen” i form av debriefing, undervisning och information, ”luftning” (*jag hittar ingen bra översättning men visst förstår man vad det är?*), identifiering av riskpersoner när det gäller PTSD och uppföljning. Målsättningen är alltid att aktivera egna resurser och att mobilisera det egna nätverket. Vad har då varit så speciellt med att arbeta på centret? Sjuksköterskorna har fått ta stor plats, det har funnits en frihet att prova nya tankar och idéer. Man har känt sig stöttad och uppbackad av ledningen.

Vilka kvalifikationer krävs för den här typen av arbete?

- Naturligtvis utbildning och en gedigen yrkeserfarenhet.
- Därtill intresse, kunskap och erfarenhet av krishjälp.
- God samarbetsförmåga, förmåga att ta egna initiativ
- Förmåga att arbeta självständigt och att tackla oväntade situationer
- Förmåga att möta andras starka känslor och reaktioner
- Inget behov av att själv i centrum (säger denne sympatiske man som från scenen håller publiken i sin hand!)

Rudolf Adolfsson arbetar för närvarande på en somatisk akutmottagning. Hans arbetsuppgifter är att ta hand om människor som drabbats av trafikolyckor, våld, arbetsplatsolyckor och suicid (den som hittat den döde). Han arbetar också med att organisera omhändertagande efter stora katastrofer. Det arbetet sker i samarbete med bland andra civilförsvaret.

Det klientnära arbetet som Rudolf Adolfsson utför följer en särskild process. Efter traumat följer en bedömning som oftast görs av en sjuksköterska. Därnäst skrivs en remiss för krisstöd. Behandlingen består av ett eller flera samtal men det första sker inte förrän tidigast ett dygn efter traumat. Samtalen är långa, 2-3 timmar är inte ovanligt. Bedömning av traumats svårighetsgrad sker kontinuerligt under behandlingen. Uppföljningen omfattar 3-5 samtal, ofta per telefon. Därefter avslutas behandlingen alternativt hänvisas den drabbade till någon annan terapiform.

Det finns några fällor i detta arbete; det är ett ensamarbete vilket inte alltid är lätt. En annan fälla är att man drabbas av ”rädda - världen - syndromet”. Ett mycket vanligt syndrom bland sjuksköterskor, förstod jag av publikens igenkännande skratt.

”Rudolf Adolfssons huvudpunkt är att traumabehandling sker och måste ske på många olika ställen; på olycksplatsen, på akutmottagningen, på vårdavdelningen, i hemmet, på arbetsplatsen och i skolan.”

Rudolf Adolfssons huvudpunkt är att traumabehandling sker och måste ske på många olika ställen; på olycksplatsen, på akutmottagningen, på vårdavdelningen, i hemmet, på arbetsplatsen och i skolan. Vårt traditionella psykiatriska arbetssätt passar inte så bra.

Att sitta på en stol och humma är inget arbete!

Det krävs ett otraditionellt närmande, närhet/beröring kan vara läkande, växla mellan empati och distansering (denna sjuksköterskans ständiga uppgift), psykiatrisera inte, det vill säga, gör inte sjuk, stärk individens försvarsmekanismer och copingförmåga.

Seminariet med Rudolf Adolfsson var välbesökt och vi som var där fick möta en mycket sympatisk och klok man som delade med sig med värme och hjärta.

Rudolf Adolfsson
är sjuksköterska & kristerapeut

Behandling

vid självskadebeteende enligt Jane Bunclark

Av: Erik Rask & Anette Jernberg, sjuksköterskor avd 23 i Varberg

Under dagarna av Nordisk Kongres for Psykiatriske Sygeplejersker 23-25 augusti 2007 håller den engelska sjuksköterskan Jane Bunclark ett föredrag om den verksamhet hon arbetar med i England. Rubriken lyder Trauma and self harm. Enheten bedriver vård för yngre vuxna (>17 år) med någon form av personlighetsstörning och har möjlighet att ta emot sex individer samtidigt. Utgångspunkt för vården är att alla inskrivna vårdas under samma villkor och att de måste uppfylla vissa kriterier för att bli erbjuden plats på enheten. De främsta villkoren består i att de ska ha ett självskadebeteende, inte är psykotiska, inget pågående missbruk, inga svåra inlärningssvårigheter och inte heller hemlösa. För att skapa en trygg bas för vården skrivs kontrakt med en vårdtid på sex månader. Ingen vårdtid får vara kortare eller längre, allt för att förhindra individer från att försöka skaffa sig fördelar utifrån självskadebeteende i syfte att förlänga vårdtiden.

Verksamheten på avdelningen bedrivs veckovis och de inskrivna åker hem över veckosluten. Vården är frivillig och går ut på att det finns fasta ramar och villkor med bokade tider där individen har ett egenansvar. De människor som vårdas på enheten, kommer efter det att andra sociala myndigheter misslyckats med de resurser som de förfogar över. De är ofta desperata och är beredda att låta deras patienter pröva något nytt.

De inskrivna på enheten kallas för boenden *(eng. residents) i*stället för patienter, för ingen är sjukare än någon annan, och behandlingen kallas för arbete. Ett arbete som ska skötas enligt de villkor och den överenskommelse som görs vid inskrivning boende och vårdare emellan.

Varje dag har de boende avsatt tid för samtal med sin behandlare, men det är upp till den boende själv att avgöra om det finns önskemål eller behov av att utnyttja tiden. Dyker den boende inte upp vid utsatt tid ges inte möjlighet till liknande samtalsform under dagen.

Individen har också skyldighet att rapportera till personalen om denne skadar sig själv, enligt överenskommelsen ska det ske inom två timmar. Individuellt uppträder de inskrivna personerna lugnt och kontrollerat. I grupp framträder en stark rivalitet som skapar bråk och konflikter. Dessa är vanligt förekommande och ses som något positivt. Konflikter leder till kommunikation som i sin tur leder till repetition vilket anses föda förändring. Jane Bunclark uppger att alla inskrivna vill bli mer eller mindre omhändertagna och vaktade. Ramarna och villkoren för vistelsen är fasta och sköter de boende inte dessa får de inte stanna kvar på enheten. De försöker ofta stoppa eller åtminstone förhala utskrivningen när den dagen närmar sig.

Terapier sker både på individ-, grupp- och familjenivå. Terapierna ska vara skapande och träning ska också ske i hemmet. Den vårdande relationen boende och vårdare emellan ska vara avslutad när utskrivning sker. Det finns dock utrymme för en viss uppföljning efteråt via en grupp för utskrivna *(eng. discharge group).*

Personalen på enheten får handledning kontinuerligt, såväl intern som extern. Jane Bunclark har mycket positiva erfarenheter utifrån detta sätt att vårda personer med personlighetsstörningar. Hon berättar att verksamheten tidigare bedrevs på traditionellt sätt och att det ofta blev en kamp mellan personal och patienter. Personalen försökte minska riskerna för patienterna att skada sig medan patienterna då istället försökte klura ut nya sätt att skada sig på. I den forna verksamheten blev medlemmar av personalgruppen ställda mot varandra och upplevde i högre grad utbrändhet i arbetet.

”Individen har också skyldighet att rapportera till personalen om denne skadar sig själv, enligt överenskommelsen ska det ske inom två timmar.”

Jane Bunclark beskriver en ökande besvikelse på dialektisk beteendeterapi i Storbritannien och Nordirland och att det visas mer intresse för det fortfarande unika arbetssätt som hon företräder.

Jane Bunclark

En personlig berättelse om trauma.

Incest , självskada och psykiatrisk vård

Refererad av Elisabeth Iggström

Efter ca 17 år med mer än 70 inläggningar var jag frisk, ett mirakel, jag dagligen glädjer mig över. Kanske bryr man sig över de dagliga små tingen när man vet att det inte är en självklarhet? Jag kan i alla fall uppriktigt säga att jag är en glad människa.

En av föreläsarna på lördagsförmiddagen var Karin Dyhr som berättade om sina egna erfarenheter av utsatthet på grund av faderns sexuella övergrepp. Karin har tillsammans med väninnan Marianne Holmen skrivit boken "Glaspigen" som handlar om hennes upplevelser under barndomen och den resa hon gjort genom lång psykiatrisk behandling för att bli frisk. Boken Glaspigen gavs ut 2004 på förlaget Dokuments. Den är skriven på danska och finns tyvärr inte översatt till svenska.

Karin är född 1947 norr om Köpenhamn. Hon växte upp i ett hem som utåt sett verkade helt normalt. Fadern var kontorschef och hemmet beskrivs av vänner som ett öppet och gästfritt hem. Karin berättar att hon inte tror att hennes bröder och mamma visste vad som föregick nattetid från det hon var mycket liten tills hon var ca 14 år. Karin utbildade sig till musikterapeut och arbetade med psykiskt handikappade barn tills hon insjuknade 1977. De övergrepp hon utsattes för som barn har resulterat i att Karin varit inlagd ett 70-tal gånger för psykiatrisk vård. Hon är vårdad för borderlinepersonlighet, periodiska psykoser, depressioner, manodepressiv sjukdom och självskador under 17 år. Hon beskriver sig samtidigt som ett levande mirakel eftersom hon haft i stort sett alla psykiatriska diagnoser och tillfrisknat.

