

Psyche

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGENS TIDSKRIFT NO 2/2008

**Om
mindfulness,
medkänsla och
bekräftelse**

Existentiell psykoterapi

• **Tankar och reflektioner**



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:
www.psykriks.se
hansbergman@telia.com
christina.reslegard@jll.se
mikael.nilsson@lthalland.se

ISSN nr 0283-3468
Pg: 710144-7

Formgivning/Illustration
Jonas Rahm / MRD AB

Utgivningsplan 2008
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@sl.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
Illustration: Jonas Rahm

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

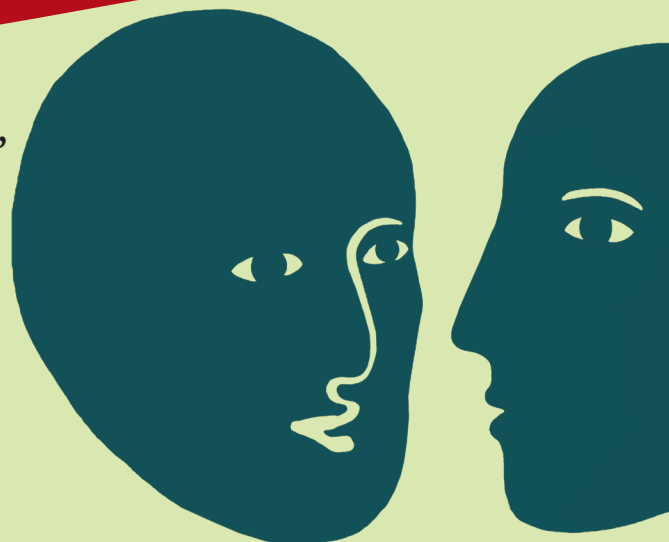
INNEHÅLL

Om mindfulness, medkänsla och bekräftelse

Text: Christina Reslegård



Åsa Nilsson



...sid. 4-5



Hur ska vi utforma framtidens rättspsykiatri?

Text: Sasa Sacipovic

...sid. 6-7

Vad är betydelsefullt för hälsa

- för personer med psykiska funktionshinder?



Text: Linda Hedberg
Magisteruppsats 2006,
Sahlgrenska akademien vid
Göteborgs Universitet,
Institutionen för
vårdvetenskap och hälsa

...sid. 10-11

Tankar och reflektioner

Text: Christina Reslegård

...sid. 12-13



Rush 2000 Vårdtyngdsmätning inom vården En beskrivning

Text: Britt-Marie Karlsson

...sid. 14-15

Existentiell psykoterapi

Text: Richard Brodd

...sid. 20-21

- 1.Spiritual: Überwelt
- 2.Personal: Eigenwelt
- 3.Social: Mitwelt
- 4.Physical: Umwelt



En helg med en norsk styrelse

Text: Christina Reslegård
Bilder: Hans Bergman

...sid. 22-23

Notiser

...sid. 16-17

Recensioner

...sid. 18-19

Vår hemsida är ny men adressen är densamma

www.psykriks.se



ORDFÖRANDE HAR ORDET:

– Du får aldrig ett eget ansikte förrän du blir tydlig!

Orden är från början Tove Janssons från Det osynliga barnet men användes av Ania Willman när hon tillträdde som ordförande för Svensk Sjuksköterskeförening. När Ania använder dem handlar det naturligtvis om sjuksköterskor och jag tycker de passar särskilt bra för vår specialitet. Inte minst nu när den Nationella psykiatrisamordningen inte varit så tydlig med vad den psykiatriska vården och omsorgen vill använda specialistsjuksköterskornas kompetens till. Inte heller tycker arbetsgivarna längre att det är nödvändigt att skilja på arbetsuppgifter och ansvar mellan den specialistkompetenta sjuksköterskan och den grund utbildade (eller med annan vidareutbildning). Jag menar inte att vi ska säga nej till icke-specialistutbildade sjuksköterskor inom den psykiatriska vården men jag tycker det borde vara skillnad i ansvar, arbetsuppgifter och befogenheter. Det är ju också det främsta sättet att locka sjuksköterskor till specialistutbildning - tillsammans med en tydlig löneskillnad förstås.

En avhandling från Växjö universitet har nyligen publicerats Den handlar om den rättspsykiatriska vården (som också debatteras av Sasa Sakipovic i detta nummer). Avhandlingen heter Att vårda eller fostra och handlar om de rättspsykiatriska patienternas upplevelse av vården. Jag minns att när Ulrica Hörberg som lagt fram avhandlingen presenterade en del av sina forskningsresultat vid Lust & Kunskap - Sjuksköterskedagarna för två år sedan. Diskussionen blev livlig för hennes resultat är tämligen kritiska mot vården och vårdarnas attityd. Häromkvällen såg jag ett nyhetsinslag på tv angående denna avhandling och där presenterade man att den tid som patienter fick i form av individuell vård per dygn var 20 minuter. Det är inte särskilt mycket! Naturligtvis leder det till tankar om hur många minuters individuell vård patienter och brukare inom andra delar av den psykiatriska vården och omsorgen får. Mer eller mindre?

Jag har suttit i tio år i styrelsen! Det kunde jag inte tro när jag blev invald 1998. Jag minns det första styrelsemötet på Bergendahls kursgård i maj. Det kändes som att jag inte begrep ett enda dugg! Allra minst begrep jag den där kostnaden för "kaluka" som skulle beräknas inför en konferens. Jag tror nog inte att jag vågade fråga men förstod med tiden (nej inte helt nyligen) att det betyder dagskostnaden för kaffe-lunch-kaffe på en konferensanläggning. Det och mycket annat, och viktigare, har jag lärt mig genom åren i styrelsen.

Vi har haft så roligt! Och vi har gjort så mycket! Slitit med frågor som aldrig verkat ta slut, missat självklara saker som vi fått improvisera i sista stund, kommit i mål med stora projekt som kompetensbeskrivning och enkätundersökningen.... Skrivit, arrangerat, knutit kontakter, diskuterat internt och externt, funderat och lämnat yttranden över remisser. Samt massor av annat. Och hela tiden har vi haft roligt. Jag har haft jätteroligt.

Men nu är det slut för min del. Jag önskar den nya styrelsen och framförallt Psykiatriska Riksföreningen allt gott i framtiden!

Christina Reslegård
avgående ordförande



Om mindfulness, medkänsla och bekräftelse

Text: Christina Reslegård
Illustration: Jonas Rahm

Åsa Nilsonne presenteras som en person som är allt på p; psykiater, psykoterapeut och författare! Så sker när Lundbecks bjuder in till en kvällsföreläsning på hotell i Östersund.



Åsa Nilsonne

Åsa

Nilsonne kom i kontakt med mindfulness som verktyg i behandling första gången i samband med att en vetenskaplig artikel publicerades som visade goda resultat av den behandling som kommit att kallas DBT (dialektisk beteendeterapi). Hon hamnade motvilligt (efter order från sin chef) på en workshop med Marsha Linehan som utvecklat metoden. Marsha Linehan hade utvecklat sin metod i behandlingen av

unga kvinnor med borderline personlighetsstörning och självskadande beteende. Hon hade själv erfarenhet av självskadande beteende och var inte rädd att visa ären på underarmarna för dem hon behandlade (eller för de som deltog på workshopen för den delen). Marsha Linehan hade i sitt sökande efter egen läkning och bot kommit till ett buddistiskt kloster där hon tänkt stanna ett par dagar men lämnade klostret efter ett helt år fullt av insikter och lärdomar.

”Det munkarna hade lärt sig för länge sedan genom introspektion visade sig stämma även med modern vetenskap. Den buddistiska astronomin har vi däremot sedan länge tvingats lämna.”

Åsa Nilsson introducerar begreppet ”monkey mind” för att beskriva det sinnesstillstånd där hjärnan griper efter allt som stimulerar. Hon jämför det med mindfulness som är ett tillstånd av kontrollerad uppmärksamhet där individen själv väljer fokus för uppmärksamheten. Den som har en borderline personlighetsstörning är ofta extremt ”monkey minded” speciellt när det gäller sociala stimuli. Stimulusdriven uppmärksamhet är ett annat ord som betyder samma sak.

Mindfulness är ett förvetenskapligt begrepp och saknar som sådant en generell definition. Till svenska har det oftast översatts med medveten närvaro, att vara där man är. Mindfulness används som behandlingsmetod vid stressrelaterad ohälsa, depressioner och som tidigare nämnts personlighetsstörningar. I depressionsbehandling har metoden använts med framgång för personer med återkommande depressioner. Där tänker man sig att hjärnan efter upprepade depressionsperioder

Medkänslan ökar också när vi själva har haft liknande erfarenheter och upplevelser som vi får höra talas om. När vi mår bra är vi mer empatiska och när signalen från den andre är otydlig blir vi mindre medkännande.

Bekräftelse är att omsätta medkänslan i en positiv handling. Det är också att se från en annan människas perspektiv och att därifrån förstå det rimliga i hans/hennes tankar, känslor och beteende.

Glöm inte att vi behöver lyssna uppmärksamt på varandra och på oss själva. För att skapa, vidmakthålla eller avsluta relationer krävs färdigheter och färdigheter kan vi lära oss.

Mindfulness är en del av den tredje vågens beteendeterapi och vinner allt mer mark som effektiv behandlingsmetod. Man använder det som komplement till annan behandling. Att bli mer medvetet närvarande i nuet och att själv kunna bestämma fokus för sin uppmärksamhet kan betyda stor skillnad för den enskilda individen även om resultatet inte blir att man blir helt ångestbefriad eller helt fri från depressiva symtom. Det är viktigt att förstå att en minskning av symtomnivån kan leda till motsvarande höjning av funktionsnivån och att individen därigenom kan få en helt annan livskvalitet.

Ingen mindfulnessföreläsning utan praktiska tillämpningar. Vi fick prova på enkla, korta men belysande övningar som fick oss att känna oss omväxlande tunga och lätta samt lät oss förstå skillnaden mellan stimulusdriven och kontrollerad uppmärksamhet.

