

Psyche

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGENS TIDSKRIFT NO 4/2008

Erfarenheter i en grupp vuxna
barn med psykiskt sjuka föräldrar

ECT -70 års erfarenhet

”Good Practice Good Outcome?”

- Några “axplock” från ENMESH 2008

Terapeutisk allians och tvångsvård





Psykiatriska
Riksföreningen

Ansvarig utgivare
Richard Brodd

Chefredaktör
Hans Bergman

Redaktör
Mikael Nilsson

Mail till Psyche:
www.psykriks.se
richard.brodd@bredband.net
hansbergman@telia.com
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@sll.se

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

Priser
Helsida. 180 x 247 mm7.500:-
Halvsida.180 x 123 mm4.300:-
1/3 sida 180 x 82 mm.....2.700:-
Bilaga11.000:-
Baksida10.000:-
(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: Jonas Rahm

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

INNEHÅLL



Erfarenheter från gruppen vuxna barn med psykiskt sjuka föräldrar

L. Knutsson-Medin, B. Edlund, Mia Ramklint

...sid. 4-5



ECT 70 års erfarenhet

Av Ulrica Lavén

...sid. 6-8



"Good Practice Good Outcome?"

- Några "axplock" från ENMESH 2008

Av Mats Ewertzon

...sid. 10-12



Från tidiga interventioner till psykoterapimottagning

Av Susanne Stattin

...sid. 14-15

Terapeutisk allians och tvångsvård

Går de att förena i psykosvården?

Av Christer Johansson

...sid. 16-17

Recensioner

...sid. 18

Notiser

...sid. 20

Vår hemsida är ny men adressen är densamma

www.psykriks.se





ORDFÖRANDE HAR ORDET:

Det har blivit augusti och sommaren går mot sitt slut. Jag tillhör gruppen som tycker att sommaren är den årstid som jag föredrar lite mer framför de andra. Känslan av att kunna vara utomhus på kvällarna och att det är varmt i luften. Det fantastiska ljuset vi har i juni och juli gör mig glad. Det är en period av avkoppling, rekreation och uppladdning av batterierna inför hösten. Många har semester. Umgås med familjen och vännerna.

Samtidigt pågår all vård och omsorg i sjukvården och i kommunerna som vanligt. Sjukdomar och funktionshinder tar inte semester.

Vad händer med alla personer som är drabbade under denna tid? För mig har sommaren inte blivit riktigt som jag hade tänkt mig. En nära vän till mig drabbades av en hjärnskada i juni. Hon har under de senaste 10 veckorna dagligen kämpat för att överleva mot alla odds. Hon har knappt kunnat kommunicera med omvärlden. Anhöriga har tillsammans med mig fått kämpa för att hon skall få den vård, omvårdnad och omsorg alla människor har rätt till. Vad gör man när min arbetsgivare Sahlgrenska Universitetssjukhuset säger att hon är för sjuk för att flyttas från en akutvårdsavdelning till en rehabiliteringsavdelning och att hon är för frisk för att vara kvar på akutvårdsavdelningen. Någon sjukvårdsavdelning mitt emellan finns inte och nu är det semestertider och då som ni vet är mycket på sparlåga och avdelningar stänger och personal går på semester. Kommunen anses vara den instans som skall ta över patientansvaret. Kommunen meddelar att det inte finns några vårdplatser i hela västra Götaland som tar emot så pass sjuka personer som er anhörig som är så ung (50 år). Det kan finnas korttidsboende i äldreomsorgen som kanske kan ta ett vårdansvar men tyvärr inte i hela Göteborg. Ni vet att det är semestertider, vår personal måste ha semester och avdelningar är stängda. Efter att sjukvård och kommun mot anhörigas vilja ändå placerar patienten i kommunen slutar det med två resor fram och tillbaka till akutsjukvården och till sist, allt inom loppet av 10 dagar, ytterligare en resa till Sahlgrenskas akut med följd att hon blir inneliggande på en akutvårdsavdelning med en livshotande lunginflammation. Är det rimligt att man får en sådan här behandling på grund av semestertider? Är den svenska sjukvården sjuk? Är vård och omsorg till för patienter eller är det personalen som kommer i första hand? Jag är mycket väl medveten om att alla som jobbar under sommartid sliter, kämpar och ibland går på knäna för att få allt att gå runt. Det är inte personalen som arbetar och alla som har en välförtjänt semester jag ifrågasätter utan sjukvårdssystemet i sig.

Min vän fortsätter kämpa vidare för hon har inte gett upp ännu, en orolig sommar, många sömlösa nätter för anhöriga har det blivit. En dag i taget har varit vår devis i sommar.

För dig som inte har varit i Umeå eller kanske vill åka dit igen så passa på och läs i tidningen om seminariet: **"Jag står inte ut en sekund till"**, som **Psykiatriska Riksföreningen** arrangerar den 30/9.

Sedan vill jag gärna uppmana alla som vill åka på lite längre äventyr att ta sig till Malta och till **"European festival of psychiatric nursing. The age of Dialogue"** Det här är den första konferensen av sitt slag. Europeiska sjuksköterskor runt hela Europa samlas till en konferens/festival för och med psykiatrisjuksköterskor. I detta nummer av Psyche finns mer information och även på Horatios hemsida.

Jag vill hälsa alla välkomna till en ny höst med mycket spännande arbete framför oss. Känner du någon sjuksköterska som du skulle vilja nominera till ett förtroendeuppdrag inom **Psykiatriska Riksföreningen**? Kontakta valberedningen med nomineringar. Känner du någon som ännu inte är medlem i **PRF**? Vi behöver vara fler för att förstärka vår röst som psykiatrisjuksköterskor, be dem gå in på vår hemsida och anmäla sig.

Richard Brodd

Ordförande i Psykiatriska Riksföreningen



Erfarenheter i en grupp vuxna barn med psykiskt sjuka föräldrar

L. Knutsson-Medin, B. Edlund, Mia Ramklint

I december 2007 publicerades en artikel i *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, nr 14 2007, 744-752 med titeln *Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents* av L. Knutsson-Medin socionom (MSc), B. Edlund universitetslektor (RNT PhD) och Mia Ramklint läkare (MD PhD) alla knutna på olika vis till Uppsala Univerisitet.

Vid den psykiatriska enhet vid Akademiska sjukhuset som varit lokaliserad till den norra delen av Uppsala län har ett mångårigt samarbete förekommit mellan vuxenpsykiatrin, barnpsykiatrin och barnhälsovården. I början av 1990-talet gjordes under 2½ år en kartläggning av hur många av vuxenpsykiatris patienter som hade barn. Denna kartläggning ledde till en 20-poängs magisteruppsats och det är den studien som nu finns som bakgrund till den nu 10-åriga uppföljning som den aktuella artikeln redovisar. En del av nämnda kartläggning resulterade i en studie där föräldrarna/patienterna uppskattade sina barns sociala kompetens och förekomst av eventuella beteende- och emotionella problem. Detta gjordes med hjälp av skattningsskalan Child Behaviour Check List, CBCL (Larsson et al. 2000). Denna studie

jämförde barnen till föräldrar som vårdats inom psykiatrisk slutenvård med barn ur normalpopulationen. (Larsson & Frisk 1999). Barnen till de psykiskt sjuka föräldrarna hade mer psykosociala svårigheter.