Vändpunkten kom när hon fick kontakt med en läkare vid namn Kirsten Retboll och Jan Nielsen, psykiatrisk sjuksköterska på en psykiatrisk klinik. Jan blev hennes terapeut under tio år och han gav aldrig upp hoppet om att Karin skulle bli frisk.

Idag lever Karin tillsammans Peter och bonusbarn ett liv som Karin längtat efter många gånger Ett normalt liv utan ångest, ett liv inte så skilt från många andras, med promenader och tv-tittande.

Den danska motsvarigheten till vår tidning Psyche heter Psykiatrisk Sykepleje. 2006 publicerades en artikel om Jan Nielsen och hans reflektioner över att arbeta tillsammans med Karin Dyhr som han första gången träffade när han arbetade som avdelningsföreståndare på en psykiatrisk klinik. Jan har speciellt intresserat sig för personlighetsstörningar och har utvecklat sin arbetsmetod. Han menar att det viktigaste är första mötet och de inledande minuterarna i detta möte. Det krävs nyfikenhet, tålamod, öppenhet, tydlighet och ärlighet.

I mötet med Karin var motivationen för Jan ingen ville ha hand om henne, hon var anledning till oenighet och konflikter i personalgruppen. Hon var en besvärlig patient. Han berättar att han var en ung sjuksköterska som ville ha respekt från den övriga personalen. Hans förutsättningar var alltså inte en speciell redan utarbetad behandlingsmodell. Han menar att alla söker en relation och att skada sig själv är ett uttryck för kommunikation. Det innebär att arbetet består i att koda vad självskadebeteendet har för budskap.

"Hon beskriver sig samtidigt som ett levande mirakel eftersom hon haft i stort sett alla psykiatriska diagnoser och tillfrisknat."

Karin avvisade Jan inledningsvis men denna avvisning var också en kontakt. Starten handlade om att välja varandra, genom att skapa de trygga ramar, sätta gränser för att se om relationen skulle vara hållbar.

Under själva arbetsfasen utvecklade de tillsammans metoder för deras kommunikation. Det kunde innebära att Karin ringde till Jan och berättade om en situation som de sedan tillsammans satte ord på. Arbetssättet innebar att Jan fick använda sina egna erfarenheter på ett speciellt personligt sätt ett exempel på detta är när Karin frågade hur det kändes att vara förälskad. Avslutningen bestod för båda parter att släppa taget och att acceptera situationen som var sårbar för båda, efter den långa behandlingstiden 14 år.

Karin Dyhr
är författare som har skrivit boken "Glaspigen" tillsammans med Marianne Holmen som handlar om hennes egna upplevelser.

Trauma ur ett kultur- och invandrarperspektiv

Av: Hans Bergman

I Sverige är vi dåliga på att integrera flyktingar. Enligt en stor undersökning så hamnar Malmö och Stockholm i botten bland städer i Europa vad gäller integration. Vägen till god integration går via en hälsofrämjande introduktion menar Solvig Ekblad, docent och forskningsgruppledare vid Institutet för Psykosocial Medicin (IPM), vars föredrag handlade om trauma ur ett kulturellt- och flykting perspektiv.

Vi behöver bli bättre på att introducera detta perspektiv i asyl- och flyktingmottagandet. Evidens och praxis går sällan hand i hand och nya grupper av flyktingar har nya behov och möter nya utmaningar, och det finns därför ett stort behov av utökad samverkan mellan akademi, utbildning och praktik.

Varje år söker sig nya människor till Sverige och man räknar om några år med att en fjärdedel av befolkningen kommer att vara utrikes födda eller barn till utrikes födda. En del av dem som kommer hit är på flykt eller kommer hit som anhöriga. En stor del av dem har flytt sina hemländer då inget längre finns att leva av där. Krig eller naturkatastrofer har berövat dem deras materiella tillhörigheter. Andra har sett sina nära och kära bli torterade eller dödade. Några har till och med tvingats att själva utföra tortyrhandlingar för att överleva, varför offer och förövare ibland kan rymmas i en och samma person, vilket naturligtvis gör livet ytterligare komplicerat. Vare sig man varit vittne till fruktansvärda händelser eller själv blivit offer så sätter det spår.

Asylsökande och flyktingar bär med sig olika traumatiska erfarenheter. Att vänta på asyl innebär ytterligare påfrestning i form av postmigrationsstress, och en vanlig diagnos är PTSD, eller med en svensk översättning PTSS (Post Traumatiskt Stress Syndrom). Att bli sedd, hörd och trodd är nödvändigt i den så kallade postmigrationsfasen när man söker asyl. Ett bra mottagande och en snabb och korrekt asylhandläggning är därför av yttersta vikt då man kommer till sitt nya värdland. Man räknar med att prevalensen för att utveckla PTSS är ungefär 50 % för alla som utsatts för tortyr.

Målet med en bra flyktingpolitik är ”empowerment”, det vill säga att få människor att känna sig trygga och att de har kontroll över sina liv. Hur uppnår man då detta, hur kan man hjälpa människor att känna sig delaktiga, att få dem att känna sammanhang och mening och att de bidrar till samhället, kanske inte minst att få dem att känna sig trygga från hot? En identitet som bekräftas, egen ekonomi, familj, vänner och hälsa är grundstenar för att kunna bygga upp ett liv i ett nytt land. Man vet att det är verksamt att delta i meningsfulla aktiviteter som är anpassade efter de individuella behoven men mycket av introduktionsinsatserna ute i kommunerna är tyvärr inte anpassade utifrån evidens utan snarare efter utbudet.

Som ett exempel på dålig passform mellan behov och introduktionsinsatser nämner Solvig att schemalägga undervisning i svenska för invandrare (sfi) till klockan åtta på morgonen för personer med PTSS som troligen har sovit dåligt hela natten på grund av mardrömmar. Dessa har sannolikt inte så stor möjlighet att tillgodogöra sig den undervisningen, och hade förmodligen presterat bättre både vad gäller närvaro och innehåll om kursen varit förlagd till eftermiddagen. Man vet också att människor som lider av PTSS ofta har svårigheter både med koncentration och att känna meningsfullhet i viktiga gemensamma aktiviteter. Men många nyanlända flyktingar kan delta i enkla gruppaktiviteter och det är viktigt att fånga upp dem i ett tidigt stadium för att stärka deras egna resurser till hälsa. Solvig nämner ett exempel på en hälsofrämjande frivillig aktivitet för deltagare som går på sfi. Det är en kurs, så kallad psykosocial stresskola, hämtad från kollegan professor Richard Mollica vid Harvard Program in Refugee Trauma, USA. Denna kurs pågår under fem veckor, med särskilt program (kunskapsinhämtning och besökspromenad tillsammans samt reflektion efter varje gång) om 2tim/vecka. En utvärdering genomförs (för- och eftermätning). Vid kursens slut utdelas ett diplom till varje deltagare. Dessa träffar leds av Solvig och introduktionshandläggare Kristofer Zätterström, Botkyrka introduktion. Varje tillfälle har ett tema, t ex näringslära, motion, hur man talar med sin doktor och information om symtom på nedstämdhet och stress samt vad som ingår i ett hälsofrämjande introduktionsprogram.

För att personal och patient i vårdmötet ska förstå varandra utifrån var och ens unika kontext är det viktigt att vi som personal börjar med oss själva. Detta innebär att som personal bli medveten om och kunna reflektera över betydelsen av egen och andras bakgrund, kulturell och annan, nuvarande levnadsförutsättningar i ett maktperspektiv och vilken betydelse det får för arbetet med patienter och anhöriga eller kollegor i vården. Evidens, det vill säga god kunskap om migration och stress är nödvändigt att ha för hälso- och sjukvårdspersonal, särskilt i primärvården (som är första linjens psykiatri) och psykiatrin. Institutet för Psykosocial Medicin fokuserar sin migrationsforskning på vilka framgångsfaktorerna är för att lyckas etablera sig i det svenska samhället. Man har utbyte och samarbetar med flera andra stora universitet runt om i världen kring migrationsforskning. Den 1:a oktober läggs IPM ned som myndighet och forskningsdelen överförs till ett nytt stressforskningsinstitut vid Stockholms universitet.

www.psykosocialmedicin.se

Solveg Ekblad
är docent i transkulturell psykologi och gruppledare Migration och hälsa, Institutet för Psykosocial Medicin. Hon är dessutom adjungerad universitetslektor på Psykiatri - HS, Institutet för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet och programansvarig Transkulturell psykiatri, FoU/Allmänpsyk. kliniken Sydväst i Stockholm.