”Keeping one’s consciousness alive to the present reality.”

Thick Nhat Hanh

När den första DBT-enheten startade i Stockholm med Åsa Nilsson som handledare och en grupp blivande DBT-terapeuter fick man de ”svåraste” personerna från klinikerna. Kanske inte så konstigt när man erbjöd behandling till självskadande, suicidnära kvinnor med borderline personlighetsstörning. Det som hände när man startade behandlingen var att patienterna lärde sig metoden mindfulness och såg de positiva effekterna av den mycket fortare än de blivande terapeuterna. Rollerna blev helt omvända vilket sporrade personalen till utveckling. Åsa förnekar emellertid inte att den första tiden var kaotisk - i kubik.

har lätt att triggas igång i ett depressivt tänkande vid minsta påfrestning eller obehag och det är detta man arbetar med att förändra.

I medveten närvaro ingår att observera vad som pågår, beskriva sina tankar och känslor i förhållande till det som sker, inte döma eller värdera men delta.

Det terapeutiska arbetets syfte är att skapa relation. Utgångspunkten är att medkänsla och bekräftelse är färdigheter som vi kan lära oss. Medkänsla kan stängas av och på. Den ökar när vi uppfattar den andre som ”ingrupp”, det vill säga att vi uppfattar att den andre, i någon mening, tillhör samma grupp som oss själva.



Hur ska vi utforma framtidens rättspsykiatri?

Text: Sasa Sacipovic

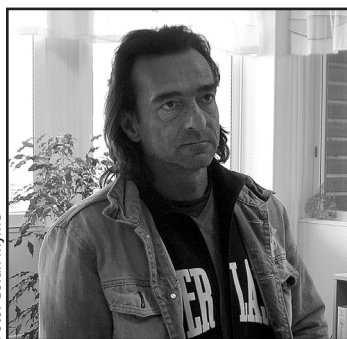


Foto: Göran Myrbe

Sasa Sacipovic
Avdelningschef avd 21
Psykiatriska kliniken Varberg

Psykiatrin har under de senaste åren varit i fokus och då inte minst rättspsykiatrin. Kritik har riktats mot att vi vårdar patienter för länge, alternativt att vi allt för lättvindigt släpper ut farliga personer. Debatten har av olika skäl tidvis varit ganska onyanserad och även bidragit till att öka fördomarna mot människor med kroniska psykiatriska sjukdomstillstånd.

Den har säkerligen även tvingat fram de allt mer högljudda kraven på repressiva åtgärder i form av högre murar, mer inlåsning, och olika former av elektronisk övervakning. Detta är en olycklig utveckling där rättspsykiatrin i allt större utsträckning tenderar att närma sig kriminalvården.

Det talas just nu mycket om säkerhet i flera landsting planeras det för byggnation av säkerhetsavdelningar, så kallade klass 1 enheter. Dessa ska kunna stå emot avancerade rymningar och fritagningsförsök, det planerade platsantalet är

betydligt större än det uppskattade behovet. Det är endast ett fåtal patienter som kommer i kontakt med rättspsykiatrin som har de kontakter och resurser som krävs för att genomföra en fritagning.

Risken med denna fokusering på samhällsskydd

och säkerhet, är att vi i allt större grad avhumaniserar den rättspsykiatriska vården, och glömmer bort individen och vårdinnehållet.

Regeringens nya lagförslag om att döma psykiskt sjuka individer som begått brott till tidsbestämda straff är enligt min uppfattning ytterliggare ett steg i helt fel riktning. Konsekvenserna av det nya lagförslaget förutom att det är inhumant, är dessutom att vi riskerar att få fler sjuka och farliga individer ute i samhället. Den slutna rättspsykiatriska vården kommer mer att få karaktären som någon form av kriminalvård psykiatri där vi behandlar akuta psykiatriska tillstånd, för att sedan flytta över patienterna till en redan överbelastad kriminalvård där man dessutom saknar psykiatrisk kompetens. Vid en eventuell försämring så skall de här individerna åter föras över till psykiatrin.

Det blir även om kanske inte omöjligt så betydligt svårare att bibehålla den kontinuiteten som är en oerhört viktig del för en framgångsrik behandling.

Rättspsykiatrins uppdrag i dag är förvisso komplext och inte alltid så enkelt, förutom att behandla olika typer av akuta tillstånd ska vi på sikt åstadkomma en inre förändring hos våra patienter när det gäller insikt kring deras sjukdom och de svårigheter som den för med sig, behandlingen ska även syfta till att öka de här individernas förmåga att ta hand om olika typer av aggressioner, frustrationer och impulser, allt för att de på sikt ska kunna klara av att relatera till sin omgivning på ett mer konstruktivt och adekvat sätt. Det här arbetet ställer stora krav på oss och vår kompetens när det gäller att lyckas motivera och få med patienterna i det här förändringsarbetet där förutsägbarhet, kontinuitet och relationer som bygger på tillit och förtroende är några viktiga och nödvändiga ingredienser.

Samtidigt har vi också å andra sidan uppdraget att skydda tredje man genom att beakta risken för återfall i brott. Vi använder oss av olika typer av begränsningar/inskränkningar av individers frihet, autonomi, och integritet ibland under ganska långa tider, vilket ofta uppfattas som direkt repressivt av våra patienter och blir en försvårande omständighet i själva behand-

lingsarbetet. Här hamnar vi naturligtvis ofta i en del etiska frågeställningar, avgränsningar och intressekonflikter som ibland kan vara oerhört svåra att hantera och avgöra.

Om vi vill utveckla och skapa en modern, human och bra rättspsykiatrisk vård värd namnet räcker det inte med högre murar, säkerhetsglas, eller tidsbestämda straff som i vissa avseenden är direkt kontraproduktiva. Vi måste istället söka nya vägar och utveckla nya arbetsmetoder när det gäller innehållet i den rättspsykiatriska vården. En viktig förutsättning för att vi ska nå goda och bestående behandlingsresultat är att

Erik Söderberg, chefföverläkare på rättspsykiatriska kliniken i Sundsvall, har tillsammans med en projektgrupp gjort ett gediget och alldeles ypperligt arbete på uppdrag av Nationell psykiatrisamordning kring innehållet i den rättspsykiatriska vården, där man tar upp och belyser många viktiga frågeställningar och utmaningar inför framtiden den har tyvärr kanske hamnat lite i skymundan för de som är intresserade av lite fördjupning så kan jag verkligen rekommendera rapporten "Innehållet i den rättspsykiatriska vården" materialet finns tillgängligt hos SKL och socialstyrelsen.

”Om vi vill utveckla och skapa en modern, human och bra rättspsykiatrisk vård värd namnet räcker det inte med högre murar, säkerhetsglas, eller tidsbestämda straff som i vissa avseenden är direkt kontraproduktiva.”

få den här patientgruppen och i vissa fall även deras anhöriga mer delaktiga i själva vården och behandlingen. Annars får vi patienter som endast på ett ytligt plan anpassar sig till våra krav, regler och förväntningar. En undersökning som jag gjorde på min egen avdelning kring patienternas upplevelse av delaktighet och inflytande visade på ganska dystra resultat, inte bara när det gäller delaktigheten i upprättandet av vårdplanerna utan även deras kännedom om dess innehåll och mål. Det är inte särskilt unikt eller oväntat, tittar man på de fåtal studier som gjorts inom det här området så visar de lika nedslående resultat. Det är naturligtvis inte bra och ett bekymmer inte enbart inom rättspsykiatrin utan även inom allmänpsykiatrin och som vi måste ta på allvar och hantera.

Även frågor kring etik och bemötande måste lyftas fram och få ett betydligt större utrymme.

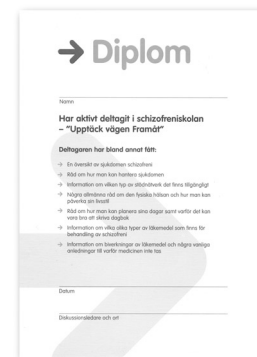
Hjälper dina patienter att få en bättre förståelse för sin sjukdom och hur den behandlas.



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 vardagsituationer.

"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

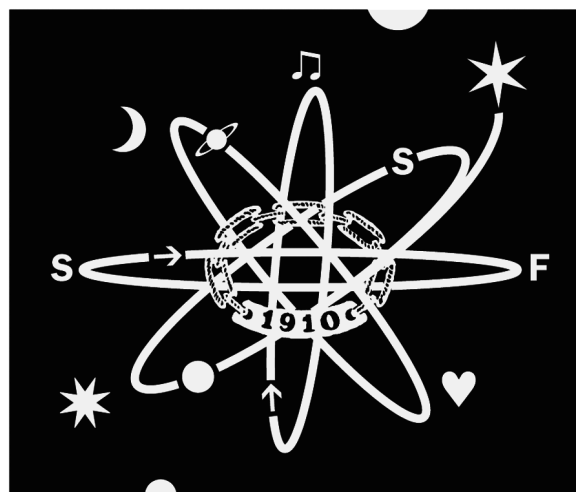
lust & kunskap

” Ger inspirerande kontakter,
stärker sjuksköterskans profession
och utvecklar vården ”

2–3 oktober 2008 i Örebro

**Inbjudare: Svensk sjuksköterskeförening,
Psykiatriska Riksföreningen,
övriga sektioner och nätverk**

Läs mer på www.swenurse.se och i Omvårdnadsmagasinet



SJUKSKÖTERSKEDAGARNA 2008

Vad är betydelsefullt för hälsa

- för personer med psykiska funktionshinder?

FÖRFATTARE: Linda Hedberg

Magisteruppsats 2006, Sahlgrenska akademien VID GÖTEBORGS UNIVERSITET, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

En tillgänglig och kvalificerad psykiatrisk vård och behandling är inte tillräckligt för att befrämja hälsa för personer med psykiska funktionshinder. Medmänniskor och samhället i övrigt behöver bjuda in och möjliggöra ett deltagande genom att lyssna till deras behov och ta tillvara på personens egna resurser.