Ett genomgående tema i de studier som finns om barn till psykiskt sjuka föräldrar är barnens utsatthet (Rutter & Quinton 1984, Beardslee et al. 1998). Misshandel, samlevnadskonflikter, separationer, förluster samt isolering är vanligare i familjer med en psykiskt sjuk förälder än i genomsnittsfamiljen. I en annan studie av vuxna barn till psykiskt sjuka föräldrar framhålls vikten av att uppmärksamma hur det är att som barn växa upp med en psykiskt sjuk förälder. Barn berättar om misshandel, avvikande beteende, skuld-känslor samt upplevelser av social isolering. Kontakten med psykiatrin beskrivs som negativ eller obefintlig. Ett allmänt

resultat i flera studier visar svårigheter för barnen att förstå sina föräldrars mentala sjukdom och att hitta sin roll inom familjen.

Syftet med den nu aktuella studien var att göra en 10-årsuppföljning av barn till de föräldrar som deltog i den första studien och efterfråga deras erfarenheter och synpunkter på att vara barn och anhörig till en förälder som vårdats inom psykiatri. Syftet var också att belysa barnens sociala situation. Utifrån barnens erfarenheter skulle interaktionen mellan barnen och vården belysas. Härigenom erhållen kunskap kan ge förutsättningar att formulera vårdinsatser för barn till psykiskt sjuka personer.

Efter godkännande av forskningsetiska kommittén kunde vi tillskriva de nu vuxna barnen och fråga om de var villiga att delta i denna studie och besvara ett ganska omfattande frågeformulär. Kvalitativa och kvantitativa analyser har gjorts av inkomna frågeformulär. Kvalitativa analyser har gjorts med hjälp av manifest innehållsanalys.

Trettiosex av 87 barn (41.4%) som alla var 18 år och äldre valde att delta i studien.

Barnen var födda 1966 till 1985, 15 män och 21 kvinnor till 29 föräldrar som vårdades vid psykiatriska kliniken för 10 år sedan. De deltagande vuxna barnens föräldrar skiljde sig inte från de icke deltagande avseende diagnos, antal vårdtillfällen och antal vård dagar. Den första studien gjordes under 1993-1995.

Alla deltagande vuxna barn (36 st) hade genomgått grundskolan och en tredjedel hade avslutat högre utbildning. Bara fyra personer var arbetslösa och ingen var bostadslös.

Nio (25%) av deltagarna rapporterade kontakt med barn- och ungdomspsykiatri och sju (19.4%) hade varit i kontakt med vuxenpsykiatri.

Barnens svar på följande öppna frågor delades in i olika kategorier. På frågan om "hur de upplevt kontakten med psykiatrisk vård" gjordes följande indelning; "positiva erfarenheter", "negativa erfarenheter" och "önskemål från vården".

Av positiva erfarenheter rapporterade barnen känslor av lättnad när någon annan var ansvarig för deras förälder under sjukhusvistelsen och att föräldern fick behandling.

Av negativa erfarenheter rapporterade barnen om bristande stöd eller nästan ingen kontakt med vårdpersonalen. De fick inte någon information eller förklaring från personalen. Någon påpekade att vårdtiden var alltför kort vilket resulterade i att barnet fick ett alltför stort ansvar när föräldern

kom hem. Någon upplevde miljön på sjukhuset som skrämmande och otrygglig.

Beträffande önskemål framförde barnen mer kontakt med professionella, mer information och mer förklaring om deras förälders sjukdom. De hade önskat professionellt stöd för dem själva både under förälderns sjukhusvistelse och därefter. De efterfrågade längre vårdtider för den sjuka föräldern samt bättre ekonomiskt stöd. De framförde önskemål om rutiner för stödsatser så att alla barn får hjälp.

På frågan om erfarenheter kopplade till att

”Av positiva erfarenheter rapporterade barnen känslor av lättnad när någon annan var ansvarig för deras förälder under sjukhusvistelsen och att föräldern fick behandling.”

ha en psykiskt sjuk förälder uppdelades svaren utifrån upplevd "oro", "ökat ansvar, negativa känslor och ändrad relation barn/förälder".

Deltagarna rapporterade att de som barn hade oroat sig om sin förälders hälsa och mående. Någon oroade sig för att föräldern skulle suicidera, de oroade sig för att föräldern inte skulle få den hjälp han/hon behövde. Någon uttryckte oro när de kom hem från skolan "de visste aldrig hur det skulle se ut". Några av barnen oroade sig också för den "friska" föräldern som blev utarbetad. Alla barn beskrev ökat ansvar för föräldern, för syskon och för hushållet. De kände sig mer vuxna än sina kamrater.

Bland negativa känslor rapporterades bl a skam, depression, ångest, rädsla för konflikter, känsla av övergivenhet, ensamhet, otrygghet, osäkerhet, självosäkerhet, svek, bristande tillit. Det framkom avundsjuka mot kamrater som hade sin förälder hemma. De rapporterade också svårigheter att uppskatta glädjeämnen samt en känsla av att saker i omgivningen förlorat betydelse.

Ändrad relation barn/förälder beskrevs som överbeskydd mot den sjuka föräldern. Några beskrev att de kände obehag då föräldern uppträdde konstigt, verkade påverkade eller gav osanna uppgifter om barnet.

Barnens mångfacetterade svar ger kunskap

som stöder behov av att införa rutiner inom vården för omhändertagande och bemötande av barn till psykiskt sjuka föräldrar.

I föreliggande studie framkommer att barnen efterlyser stöd från psykiatri. I en färsk studie från Lund redovisas att psykiatri ger information till barn i mindre än 15 % av fallen (Ostman et al. 2005). Utvecklande av förebyggande handlingsprogram rekommenderas för att öka barnens förståelse för förälderns sjukdom (Beardslee et al. 2003).

Ett allmänt tema i studien är behov av mer

information. Deltagarna i studien rapporterar ökat behov av mentalt stöd. Om de hade fått adekvat hjälp att hantera ansvaret av förälderns sjukdom, kanske de själva hade haft färre psykiatriska symptom. Studier av förebyggande åtgärder är nödvändigt samt uppföljande studier från barndom till vuxet liv.

Referenser

- Beardslee W.R., et al. (2003) A family-based approach to prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Paediatrics* 112, 119-131.
- Larsson B., Knutsson-Medin L., Sundelin C., et al. (2000) Social competence and emotional/behaviour problems in children of psychiatric inpatients. *9, 122-128. European Child and Adolescent Psychiatry* 9, 122-128.
- Larsson B. & Frisk M. (1999) Social competence and emotional/behaviour problems in 6-16-year-old Swedish school children. *European Child and Adolescent Psychiatry* 8, 24-33.
- Ostman M., Wallsten T., Kjellin L. et al. (2005) Family burden and relatives' participation in psychiatric care: are the patient's diagnosis and the relation to the patient of importance? *International Journal of Social Psychiatry* 51, 291-301.
- Rutter M. & Quinton D. (1984) Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine* 14, 853-880.
- Beträffande övriga referenser hänvisas till originalartikeln i *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.

ECT

70 års erfarenhet

Användandet av el-behandling mot exempelvis svåra depressioner väcker hos en del obehagliga känslor och tankar. Den vanligaste beteckningen är "el-chock", vilket för tankarna ganska långt ifrån det som behandlingen idag går ut på.

Av Ulrica Lavén



utan historisk grund. En historia som det tar tid och engagemang att upplysa är just - historia.

För att nämna några exempel har ECT använts för allt, från uppfostringsmetod av bråkiga aboriginungdomar i Australien, "botande" av homosexualitet, till CIA-experiment på 50-talet

för "hjärntvätt" inom "projekt M-ULTRA". Intressant är att det aldrig fungerade. Det gick inte radera folks minne med ECT, trots att man använde 30 gånger så hög dos som vår ECT.

Utelämnar vi de bisarra - och ovanliga - exemplen ovan, är ECT-behandlingens historia under de sista 70 åren denna:

Den första konvulsiva behandlingsmetoden gavs, när man upptäckt att deprimerade patienter som hade epilepsi hade en period av tillfrisknande efter sina epileptiska anfall.