Anorexikliniken
-ett studiebesök på Rikshospitalet Köpenhamn

Av: Ann-Chatrine Ahlén. Ätstörningsenheten i Västmanland

Efter en lång bussresa genom fredagsrusningen i Köpenhamn var jag och 15 kollegor från grannländerna framme vid Strandboulevarden, Österbro där Anorexikliniken finns sedan ett år tillbaka i nya, fräscha lokaler. Vi togs emot av avdelningsföreståndaren Annette Rothenborg som arbetat där i 10 år.

Anorexikliniken har fungerat som specialistklinik sedan 1995 och låg tidigare på Rikshospitalet men har alltså sen ett år tillbaka flyttat och finns nu mer centralt i Köpenhamn. Det är en veckoavdelning som har plats för 10 dygnet-runt-inlagda patienter, och man tar emot de allra svåraste anorexipatienterna i Danmark. All vård är frivillig här. Majoriteten av patienterna är unga kvinnor mellan 20-35 år och den genomsnittliga behandlingstiden är ungefär ett år. Någon enstaka pojke har också behandlats inom teamet.

Personalstaben på avdelningen består av ett tvärvetenskapligt team. Tillsammans blir det 17 årstidsarbetare fördelat på 20 tjänster. Förutom läkare, sjukgymnast och dietist fanns där 16 sjuksköterskor, flera med psykoterapeutisk kompetens.

Utöver avdelningen så ingår det i kliniken även ett mobilt team som arbetar hemma med gravida kvinnor samt nyblivna mammor med anorexi. Det fanns också en poliklinisk gruppbehandling med fokus på psykoedukation samt patienter på utslussning som kom på polikliniska samtal.

Den behandlingsfilosofi som gäller på kliniken är att anorexi inte handlar om överdriven självupptagenhet eller att man har en överdriven lust till att äta, utan att det är en allvarlig psykiatrisk sjukdom. Det är den sjukdomen inom psykiatriområdet som flest patienter dör i. Man menar dock att anorexi är en sjukdom som faktiskt går att bota, om man bara tar ett helhetsgrepp kring problematiken. Att bara ge medicinsk behandling, alternativt psykoterapi som enda intervention är lika meningslöst som att ”göda upp” patienterna till normalvikt . Här krävs en 2-stegsbehandling för tillfrisknande. Det ena steget är mat för viktökning och det andra är psykoterapi i kombination med miljöterapi.

All behandling inleds med att man skriver kontrakt där man lovar att följa dom strikta regler som gäller på avdelningen, t.ex. att gå upp cirka ett kilo i veckan. I inledningen av behandlingen är alla patienter sängliggande och alla samtal sker inne på patientens rum. I takt med att vikten stiger så ändras behandlingen till fler gruppbehandlingar och livet utanför blir mer och mer tillgängligt. I början av behandlingen har man också besöksförbud.

De övergripande behandlingsmålen var:

- Att korrigera allvarliga livstörande komplikationer som tex suicidalitet och självskadebeteende. Man arbetade utifrån dialektisk beteendeterapi med detta.
- Att patienten går upp till en stabil vikt
- Att korrigera skev kroppsuppfattning
- Att bearbeta psykologiska konflikter
- Att uppnå större kunskap om sig själva och sitt samspel med andra människor och att utveckla sociala färdigheter
- Att patienten stöttas i att utveckla en sundare identitet och ersätta sitt anorektiska levnadssätt med ett sundare alternativ.

”Att bara ge medicinsk behandling, alternativt psykoterapi som enda intervention är lika meningslöst som att ”göda upp” patienterna till normalvikt.”

”Ann-Chatrine Ahlén diskuterar med posterutställaren Urban Norén från Göteborg.”

Sjuksköterskorna är kontaktpersoner till patienterna och har det övergripande ansvaret för att skapa och bibehålla en allians och kontinuitet i behandlingen. Förutom att samtalet är ett viktigt redskap så har även måltiderna en särskild betydelse.

Personalen är med vid måltiderna, dels som rollmodeller, dels för att stötta patienten. Under måltiderna diskuteras inte kalorier, tillredning, smak eller liknande ämnen.

Det är fasta regler som styr matintaget. Maten skall ätas upp på en bestämd tid (30 min) om detta inte sker, kompletteras maten med en näringsdryck. Patienterna sitter alltid på en och samma plats tillsammans, medan personalen sitter vid ett eget bord i samma rum. Det serveras mat tre gånger per dag, och går man inte upp på det kompletterar man med mellanmål alternativt näringsdryck. I början lägger personalen upp maten men allteftersom patienten går framåt i behandlingen får dom själva ta ansvar för detta. Personalen väljer själv vad dom vill äta och äter alltså inte nödvändigtvis samma mat eller portionsstorlekar som patienterna. Det blev en hel del bråk och utspel kring detta, men Annette Rothenborg menade att maten är medicinen för patienterna och att detta kan man förklara för patienten. Det viktigaste för patienten är att hon faktiskt fokuserar på sin egen tallrik och sin egen mat, och slutar bry sig om vad andra äter/inte äter.

Utöver att vara kontaktperson till sin patient och arbeta i miljön så var sjuksköterskorna på enheten något som kallades för logbokspartner till sina patienter. Logbokssamtalen är tidsbegränsade med ett klart och tydligt förutbestämt innehåll. För att få vara ansvarig för den här typen av samtal skulle sjuksköterskan ha arbetat minst ett år på kliniken.

Som det framgår av ovanstående så är det en långvarig process till ett tillfrisknande. Internationella undersökningar visar att ett samlat behandlingsförlopp inklusive polikliniska kontakter kan sträcka sig upptill 5 år, därmed är det sagt att patienterna inte är 100% friska när dom skrivs ut, utan att det behövs en lång efterbehandling.

Som chef för ätstörningsenheten i Västmanland så gav detta studiebesök mig en extra dimension. Jag fick många tankar och funderingar över hur vår verksamhet hemma fungerar. Vi arbetar också utifrån ett liknande tänk och det kändes skönt att få bekräftelse på att häva svält, normalisera ätande i kombination med olika former av psykoterapi är en vettig väg att gå i behandlingen av dessa svårt sjuka flickor (och även pojkar naturligtvis).

Från vår horisont så lät tre mål om dagen och en viktuppgång som en ganska omöjlig ekvation. Vi rekommenderar 5 mål mat om dagen och en viktuppgång på 0.5 kg/vecka vilket kan vara nog så svårt trots det stora antalet måltider. I regel brukar vi ofta få lägga till näringsdryck för att få den önskade viktuppgången.

Kopplingen mellan viktuppgång och ökade förmåner vad gäller t.ex. frigång och möjligheterna att röra sig utanför enheten är helt klart en av framgångsfaktorerna i deras behandling.

”Förutom att samtalet är ett viktigt redskap så har även måltiderna en särskild betydelse.”

Den största vinsten som jag kan se är ändå att patienten varje helg fick möjlighet att prova sina vingar på hemmaplan.

Att komma hem från en lång vistelse på ett behandlingshem och börja implementera allt man har lärt sig är ett svårt och långt arbete som inte låter sig göras så lätt. Därför tänker jag att den här behandlingsmetoden med veckoavdelning är otroligt bra just utifrån det. Jag skulle önska att fler av våra flickor som kommer hem från behandlingshem var bättre rustade för att klara sig på egen hand.

Ett av våra utvecklingsområden i Västmanland är just att klara av fler patienter på hemmaplan och det här studiebesöket skulle verkligen kunna fungera som en inspirationskälla för en större och vidare diskussion i ledningsgruppen.

Titel: Den översvämmade hjärnan
Författare: Torkel Klingberg
Förlag: Natur och kultur
Recensent: Mikael Nilsson

Vi har nog alla märkt skillnaden av att informationsbruset ökat kraftigt de sista 10- 15 åren och att det verkar som om det accelererar fortfarande. Mobiltelefoner med en massa funktioner som SMS, MMS, e-post, Internet, fax. Allt för att vi skall kunna kommunicera med varandra på ett enkelt och smidigt sätt. Våra hjärnor har fått mycket mer information att sortera och att ta hand om och att arbeta med. Det är också adekvat att ställa sig frågan om vi verkligen kan ta emot all information som strömmar emot oss.

Många av oss kommunicerar med omvärlden på flera sätt samtidigt ex. pratar i telefon och söker information på Internet samtidigt. Klarar våra hjärnor verkligen av detta på sikt?

Torkel Klingberg har skrivit boken "Den översvämmade hjärnan, en bok om arbetsminne, IQ, och den stigande informationsfloden" Han är professor i kognitiv neurovetenskap vid Stockholm Brain Institute, Karolinska Institutet. Han har forskat om hur våra hjärnor hanterar uppmärksamhet och arbetsminnet. Han har också undersökt hur våra hjärnor kan förbättras med hjälp av träning.

Han skriver i boken att våra hjärnor har en begränsad kapacitet att hantera information och att han vill förmedla svaret om varför det är så och hur vi kan träna upp våra hjärnor och på så sätt få en större kapacitet

En modern arbetsplats idag innebär en mängd olika stimuli i form av massor av e-mail som på något sätt skall besvaras eller åtgärdas. Telefon som ringer när man är koncentrerad på något annat, faxen som tickar fram någon rapport som skall läsas. Samtidigt så kanske en medarbetare stå i dörren och vill fråga något. Om det nu finns en dörr, många sitter dessutom i ett kontorslandskap och stimuleras av bruset från alla andra i närheten.