Foto: Carl-Henrik Christiansson

Linda Hedberg

Under mina snart 30 år som psykiatrijuksköterska har jag i huvudsak arbetat med personer med långvarig psykisk ohälsa. Många gånger har jag slagits av tanken att våra världar och livsvillkor ser så olika ut. Personer med psykiska funktionshinder lever ofta ett isolerat liv och gör sällan sin stämma hörd eller formulerar sina behov. De har på många sätt sämre levnadsvillkor än andra. Många lever ensamma utan någon partner och endast ett fåtal arbetar eller studerar. Konsekvenserna av deras ohälsa innebär ofta en försämrad förmåga i sociala färdigheter och bidrar till isolering, arbetslöshet, stigmatisering och låg egenmakt. I mötet med dessa personer har jag ofta kunnat förnimma en önskan om att vara delaktig i samhället som vem som helst.

Inom den psykiatriska vården har jag ibland upplevt en attityd om att vi professionella vet vad som är "bäst" för patienten och att vi inte är tillräckligt lyhörda och respektfulla inför personens egna önskningar om vad som är viktigt för just henne eller honom. Det finns få studier som handlar om psykiskt funktionshindrades egna uppfattningar om vårdkvalitet, sociala stödinsatser

och hälsofrämjande insatser. Jag valde därför i min magisteruppsats att beskriva vad som är betydelsefullt för hälsa för personer med psykiska funktionshinder.

I studien intervjuades 6 kvinnor och 6 män i åldrarna 35 - 68 år från en västsvensk kommun. Inklusionskriteriet var personer som på grund av psykisk störning hade psykiska funktionshinder som innebar väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Dessa begränsningar hade funnits, eller kunde antas komma att bestå under en längre tid (Nationell psykiatrisamordning, rapport 2006:5). Personer med utvecklingsstörning eller demens uteslöts inte av studien.

Personal inom kommunens enhet för socialpsykiatrisk stöd frågade informanterna om de ville delta i studien. Informanterna hade en mångårig erfarenhet av psykisk ohälsa och hade någon form av kommunal hjälp eller stöd insats. De fick själva välja var intervjun skulle genomföras. Informanterna intervjuades utifrån fem övergripande öppna frågor: Kan du berätta om hur din situation ser ut idag?, Vad innebär hälsa för dig?, Vad tycker du är betydelsefullt för hälsa?, Vad behöver

du för att må bra? och Vad påverkar din hälsa? Intervjuerna spelades in på band och materialet anonymiserades genom att namn och platser avidentifierades. En kvalitativ innehållsanalys användes som analysmetod.

Vad är betydelsefullt för hälsa?

Det var av stor betydelse för hälsan att livssituationen fungerade både praktiskt och känslomässigt. Det optimala var att klara av sin vardag på egen hand, men man var nöjd över att kunna få hjälp och stöd med det som man själv inte klarade av. Insatserna skulle vara lättillgängliga och anpassade efter personens behov. En man tyckte att det var bra att personalen "puffade" på honom så han kom igång med att tvätta och hålla ordning i sin lägenhet. För honom innebar det att han kände att han hade det som andra människor.

Ett socialt nätverk som innefattade relationer med familj, vänner och professionella var en förutsättning för att vardagen skulle fungera. Det var viktigt med en ömsesidig relation som handlade om att kunna ta emot och ge av sig själv. Att kunna ge hjälp och stöd till andra var lika angeläget som att få hjälp och stöd. Att själv ge något tillbaka, att kunna hjälpa och glädja andra människor, bidrog till att man kände sig behövd. En kvinna uttryckte att det var en gåva att kunna hjälpa någon att må bra.

Den psykiska ohälsan berördes väldigt lite i förhållande till den övriga livssituationen. Graden av psykiska besvär påverkade förmågan att fungera. Det var viktigt för hälsan att få hjälp med att hantera de psykiska besvären och till att förändra sin situation och att kunna få stöd av personal så man inte behövde belasta sina närstående. När det gällde den psykiatriska vården var det angeläget med en hög tillgänglighet för utredning och behandling och att det fanns mediciner som hjälpte mot symtomen och inte gav några biverkningar. Några hade behov av att få veta sin diagnos och vilka konsekvenser den kunde innebära för livssituationen.

Att vara någon i ett socialt sammanhang var betydelsefullt och att man på liknande villkor kunde uppleva gemenskap med andra. Vissa kände samhörighet med personer som var i en liknande situation medan andra ville umgås med personer utan psykiska funktionshinder. En man berättade att han kände glädje när han fick upp-

skattning från deltagare och personal för den mat som han lagade på aktivitetshuset.

Ett flertal kände sig ensamma och det fanns en önskan om att leva tillsammans med någon eller att ha ett större socialt nätverk. För de som hade familj var det betydelsefullt att nära och kära mådde bra för man påverkades av varandras mående. Relationen till de allra närmaste var mest viktig. Om det fanns problem i relationen eller om man blev kränkt så påverkade det hälsan negativt. För vissa var relationen till de professionella ibland den enda sociala relationen förutom familjen. Det kunde innebära att personen själv städade lägenheten innan boendestödet kom, för att istället använda tiden till social samvaro. Det var betydelsefullt att få hjälp av samma person och att man fungerade tillsammans. Likaså att personalen brydde sig om och inte gav upp.

Det var viktigt att vara aktiv i någon form tillsammans med andra, eller på egen hand ha en uppgift i vardagen och en intressant fritid. Det bidrog till att man kände sig behövd och att det fanns något att se fram emot som gav mening i vardagen. En kvinna som arbetade på ett kooperativ, beskrev vad som fick henne att må riktigt bra. Det var när hon kom till sitt arbete och möttes av beskedet att hon hade en kund.

Många önskade ett arbete och förknippade det med en hög grad av hälsa och självförtroende. Det var svårt att rehabiliteras utifrån gällande riktlinjer. Oavsett om det handlade om yrkesinriktad rehabilitering eller strukturerade aktiviteter så var det viktigt att det var anpassat efter personens behov och att det fanns en acceptans för att man ibland inte kunde delta när de psykiska besvären blev för påtagliga.

Hälsan var beroende av de förutsättningar som fanns omkring personen och så även den egna förmågan att hantera sitt liv. Att kunna använda sig av sina inre resurser hade stor betydelse för hälsan. Det handlade om att bidra med egen kraft och jobba med sig själv för att kunna växa som person, ha en vilja att gå vidare, en framtidstro och att hitta sätt att hantera sin situation. En kvinna upplevde att hon mådde väldigt bra idag, att hon hade tagit sig igenom och kommit vidare. Hon menade att man aldrig ska säga att det inte går, för allting går om man också hjälper till själv.

Uppfattningen av att leva sunt var stor, men det var svårt att leva upp till av olika skäl. Den

ekonomiska situationen upplevdes som ett hinder för hälsa. Det fanns också en uppfattning om att hälsa inte enbart var kopplad till den egna personen utan också till ett globalt perspektiv. Att vilja ta ansvar för naturen och miljön var viktigt.

Känslan av välbefinnande var betydelsefullt för hälsan. Välbefinnande upplevdes när man kunde vara självständig eller när man gjorde något som man själv eller andra värderade som något bra. Att man trivdes och kände sig trygg i sin miljö eller med människor runtomkring sig var väsentligt för välbefinnandet. När man klarade av något som man inte hade förväntat sig eller när man lyckades uppnå ett mål så bidrog det till att känna sig nöjd.

Hur det dagliga livet fungerade hade stor inverkan på välbefinnandet, likaså om det fanns problem eller om livssituationen innebar för höga krav. De psykiska besvären kunde variera från dag till dag, vilket påverkade välbefinnandet negativt.

Vad kan vi lära?

Resultatet visade, som jag hade förväntat mig, att personer med psykiska funktionshinder har liknande behov som andra. Men det förvånade mig att informanterna i stort sett inte nämnde den psykiatriska vården i deras uppfattningar om vad som är betydelsefullt för hälsa. I stället handlade det övervägande om insatser och behov i förhållande till kommunen, samhället och dess medmänniskor. Den psykiatriska vården ska självklart ta sitt ansvar genom att erbjuda tillgänglighet och erfarenhets- och evidensbaserad vård och behandling. För att möjliggöra en god livskvalitet så behöver hälsofrämjande insatser förtydligas, förstärkas och samordnas med kommunen så att personer med psykiska funktionshinder kan leva ett fullgott liv i samhället. Men framförallt behöver medmänniskor och olika instanser i samhället bjuda in till ett deltagande i samhället genom att lyssna till personernas behov och ta tillvara på deras egna resurser.

Resultatet i denna studie kan användas som vägledning i utformandet av olika insatser vars syfte är återhämtning från psykisk ohälsa. Dessutom kan studien förmedla hälsofrämjande kunskap till personal inom vård och omsorg och öka förståelsen i samhället för personer med psykiska funktionshinder och deras behov.



Tankar och reflektioner

Text: Christina Reslegård
Illustration: Jonas Rahm

När jag för längesedan utbildade mig till psykiatrisjuksköterska (den avkortade och snabba vägen) efter att ha varit mentalskötare i många år pratades det mycket om att man först måste lära av det gamla innan man kan lära in det nya. Detta var i det tidevarv när sjuksköterskeutbildningen akademiserades och mina kunskaper om psykiatrisk omvårdnad som jag fått under lång tid som mentalskötare var inte mycket värda. Hur ska det bli nu då, nu när jag kommit in på det "legitimationsgrundande kognitiva psyko-terapeutprogrammet"? Ska nu sjuksköterskekunskaperna bort? Kan man som psyko-terapeut tänka i termer av hälsa, helhet och omvårdnad - helt och hållet, till en del eller inte alls?