Den Ungerska psykiatrikern Meduna provade 1934 om anfall som utlösts av yttre påverkan av samma effekt. Man använde det kemiska ämnet kamfer på en patient som under 4 års tid legat stilla i sin säng,

Trots vad många tror går behandlingen inte ut på att genom elektricitet framkalla våldsamma och plågsamma kramper hos patienten. Det handlar om att genom en kort elektrisk impuls, motsvarande ett ficklampsbatteri, starta ett epileptiskt anfall. Det är detta anfall som såväl ger den antidepressiva effekten som det ger de skrämmande kramper som de flesta av oss har sett i filmer som Gökboet.

På detta sätt utförs inte idag elektrokonvulsiv terapi, ECT, som är den formella beteckningen. Idag behandlas patienten under en några minuter lång narkos och har fått muskelavslappande medel, vilket gör det hela väldigt odramatiskt.

Men den inte ovanliga Gökboet-bilden av ECT som en illasinnad bestraffningsmetod, är tyvärr inte helt

varken skött sin hygien, eller velat äta. Efter en serie behandlingar tillfrisknade han och kunde skrivas ut från sjukhuset.

Men kamfer hade stora bieffekter. Inte minst den ångest det gav att vänta på att få kramper, konvulsioner. Läkarna försökte därför hitta andra sätt att framkalla kramper. Man hade redan då använt el för att bedöva grisar inför slakt. Det epileptiska anfallet gjorde grisen medvetlös och avlivandet gick mer smärtfritt.

Att tillföra ström gav också betydligt mindre skada än kamfer, även om det gav upphov till hjärtarytmi, hjärtflimmer och död, som kunde inträffa om stark ström gick genom hela kroppen, och därigenom hjärtat.

1938 var första gången en patient fick ECT. Det var dr Ugo Cerletti och Bini som utförde detta med gott resultat.

1939 hade man gett tillräckligt många behandlingar för att inse att behandlingsmetodens effektivitet gjorde den intressant att sprida vidare över världen. Läkaren L.B Kalowski började då resa runt och propagerade för behandlingsmetoden.

1942 genomfördes behandlingen för första gången i Sverige, då på en patient på Karolinska institutet.

Sedan dess har behandlingsmetoden utvecklats:

Ett stort problem var den risken för frakturer som kramperna gav. Redan på 40-talet började användningen av curareliknande preparat (Curare är ett pilgift som urinnevånarna i Amazonas använder för att fånga byten genom den förlamande effekten).

För att göra metoden mer skonsam behövde man även söva patienten och olika narkosmedel och lugnande medel prövades. De bästa medlen var de ultrakortverkande barbituraterna. Idag används på vissa sjukhus fortfarande Pantothal-Natrium, på andra Propofol som är ett modernare narkosmedel. I USA används Briethal, det anses bättre eftersom det inte höjer kramptröskeln lika mycket som våra narkosmedel.

Även den tekniska apparaturen har utvecklats och el-vågorna kan "skräddarsys" så de passar den enskilda individen bäst. Man kan anpassa strömdosen till individens kramptröskel, och inte som tidigare bara ta hänsyn till det trubbigare begreppet patientens ålder. **Så kan man få den**



Redan på 40-talet började användningen av curareliknande preparat (Curare är ett pilgift som urinnevånarna i Amazonas använder för att fånga byten genom den förlamande effekten).

bästa effekten, samtidigt med minsta möjliga biverkan.

Då man ger ECT behöver man se var kramptröskeln går, det vill säga var den enskilda patientens epileptiska anfall utlöses, för att ge en bra behandling. Detta kallas "kramptröskelstimulering". Man försöker även att hålla sig till en så kallad tröskeldos, dvs precis den dos som behövs för att utlösa ett generaliserat epileptiskt anfall, detta för att minimera el-behandlingens - kortvariga - kognitiva biverkningar.

I stora delar av världen är den bitemporala elektrodplaceringen, det vill säga på båda tinningarna vanligast. I Sverige är det vanligare med unilaterala, ensidiga, placering vanligast och då den icke-dominanta hjärnhalvan. Genom den unilaterala tekniken undviks strömstimulering över den dominerande hemisfären (hjärnhalvan) vilket minimerar risken för minnestörning. Den ger under optimala förhållanden likvärdig terapeutisk effekt.

Bitemporal elektrodplacering används i situationer där effekten prioriteras, det kan vara vid livshotande katatona tillstånd eller vid utebliven effekt av unilaterala behandling.

Det bör även beaktas att det inte är själva strömmen som botar patienten, utan hjärnans åtgärder för att motverka risken för nya epileptiska anfall. Mekanismen är inte helt känd men man vet att det nybildas hjärnceller i hippocampus, den del av hjärnan man vet har en stor betydelse vid depressioner och andra psykiatriska sjukdomsförlopp.

Indikationer för ECT-behandling:

För att ge bästa möjliga behandlingsresultat är det viktigt att patienten är rätt diagnostiserad!

- Mycket akuta tillstånd såsom suicidala eller agiterade depressioner, cykloida psykos, samt urakuta manier.
- Djupa, melankoliska depressioner, särskilt med psykotiska inslag och med självmordsrisk.
- Mani, särskilt svårbehandlad eller urakut mani utgör en klar indikation för ECT.
- Cykloid psykos som visar den kliniska bilden av en post partum psykos.
- Tidig ECT-behandling kan minimera sjukdomens inverkan på mor - barnrelationen och är väl förenlig med amning.
- Vid graviditet och depression är ECT en indikation att välja framför antidepressiva läkemedel.
- Schizofreni, särskilt svårbehandlade tillstånd i kombination med antipsykotiska läkemedel.

Parkinsons sjukdom. Genom att ECT även stimulerar produktionen av dopaminer ges en god effekt, men kortvarig. Vid försök med underhållsbehandling har dock goda resultat uppvisats. Denna behandlingsform av Parkinsonpatienter är fortfarande på klinisk forskningsnivå.

Vid en jämförelse av unipolär (renodlad depression) och bipolär (manisk-depressiv) depression visades i en nyligen publicerad studie ingen skillnad i terapeutisk effekt efter el-behandlingens slut. Däremot behövde de bipolära patienterna signifikant färre behandlingar eftersom svaret kom snabbare.

Biverkningar:

En viss minnespåverkan hos patienterna är svår att undvika. Framför allt är det så kallad retrograd minnesstörning, det vill säga det som hände alldeles före behandlingen. I ovanligare fall uppstår även minnesstörningar i form av att inte komma ihåg personer, händelser under en längre tidsperiod före, eller under ECT-serien. Även minnen som ligger långt tillbaka i tiden kan påverkas. Detta är övergående och kommer tillbaka efter behandlingsseriens slut. Det bör poängteras att minnesproblemen inte beror på hjärnskador. En del upplever detta som mycket plågsamt, medan andra knappt märker av det.

Graden av minnesstörning beror på flera faktorer, t ex behandlingsteknik, hur ofta patienten får ECT, samt patientens tillstånd i övrigt.

För flertalet är minnesförlusterna tillfälliga och kortvariga, men de individuella skillnaderna är så stora att det inte går att förutsäga biverkan för den enskilde patienten.

Man bör även ha i beaktande att depressionen i sig påverkar minneskapaciteten. Vid vissa svåra depressioner är förmågan att ”ta in” starkt nedsatt. Vad som inträffat under sjukdomen kan i efterhand vara svårt att komma ihåg, oavsett om patienten fått ECT, eller inte.