En amerikansk undersökning visar att man på ett kontor i genomsnitt blir störd av något som ändrar ens koncentration var 3:e minut och att de som jobbar med datorer i genomsnitt har 8 olika fönster uppe samtidigt. Torkel Klingberg fråga sig i boken om våra hjärnor håller på att svämma över av information. Svaret blir att vi ofta håller fler bollar i luften än vad vi klarar av. Vårt arbetsminne är begränsat i frågan om hur mycket vi kan ta in samtidigt i våra hjärnor. Man kan säga att vi har ett inbyggt mentalt bredband som har sina begränsningar. Människan har haft samma kapacitet sedan Homo Sapiens utvecklades för ca 200 000 år sedan och fram till alldeles nyligen så har den kapaciteten varit fullt tillräcklig för det vi då företog oss. Nu verkar det som om vi skulle behöva uppgradera oss en aning för att hänga med i den informationsfloden som sköljer över oss.

En amerikansk psykiatriker har myntat begreppet Attention Deficit Trait (ett tillstånd av uppmärksamhetsförlust) för att beskriva den överstimulerade situationen många nutidsmänniskor befinner sig i. Ett slags vuxen ADHD med koncentrationssvårigheter som främsta symtom och som gör att vanligtvis duktiga personer underpresterar.

Författaren menar att arbetsminnet är en mycket viktigt funktion som har sina tydliga begränsningar men också att det går att träna upp det. Personer med hög arbetsminneskapacitet är bra på problemlösning och är bra på att koncentrera sig på det som är viktigt just nu.

Den översvämmade hjärnan är en bok som tar upp ett viktigt och i högsta grad aktuellt ämne på ett tydligt och väl underbyggt sätt. Den beskriver också för läsaren hur man kan på ett vardagsmässigt och enkelt sätt träna upp sina mentala muskler. Vidare så beskriver boken dataspelandets påverkan på den unga personen. 60% av pojkar mellan 11 och 16 år spelar dataspel mer än 4 gånger i veckan. Det är alltså i särklass det största fritidsintresset för denna grupp. På något sätt påverkas deras hjärnor och kognitioner av dataspelandet. Frågan är bara hur?

Titel: Från Akupunktur till Schamanism
Guide till komplementär- och alternativmedicin
Författare: Suzanne Schönström
Förlag: Natur och Kultur
Recensent: Anna-Karin Johansson

Suzanne Schönström har en mastersutbildning i medicinsk antropologi från University of London. Hon är akupunktör, shiatsuterapeut och arbetar som föreläsare och kursutvecklare i komplementär- och alternativ medicin vid Karolinska Institutet. Dessutom har hon för WHO:s räkning tagit fram riktlinjer vad gäller traditionell och komplementär medicin för konsumenter.

Hon har tidigare skrivit boken Kinesisk medicin – traditionell läkekonst i modern tid.

Länge har skolmedicinen avfärdat komplementär- och alternativmedicinen. På senare tid har intresset väckts och man har börjat diskutera vad som kan användas inom skolmedicinen. Dessutom ökar behovet av kunskap kring ämnet då våra patienter ställer frågor som vi vill kunna svara på. Rapporten Stockholmare och den komplementära medicinen visade att hälften av alla Stockholmare någon gång provat komplementär medicin.

Boken är en guide både för den som är ny på området och den som är insatt men vill veta mer. Den handlar om komplementär medicin generellt och vad som utmärker den.

Författaren har tänkt att boken skall vara som en hjälp att sålla bland metoderna samt få en bild av vad man kan förvänta sig av en behandling. Man får också tips att välja en lämplig terapeut.

Boken rymmer en stor mängd olika behandlingar och metoder, de flesta av de vanligaste metoderna som erbjuds vid sidan om den offentligt finansierade vården som psykosyntes, konstärliga terapier, homeopati även medial rådgivning och schamanism tas upp.

Boken har grovt sett fyra olika avsnitt. Börjar med inledning där författaren sätter in läsaren mer allmänt i området ex vad som är utmärkande för komplementär medicin. Där ges även tips kring val av både behandlingsmetod och terapeut.

Andra delen är bokens huvuddel, går in och beskriver de olika behandlingarna.

För varje metod ges en beskrivning av hur den uppstod, hur den tillämpas och vad den anses vara bra för. Metoderna är många och skiljer sig åt men det finns gemensamma nämnare, till exempel en holistisk syn på människan och betydelsen av att stödja kroppens naturliga läkemekanismer.

Tredje delen handlar om egen träning, bland annat Yoga.

Fjärde och sista delen beskriver psykiskt och själsligt inriktade terapier. Från konventionell psykoterapi till medial rådgivning och astrologi.

Boken tar också upp och diskuterar kritik mot komplementär- och alternativ medicin (KAM), framtidens medicin och begreppet integrativ medicin där komplementär medicin och skolmedicin används tillsammans.

Alla uppgifter baseras på publicerade undersökningar, samtal med terapeuter och forskare samt författarinnans egna upplevelser.

Jag tycker Suzanne Schönström lyckats mycket bra med sin guide i bokform och rekommenderar boken varmt. Förklaringarna är enkla och tydliga och språket i boken är lättläst. Det är spännande att se vilken mängd av olika behandlingar som finns och läsa om deras ursprung och användning. Jag har ett eget intresse för ämnet och möter i mitt arbete allt oftare människor som "lagt till" en komplementär behandling och då känns det bra att ha viss kunskap i ämnet.

Jag kan tänka mig att många skulle ha hjälp och nytta av denna guide både privat och professionellt, för rådgivning men kanske även för att våga prova något nytt.

Titel: Psykiatrisk Rehabilitering
Författare: Marianne Farkas, William Anthony m. Fl.
Svensk Översättning: Bodil Lindqvist

Förlag: Psykiatrin i Halland, Landstinget år 2007-09-05
Recensent: Mikael Nilsson

I våras utkom boken "Psykiatrisk Rehabilitering" som är en översättning från engelskan. Boken är ett standardverk inom området och som på ett mycket övergripande sätt belyser domänen ur flera olika synvinklar. Stor vikt läggs vid att beskriva den forskning som är gjord inom psykiatrisk rehabilitering. Hela boken har en positiv atmosfär där författarna menar att det finns mycket verkningsfulla insatser att utföra för att hjälpa personer med ett psykiskt funktionshinder. En framtidsvision beskrivs på följande sätt "Ett psykiatriskt servicesystem som betraktar människor med psykiska funktionshinder ur ett holistiskt perspektiv, som personer som kan bidra med något positivt och som behandlas därefter"

Ing-Marie Wieselgren, psykiatriker och sekreterare i Nationell psykiatrisamordning skriver i förordet att det gått trögt att nu ut med rehabiliteringskonceptet till de inblandade aktörerna. Hon är dock optimistisk och ser det som en självklarhet att kunskaperna och klokheten segrar till slut. Hon menar att inom området så finns en outnyttjad potential som ger hopp inför framtiden.

Beroende på olika epoker inom psykiatrisk historia så har rehabilitering för de drabbade varit aktuellt. På 90-talet så fick området ordentligt fotfäste och många enheter i Sverige lade ner resurser på att utveckla metoder och arbetssätt och man gjorde detta ibland utan att ha de grundläggande kunskaperna.

Psykiatrisk rehabilitering blev i alla fall under slutet på förra millenniet på allvar en av de 3 stora viktiga beståndsdelarna inom psykiatrisk vård. De andra 2 är förebyggande åtgärder samt psykiatrisk behandling.

Vad innebär egentligen psykiatrisk rehabilitering? Syftet till att området utvecklats är att funktionsförmågan samt livskvaliteten skall öka för gruppen av människor som lider av psykiska funktionshinder och så att de skall fungera bättre i det vardagliga livet. Detta skall uppnås genom förbättrat stöd och en utvecklad färdighetsträning.

Ett kapitel i boken ägnas åt att ge en översikt över den forskning som är gjord inom området. Det finns en stor mängds studier gjorda. Det finns en stark evidens som visar att det finns anledning att vara positiv med tanke på allt som finns kvar att göra inom psykiatrisk rehabilitering. Idag finns kunskapen om att rehabilitering för målgruppen är i högsta grad är verkningsfullt. Den stora utmaningen just nu torde vara att kommunicera ut all denna kunskap till berörda aktörer, de professionella vårdgivarna som arbetar runt de personer som har psykiska funktionshinder.

Inom färdighetsområdet betonas att social träning ger ett bra resultat. I sammanhanget så nämns Robert Lieberman som har utarbetat "Ett Självständigt Liv" som är ett psykopedagogiskt strukturerat program. ESL har fått en bra spridning i Sverige och är översatt och anpassat till svenska förehållanden av psykologen Per Borell.