Jag har gått min grundläggande psyko-terapiutbildning i Umeå 2002-2004. Jag hade inte egentligen innan dess haft någon större önskan att utbildas

inom det psyko-terapeutiska området. Jag trivdes bra med mina sjuksköterskekunskaper och ville snarare utveckla dem genom att läsa vidare på kandidat- och magisternivå. Så sökte jag och fick ett jobb som psykiatrisjuksköterska inom primärvården, en anställning där egentligen "steg 1" var ett krav. Jag blev också då alltmer klar över att detta var något jag ville, att självständigt driva en samtalsmotagning är ett mångsidigt arbete och kräver mångsidiga kunskaper. Jag kände ofta att jag inte riktigt räckte till. Det fattades inte förmåga att skapa allians och bygga relation, inte heller i att se helheten och att tänka salutogent, men det fattades i metodik och bedömning.

Den grundläggande psyko-terapiutbildning jag gick var tredelad, psyko-dynamisk, kognitiv och en dos familjeinriktning. Familjeterapi var nytt för mig och hade aldrig intresserat mig men det var

ju ganska spännande när man fick sätta sig in i olika föreläsares tänkesätt och teorier. Att under handledning arbeta med familjer var också stimulerande. Det psyko-dynamiska blocket startade verkligen från "källan". Det var Freuds skrifter i original. Jag ljuger inte när jag säger att de böcker som Mittuniversitetets bibliotekspersonal plockade upp ur magasinerna hade en tydlig doft av -mögel! Det kognitiva blocket var det som gav mig mest "matnyttigt" att använda i mitt dagliga arbete. Efter Den grundläggande psyko-terapiutbildningen skaffade jag mig en kognitiv handledare som jag pendlade till under ett par års tid för att skaffa mig ytterligare kunskap och meriterande poäng för det legitimationsgrundande utbildningsprogrammet.

Jag har ofta hört sjuksköterskor säga, när de introduceras för kognitiv teori och terapi, att detta ligger nära omvårdnaden. Kanske till och med att vi



Psykiatriska
Riksföreningen

Psykiatri- sjuksköterskor! Hjälp!!

Vi vill ha hjälp av Er som känner till någon eller några sjuksköterskor som arbetar inom psykiatri men som inte är medlemmar i vår förening. För att bli ännu mer inflytelserika och starka som psykiatrisjuksköterskornas yrkesorganisation behöver vi fler medlemmar. Vi tar därför gärna emot namn och adress till dessa sjuksköterskor. Vi kommer att sända dem ett nummer av vår tidning *Psyche* samt lite information om vad föreningen gör för något och varför vi gärna vill ha dem som medlemmar. Vi i styrelsen är mycket tacksamma för all hjälp vi kan få av våra kollegor runt i landet för att rekrytera nya medlemmar till Psykiatriska Riksföreningen.

Mikael Nilsson
redaktör, *Psyche*

mikael.nilsson@lthalland.se

redan i omvårdnadsarbetet har tydliga inslag av kognitivt förhållningssätt.

Nu är jag tillbaka i Umeå och har jag gått en termin (drygt) av sex. Nu är det fullt upp med nya kunskaper, hemtentamina, handledning, egenterapi, kurskamrater att förhålla sig till och kritisk granskning av information. Visst är det märkligt att det som kostar mest energi i allt detta nya är huruvida uppspelning av det bandade patientsamtalet ska fungera eller inte? Min grupp består av psykologer, socionomer, sjuksköterskor och präster. Till detta har alla dessa människor olika erfarenheter, olika bakgrundskunskaper och olika åsikter. Alltför lite tid har vi att diskutera och fördjupa oss. Nya föreläsare, nya kunskaper följer på varandra. Det är tur att bussresan hem är lång (sex timmar) för där finns tid att fundera, även om ett par timmar måste ägnas åt tvätt av hjärnan i form av deckare eller veckotidningar.

Det är en spännande tid att studera kognitiv psykoterapi. Skillnaden mellan KBT och KT håller på att tonas ned. De två föreningarna har gått ihop och den motsättningen som aldrig funnits internationellt är förhoppningsvis på väg att tona bort även i Sverige. Jag tror inte att man kan gå så långt som att säga att KT är teorin och KBT metoden men ingen tjänar väl egentligen på en intern strid - det har vi väl haft nog av!

Jag kan ändå undra om man alltid måste börja i den psykoanalytiska traditionen, eller kanske rättare om man måste befinna sig i den så länge som introduktion. Jag tycker nog att vi höll på med det psykodynamiska området mest hela första terminen. Är det speciellt för psykologin som kunskapsområde - ja jag vet inte men jag misstänker det. Har de andra vetenskapsområdena haft lättare att släppa sitt gamla

och ta avstamp i det relativt nya? Jag tror det? Vi släpar vårt bagage från vår historia och kan inte låta gamla gudar (och gubbar) vila i frid!! Nu önskar jag ny kunskap, de modernaste teorierna, de mest nyskapande metoderna osv.! Men kanske kan jag inte finna det på universitetet. Kanske är universitetet lite långsamt, lite noggrant och lite konservativt. Kanske finns det modernaste bara ute på kongresser och konferenser. Någonstans har jag hört att det tar tio år för ett forskningsresultat att hamna i läroböckerna så det är väl kanske inte så konstigt att man känner sig otålig.

Psykoterapins vetenskapsanknytning är också ett ämne för funderingar. Umeå har som många andra universitet fått kritik när det gäller undervisningen i psykoterapi. Kritik mot att man lär ut icke-evidensbaserade behandlingstoder, kritik mot att man inte erbjuder ett tillräckligt stort antal disputerade lärare och att undervisningen bedrivits "ute på stan" i hyrda lokaler. Kritiken har dock inte drabbat det kognitiva programmet värst. Konsekvenserna eller följderna är att vi har vår undervisning i Teknikhuset, där det finns gott om lediga lokaler, tillsammans med maskiningenjörer och matematiker. Det är inget fel på det huset men studenterna tittade undrande i början när ett trettiotal medelålders personer slog sig ned i deras café och diskuterade anknytning, Piaget, utvecklingspsykologi och affektteori. Nu har vi väl ömsesidigt vant oss vid varandra.

Jag tror att det svåra med vetenskapsanknytningen för psykoterapi har att göra med att det historiskt sett handlat om eldsjälar, kliniker som brunnit för sina klienter och sitt arbete. Vetenskapen och forskningen har kommit i andra hand. Inte minst gäller ju det psykodynamiska området. Där-

för går det ju nästan inte att jämföra. Det leder också till att diskussionen och "påhopp" från främst KBT-förespråkare om bristen på evidens och forskningsresultat blir närmast absurd. Jag tror inte det varit intressant för psykodynamikerna med forskningsstudier och resultat. OK, jag överdriver och generaliserar men ändå...

Någon sa att "ett vetenskapligt problem" för utbildningen är att det inte finns någon etablerad anknytning till akademien på lärarsidan och så är det nog jag är benägen att hålla med. Vi har våra kursledare men institutionen finns på psykiatriska kliniken inte på Teknikhuset, undervisningen bedrivs till största delen genom föreläsningar av inhyrda föreläsare. Jag säger inte att det är en nackdel men det gör något med anknytningen till universitetet. Jag tror det är en lång bit kvar på den akademiska vägen. Men vi ska naturligtvis trampa upp den!

Nej åter till kurslitteraturen och examinationsfrågorna om anknytning. Vad kan samspelet mellan det nyfödda barnet och föräldrarna ha för betydelse för det vuxna livet? Och varför är det viktigt med kunskap om anknytningsmönster för det psykoterapeutiska arbetet. Eget tänkande, föreläsninganteckningar, fyra obligatoriska böcker plus referenslitteratur ska nog finna ett svar omfattande max två A4-sidor innan 20 mars.

Under förutsättning att inget extra förstås händer. Inga sjukdomar och inga familjekrav. Inga resor och inte alltför mycket annat som pockar på. En vän skrev ett mail: Kan vi inte träffas snart?

Mitt svar var självklart om än ett skämt: Är du inte klok - jag läser till psykoterapeut! Jag är klar 2010!

2000 RUSH

Vårdtyngdsmätning inom vården En beskrivning

Text: Britt-Marie Karlsson
Foto: Per Hagström



Britt-Marie Karlsson
Verksamhetsutvecklare
Psykiatrisk slutenvård
Västmanland

Kort bakgrund

RUSH – metoden kommer ursprungligen från Chicago. Utvecklades där på Rush Presbyterian – St Lukés Medical center. Kom till Norden under mitten av 80-talet. Startade i Umeå i samband med ett kvalitetssäkringsprojekt under början av 90-talet. 1992 bjöd Varberg in till en konferens om RUSH – vårdtyngdsmätning. Då fanns inget datorstöd utan klassificeringen skedde på papper.

År 2000 så resulterade samarbetet mellan nätverket och Sigma Kommun och Landsting AB i ett utarbetat datorstöd för RUSH metoden. Idag är det ca 75 psykiatriska och somatiska avdelningar som använder systemet

Systemet stödjer KPP (Kostnad per patient) vilket är på väg in även inom psykiatrin om jag har förstått detta rätt. RUSH 2000 innehåller patientklassificering, bemanning och aktivitetsstudie.

Vårdtyngdsmätning enligt RUSH 2000

Vårdtyngdsmätning är ett sätt att få ett mått på vårdtyngd och behovet av personal på en vårdavdelning. I dessa tider med åtstramningar kan det vara viktigt att hitta en bra metod för att visa behovet av personal.

Klassificeringen utgår från specifika omvårdnadsfaktorer/kriterier vilket är 40 stycken för psykiatrin, en

systematisk mätning av patientens omvårdnadsbehov. Blir på så sätt ett objektivi instrument. Detta synliggör det omvårdnadsarbete som utförs på avdelningen och beskriver då även personalens arbetssituation.

Bedömningen av vårdbehovet

Vårdtyngdsmätning sker dagligen på individnivå Mätningen sker samma tid varje dag och 24 timmar bakåt Det är viktigt att det är samma tid punkt alla dagar tex kl 14.00. Vårdtyngdsmätningen görs av sjuksköterska och skötare tillsammans. Klassificeringen sker med hjälp av 40 kriterier som bedöms utifrån varje patients omvårdnadsbehov. Här är medvetenheten hos all personal viktig om vad de observerar, rapporterar och dokumenterar. (Kanske leder det till bättre omvårdnadsdokumentation)

När klassificeringen är gjord på alla patienter på avdelningen så får man fram hur stort personalbehovet har varit. Detta ger ett underlag till diskussion om bemanning i förhållande personal, patienter och vårdtyngd.