En vanlig biverkan är huvudvärk och muskelvärk, yrsel och illamående efter behandlingen. Om patienten tar huvudvärkstabletter eller antiemetika någon timme innan behandlingen i kan dessa problem ofta förebyggas. Dessa biverkningar är vanligast efter den första behandlingen, för att sedan klinga av under behandlingsseriens gång.

Vår arbetsmetod:

På vår mottagning arbetar två sjuksköterskor, en sjuksköterska/enhetschef, samt en skötare och en narkosläkare som även har delegation på att ge ECT. Vi har även en medicinskt ledningsansvarig psykiatriker som har kännedom om vilka patienten som får ECT på mottagningen.

Arbetsmodellen är inte efter någon bestämd omvårdnadsteori, utan vårt mål är att visa respekt för den enskilda individen och skapa en god relation.

Patienter som remitteras till enheten är ofta

”Det bör även beaktas att det inte är själva strömmen som botar patienten, utan hjärnans åtgärder för att motverka risken för nya epileptiska anfall. Mekanismen är inte helt känd men man vet att det nybildas hjärnceller i hippocampus, den del av hjärnan man vet har en stor betydelse vid depressioner och andra psykiatriska sjukdomsförlopp.”



oroliga och har i vissa fall en negativ bild av ECT (av orsaker som vi tidigare nämnt). Därför bokas oftast ett möte med patienten innan första behandlingen. Då får de möjlighet att se lokalerna, få information och ställa de frågor de funderar på. Patienter får även med sig informationsbroschyrer ”ECT (el-behandling)” av psykiatern och forskaren Håkan Odeberg.

Om patienten är inskriven på sjukhuset kan han/hon även få denna information av avdelningspersonalen.

Innan vi som personal möter patienten som är i behov av ECT är det viktigt att veta sin egen inställning till behandlingen. Enligt undersökningar har en del sjuksköterskor dåliga kunskaper om ECT och i viss mån även en egen negativ bild av behandlingen.

Samtidigt har andra undersökningar visat att genom ökad kunskap hos såväl personal som patient blir bilden av ECT mer positiv, vilket är viktigt för patientens välbefinnande. Därför inbjuder vi alla elever och kandidater att komma till mottagningen och lära sig om behandlingen. De får även vara med i behandlingsrummet (efter att patienten godkänt detta).

När patienten kommer för sina behandlingar är

det bra om han/hon träffar samma sjuksköterska varje gång. Därigenom ökar tryggheten och kontinuerliga bedömningar av effekten av behandlingen kan göras. Många patienter upplever att de snabbt mår mycket bättre av ECT. Dock kan de även uppleva att de mitt under behandlingsserien hamnar i en svacka. Vi försöker informera om att detta inte är ovanligt och övergående. Men upplever vi att en akut försämring av patienten har skett, om det kan finnas suicidrisk eller annan ohälsa, kontaktar vi psykiatriker som träffar och bedömer patienten. Vi har även möjlighet att lägga in patienten för slutenvård på kliniken.

I slutet av index serien, då patienten har blivit klart förbättrad, glesas tiden mellan behandlingstillfällena ut (efter överenskommelse med patientansvarig läkare).

I vissa fall kan patienten fortsätta behandlas med underhålls-ECT, för att stabilisera stämningsläget. Det här för att förebygga återinsjuknande, och vid försämring kan patienten även snabbt bokas upp för en serie av tätare behandling (under ca en till två veckor). Efter remission kan behandlingar ånyo glesas ut till ett intervall som fungerar utan återinsjuknande.

Som slutord vill vi även påpeka att vårt arbete är både givande och påfrestande eftersom vi möter människor i olika svåra situationer i livet. Det skapar stort behov att vi alla jobbar för att ha ett gott arbetsklimate och att ”ha högt i tak”. All personal är lika viktig i det arbetet, och att hjälpas åt underlättar inte bara för patienten, utan även oss själva. Detta eftersom vi är en så liten personalgrupp. Vi anser även att ett gott skratt tillsammans varje dag är som balsam för själen, därför är även humor och självinsikt/ironi viktigt.

Jag står inte ut en sekund till!



Psykiatriska
Riksföreningen

**bjuder in till seminarium tisdag 30 september 2008
i aulan, psykiatriska kliniken Hus 23 NUS, Umeå**

9.00-9.30

Anmälan och kaffe

10.00 -12.30

Zelma Fors föreläser om ångestproblematik hos unga kvinnor

Zelma är leg psykolog, leg psykoterapeut, fil dr och författare från Göteborg.

12.30 - 13.30

Lunch på egen hand

13.30 - 14.00

Ungdomshälsan i Umeå - Att i samverkan hjälpa unga människor att komma på spåret.

Åsa Söderberg, leg psykolog på Ungdomshälsan sedan starten våren -04

14.00 - 14.30

Att arbeta med mäns våld mot kvinnor och barn

Peter Söderström, utvecklingsledare vid Centrum mot våld i Umeå.

14.30 - 15.00

Kaffe

15.00 - 15.30

Att arbeta med mäns våld i nära relationer

Mikael Semelius, socionom, leg psykoterapeut, handledare/lärare i psykoterapi

samt Maud Jonsson, socionom

Anmäl deltagande med nedanstående talong eller per e-post till nedanstående kontaktpersoner.

Ange namn, kontaktuppgifter, fakturaadress samt ev. medlemskap i Psykiatriska Riksföreningen eller önskemål om medlemskap.

Bekräftelse på anmälan skickas per e-post.

Pris: 600 SEK för
medlemmar i Psykiatriska
Riksföreningen

(Priset är exkl. moms.)

Pris: 900 SEK för
icke-medlemmar.

OBS associerat medlemskap möjligt för andra yrkeskategorier eller övriga intresserade. Kaffe förmiddag och eftermiddag ingår. Lunch i personalrestaurang eller på universitetsområdet.

För information om
Psykiatriska Riksföreningen se:
www.psykriks.se

För info kontakta:
marie-louise.wallberg@vll
Tel: 090- 785 6567
alt. christina.reslegard@jll.se
Tel: 0640-166 37



"Jag står inte ut en sekund till!"
Seminarium tisdag 30 september 2008 i Umeå

Jag är medlem i PRF

Önskemål om medlemskap

Namn: _____

Arbetsplats: _____

E-post: _____

Faktura adress: _____

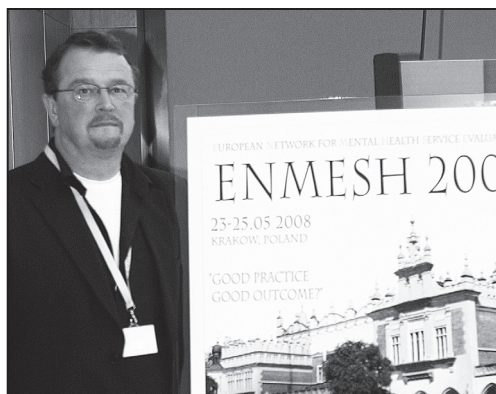


”Good Practice Good Outcome?”

- Några “axplock” från ENMESH 2008

Av Mats Ewertzon

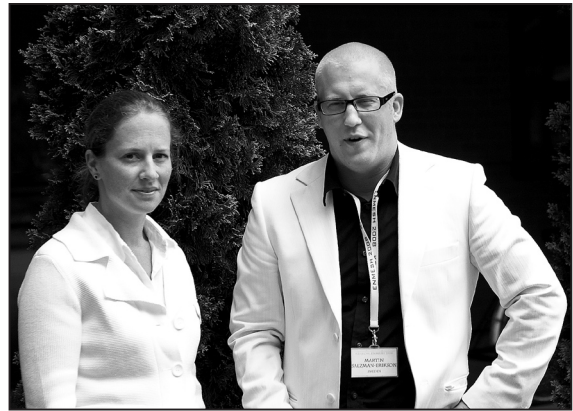
ENMESH är upprättat under WHO:s regionala kontor i Europa. ENMESH syfte är att utveckla och uppehålla ett europeiskt nätverk bland aktiva forskare inom psykiatrisk vård. Aktiviteter som anordnas inom ENMESH är bland annat en internationell konferens vart annat år.