De flesta studierna som författarna hänvisar till har fått en del år på nacken, majoriteten är gjorda mer än ett decennium tillbaks och en del så tidigt som på 70-talet. Mycket har tack och lov hänt sedan dess inom svensk psykiatri, så många studier känns inaktuella. Önskvärt vore fler studier som är gjorda efter dagens förutsättningar.

Sammanfattningsvis kan sägas att Psykiatrisk Rehabilitering är ett heltäckande verk som bygger sina välgrundade slutsatser på vetenskap och beprövad erfarenhet. Boken tar upp alla områden inom ämnet och bör vara given läsning för alla som på något sätt är involverad i psykiatrisk rehabilitering.

Titel: Sluta grubbla – börja leva
Författare: Steven C. Hayes

Förlag: Natur och Kultur
Recensent: Christina Reslegård

Denna bok tar (enligt baksidestexten) fasta på människans komplexitet och visar hur du kan gå från lidande till ett liv där du är tillfreds med dig själv och din omgivning (Sic!!). Boken ska visa hur vi ska leva fullt ut med vår livshistoria genom att acceptera ilska, sorg och rädsla.

Författaren är professor i psykologi vid University of Nevada. Han är också en av grundarna till ACT-metoden, Acceptance and Commitment Therapy. ACT räknas till tredje vågens kognitiv beteendeterapi. Metoden lär ut vikten av acceptans, engagemang och medveten närvaro (mindfulness).

Min förväntan på boken är att den ska tillföra det som en "allätare" ofta saknar i KBT. Något slags resonemang utanför metodiken och övningarna. Något om vårt inre och om det vi har emellan oss. Den tredje vågens KBT har ju just uppmärksammat detta så mycket mer än de tidigare "vågorna".

Utgångspunkten är att psykisk smärta har två källor – dels problemet i sig t ex ångest eller depression, dels att problemet hindrar individen att leva det liv hon eller hon önskar. Kanske blir det allra tydligast om man tänker på den som drabbas av panikångest och får ett alltmer minskande livsutrymme i takt med att allt fler situationer upplevs som farliga. Detta kallas i denna bok för det närvarandes smärta respektive det frånvarandes smärta. Alla upplever vi att ju hårdare vi kämpar för att hålla det närvarandes smärta borta desto mer ökar upplevelsen av det frånvarandes smärta. Alltså inriktar sig metoden inte så mycket på att "lösa" problemen som att ge livet en ny inriktning så att det ligger mer i linje med individens personliga, grundläggande värderingar.

Här finns ett kapitel om mindfulness med praktiska tips om hur vi kan öka vår medvetna närvaro – detta som är så välgörande men ändå

Här finns kapitel om språk, om undvikandestrategier, om acceptans och icke-acceptans och kapitel om många andra fenomen och begrepp.

Det är hela tiden tankeväckande, ofta skrattretande (hur vi bär oss åt), det är inte svaret på allt eller den slutgiltiga metoden att bli lycklig men det är bra! Det som är bäst är blandningen mellan teoretiska resonemang och praktiska övningar.

C:et i ACT betyder commitment – ett åtagande. Jag kan se att ett arbete med den här boken som självhjälp eller som struktur för en psykoterapeutisk behandling kan vara ett åtagande mot (eller med?) sig själv och sin hälsa. Jag tror att jag kommer att få praktisk nytta av boken i mitt arbete inom primärvården. Jag kan tänka mig att rekommendera den till patienter som självhjälp eller att använda delar av den eller hela i det direkta arbetet

Aktuella konferenser

ACT - Acceptance and Commitment Therapy
När: 6-7 november 2007
Var: Stockholm
Info: www.cku.se

PRF:s seminarium om demenssjukdom
När: 16 november 2007
Var: Halmstad
Info: www.psykriks.se

Vuxna med neuropsykiatriska funktionshinder
När: 20-21 november 2007
Var: Stockholm
Info: www.iqpc.se

Verksamhetsförlagd utbildning i högskolans vårdutbildningar
När: 20- 21 november 2007
Var: Jönköping
Info: www.swenurse.se

International Nursing Research Conference Facing the Challenge of Health Care Systems in Transition
När: 30 juni-3 juli 2008
Var: Jerusalem, Israel
Info: www.internationalnursingconference.org

Heikki Ellilä

Heikki Ellilä, ordförande för den finska motsvarigheten till vår riksförening samt medlem i PSSN:s styrelse och Horatios styrelse har 31 augusti försvarat sin avhandling vid Åbo akademi.

Avhandlingens namn är Child and adolescent psychatric inpatient care in Finland.
Psykiatriska Riksföreningen sänder en gratulation.

När två människor möts, möter den enes omedvetna den andres omedvetna – utan att de vet om det.

Sigmund Freud

Ta chansen att tycka till!

Psykiatriska Riksföreningen arbetar med en kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård, Arbetet har skett i en arbetsgrupp som består av ledamöter från PRF:s styrelse samt två utomstående resurspersoner.

Ett preliminärt förslag till kompetensbeskrivning finns på vår hemsida www.psykriks.se och vi ser gärna att medlemmar i PRF och andra intresserade kommenterar förslaget. Kommentarer skickas till richard.brodd@bredband.net före 1 december 2007.

PRF:s årskonferens 2008

Psykiatriska Riksföreningens årskonferens 2008 äger rum 24-25 april i Vadstena. Vårt tema kommer att vara psykiatrisjuksköterskans yrkesroll historiskt och i framtiden. Vi kommer att presentera den nya kompetensbeskrivning som PRF tagit fram.

Vi kommer dessutom att presentera resultatet av en enkät som genomförts i samarbete med Vårdförbundet där vi undersökt psykiatrisjuksköterskors syn på sitt arbete. Kom och lyssna till Gunnel Svedberg, Ingela Skärsäter, Roger Qvarsell och många fler intressanta föreläsare. Fullständigt program kommer i nästa nummer av Psyche.

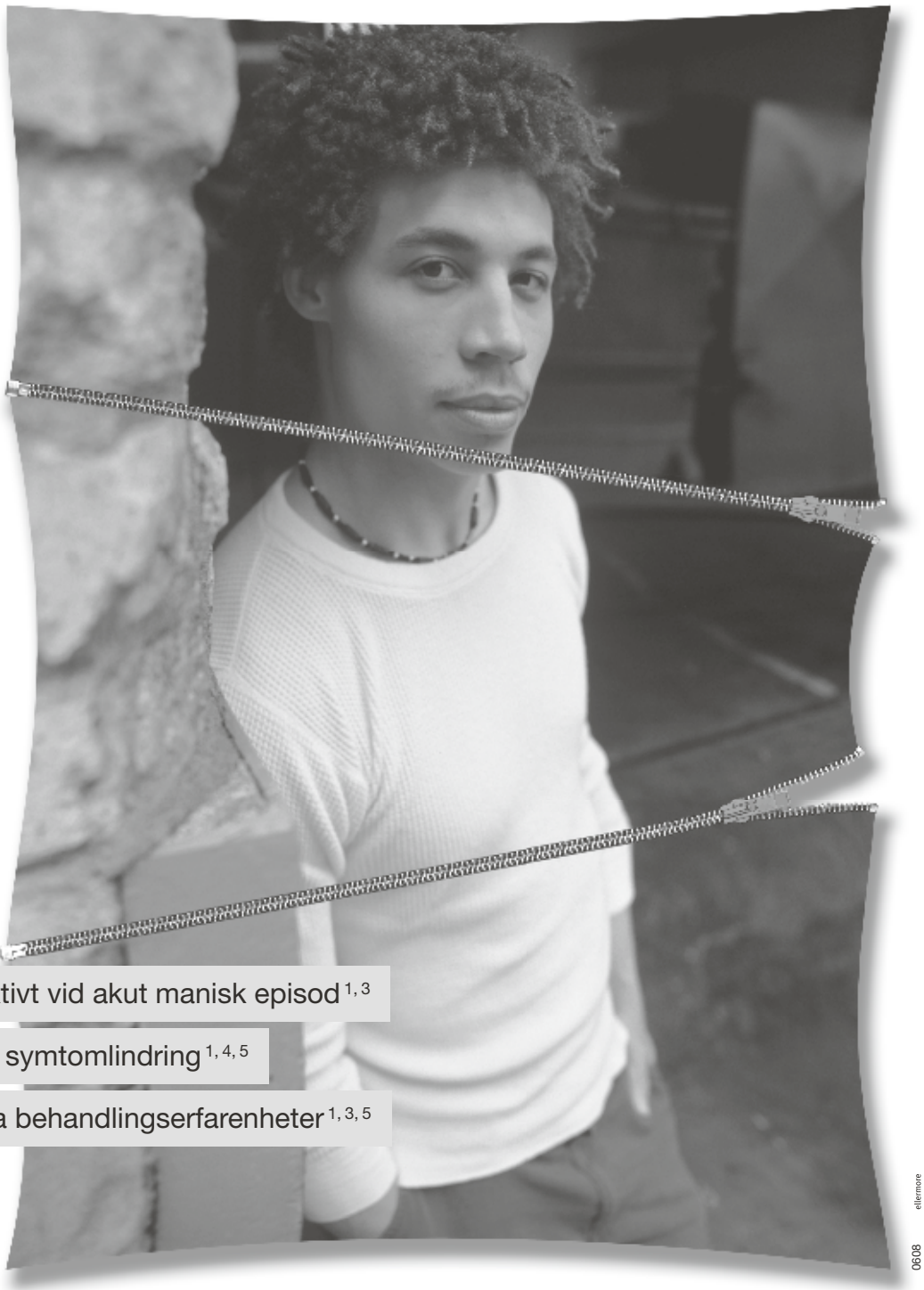
HORATIO

Vår europeiska organisation för psykiatrisjuksköterskor har en egen hemsida **www. horatio-web.eu**
Där kan du hitta information om den nybildade föreningen och ta del av de aktiviteter som planeras.