Varje kriterie har ett eget "vikttal" –ger olika poäng. (omfattande tidsstudier har gjorts). Varje poäng är värd ca 5 min i tid. Det totala antalet poäng ger antalet vårdtimmar/vårdbehovet.

Poängen ger fem olika kategorier av omvårdnadsbehov/vårdtyngd

Kategori I	Klarar sig själv – minimalt hjälpbehov	< 2 tim
Kategori II	Delvis hjälpbehov	2- 4 tim
Kategori III	Stort hjälpbehov	4-7 tim
Kategori IV	Mycket stort hjälpbehov	7-10 tim
Kategori V	Totalt hjälpbehov	10 tim >

Se exempel: "Tårtbiten"

På ledningsnivå

På ledningsnivå är systemet ett tillsammans med andra system, ett instrument för uppföljning av resurser på avdelningarna och kan då användas för att styra om de befintliga resurserna.. Utifrån de diagram som finns kan ledningen göra jämförelser mellan avdelningar, (vilket jag inte tycker är bra) då dessa har olika patientkategorier och bemanning. Att använda detta för att jämföra enskild avdelning med sig själv över tid är att föredra.

Om ledningen har satt upp mål för hur vårdtyngden skall se ut på avdelningarna så skall uppföljningen ske utifrån dessa mål. Utfallet av detta görs då i verksamhetsberättelse för kliniken. Utfallet av vårdtyngden är ett bra sätt att berätta för politikerna hur det ser ut på avdelningar inte som nu bara med beläggning.

I kontakt med olika myndigheter kan resultatet visas för tex:

- Arbetsmiljöverket, hur såg vårdtyngden ut i förhållande till bemanningen under den period de vill titta på.
- Socialstyrelsen kan vårdtyngden för enskild patient var bra att skicka med i beskrivningen runt ärendet.

På avdelningsnivå:

Med fördel går det att fördela patienter i olika vårdlag utifrån vårdtyngden

En fråga som oftast kommer upp är har vi tillräckligt med resurser. Med RUSH 2000 kan man följa upp de resurser avdelningen har haft utifrån den tänkta personalbemanningen. När klassificeringen är gjord har man fått fram antalet vårdtimmar och personalbehovet Då kan man göra jämförelse om bemanningen varit den "rätta" till aktuell vårdtyngd.

Uppföljning kan även ske utifrån den personalbudget i timmar som avdelningen har.

Eftersom system ger statistik/rapporter utifrån

enskild patient så borde detta användas mer i den vårdplanering som görs för patienter både internt inom psykiatrin men även i den samordnade vårdplaneringen med kommunen. Denna statistik visar antalet vårdtimmar/vårdbehovet över tid. Har patienten förbättrats och hur ser vårdbehovet ut idag.

Bemanning/Personalbehov

I den bemanningsdel som ingår och som naturligtvis skall används, registreras varje dag den faktiskt arbetade tiden för sjuksköterskor respektive skötare. En gång per år eller vid förändring registreras de budgeterade antalet timmar ssk resp sköt.

I den rapport som kommer fram visas antal vårdtimmar inom direkt vård utifrån den klassificeringen som har gjorts. Och det totala personalbehovet räknas ut i timmar. Man ser direkt hur förhållandet personalbehov och faktiskt arbetad tid ser ut.

Utdata

Det finns många användbara rapporter och diagram på individ-, vårdlags-, avdelning- klinik- och sjukhusnivå.

Redovisning/Återkoppling av resultatet av vårdtyngdsmätningen till personalen är viktig. Som vi av erfarenhet redan vet är så tröttnar personalen om de aldrig får någon respons på det de gjort.

Det är viktigt att regelbundet presentera, analysera och diskutera resultatet. Ett bra tillfälle för detta är arbetsplatsträffar.

Naturligtvis skall det återkopplas till ledningen men det sker oftast mer systematiskt.

Reliabilitetstest måste göras återkommande minst en gång per termin på varje avdelning. Om det skiljer allt för mycket i resultatet måste samträningar göras.

Ett resultat av att flera avdelningar på sjukhus/kliniker har samma system är att man får ett gemensamt språk där man förstår varandra över avdelningsgränser och också kan hjälpa varandra.

Aktivitetsstudie

Aktivitetsstudie är en "tidsstudie" där personalens samtliga arbetsuppgifter under ett arbetspass visas. Denna studie skall användas inför och efter alla verksamhetsförändringar som skall göras för att se om det blev som man tänkt sig. Man kan följa speciella aktiviteter ,tex när sker rapportering. Aktivitetsstudien kan naturligtvis synliggöra eventuella problemområden

Resultatet visar tidsfördelningen mellan direkt vård –tid till direkt patientarbete, - indirekt vård arbetsuppgifter där patient ej medverkar tex. förberedelser, rapporter, vårdplanering, dokumentation etc. och systemrelaterat arbete - arbetsuppgifter som genomförs för att patientarbetet skall fungera tex. telefon, avdelningsmöte, städning, förråd etc.

Tidsfördelningen kan man även se på varje enskild aktivitet.

Denna aktivitetsstudie kan göras både i slutenvård och öppenvård.

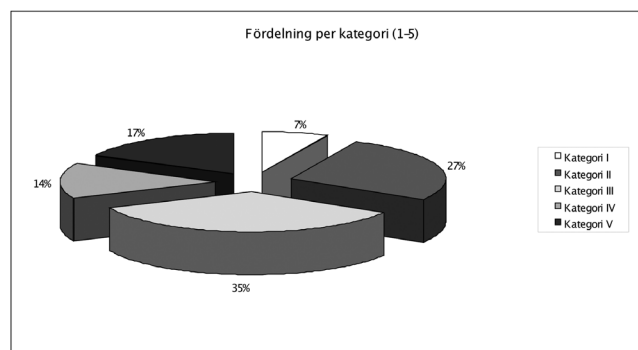
Varför RUSH 2000

Lätt att införa, är dessutom användarvänligt. Det finns support för metod och IT-system. Objektiv och valideringar sker fortlöpande. Det finns en lång erfarenhet av metoden i USA, Danmark. Norge och i Sverige. Metoden finns inom psykiatri, somatik och även utvecklad för särskilda boenden i kommunal verksamhet.

Svensk RUSH förening.

2004 bildades Svensk RUSH förening. Föreningens medlemmar är de sjukhus som har löst licens för RUSH. Föreningen har årliga träffar för ombud/ användare där utvecklingsfrågor diskuteras och valideringar utförs.

Exempel på utdata



Lust & Kunskap i Örebro 2-3 oktober 2008

Möt **Åsa Moberg**, författare till *"Hon var ingen Florence Nightingale"*; Hon inger perspektiv och ingjuter styrka och stolthet i professionen, lyssna till Svensk sjuksköterskeföreningens ordförande, **Ania Willmans** erfarenhet som patient, en erfarenhet som har förvissat henne om vikten av sjuksköterskans ansvar att leda patientnära omvårdnad och missa inte tillfället att samtala med **Göran Hägglund**, socialministern.

Eller fördjupa dig i könets makt och maktens genus, tre berättelser av **Yvonne Hirdman**, professor i genushistoria, motiveras av **Henry Ascher**, leg läkare och **Anna Sjögren**, skolsköterska, som ger hopp åt de papperslösa möjligheter till vård och hälsa i Sverige och ta lärdom av leg. sjuksköterskan **Petra Svedbergs** hälsofrämjande arbete i psykiatrisk omvårdnad.

Årets tema *"Sjuksköterskans hälsofrämjande arbete och ansvar att leda patientnära omvårdnad"* kommer såklart att rymma mycket, mycket mer. Missa inte programmet som finns på:

www.swenurse.se

Psykiatriska Riksföreningen vill uppmärksamma **Ulrica Hörberg** som disputerat på en avhandling med titeln *Att vårdas eller fostras Det rättspsykiatriska vårdandet och traditionens grepp*.

Avhandlingen har lagts fram vid Växjö universitet, Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete.

Vad vill du läsa om i Psyche?

Vill du skriva det själv så att du är säker på att det blir bra? Vill du ge oss i redaktionen ett tips, en idé eller ett uppslag? Vill du dela med dig av dina dikter, noveller och betraktelser? Vill du att dina tankar ska nå ut till kollegor och medmänniskor? Vad det än är du vill – så kontakta Psyches redaktion, vi kan hjälpa till! Material mottages tacksamt (redigeringsrätt förbehålls) liksom skrivande medarbetare.



Kontakta: hansbergman@telia.com eller mikael.nilsson@lthalland.se

Aktuella konferenser 2008

Borderlineseminarium

När: 14-15 mars 2008
Var: Tumba Folkets Hus, Segersjö
Info: www.borderline.nu

Möjlighetens metoder

När: 31 mars-1 april 2008
Var: Stockholm
Info: www.socialpsykiatriskforum.nu

Psykoterapimässan

När: 10-12 april 2008
Var: Stockholmsmässan, Älvsjö
Info: www.psykoterapimassan.se

Låt oss lära av varandra

Femte nationella konferensen med fokus på barn till föräldrar med psykisk ohälsa/sjukdom
När: 14-15 april 2008
Var: Hotell Hilton, Malmö
Info: www.malmo.se/alma

PRF:s årskonferens med tema: psykiatrisjuksköterskans yrkesroll då - nu - i framtiden

När: 24-25 april
Var: Vadstena
Info: www.psykriks.se

Psykiatrikonferens

- ur ett nytänkande och kunskapsvinnande perspektiv
När: 26 maj 2008
Var: CCC, Karlstad
Info: www.sv.se/varmland

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

EUROPEAN FESTIVAL OF PSYCHIATRIC NURSING THE AGE OF DIALOGUE

När: 5-9 november 2008
Var: Malta
Info: www.horatio-web.eu



Vård av äldre med psykisk sjukdom har blivit sämre

Äldre med psykisk ohälsa får sämre hjälp idag än för sju år sedan. Antalet vårdplatser har minskat med hälften och öppenvården har inte byggts ut. Psykoterapi för äldre finns nästan inte alls.