Jag hade förmånen att delta i den åttonde konferensen i The European Network For Health Service Evaluation (ENMESH) som gick av stapeln i Krakow den 23 – 25 maj 2008. Namnet på årets konferens var “*Good Practice – Good Outcome?*”.

Konferensen fokuserade på fyra teman: - *Relationen patient, behandlare och familj*, - *evidensbaserade samhällsprogram*, - *rehabilitering och arbete - samt tvång och stigma*.

Att återge konferensen i sin helhet är omöjligt då den bestod av åtta huvudföredrag och 18 delvis parallella symposier med ett 90 tal föredrag. Mitt syfte att delta i en forskningskonferens var att ta del av det tema som företrädesvis rör mitt eget forskningsfält, samarbetet mellan vårdpersonal och



Martin Salzmann och Sigrid Stjernswärd

närstående till personer med långvariga psykiska problem, samt att knyta kontakter. Mitt intresse på konferensen fokuserade därför framförallt kring föredrag som berörde detta tema.

Innan jag återger delar av konferensens innehåll vill jag beskriva mina egna upplevelser inför konferensen. Att komma till Krakow var en upplevelse med blandade känslor. Som så många andra såg jag i mitten av 1990 talet Steven Spielbergs Oscars belönade film *Schindler's List*. Filmen utspelade sig just i Krakow, där en stor del av den judiska befolkningen mördades – 66 000 människor. Det ökända koncentrationslägret Auschwitz ligger några mil väster om staden. Det var med detta i minnet jag kom till Krakow och konferensen.

En av de inledande mycket fängslande föredragarna var professor **Maria Orwid** som föreläste med temat *”Cracow trauma studies”*. Professor Orwid har via intervjuer följt överlevande från koncentrationslägren. Hon berättade en mycket fängslande episod från en intervju. Den intervjuade hade frågat henne varför hon inte var ute och njöt av sommaren istället för att sitta inne och lyssna till hans/hennes hemiska erfarenheter. Då professor Orwid förklarade syftet med intervjun och att hon gärna ville ta del av personens erfarenheter fann de varandra, och intervjun kunde fortsätta. Jag tycker det är ett bra exempel på att relationen till den intervjuade och ett tydligt beskrivet syfte med intervjun är viktigt för att nå till en bra intervju. Inom vårdforskning möter vi människor med olika erfarenheter, såväl positiva som negativa. För oss kan det vara självklart att vi vill ta del

av andras erfarenheter som beskriver helheten, det behöver dock inte vara lika självklart för den intervjuade.

Några för mig intressanta axplock från konferensen som jag vill omnämna berör två symposier; *”Formellt och informellt tvång”* och *”Familjekontext i forskning och behandling”*.

I symposiet formellt och informellt tvång

deltog bl a. **Kathryn Davies** från universitetet i Oxford. Hon hade ett föredrag med titeln *”Vad är karaktäristiskt och i vilken utsträckning förekommer informellt tvång i psykiatrisk vård?”*.

Med informellt tvång avsåg hon maktutövning mot patient. I en tidigare genomförd amerikansk studie framkom det att hälften av psykiatriska patienter hade erfarenheter av informellt tvång.

”I en tidigare genomförd amerikansk studie framkom det att hälften av psykiatriska patienter hade erfarenheter av informellt tvång.”

Kathryns studie syftade till att undersöka dessa förhållanden i Storbritannien.

Resultatet visade att även brittiska patienter inom psykiatrin i stor omfattning hade erfarenheter av informellt tvång, det fanns dock en stor variation i vilken form det förekom. I samma symposium deltog holländaren **Rob van den Brink**, från universitetet i Groningen. Hans föredrag hade titeln *”Vård kontakt vid psykiatriska kriser sett ur polisens perspektiv”*.

Han hade kartlagt, via registrerade telefonsamtal till polisen under ett år, vilka psykiska problem som polisen möter och i vilken omfattning det lett till en kris till följd av att personen inte hade kontakt med psykiatrisk vård. Han

undersökte också hur polisen hanterade krisen. I studien framkom att drygt två personer per 1000 invånare hade varit i kontakt med polisen till följd av en psykisk kris. I hälften av fallen hade polisen själva handlagt ärendet, i en tredjedel av fallen hade polisen kontaktat psykiatrin och i övriga fall hade personen tagits till polisstationen för läkarundersökning.

Hela 80% av personerna fanns registrerade inom psykiatrin, vilket inte innebar att alla hade en aktuell kontakt. Rob fortsätter nu med en närmare analys av vilken form av kontakt personerna hade med psykiatrin och om polisens hantering påverkat den fortsatta kontakten. Jag tycker båda dessa studier är mycket intressanta,

en fråga jag ställer mig är hur ser förhållandena ut i Sverige; - I vilken omfattning förekommer informellt tvång? - hur uttrycks informellt tvång? - vilket samband finns mellan psykiska kriser som polisen möter och den form av kontakt personen har med psykiatrisk vård?

Ytterligare en föredragshållare i detta symposium var den svenska sjuksköterskan och doktoranden **Martin Salzmann Erikson** från Högskolan Dalarna. Martins föredrag hade titeln "Vad kännetecknar Psykiatrisk Intensiv Vård (PIVA) och den vård som ges?"

Martin har i sin studie intervjuat sjuksköterskor och skötare i psykiatrisk intensivvård i syfte att beskriva det som kännetecknar en PIVA enhet och den vård som ges till patienten. I studien framkom fyra områden som kännetecknar en PIVA enhet; en dramatisk inläggning, protest och vägran att ta emot vård, ett upptrapande beteende och tillfälligt tvång. Kännetecknande vård aktiviteter vid PIVA var; - kontroll och gränssättning, - skydd och avvärja, - stöd, samt - strukturera vård miljön. Martins studier, att söka tydliggöra innebörden av psykiatrisk intensivvård, är den första i sitt slag som jag känner till i Sverige.

I nästa symposium, familjekontext i forskning och behandling, deltog bland annat **Joanna Borowiecka-Kluza** från institutionen för psykiatri vid universitetssjukhuset i Krakow. Joannas föredrag hade titeln "Familjebörda vid affektiv sjukdom". Familjebörda definierade Joanna som "den effekt en psykisk sjukdom har på personer som lever med patienten" eller "problem orsak av en patient". Joannas studie omfattade intervjuer med patienter som hade en affektivsjukdom och deras respektive maka/make. I Joannas studie framkom att maka/make till person med bipolär sjukdom uttryckte en större börda än maka/make till person med unipolär sjukdom. Det fanns även en skillnad mellan grupperna när det gällde stresshantering och tillfredsställelse med äktenskapet. Konklusionen av resultatet visade på behovet av att rikta terapeutiskt stöd även till maka/make till patienter med affektiv sjukdom. Ytterligare ett föredrag i detta symposium hölls av den svenska sjuksköterskan och doktoranden **Sigrid Stjernswärd** från Malmö högskola. Sigrids föredrag hade titeln "E-hälsa, depression och familjestöd". Sigrids studier syftar

till att utveckla internetbaserade stödinsatser för anhöriga till personer med depressions sjukdom, såväl interaktiv- som icke interaktiv miljö. Vilket innebär att hälsorelaterad information kan spridas via nätet. Jag tycker det är mycket intressant fokus som Sigrid har på sina studier. Enligt mina tidigare erfarenheter, som projektledare för ett anhörigstödsprojekt i Stockholms län, är att behovet av stöd och information är mycket stort bland anhöriga inom psykiatrisk vård. Självklart har den enhet som patienten vårdas vid ett ansvar att ge information och stöd till anhöriga. Men att samhället kan erbjuda ytter-

organisationer för familjen etc. Den grundläggande förändringen var att behandlarna idag ser familjen som samarbetspartners. Föredraget avslutades med en film gjord av polska televisionen där anhöriga till personer med psykisk sjukdom intervjuades.