Det är nästan omöjligt att bli av med vänlighet – den kommer alltid tillbaka!

Stefan Einhorn

SIMON PRATAR OM DET STORA GENOMBROTTET.
MED RÄTT BEHANDLING KAN DU FÅ HONOM ATT KÄNNA SIG TILLFREDS MED VERKLIGHETEN.



Effektivt vid akut manisk episod [1, 3]

Bred symtomlindring [1, 4, 5]

Goda behandlingserfarenheter [1, 3, 5]

0608 ellermore

SE TILL HELA DIN PATIENT.
SEROQUEL® HJÄLPER DIG – IDAG OCH IMORGON[1, 2].

Seroquel erbjuder förbättring av ett brett spektrum av maniska och psykotiska symtom i den akuta maniska fasen. Patienten blir hjälpt både under det initiala skedet och den fortsatta akuta maniska episoden[1, 3].

Idag är Seroquel ett av de snabbast växande atypiska antipsykotiska läkemedlen i världen[6].

SEROQUEL® – VID SCHIZOFRENI OCH BIPOLÄR MANI

Seroquel®
quetiapin

IDAG OCH IMORGON[1, 2]

AstraZeneca Sverige AB, 151 85 Södertälje. Tel 08-553 260 00. www.psykiatriinfo.se

1. Vieta E et al. Curr Med Res Opin 2005;21(6):923-34. Sammanslagning av registreringsstudier vid akut manisk episod över 84 dagar. 2. Kasper S et al. Int Clin Psychopharmacol 2004;19:281-9. Öppen förlängningsstudie av fyra fas III studier vid schizofreni över fyra år. 3. Yatham L et al. J Clin Psychopharmacol 2004;24:599-606. 4. McIntyre et al. Poster presenterad på APA, New York, 2004. 5. Sachs G et al. Bipolar Disorders 2004; 6: 213-23. 6. IMS Health, MIDAS, All Countries, Standard Units Market Share Change, Year 2005 vs Year 2004; IMS Health, MIDAS, European Countries (22 countries), Standard Units Market Share Change, Year 2005 vs Year 2004.

Seroquel®, 25 mg, 100 mg, 200 mg och 300 mg. Substans: quetiapin. Farmakologisk grupp: N05A H04. Indikation: Behandling av schizofreni och behandling av maniska episoder av måttlig till allvarlig svårighetsgrad (bipolär sjukdom). Det har inte visats att Seroquel förhindrar återfall av maniska eller depressiva episoder. Dosering/administrering: 2 gånger dagligen, med eller utan mat. Bland de vanligaste biverkningarna finns yrsel, somnolens och huvudvärk. För mer information se www.fass.se.

Hjälper dina patienter att få en bättre förståelse för sin sjukdom och hur den behandlas.

Att komma bort från stigmatiseringen och lära sig hantera den nya livssituationen är några av målen med utbildningen.

Utbildningen anordnas även för anhöriga i regi av Schizofreniförbundet och Studieförbundet vuxenskolan.

Boken har utarbetats av 18 europeiska patient- och vårdorganisationer.

Schizofreniskolan "Upptäck vägen framåt" är en basutbildning som är enkel att handleda och enkel att ta till sig. Bygger på gruppdiskussioner utifrån patientfall och egna erfarenheter.

SCHIZOFRENISKOLAN MÖJLIGGÖR EN BÄTTRE VARDAG FÖR DINA PATIENTER

Patienter som får diagnosen schizofreni behöver råd och stöd för att lättare förstå och leva med sin sjukdom.

Schizofreniskolan – "Upptäck vägen framåt" är en praktiskt inriktad utbildning som ger dina patienter grundläggande kunskaper om schizofreni och hjälper dem att komma vidare i livet. Målet är att kunna hantera sin nya livssituation, komma bort från stigmatiseringen och återvinna självförtroendet. Enkla, handfasta råd om hur man kommer igång på morgonen, planerar sin vardag och sköter sin behandling varvas med patientberättelser och rollspel där man tränar olika vardagssituationer.

"Upptäck vägen framåt" är utarbetad av 18 europeiska patient- och vårdorganisationer, däribland Schizofreniförbundet, i samarbete med Bristol-Myers Squibb.

För att beställa ett utbildningspaket e-posta till infosverige@bms.com eller kontakta Bristol-Myers Squibb på telefonnummer: 08-704 71 00.

Bristol-Myers Squibb
Box 15200, 167 15 Bromma
Tel 08-704 71 00 www.bms.se

FÖRTROENDEVALDA I PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN

STYRELSE

Ordförande
Christina Reslegård
Silvanusvägen 37
831 55 Östersund
063-463 13 b
0640-166 37 a
christina.reslegard@jll.se

Vice ordf
Henrik Gregemark
Hornsgatan 139
117 28 Stockholm
08-658 32 41 b
08-587 312 15 a
henrik.gregemark@sll.se

Kassör
Richard Brodd
Oskarsgatan 4
414 63 Göteborg
031-24 00 23 b
031-343 82 18 a
richard.brodd@bredband.net

Sekreterare
Mikael Malm
Stockholmsvägen 29
611 37 Nyköping
0155-21 21 11 b
0155-24 75 59 a
mikael.malm@dll.se

Nätverksansvarig
Elisabeth Iggström
G.a Tylösandsv.131
305 91 Halmstad
035-345 22 b
0430-157 87 a
elisabeth.iggstrom@lthalland.se

Studieansvarig
Marie-Louise Wållberg
Lasarettsbacken 3
907 46 Umeå
090-19 85 43 b
090-785 65 67
marielouise.wallberg@vll.se

Redaktörer
Hans Bergman
hansbergman@telia.com

Mikael Nilsson
Nyens väg 26
432 53 Varberg
0340-48 13 93
mikael.nilsson@lthalland.se

Medlemsansvarig
Ann Ingvarsson
Östersjövägen 282
295 91 Bromölla
044-12 91 05 arb
0456-261 14 hem
ann.ingvarsson@spray.se

REDAKTÖRER

Christer Johansson
Utsiktsvägen 5
459 30 Ljungskile
0522-93991/0 a
christer.k.johansson@vgregion.se

Monica Caesar
Staketgatan 9
803 24 Gävle
026-123 453 b
0650-924 65 a
monica.caesar@lg.se

Monica Asplén
Nidälvsgränd 15
128 44 Bagarmossen
08-686 00 87
monica_asplen@hotmail.com

Andreas Geschwind
Rättspsykiatriska kliniken Örebro
Runnabyv. 5-8
701 85 Örebro
019-602 83 18
andreas.geschwind@orebrroll.se

Monika Ahlström
Lofotengatan 15
164 33 Kista
monika.ahlstrom@telia.com

VALBEREDNING

Rose-Marie Björklund
Sandbanksvägen 32
422 50 Hisings Backa
031 - 343 81 77 a
031-55 52 92 b
rose-marie.bjorklund@vgregion.se

Eva-Britt Björklund
Bodens närpsykiatri
Hedenbrovägen 8
961 85 Boden
070-540 67 55 bost
0921-670 53 arb

Inga-Lisa Sigling
Karlavägen 41
186 46 Vallentuna.
08-511 720 32 tel+fax

REVISORER

Muhammad Ullah
Sagogången 57
422 45 Hisingsbacka
031-343 22 10 a
031-52 65 70 b
muhammad.ullah@vgregion.se

Ingemar Wänebring
Ulvhallavägen 8
564 36 Bankeryd
036-30 78 58 b
036-32 31 40 a
ingemar.wanebring@ltjkpg.se

REVISORSSUPPLEANTER

Yvonne Arctaedius
Attundavägen 60
168 58 BROMMA
08-37 47 04 b
08-672 24 01 a

Maria Mattsson
Vitvingevägen 70
141 37 Huddinge
08-449 35 50 b
08-655 68 64 a

NÄTVERKSSAMORDNARE INTERIMISTISKA

Sonja Lindström
Författarvägen 35
371 63 Lyckeby
0455-294 40 b
0454-732839 a
sonja.l@telia.com

Susanne Larsson
Hagvägen 2
314 41 Torup
0345-20135 b
0345-18330 el.53 a
susanne.a.larsson@lthalland.se

Psykiatriska Riksföreningen

Psykiatriska Riksföreningen arrangerar för tredje året i rad

Seminarium i Halmstad med temat demenssjukdom

Datum: 14/11 2007
Tid: 10.00-15.00
Plats: Landstingshuset ”Borgen” Södra vägen 9, Halmstad

Program

10.00- 11.30 ”Kan det vara så svårt att bemöta”
Åsa Viktorsson arbetar idag som psykolog vid Minnesmottagningen i Hässleholm, hon har även en mångårig erfarenhet av att arbeta som vårdbiträde med personer i deras eget hem eller på demensboende, som har kommunikationssvårigheter och ett stort hjälpbehov. Åsa har ett stort intresse för vad som kan fungera inte bara ur patientperspektiv, även om det är mycket centralt, utan också ur ett vårdbiträdesperspektiv, deras upplevelser och strategier i arbetet. Intresset grundades av den egna erfarenheten av hur svårt det kan vara i praktiken att hitta goda arbetssätt som kan omfattas av hela arbetsgruppen. Idealen om vårdsituationen överensstämmer långt ifrån alltid med den levda erfarenheten som personalen har.