– De äldre lämnas helt enkelt därhän, menar Per Allard, äldrepsykiater från Umeå, som just lämnat en rapport till Socialstyrelsen. Det är svensk föreningen för äldrepsykiatri som återigen inventerat de svenska landstingen. Endast nio landsting har någon specialiserad psykiatrisk vård för äldre och ofta är den begränsad till någon del av landstingets område.

För dem som lider av demenssjukdomar har vården blivit bättre men inte för dem som lider av andra psykiska sjukdomar. Antalet äldre som får psykoterapi är försumbart.

Dagens Nyheter 4 mars 2008

Hundra samtal per dygn till Kvinnofridslinjen

Över 9.000 samtal. Det är facit tre månader efter öppnandet av Kvinnofridslinjen, en nationell stödtelefon för våldsutsatta kvinnor. Inför den internationella kvinnodagen på lördag redovisar Kvinnofridslinjen samtalsstatistik som visar att stödtelefonen får ta emot mer än hundra samtal per dag.

– Det är glädjande att vi på kort tid lyckats skapa kännedom om Kvinnofridslinjen. Samtidigt är mängden samtal ännu ett dystert kvitto på den stora omfattningen av mäns våld mot kvinnor, säger Åsa Witkowski, verksamhetschef för Kvinnofridslinjen.

Den genomsnittliga samtalslängden är 15 minuter. Av alla samtal som kommer in till Kvinnofridslinjen blir cirka 70 procent besvarade. Ungefär hälften av de samtal som inte besvaras består av samtal som avbryts redan under det förinspelade hälsningsmeddelandet.

– Det kan handla om kvinnor som tvekar på olika sätt. Jag tror att det är ganska vanligt att kvinnor "provringar" några gånger för att samla mod, säger Åsa Witkowski.

Kvinnofridslinjen invigdes den 4 december förra året och är bemannad dygnet runt av utbildad personal som ger personligt stöd och information om de lokala hjälpinsatser som finns. Numret är 020-50 50 50, och samtalen är kostnadsfria. Den som ringer kan välja att vara anonym. Kvinnofridslinjen drivs på regeringens uppdrag.

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@sl.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
0155-565 57 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 Wällberg
Lasarettbacken 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
Nidälvsvägen 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 Wånebring
Ulvhallavägen 8
564 36 Bankeryd
036-30 78 58 b
036-32 31 40 a
ingemar.wanebring@ltjkpg.se

REVISORSSUPPLEANTER

Yvonne Arctadius
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
Norra vägen 26
302 31 Halmstad
0345-20135 b
0345-18330 el.53 a
susanne.a.larsson@lthalland.se





Titel: Överleva eller leva - ett psykoteraeutiskt samarbete

Författare: Maria Grafo, Maj-Britt Nilsson

Förlag: Mareld

Recensent: Christina Reslegård

När jag var tonåring gjorde jag som alla andra; jag läste Ingen dans på rosor och En resa genom själens mörker. Jag fascinerades, också det som alla andra, av det magiska i det psykoteraeutiska arbetet. Utan alla övriga jämförelser fick jag samma känsla inför denna berättelse. Att få komma in i rummet där psykoterautin försiggår., att få veta hur det går till...

Boken är skriven i samarbete mellan en kvinna Maria (pseudonym) och hennes psykoteraeut. Maria drabbas av en tragedi när hennes ende son omkommer i en bilolycka. Hon bemöts under flera år av okända, icke-förstående representanter för den psykiatriska vården. Den enda som till en början finns för henne är en diakonissa som regelbundet ringer. Diakonissan tar emot hennes ilska som efterhand växer sig allt större. Marias upplevelse är förlust, upprepade kränkningar och en skärande ensamhet.

Efter flera kontakter med den psykiatriska vården kommer Maria till Maj-Britts privatmottagning. Här går hon i psykoterauti i åtta år. Det är dock så att hon under sommarhalvåret tillbringa den mesta tiden på sitt sommarställe så man väljer att träffas initialt tre gånger per vecka, sedan två gånger per vecka, en gång osv. Antalet terapitimmor per vecka hänger också samman att Maj-Britt tvingas söka pengar för fortsatt psykoterauti årligen från den psykiatriska mottagning som står bakom. Osäkerheten kring hur många timmar man ska få kommande år finns där som ett ständigt orosmoln. Detta är också ett ytterligare skäl till Marias vrede då hon oftast uppfattar terapirapporterna, som Maj-Britt skriver, som kränkande.

Vrede är det återkommande temat i det psykoteraeutiska arbetet. Maria öser sin vrede över Maj-Britt. Den är svår att bära för terapeuten även om hon förstår den underliggande

prövningen till fullo. Ska hon hålla för all denna vrede? Hon gör det (vilket inte betyder slutet gott- allting gott).

Maj-Britt visar sin äkta omtanke på många sätt men det mest uttalade är att hon vid varje tillfälle bjuder på te och bulle. Hon värmer en kudde till frusna händer och fötter, hon pysslar om.

Maria har boken gjort en lista som hon kallar Avgörande tillfällen och den handlar huvudsakligen om visad omtanke t ex hjälpa till med ytterkläderna, följer med ut, skickar vykort under sommaruppehållet, står kvar i dörren när Maria går nedför trappan och följer med till platsen för sonens trafikolycka. Maj-Britt har aldrig avbokat eller haft förhinder (sic!) på åtta år.

Maria har också gjort en lista på tips till psykoteraeuter. exempelvis inget smink, inga trendiga kläder, skratta inte. Jag tolkar det som att inte visa provocerande livsglädje. Hon ber

också om ett kort telefonsamtal hem på kvällen efter terapitimmor. Ring ett kort samtal på kvällen. Kom du hem ordentligt? Samtalet blir kvar som goda minnen. Dessa minnen bär på energi.

Boken är ytterst läsvärd som ett exempel på psykoteraeutiskt samarbete. Berättelsen är både gripande och berörande. Tankeväckande och kan också väcka min ilska. Ilska över bemötandet och de hinder vi sätter upp inom vårdapparaten för människor som har det så otänkbart svårt. För mig är det också värdefullt att tänka kring rambrott i psykoterauti- vad är bra och vad är mindre bra? För vem?

Maria ställer sig frågan om hur det kom sig att hon ändå överlevde?

– Skulle jag dö, skulle ingen tänka på min son Mikael. Det ger vilja till liv.



Titel: Från skam till självrespekt

Författare: Marta Cullberg Weston

Förlag: Natur och kultur

Recensent: Hans Bergman

Fackböcker kan vara väldigt olika, särskilt böcker om psykoterauti. De kan också vara olika svåra eller lätta att ta till sig. Marta Cullberg Westons senaste bok Från skam till självrespekt tillhör den senare kategorin. Den är nämligen både välskriven och lättläst. Så fort jag börjat läsa den fann jag den så spännande att det var svårt att lägga den ifrån sig, jag blev gripen kort sagt. I bokens inledning står det: "Skam är en otrevlig känsla och därför inte något man i allmänhet talar högt om. Den hindrar oss från att känna en naturlig självrespekt och att trivas med oss själva. Om man inte lyfter fram skammen styr den våra liv i det fördolda". Om skuld handlar om vad man gjort så handlar skam om vem man är. Från skam till självrespekt är en bok om skammens många

ansikten. Vad som är skamligt varierar över tid och skiljer sig mellan olika kulturer. Skam är samtidigt något djupt allmänskligt som de flesta av oss kan känna igen, från mindre pinsamheter till att ha blivit riktigt "avklädda" någon gång. Men det finns också de som lever sitt liv helt i skammens skugga och man blir berörd av bokens många berättelser om de svåra kränkningar som människor utsatts för, minnen från barndomen, skam som inte lämnar en, skam som fräter självkänslan och att växa upp som barn till alkoholister eller att under hela sin uppväxt ha blivit mobbad sätter sina spår.

Om hela ens självbild är skamskadad kan psykoterauti vara en möjlighet (eller nödvändighet) att komma vidare. Det är i författarens psykoteraeutiska arbete med människor som lider