Flera filmer från polska televisionen presenterades under konferensen, ett intressant media enligt mitt tycke att sprida information om psykisk sjukdom och hur det är att leva nära någon med dessa problem. Alla dessa symposier visade på vikten av samverkan och stöd till familjen när någon drabbats av en psykisk sjukdom. Enligt min

"Flera filmer från polska televisionen presenterades under konferensen, ett intressant media enligt mitt tycke att sprida information om psykisk sjukdom och hur det är att leva nära någon med dessa problem."

ligare komplementär information och stöd tror jag är mycket viktigt bl a. för anhöriga som inte bor på samma ort som patienten vårdas vid. Jag ser med förväntan framemot att ta del av Sigrids fortsatta utveckling av sitt projekt. Ytterligare ett intressant föredrag inom detta symposium hölls av **Jozef Bogacz** från Jagiellonia universitetet i Krakow. Hans föredrag hade titeln "Från familje-intervention till samarbete med familjen".

Familjeterapi hade varit en behandlingsform som bedrevs med psykotiska patienter och deras familjer, med fokus på att åstadkomma förändringar i familjen, avseende roller och kommunikation. Intentionen med behandlingen hade utökats från att uteslutande ha familjeterapeutisk intention till att även göra det möjligt för familjen att engagera sig i frågor som rör problem som kan uppstå vid psykostillstånd. Vilket har resulterat i att familjerna har organiserat sig i intresseförening som bl. a påverkar utvecklingen av rehabiliterings former.

Terapeuterna möter nu familjen i olika sammanhang såsom självhjälpsgrupper, intresse-

erfarenhet har vi idag i Sverige mycket kunskap inom det området, som på olika sätt behöver utvecklas så att det kommer klinisk verksamhet till del och kan tillämpas.

Som helhet tycker jag att konferensen var mycket intressant, även om det är svårt att få ett helhetsgrepp kring den mängd av föredrag som behandlades inom området. Jag vill nämna att konferensen hölls på engelska, jag har därför översatt exempelvis titel på ovanstående föredrag, vilket medför att det i några fall blir en konstig svenska.

För dig som närmare vill ta del av konferensen kan jag rekommendera konferensens hemsida: <http://www.enmesh2008.pl>

Jag vill på detta sätt tacka Psykiatriska Riksföreningen för ekonomiskt stöd, via stipendium, som jag fick för att delta i konferensen.

Mats Ewertzon, universitetsadjunkt/doktorand, Högskolan Dalarna och Örebro universitet.

Nätverk

för omvårdnad av människor med missbruks- och beroendeproblematik

Syftet med nätverket är att diskutera omvårdnadsfrågor och lyfta vårdandet för människor med missbruks- och beroendetillstånd. Vi vill att fokus ska utgå från patienten/klienten. Frågor som vi funderar på är bland annat:

- Var finns omvårdnaden av missbruks- och beroendepatienter?
- Vad är kärnan i omvårdnaden i arbetet med våra patientgrupper?
- Hur definieras omvårdnadsarbetet på resp kliniker/enheter?

- Varför har omvårdnaden av denna patientgrupp hamnat i skymundan? Vad finns det för utbildningsmöjligheter för vårdarna?
- Vad bedrivs det för utvecklings- och forskningsprojekt?
- Varför finns det inget om omvårdnaden i de nationella riktlinjerna? Hur ska vi kunna "evidensbasera" omvårdnaden?

Som ni ser har vi mer frågor än svar. Vi hoppas med detta nätverk kunna rätta ut en del frågetecken men också skapa nya.

Vår förhoppning är att så många vårdare som möjligt ska vara intresserade av att komma och dela med sig av sina erfarenheter vid nätverkets lokala och nationella möten.

Välkomna att vara med och delta i denna förhoppningsvis spännande och utvecklande diskussion.

Kontaktperson för nätverket är:
Anna Thurang, anna.thurang@sll.se

Välkomna

till Nätverket för omvårdnad av människor med missbruks- och beroendetillstånd den 2/10-08 i Göteborg

- 9.00-9.30 Registrering och fika
- 10.00 -10.15 Ordförande för dagen har ordet samt snabb presentation av alla deltagare
- 10.15-10.50 Hur skapar vi ett nätverk?
Ska vi ha en "styrelse" etc. Vad ska vi heta? Psykiatrisk riksförening deltar
- 10.50-11.00 Bensträckare
- 11.00-12.30 Hur kan vi synliggöra patienten och omvårdnadsarbetet i relation till de Nationella Riktlinjerna?
Anna Thurang håller i diskussionen (ev. dela in i grupper om många anmälda)
- 12.30-13.30 Lunch
- 13.30-14.30 forts diskussion
- 14.30-15.00 Fika
- 15.00-16.00 Sammanfattning av dagen samt planering för nytt möte

Anmälan görs till anna.thurang@sll.se senast den 19 september
Frågor ring Anna på 0707362025

Plats:

Östra sjukhuset, PK-Huset Psykiatrihuset (nybyggt hus mellan Infektionskliniken, Barnsjukhuset och Kvinnokliniken) plan 3 rum 3119

Välkomna!

Anna Thurang



Från tidiga interventioner till psykoterapimottagning

Av Susanne Stattin

Efter ett decennium som sektionschef på TIPS-teamet i Umeå tog jag beslutet att endast ägna mig åt patientarbete. Att vara mellanchefer i en stor organisation med ansvar för en budget som man inte har varit med om att utforma, tjaaa ñ jag skulle nog kunna säga att det är överskattat.

Att därutöver ha behandlingsansvar för en hel del patienter, vara närvarande på alla handa möten, vara en god representant för sin enhet samt vara ansvarig för personalfrågor och verksamhetens utveckling och annat som plötsligt kan dyka upp - det är vare sig enkelt eller roligt. Därför sökte jag efter moget övervägande ett vikariat på Allmän Psykiatriska Mottagningen och fick det. Vikariatet blev sedan en tjänst som jag nu innehar men är tjänstledig i från.

Från att ha tillhört ett team som ägnar sig åt Tidiga Interventioner vid Psykotiska Symtom (TIPS) i tio år förväntades jag nu vara det nya teamets expert på psykotisk problematik samt att behandla fallmänna psykiatriska tillstånd. I ärlighetens namn måste jag erkänna att den kostymen många gånger kändes ett par nummer för stor.

Som chef hade jag inte någon större möjlighet att styra min agenda. Det bidrog nog också att en av TIPS-teamets grundläggande principer var att ständigt ha beredskap för mer eller mindre akuta insatser.

Som behandlande mottagningsjuksköterska hade jag nu möjlighet att planera min egen dag och fick boka in patienter där det fanns utrymme för det. Min arbetsdag blev således i hög grad inrutad samtidigt som det fanns mycket frihet att forma sin dag.

I motsats till TIPS-teamets utformning upplevde jag nu och då att mottagningsverksamhetens struktur inte räckte till för patienternas behov. Har man en fullbokad agenda får inget haka upp sig under dagen. Och nog borde man väl räkna med att en och annan av patienterna vi möter inom psykiatrin kan ha akuta

behov som är lite för komplicerade för att avklaras inom loppet av 45 minuter?