11.30-12.30 Lunch

12.30- 13.00 Information och möjlighet till frågor kring ämnet ”Kolinesterashämmare-neuroprotektiv effekt” Carl P Larsson från Pfizer

13.00-15.30 ”Man får vara deras vikarierande pannlob” – Svårigheter och möjligheter i omvårdnaden av personer med frontallobsdemens.
Ellinor Edfors, leg. Specialistsjuksköterska i psykiatri samt universitetsadjunkt i omvårdnad vid Högskolan i Kristianstad, hon har under större delen av sitt yrkesverksamma liv arbetat som psykiatrisjuksköterska, främst inom geropsykiatrisk vård, och har en bred erfarenhet i omvårdnad, från tidig utredning till omvårdnad i slutskedet, av personer med demenssjukdom. Under åren har hon utvecklat ett stort intresse och engagemang för att utveckla och förbättra omvårdnaden för denna patientgrupp. Idag arbetar Ellinor som universitetsadjunkt vid Högskolan i Kristianstad.

Avbrott för kaffe under eftermiddagen

Anmälan sker till:

Ann Ingvarsson e-post: ann.ingvarsson@spray.se eller tel 0706-000299 eller till: Elisabeth Iggström e-post: elisabeth.iggstrom@lthalland.se eller tel: 0430-157 87

Anmälan är bindande, anmälan ska innehålla personnummer (för kontroll av medlemskap i PRF) namn, telefonnummer och fakturaadress.
Anmäl dig senast 15/10 2007, antalet platser är begränsade (först till kvarn)

Pris: 595: - för PRF:s medlemmar, 895: - för icke medlemmar
Lunch och eftermiddagskaffe ingår i priset

SMYGMEDICIN RISKERAR

Av: Sebastian Gabrielsson, Boden
Specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård

Förekommer och bör smygmedicinering förekomma inom modern svensk psykiatrisk vård? Jag fick för ett tag sedan anledning att fördjupa mig i ämnet då vi på en planeringsdag använde det som utgångspunkt för en diskussion om värdegrunden på min arbetsplats, en akutpsykiatrisk slutenvårdsavdelning.

Sebastian Gabrielsson, specialistsjuksköterska på akutpsykiatriska enheten, Sunderby sjukhus samt universitetsadjunkt vid avdelningen för omvårdnad, Institutionen för hälsovetenskap, Luleå tekniska universitet.

Smygmedicinering innebär att man lurar i patienter medicin genom att stoppa den i mat eller dryck eller påstår att psykofarmaka är vitaminer. Jag har själv aldrig praktiserat detta som sjuksköterska i akut psykiatrisk vård. Däremot har det ibland kommit upp som förslag från läkare och jag har träffat på kolleger som anser att det kan vara berättigat, vilket gör mig övertygad om att det i viss omfattning förekommer. En sökning i internationell vetenskaplig litteratur visar att det existerar en debatt i ämnet med både förespråkare och motståndare. Även om det i sig riskerar att rubba förtroendet för psykiatrin tror jag att det är viktigt att även i Sverige lyfta upp frågan till diskussion bland psykiatrisjuksköterskor. Så länge vi inte öppet prövar argumenten för och emot finns risken att nyblivna kolleger anammar detta oreflekterat i tron att det finns en tyst överenskommelse om att det är okej.

Smygmedicinering av demenssjuka är något som lagstiftningen inte tillåter men som torde förekomma rätt frekvent i kommunala särskilda boenden där man vårdar människor med demenssjukdom. Socialstyrelsens etikråd menar att smygmedicinering kan vara berättigat trots att det strider mot lagstiftningen om ”alla andra möjliga vägar prövats och medicinerna är livsviktiga”. Den statliga utredningen ”Skyddsåtgärder inom vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga” (SOU 2006:110) blev klar förra året och berör bland annat möjligheten till smygmedicinering av demenssjuka. Såväl Svensk sjuksköterskeförening som Vårdförbundet kritiserar i sina remissvar utredarens förslag på reglering av tvångsåtgärder i lag.

Frågan om smygmedicinering inom psykiatrisk vård skiljer sig från demensvård genom att vi har tillgång till den lagreglerade möjligheten till tvångsmedicinering och att våra patienter oftast inte lider av demenssjukdom. Frågan har åtminstone tre dimensioner: en etisk, en juridisk och en praktisk som alla griper in i varandra.

Etiskt kan man se det som en konflikt mellan patientens rätt till självbestämmande och personalens skyldighet att göra gott/inte skada. Frågan blir då om och när nyttan av att göra gott överväger skadan det innebär att inskränka patientens rätt till självbestämmande, och vem som ska göra denna avvägning. När vi stödjer oss på lagen om psykiatrisk tvångsvård regleras dessa avväganden i lagstiftningen. När det gäller smygmedicinering kan en rimlig slutsats vara att vi som vårdpersonal kan ta oss rätten att bestämma vad som är i patientens intresse när denne permanent saknar förmågan att fatta egna beslut, så som vid framskriden demenssjukdom, och om det är en fråga om liv eller död. Smygmedicinering skulle alltså i vissa fall vara etiskt försvarbart. Vare sig hälso- och sjukvårdslagen eller lagen om psykiatrisk tvångsvård lämnar utrymme för att luras. Så långt möjligt ska patienten vara delaktig i sin behandling vilket rimligen förutsätter att man

ERING
FÖRTROENDET FÖR PSYKIATRIN

erhåller korrekt information om den behandling som ges. Således kan inte tvångsvårdslagstiftningen åberopas för att rättfärdiga smygmedicinering.

Praktiskt har smygmedicinering vissa fördelar på kort sikt, och det är väl framförallt häri metodens attraktionskraft ligger. Man får snabbt i patienten medicinen och besparar denne lidande. Risk finns dock att man t.ex. spär på redan befintliga paranoida förgiftningsidéer. Problem uppstår också om patienten utvecklar biverkningar – hur förklarar man dessa? Det största bekymret uppstår när patienten tillfrisknar – hur motiverar man patienten att fortsätta ta medicin eller att söka sjukvård igen om problemen återkommer. Man kan ju inte gärna fortsätta smygmedicinera en beslutskapabel människa.

Slutligen kvarstår frågan om det ändå inte är acceptabelt att smygmedicinera demenssjuka som av en eller annan anledning vårdas inom psykiatrin? Här finns ju inget hopp om återställd autonomi eller behandlingsallians, varför då utsätta patienten för det trauma som en tvångsmedicinering kan innebära? Mot detta kan man argumentera att förtroendet för psykiatrin riskerar att raseras om det blir känt att smygmedicinering är en accepterad behandlingsmetod. Vem vågar tacka ja till en kopp kaffe i väntrummet på psykakuten? Hur kan jag som sjuksköterska på ett trovärdigt sätt garantera den paranoide patienten att det inte är medicin i maten? Jag ser också en risk i att man som vårdpersonal frestas att välja den enkla lösningen att hälla Haldol i saften istället för att jobba med mindre kränkande och mer långsiktiga omvårdnadsmetoder som att förmedla trygghet och bygga tillitsfulla relationer.

Frågan om smygmedicinering är inte helt enkel. Jag tror dock att det är viktigt att vi alla reflekterar över och tar ställning i frågan. Även om förfarandet i vissa lägen kan ses som etiskt försvarbart är det juridiskt tveksamt, innebär många praktiska svårigheter och riskerar patienternas förtroende för psykiatrin. Om man ändå väljer att acceptera smygmedicinering av vissa patienter under vissa förhållanden uppstår gränsdragningsproblem. Själv drar jag därför slutsatsen att smygmedicinering inte har någon plats i psykiatrisk vård.

"Vem vågar tacka ja till en kopp kaffe i väntrummet på psykakuten?"