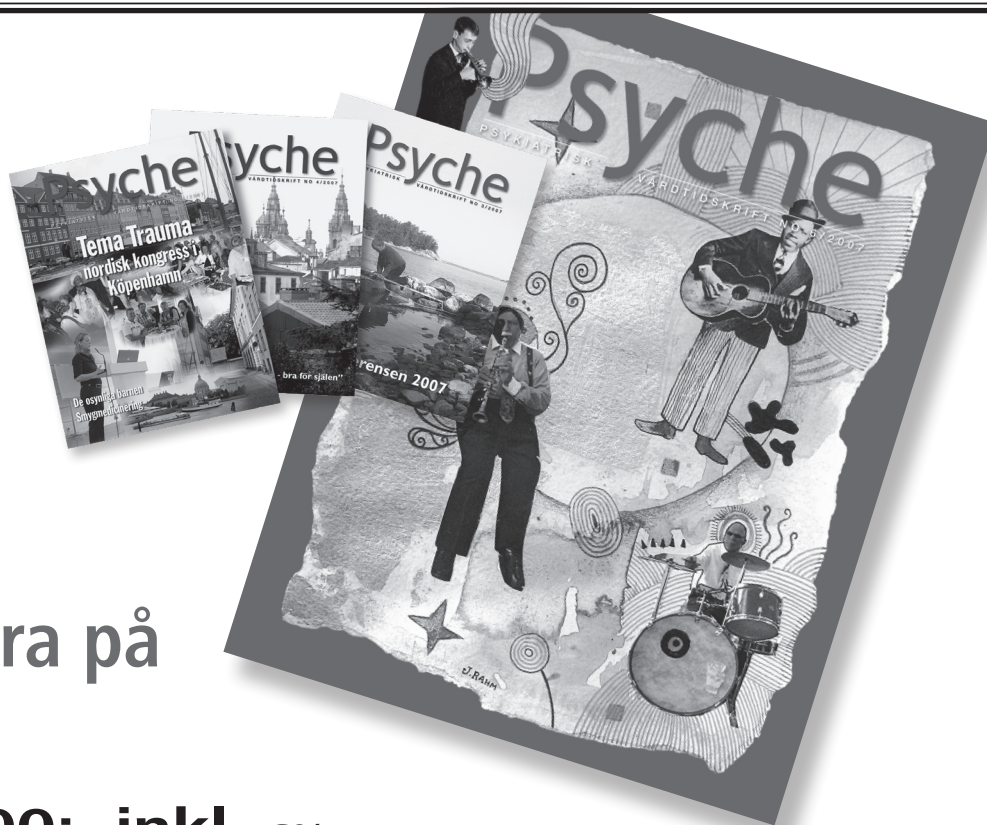
av en negativ självbild som hon förstått vilken betydande roll skammen har och att det först är när man sätter ord på skammen som man kan lämna den bakom sig. Paradoxalt nog kan just även terapirummet fungera som en möjlig arena för skam, skriver Marta Cullberg Weston. "I en terapi förväntas man tala om det mest privata och öppna upp sidor av sig själv som man inte visat för någon annan. Det är inte svårt att tänka sig att detta faktiskt i sig är skamframkallande. I terapiutbildningar talar man väldigt lite om denna speciella vinkling på terapisituationen". Terapeuten måste därför både vara medveten om och känslig inför detta. Marta Cullberg Weston arbetar med symboldrama. Det är en särskild teknik som bygger på psykoanalytisk grund där patienten föreställer

sig inre bilder för att komma i kontakt med det lilla barnet inom sig. Symboldrama syftar till att ge patienten redskap att reparera sin självbild. Vägen dit består i att den nu vuxne patienten skaffar sig förmåga att känna empati med och kunna trösta "det inre barnet". Kanske betyder det också att kunna förlåta sig själv, ibland mer för vad andra gjort än för vad själv har skuld i. Från skam till självrespekt har trots författarens psykodynamiska bakgrund mycket tydliga kognitiva inslag. Den ger även konkreta råd i hur man hur man kan tänka på egen hand för att hantera skam mer konstruktivt och inte att duka under för den.

Marta Cullberg Weston är leg. psykolog och psykoteraeut. Hon har tidigare skrivit flera böcker. Hennes förra bok heter Självkänsla på djupet.



Psykiatriska
Riksföreningen



Prenumerera på PSYCHE

6 nr. för 400:- inkl. 6% moms

- Tidningen har fokus på psykiatrisk vård/omsorg och behandling ur ett omvårdnadsperspektiv
- utkommer med 6 nummer per år
- och är ett måste för dig som vill hålla dig uppdaterad

Tidningen ges ut av Psykiatriska Riksföreningen som är en yrkesorganisation för specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård. Psyche vänder sig också till andra som arbetar inom eller har intresse av psykiatrisk vård/omsorg och behandling.

Fyll i talongen och skicka per brev eller e-post till:

Psykiatriska Riksföreningen

Richard Brodd, Oskarsgatan 4, 414 63 Göteborg

Tel. 031 - 24 00 23

Mob. 0708 - 19 27 32

richard.brodd@bredband.net

Besök vår hemsida: www.psykriks.se



Jag vill prenumerera på PSYCHE och få 6 nr för 400:-

Leveransadress: _____

Fakturaadress: _____

Kontaktperson: _____ Telnr: _____

Existentiell

Text: Richard Brodd

Sällskapet för existentiell psykoterapi, SEPT arrangerade nyligen två seminarier med titeln: Existential therapy – Theory and practice. Den första hölls i Umeå och den andra i Göteborg. Föredragshållare var professor Emmy van Deurzen.

SEPT, är en ideell förening, vars ändamål är att främja existentiella perspektiv och existentiell psykoterapi, att vara en aktiv röst i samhället och utgöra ett forum för existentiell praktik och teori." enligt deras hemsida: www.sept.se.

För mig som inte har en psykoterapiutbildning skriver jag om existentiell psykoterapi utifrån de timmarna jag lyssnade på Emmy, hennes powerpoint bilder och från Sällskapet för existentiell psykoterapis hemsida som en lekman.

Emmy van Deurzen är rektor på New School of Psychotherapy & counselling i London.

Hon har skrivit flera böcker varav några är översatta till svenska; Det existentiella samtalet. Natur och kultur: 1998, Vardagens mysterier. Studentlitteratur: 2003, Existential counselling and psychotherapy in practise. Sage Publications: 2002. Hennes senaste bok kommer ut i år och har titeln: Psychotherapy and the quest for happiness. Sage Publications: 2008.

Emmy talar om de fyra livsvärldarna: de rör vårt förhållande till den fysiska världen, till våra sociala sammanhang, till vårt inre eller identitet samt vårt förhållande till våra värden och övertygelser.

- om liv och död och vår strävan att hålla oss vitala i varje skede av vårt liv.
- om hälsa och sjukdom och vårt förhållande till våra kroppsliga och mentala styrkor, svagheter och begränsningar.
- om våra relationer och vår kamp för att upp-

Frihetsfilosofer	Fenomenologi	Existentialism	Postmodernism
Sören Kierkegaard 1813-1855	Franz Brentano 1838-1917	Jean-Paul Sartre 1905-1980	Michael Foucault 1926-1984
Friedrich Nietzsche 1844-1900	Edmund Husserl 1859-1938	Maurice Merleau Ponty 1908-1961	Paul Ricoeur 1913-2005
Karl Jaspers 1883-1969	Martin Heidegger 1889-1976	Albert Camus 1913-1960	Jacques Derrida 1931-2004

häva vår grundläggande ensamhet och skapa och vidmakthålla nära och intima relationer.

- om vår identitet och vår gradvisa ökade kunskap om oss själva.
- om mening och sammanhang kontra tomhet och meningslöshet i livet och om vår förmåga att hantera godhet och ondska.

Under föredraget talas det om dåtid, nuet och framtiden. Vi har alla svårt att finnas i nuet. Vi får frågan: Vad menas med att vara levande, att leva?

Några av målen för den existentiella terapin är:

- Bli mer ärlig mot dig själv
- Hitta personlig mening och syfte
- Förstå din egen världsuppfattning och utöka den

- Lära från det förflutna in i framtiden
- Känna igen paradoxer och problem
- Ha beredskap för kriser
- Frihet till alienation
- Öppen och rak kommunikation

Den existentiella terapin har påverkats och utvecklats ur den existentiella filosofin.

Den behandlar teman som: hur finner människan mening, sammanhang och tillit? Hur skapar människan kärlek och vad är kärlekens motpol? Vad innebär val, ångest och mod?

Ovan visas en tabell som ger oss uppgifter om några av föregångarna till det som idag kallas för existentiell psykoterapi.

Emmy lyfter fram några historiska delar av deras arbeten.

psykoterapi

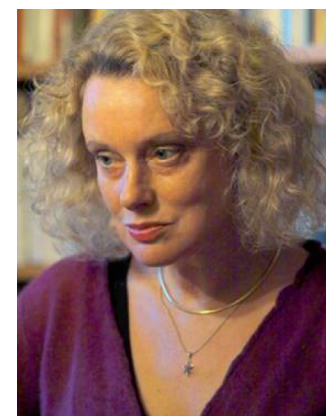
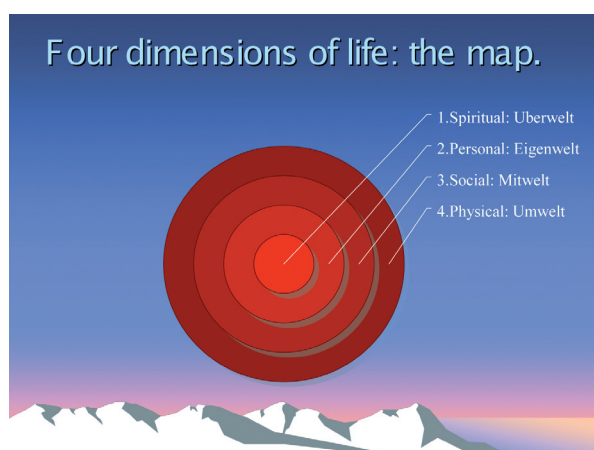
Kierkegaard som talar om leap of faith: Trust yourself to the spiritual space that will hold you in safety. Whatever you image of this is. Hon tar också upp Kierkegaards begrepp Angst Människor idag är rädda för ångest och har svårt att vara med ångest. Ångest kan vara något positivt och utvecklande. Ta dig tid att uppleva och förstå din egen ångest.

Nietzsche pratar om mellan gud och djur. Stegen för att utvecklas: 1. Kamel, lejon, barn 2. Omvärdera alla värderingar 3. Transcendens. Husserl står för fenomenologin: I fenomenologisk reduktion: Noesis II Eidiska reduktionen: Noema III Transcendental reduktion: Cogito. Heidegger pratar om "everydayness". Att vara är mellan födelse och död. Målet med terapin att finna sanningen och att tillåta mörker men att se ljuset i mörkret.