En genomsnittlig arbetsdag innebar att jag träffade mellan fem och sex patienter. Eftersom jag sedan något år tillbaka också är utbildad familjeterapeut försökte jag så ofta som möjligt ha med anhöriga i behandlingsprocessen. Min ambition som behandlare är att undvika att ägna patient av personi därför har jag en stående inbjudan till alla mina patienter att ta med vem dom vill - när de vill till våra samtal.

Att uppmuntra människor i olika sammanhang och konstellationer till kommunikation i stället för att tro och tänka saker om varandra ser jag som en viktig ingrediens i psykiatriskt behandlingsarbete. Om man får möjlighet att möta en person i dess nätverk får man en rikare bild av personen man behandlar. Det är min övertygelse. Det har ofta medfört att vi som deltagit i samtalen har förstått något ytterligare både om oss själva och om patientens situation.

Varje gång jag har haft med delar av en patients nätverk blir jag ytterligare medveten om vikten av att se och förstå saker och skeenden både bundet i och fritt ur sitt sammanhang. För hur det än är så finns det många möjliga förklaringar och tolkningar utanför det individuella perspektivet. Kanske inte mer sanna och riktiga utan också sanna och riktiga.

Det finns frågeställningar som kan förtydligas utifrån ett generationsperspektiv, genusperspektiv, samhällets struktur, trender, religiositet etc.

Oftast tycker jag oerhört mycket om mitt arbete. Det är en slags rikedom att ta del av dessa oräkneliga levnadshistorier. Av tankar och funderingar om vad

det är att vara människa. Eftersom många upplevelser kan vara smärtsamma är jag imponerad och ödmjuk över dessa människor som har mod och tillit att dela med sig av sina upplevelser, föreställningar och känslor i hopp om en ljusare framtid.

Visst kan jag känna mig osäker på om och hur det jag och patienten gör tillsammans skall kunna väga upp de sår och erfarenheter som finns i historien? Det är inte sällan jag får påminna mig om att patienten kommer på våra avtalade tider (för det mesta) och följaktligen hyser hopp om att få till en tillvaro som de kan känna sig mer tillfreds med.

Efter ett år på Allmänna Psykiatriska Mottagningen blev jag uppmuntrad att söka ett vikariat på Psykoterapienheten. En del av mig var inte alls redo att lämna min nya arbetsplats. Jag trivdes med mina kollegor och mina arbetsuppgifter. Men jag bestämde mig för att visa mitt intresse i hopp om att bli ihågkommen vid ett senare tillfälle om det skulle bli aktuellt. Jag hade då liksom nu en ambition om att få utveckla mina terapeutiska verktyg, och tänkte att utsikten att förkovras förbättras i en miljö omgiven av kollegor med bred erfarenhet och stort intresse av psykoteraeutiskt arbete. Att psykoteraipi skall finnas och bedrivs inom ramen för den psykiatriska vården har alltid varit angeläget för mig.

Jag hade inte särskilt stora förhoppningar om att bli utvald och uppriktigt sagt var jag nog inte inställd på att lämna den goda stämningen på min dåvarande arbetsplats.

När jag så blev erbjuden ett vikariat som med stor sannolikhet skulle bli en tjänst så vändades jag inför beslutet ñ men tackade JA.

Sedan fyra månader är jag nu verksam på psykoteraipi enheten. Och jag har inte ångrat mitt val. Det är inte mycket som skiljer mitt arbete på den allmänna mottagningen från det jag gör här, men vissa saker utgör ändå åskillnader som gör att det är skillnad.

Det är inte lätt att sätta fingret på vad i det faktiska innehållet som avviker från min förra arbetsplats. Och sannolikt är psykiatrins uppdrag så komplext att det nästan är omöjligt att dra någon tydlig gräns mellan våra olika enheters arbete innehållsmässigt.

Patienterna som kommer till Psykoterapienheten har aktivt valt att påbörja en psykoteraeutisk kontakt. De som kommer hit glömmor sällan bort sina möten och väljer ogärna bort

den inbokade tiden. Det är nödvändigt att kon-takten är ömsesidig och att viljan att samarbeta är uttalad.

Jag kan inte veta om motivationen är större hos de jag träffar på psykoteraipi enheten. Jag vet inte heller exakt vad i kvalitén som skiljer sig. Måhända har det mer med mig att göra än med patienterna. Men jag tycks kunna urskilja en ingrediens av fokus, vilja och tro som är an-norlunda.

Mina tidiga intryck är att atmosfären i relation till patienterna ger budskap om tålmod och generositet. Kanske har också förhållandet till tiden en avgörande betydelse för att en djupare dialog mellan terapeut och patient skall vara möjlig. Patient och terapeut är där för att tillsammans bygga en relation som i bästa fall leder

”Jag hade då liksom nu en ambition om att få utveckla mina terapeutiska verktyg, och tänkte att utsikten att förkovras förbättras i en miljö omgiven av kollegor med bred erfarenhet och stort intresse av psykoteraeutiskt arbete.”

till att patienten på sikt upplever större val- och handlingsfrihet i sin vardag.

Kanhända har det en viss betydelse att det överlag finns en (över-) tro på vad psykoteraipi kan uträtta.

På allmänna mottagningen är man noga med att olika yrkesgrupper är representerade. Där prioriterar man teamarbete. Som sjuksköterska förväntas man tillföra teamet kunskaper som är i linje med den medicinska diskursen. Men också att, bland mycket annat behandlingsarbete, bidra till att påverka människors kunskap om sig själva, sina upplevelser och sin omgivning. Är det detsamma som psykiatrisk omvårdnad? Jag vet inte.

Jag har alltid haft och har fortfarande svårigheter att förstå begreppet psykiatrisk omvårdnad. Vad skiljer psykiatrisk omvårdnad från allmän omvårdnad? Och vad särskiljer psykiatrisk omvårdnad från en terapeutisk intervention? För mig är gränserna mellan terapeutisk intervention och psykiatrisk omvårdnad otydliga och svårbegripliga.

På psykoteraipi enheten är min specifika yrkeskompetens mer eller mindre utsuddad och möjligen kommer det an på mig själv att söka ny kunskap som är i linje med min grundutbildning. Men jag vet inte hur man behåller sin yrkesskicklighet i ett arrangemang som inte uppmuntrar eller uttrycker behov av detsamma? Är det överhuvudtaget möjligt att hålla sig ajour med aktuell kunskap i en verksamhet som inte gör anspråk på det som utmärker sjuksköterskans yrkesroll? Finns det anledning att hålla sig informerad och up-to-date med kunnande som ingen längre efterfrågar?

Måhända har jag valt en väg som gör det svårt att bibehålla engagemang och skicklighet som sjuksköterska? Kanske bestämde jag inriktning alldeles för tidigt? Det är förmodligen

ingen slump att jag lämnade den mer åtypiska yrkesbanan i förmån för den psykoteraeutiska inriktningen.

Varför engagerar jag mig inte mer i Vårdförbundet, när jag nu uttrycker en sådan vilshenhet inför vad som kännetecknar en psykiatrisjuksköterskas yrkesskicklighet och spetskompetens? Bidrar jag med min passivitet till att riskera att psykiatriska sjuksköterskor inte kommer att efterfrågas i en framtida psykiatri? Kan jag ens upprätta och utvärdera omvårdnadsplaner när jag har svårt att veta om de motsvarar de kriterier jag som specialistsjuksköterska bör ha uppmärksammat? Hur utvecklar jag ett omvårdnadsarbete jag har svårt att definiera?

Det blir rätt uppenbart att jag har en hel del frågor. Och saknar svar.