De osynliga barnen

en dag med fokus på våra patienters barn

Av: Susanne Larsson sjuksköterska Hyltebruk
Illustration: Jonas Rahm

Kaja Michelsson,
kommunikationskonsult

Kaja Michelsson, kommunikationskonsult med erfarenheter från att ha vuxit upp i en familj drabbad av psykisk sjukdom kom till Halmstad och höll i en temadag den 11 maj som syftade till att synliggöra de Osynliga Barnen – Barn till psykiskt sjuka föräldrar. Tillsammans med forskare Annemi Skerfving har hon under 2006 anordnat Dialogkonferenser runt om i Sverige där yrkesverksamma inom kommun, sjukvård och skola tillsammans identifierat insatser för att förbättra förhållandena för barn med psykiskt sjuka föräldrar.

Resultaten har delgetts Nationella psykiatrisamordningen vilket bidragit till att Miltonrapporten uppdrar till psykiatrin att vi ska ha tydliga rutiner omkring hur vi bemöter och tar om hand barnen vilket saknas på många kliniker.

Dagen inleddes med att Kaja i öppen dialog med publiken delgav sina erfarenheter om skuld, skam och vuxenvärldens reaktioner på vad som pågick i familjen. Liksom många andra barn med liknande erfarenheter har hon varit rädd för att själv bli sjuk; att själv börja höra röster. En rädsla som enligt Annemi Skerfvings forskning är mycket vanlig hos barn som växer upp med psykiskt sjuk föräldrar. Hur kan man orientera sig

som barn i en galen värld? Vad är verkligt? Hur blir det för ett barn som lever med en psykotisk förälder? Publiken som bestod av personal från vuxenpsykiatrin, barnpsykiatrin och socialförvaltningen gavs möjligheten att ställa frågor och under eftermiddagen gjordes grupparbeten och dialogövningar med utgångspunkt att stärka samarbetet kring barnen i Halmstads kommun.

Vi diskuterade om vilka strukturfel som gör att barnen faller mellan stolarna samt vilka nyckelfaktorer för samverkan som skulle kunna fungera inom både de egna verksamheterna och tillsammans. Deltagarna framförde olika förslag på förbättringar, gjorde olika prioreringsövningar vilka till slut mynnade ut i en bild av vilka *konkreta aktiviteter deltagarna högst prioriterade för att förbättra för barn med psykiskt sjuka föräldrar i Halmstad.*

om föräldern sjukdom. Det handlar om 5-6 samtal med olika konstellationer.

1. Med föräldrarna-inhämta inf. om familjen problemen och hur de påverkar föräldrar och barn.
2. Med barnen- var och en för sig, hur det ser ut för dem, vad vet de, vad har de sett, vad undrar de över?
3. Med föräldrarna- ta del av barnens frågor, planering av familjesamtal, vad vill de säga, hur ska de berätta?
4. Med familjen- Föräldrarna berättar, barnen, barnen får fråga.
5. Avslutande samtal med föräldrarna- hur kan familjen gå vidare, behövs det extra insatser? vad? av vem?
6. Eventuellt ett sjätte samtal, innehåll efter behov.

"En av de viktigaste skyddande faktorerna för barnen är öppenhet och förståelse inom familjen om förälderns sjukdom."

Dessa 8 åtgärder prioriterade deltagarna högst:

- Att det finns en handlingsplan vid akuta situationer
- Samverkansgrupper och förståelse för "Vem gör vad?"
- Ökad kunskap om varandras arbetsområde
- Personalbevarande insatser, att sträva efter LÅG personalomsättning inom reps. verksamhet
- En barnombudsman inom reps. verksamhet som ser till att barnperspektivet följs
- Barnvänliga rum inom vuxenpsykiatrin
- Fritidsnätverk kopplat till psyk, soc, bup
- Utbildning i Beardslee´s modell för familjesamtal

Beardslees familjeintervention är en preventiv metod, som använts i Västerbotten i tre år med goda resultat. En av de viktigaste skyddande faktorerna för barnen är öppenhet och förståelse inom familjen om förälderns sjukdom. Metoden har utvecklats av professor William Beardslee i Boston. Metodens syfte är att öppna upp samtal

Annemi Skerfvings forskning belyser riskfaktorer och skyddande faktorer men vad kan då hjälpa barnen?

att träffa andra i liknande situation
få kunskap, ökad förståelse
öppenhet, få skratta och leka
att ha en stödjande och ansvarstagande förälder
förtroendefulla relationer
en god skolmiljö
intressen och annat som ger glädje

Detta var en mycket intressant dag med en kombination av Kajas egen livsberättelse och framställan av forskning, behandlingsmetoder och åhörarnas egen aktivitet i grupparbetet.

Jag hoppas att denna dag har gett inspiration till att lyfta fram barnens situation inom vuxenpsykiatrin.

40-årsjubileum

Psykoterapienheten
Landstinget Kronoberg,
anordnar
75: e vidareutbildningskursen i Växjö

22-23 november 2007

Kursdagarna innehåller föreläsningar och workshops kring temat

Trauma

Föreläsare:
Doris Nilsson, leg. psykoterapeut, med. dr.
Etzel Cardeña, professor
Erich Franzke, psykoanalytiker

Workshops:
Fokuserad traumabearbetning och EMDR –
Kerstin Bergh Johannesson, leg. psykolog, leg. psykoterapeut

Val av terapiform utifrån personlighet och trauma –
Erich Franzke Symboldrama – Doris Nilsson

Kursavgift:
2200 kronor
(inkl. jubileumsbuffé på kvällen 22/11)

Sista anmälningsdag 2007-11-01
OBS bindande anmälan!

Anmälan:
via e-post:
betty-ann.ohlsson@ltkronoberg.se
eller tel: 0470 – 58 61 90

Mer information finns att hämta på vår hemsida:
www.ltkronoberg.se/psykoterapienheten

Landstinget Kronoberg

Posttidning B
Psyche
c/o Ingvarsson
Östersjövägen 282
295 91 Bromölla
www.psykriks.se

BEGRÄNSAD EFTERSÄNDNING
Vid definitiv eftersändning återsänds försändelsen med nya adressen tydligt påskriven

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN

M-PRO-06-LYR-08 I-JR

Nu kommer det ett helt nytt läkemedel mot ångest. Fast det har redan funnits i två år.

Lyrica® (pregabalin) är nu godkänt för behandling av **generaliserat ångestsyndrom** (GAD). För första gången på länge finns ett nytt alternativ med helt ny verkningsmekanism, byggd på minskning av neuronets aktivitet genom påverkan på kalciumkanalerna.[1]

Men det betyder inte att Lyrica är oprövat. Sedan två år tillbaka används preparatet mot perifer neuropatisk smärta och tilläggsbehandling vid partiella anfall. Lyrica är inte bara effektivt mot de psykiska symtom som GAD ger, utan också mot de somatiska symtom som många av patienterna upplever.[2,3] Sammantaget gör detta Lyrica till ett nytt och intressant alternativ vid generaliserat ångestsyndrom.[2]

LYRICA™ PREGABALIN

Lyrica gjuter olja på vågorna

Önskas mer info? Ring Pfizer Kunskapscentrum
Direktnummer för sjukvården 08-550 522 00

Pfizer AB Vetenskapsvägen 10 191 90 Sollentuna Tel 08-550 520 00 www.pfizer.se

Referenser: 1. Richard Kavoussi, Pregabali: From molecule to medicine, European Neuropsychopharmacology (2006) 16, s128-133 2. Montgomery SA, Tobias K. Zornberg G, et al. The efficacy and safety of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: a 6-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo controlled comparison of pregabalin and venlafaxine. Paper accepted to J Clin Psychiatry. 3. Pohl RB, Feltner DE, Fieve RR, Pande AC. Efficacy of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: double blind, placebo-controlled comparison of BID versus TID dosing. J Clin Psychopharmacol. 2005;25:151 158. **Indikationer:** *Epilepsi:* Lyrica är indicerat som tilläggsbehandling för vuxna med partiella anfall med eller utan sekundär generalisering. *Neuropatisk smärta:* Lyrica är indicerat för behandling av perifer och central neuropatisk smärta hos vuxna. *Generaliserat ångestsyndrom:* Lyrica är indicerat för behandling av generaliserat ångestsyndrom hos vuxna. **Varningar och försiktighet:** Behandling med pregabalin har förknippats med yrsel och somnolens, vilket skulle kunna öka förekomsten av fallskador hos den äldre patientgruppen. Patienter bör därför tillrådas att vara försiktiga tills de känner till läkemedlets potentiella effekter. **Dosering:** 150–600 mg per dag, uppdelat på två eller tre doseringstillfällen. Lyrica finns som hård kapsel, 25, 50, 75, 100, 150, 225 och 300 mg i förpackningar om 14, 21, 56 eller 84 st. Samt burk 75, 150 och 300 mg om 200 st. Eventuellt kommer inte alla förpackningsstorlekar att tillhandahållas. Lyrica kan tas med eller utan föda. **För vidare information:** Se www.fass.se.