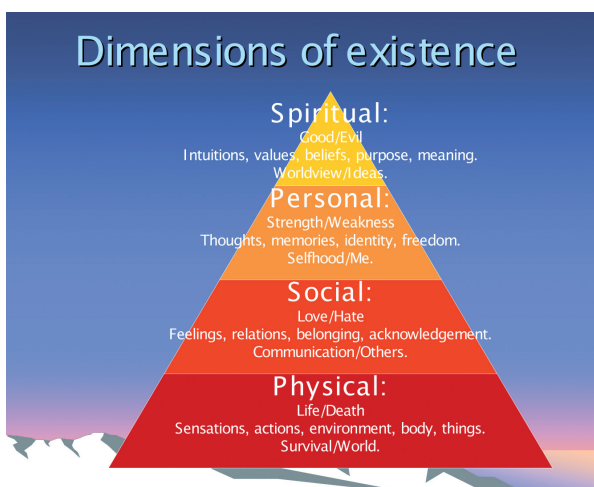
Sartre beskriver de konkurrerande relationerna: dominans, undergivenhet och tillbakadragande. Vidare tar han upp relationer utifrån samarbete som innehåller: gemensamhet, generositet och samverkan. Exempel på terapi som utgår från Sartre: Ingen är ensam, vi måste se situationen, vi måste ta ställning och agera, livet är en moralisk utmaning, vi är fria att göra något av det eller inte. Några av Merleau Pontys tankar: tillåt dina idéer att bära frukt, finn utrymme att utvecklas, skörda frukten av ditt arbete, se skogen för alla träd, trånga passager kan leda oss framåt och skapa nya perspektiv.

Livet kan delas in i fyra dimensioner:

Dimensionerna av existensen kan delas in enligt följande:



Emmy van Deurzen



Emmy van Deurzen är en mycket inspirerande person att lyssna på. Hon lyckas få en dialog med en grupp på mer än 50 personer. Man kan känna en närvaro och för mig som knappt hade någon aning om vad existentiell terapi innebär har det blivit lite klarare. Som jag uppfattar det är det inte en konkurrerande inriktning till andra inriktningar snarare ett förhållningssätt där människan är en del i existensen som ett

övergripande tema. Filosofin har många intressanta idéer som den existentiella psykoterapin gjort mer praktiskt användbara. När jag lämnar eftermiddagens möte känner jag ett visst mått av eufori och samtidigt fler frågor om vad det egentligen handlar om.

Länkar:
www.sept.se
www.existentialpsychotherapy.net

Psykiatriska Riksföreningens styrelsemöte 9-10 februari 2008

PRF har nu haft sitt första styrelsemöte för 2008 och det gick av stapeln i Stockholm i SSF's lokaler på Baldersgatan.

Till vårt möte hade vi bjudit in Norges psykiatrisjuksköterskeförenings styrelse, d v s deras motsvarighet till PRF, en person från NSF deltog också, NSF som motsvarar Vårdförbundet.

Vi hade under helgen möjlighet att utbyta erfarenheter, höra vilka frågor och svårigheter de sitter med, jämföra likheter och olikheter från våra land.

Vi hade på kallelsen till styrelsemötet en lång lista med punkter som vi betade av. Två stora arbeten som vi har arbetat med under året har varit Kompetensbeskrivningen för psykiatrisjuksköterskor samt en enkät som PRF tillsammans med Vårdförbundet sammanställt som heter Psykiatrisjuksköterskan och den psykiatriska vården nu och i framtiden. Dessa båda arbeten kommer att presenteras på vår årskonferens i Vadstena 24-25 april 2008, så kom dit!

Psykiatriska Riksföreningens dåliga ekonomi, som i grunden beror på vårt minskande medlemsantal, är ett stort bekymmer. Vi gjorde en uppföljning av vår åtgärdsplan som vi beslutade om i höstas. I den åtgärdsplanen har vi satt upp mål och delmål gällande medlemsrekryteringen som ska ge ökade intäkter i framtiden. Under mötet diskuterade vi också möjligheten att sänka kostnader. Vi har gjort stora ansträngningar de senaste åren att sänka kostnaderna och vi har lyckats med det till stor del. Under vårt styrelsemöte beslutade vi vissa åtgärder och på årsmötet kommer vi att lägga förslag för att ytterligare minska föreningens kostnader.

En helg med en norsk styrelse

Text: Christina Reslegård

Bilder: Hans Bergman



Det började som en idé under en middag i Arnhem, Nederländerna i samband med att Horatio bildades i våras. Det fortsatte sedan under den nordiska konferensen i Köpenhamn i augusti. Inblandade var Annelill Haabeth från Kirkenes, vår kassör Richard Brodd, LPS:s ordförande Elisabeth Hammervold, Stavanger och jag. Nu i februari blev det verklighet - ett gemensamt styrelsemöte i Stockholm för Psykiatriska Riksföreningen och Landsgrupp av Psykiatriske Sykepleiere, vår norska motsvarighet.

Tanken var att ha ett utbyte av idéer och erfarenheter och vi startade lördagen med en gemensam diskussion. Det finns många likheter mellan Norge och Sverige och det finns många likheter mellan våra organisationer. Skillnader finns det också! Inte minst när det gäller ekonomi! Norges goda ekonomi kommer även den psykiatriska vården tillgodo. En flerårig upprustningsplan finns med finansierade åtgärder och reformer för psykiskt sjuka. Innehållet i reformerna liknar det som diskuteras i Sverige - boende, sysselsättning, gemensamt synsätt hos olika huvudmän mm .

Visste ni att i Norge är "vidareutbildningen" i psykiatri tvärfacklig och gemensam för flera yrkesgrupper? Polis, socionomer och sjuksköterskor har en gemensam kurs som de läser efter respektive grundutbildning. Det är spännande att tänka på



vilken betydelse det får för t ex synen på omvårdnad, gemensamt språk, förståelse för varandras villkor med mera. Våra respektive föreningars arbetsmetoder är tämligen lika. Det är medlemstidning, hemsida, konferenser, stipendiemedel, seminarier och deltagande i olika arbetsgrupper. Allt drivet av en önskan om att påverka och förbättra för sjuksköterskor och för patienter/brukare.

En skillnad mellan våra organisationer är att man i Norge har närmare tjugo lokalföreningar. Varje lokalförening har sin egen ledare. Detta gör att man har mycket aktivitet ute i landet även om inte alla lokalföreningar är så väldigt aktiva. Det ger också LPS ett stort kontaktnät när det gäller att bereda olika frågor t ex i samband med att man svarar på remisser.

En annan skillnad är att i Norge är yrkesorganisationen en del av den fackliga organisationen och man uppstår också ett ekonomiskt stöd därifrån. Psykiatriska Riksföreningen arbetar ju däremot helt fritt och självständigt visavi Vårdförbundet.

Våra respektive styrelsemöten fortsatte i de vackra konferenslokalerna i Sjuksköterskornas Hus. På lördag kväll åt vi tillsammans en italiensk buffé och umgicks under trevliga former.

Den norska styrelsen består av Unn Elisabeth Hammervold, Bent Åge Stenberg, Bodil Bakkan Nielse, Annelill Haabeth, Charlotte Walther, Karina

Sebergsen och Kurt Lyngved. Om du vill veta mer om LPS och deras arbete finns en hemsida där du kan läsa mer; www.nosf.no

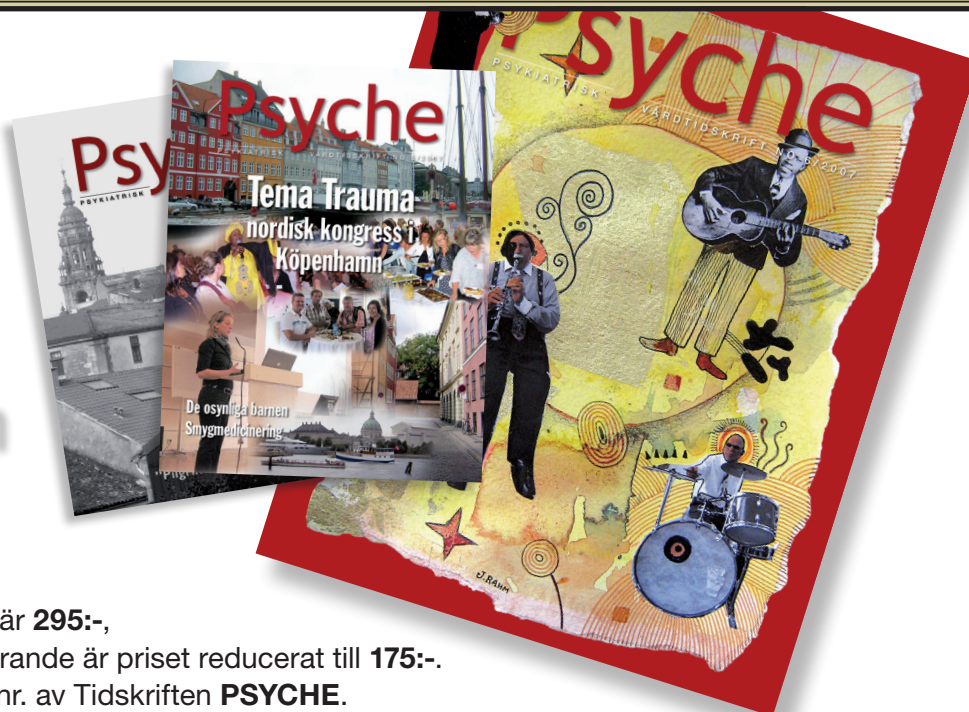
PS Bli inte förvånad om det dyker upp en norsk artikel (eller varför inte en dansk) i kommande nummer av Psyche.





Psykiatriska
Riksföreningen

Bli medlem 2008



Medlemsavgiften för 2008 är **295:-**,
är du pensionär eller studerande är priset reducerat till **175:-**.
I medlemsavgiften ingår 6 nr. av Tidskriften **PSYCHE**.
Fyll i det aktuella beloppet på inbetalningsblanketten.
Beloppet sätts in på PRF:s **PlusGiro** konto **71 01 44-7**, senast **2008-02-28**.

(Var noga med att fylla i ditt namn, adress och personnummer,
samma gäller om du väljer att betala via din internetbank.)

Vid frågor ring:

Medlemsansvarig Ann Ingvarsson, Tel: 070-600 02 99, e-post: ann.ingvarsson@spray.se

Skicka talongen till:

Ann Ingvarsson
Östersjövägen 282
295 91 Bromölla



Besök vår hemsida: www.psykriks.se



Jag vill bli medlem i PRF och få 6 nr. av PSYCHE

Medlemspris: 295:- Jag är pensionär/studerande: 175:-

Leveransadress: _____

Fakturaadress: _____

Kontaktperson: _____ Telnr: _____