En sak är jag i alla fall ganska säker på:

För att psykiatrisjuksköterskan skall kunna profilera sin specifika kompetens är det viktig att kunna fastställa att det är mer som skiljer oss från andra yrkeskategorier än att medicin-skåpsnyckeln skramlar i fickan!

Terapeutisk allians och tvångsvård

Går de att förena i psykosvården?

Kliniska erfarenheter visar att terapeutisk allians kan minska behovet av tvång. Den 1 september föreslås den nya lagändringen om psykiatrins möjlighet att bedriva tvångsvård i öppenvård träda i kraft. Vad kan det komma att betyda för patienter och vårdpersonal?

Av Christer Johansson

Den 22:e april är jag på en konferens på Danderyds sjukhus i Stockholm. Den arrangeras av TOP - nätverket i Stockholm (Tidigt omhändertagande av psykos) och genomförs med stöd av socialstyrelsens NU- projekt. Alldeles utmärkt moderator är Lena Flykt, docent och sektionschef på Psykiatri Nordöst, och bland föreläsarna fanns både brukare och professionella.

Professor Stefan Priebe, Wolfson Institute of Preventive Medicine, Unit for Social and Community Psychiatry, London, inledde konferensen.

Hans forskning visar bland annat på patientens ständigt aktiva försök att tala om sina symptom och läkarens olust att gå in i sådana samtal. Överhuvudtaget konstateras läkarnas brist på feedback i hur de möter och samtalar med patienter. Att mera aktivt försöka närma sig patienternas bekymmer och tankevärld bör leda till bättre resultat och ökat engagemang för patienten, menar han.

I pausen läser jag en artikel i RSMH:s tidning som handlar om den förändrade tvångslagsstiftningen som snart träder i kraft. Utökade möjligheter för psykiatrin att vårda människor mot deras vilja i öppenvård.

Det verkar finnas en utbredd föreställning om att psykiskt sjuka människor skulle vara övergivna och begå allt fler våldsbrott. Att den nuvarande lagstiftningen som reglerar tvångsvården är otillräcklig för många av dessa personer och att ökat tvång skulle minska våldet. Inte självklart verklighet. Fakta och inte massmedias rubriker borde spela större roll.

Alla som arbetar vetenskapligt med frågan om våld relaterade till människor med allvarlig psykisk störning vet att detta våld inte har ökat i omfattning under de senaste åren. Vetenskapsrådet konstaterar att antalet vansinnesdåd; mord begångna av människor med allvarliga psykiska störningar inte har blivit fler, förutom under en mycket avvikande period på några månader under 2003, då flera sådana tragedier inträffade.

Många tycks tro att människor med en psykosdiagnos är allmänt farliga, men endast 10 procent av dem kommer att dömas för något våldsbrott under en 10- årsperiod, enligt docent Martin Grann.

Ett viktigt argument för ökat tvång i öppen vård handlar om att skydda tredje part, de anhöriga, människan på gatan, som riskerar att utsättas för de utskrivna patienternas våld.

Studier nyligen publicerade i internationellt erkända Cochrane Collaboration pekar på att tvångsvård i öppenvård inte verkar vara ett effektivt alternativ till traditionell behandling. Däremot fann de att patienter som utsattes för tvång i öppenvård löpte mindre risk att själva bli offer för brott. Det är också tveksamt om det förhindrar att patienter blir intagna i slutna psykiatrisk vård.

Artikeln i tidningen Revansch avslutas med att konstatera att utökade möjligheter till tvång i öppenvård riskerar med andra ord att vara ett sätt att skylta över ett bristfälligt vårdutbud i öppenvård.

Gotlänningen Jacob Ronsten med egen erfarenhet av psykosinsjuknande för 30 år sedan beskriver vikten av att få

inflytande över behandlingen, det stora värdet av gott bemötande och omhändertagande. Betydelsen av att få medverka i sökandet efter lägsta möjliga medicinos. Han berättar om sin väg tillbaka från det akuta skedet då han hade svårt att värja sig för intryck och tankar till upplevelsen av tomhet och så småningom allt fler känslor. Han lyfter fram alliansens betydelse för varför det gått bra för honom. Det fanns personal som gjorde det oväntade, det något extra, som följde honom i både med och motgång, som han delade upplevelser tillsammans med, kontakter som präglades av ömsesidig respekt.

Professor Johan Cullberg vid Ersta Sköndal högskola, ger en beskrivning av Lagen om psykiatrisk öppenvård med särskilda villkor som ska träda i kraft den 1 september:

- Samma indikation som LPT, dock ny möjlighet att tvångsbehandla i öppen vård 6 månader i taget efter länsrättsbeslut
- Vårdplan för samordnade åtgärder med socialtjänsten ska redovisas och följas upp vid ansökan om ny vårdperiod
- Ersätter lång permission i den gamla lagen
- För återinläggning och tvångsåtgärd krävs ny LPT- bedömning

Huvudgrupper inom psykiatrin som lagen vill nå:

- Patienter med dubbeldiagnos - exempelvis missbrukare som behöver behandlingshem för att också få neuroleptika
- Utskrivna patienter med psykosdiagnos som har täta återfall, som inte klarar av att medicinera på egen hand
- Farliga personer med psykosdiagnos (LRV- patienter)

Bakgrunden till lagändringen:

- Mordet på Anna Lind
- Den tillfälliga anhopningen våldsbrott utförda av psykiskt sjuka ger mediatrik
- Kritiken mot psykiatrin skapar behov av politisk handling

Kostnadsaspekter:

- Beräknad minskning av vårdplatser skulle ge 375 mkr/år om 300 vårdplatser frigjordes
- Kommunens kostnader skulle öka med 100 mkr/år
- Tillskott från Psykiatrisamordningen skulle ge 500 mkr som ett engångsbelopp

Det tycks finnas några problem med lagändringen:

- I utredningsmaterialet har man blandat samman LPT och LRV- patienternas risker och behov. Skyddas patienten eller befolkningen?
- Det finns ingen evidens enligt Cochrane - rapport 2005
- Oklarhet om den nya lagens innehåll vad det gäller tvångsmöjligheter
- Innebär det profylaktiskt tvångsbehandling med neuroleptika för personer som inte längre uppfyller indikationerna. Finns det en risk för förtäckt hot?
- Behandlingsrefraktära patienter kan tvingas stå livslångt på depåmedicinering utan att vi är övertygade om att de har positivt resultat av medicineringen
- Dock bra att samordningsgrupper tränas. Men varför kommer vårdplaner att fungera nu? Det har varit ett mål länge, utan att lyckas
- Det finns en risk att det avgörande arbetet med att utveckla den terapeutiska relationen i psykosvården bromsas
- Det är psykiaterbrist i landet. Den nya lagen ger mer jobb till läkarna

Johan Cullberg diskuterar kring att det faktiskt handlar om patientens liv och ingen annans. Han ifrågasätter den patriarkala hållningen. Relationen spelar stor roll från dess start. Det har hänt att det varit för mycket, för tidigt och för länge medicinering. Han efterfrågar mer flexibilitet och ett lyssnande bemötande. Mer samarbete. Han nämner några praktiska erfarenheter av hur han som läkare försökt kombinera tvång/relation och menar att det kan liknas vid när en unge springer ut i gatan.

1. Viktigt ha en tränad personalgrupp.
2. En fasthet i agerandet.
3. Och ha inte dåligt samvete. Betyder mycket att ha en inställning av att man gör bra.
4. Träffas efteråt, prata igen med patienten. Vad skulle du ha gjort om du varit personal?

Tuula Wallsten, psykiater i Västmanland presenterar sin alldeles färsk avhandling under rubriken Etik och tvångsvård. Hon har bland annat undersökt om den förändrade lagstiftningen från LSPV till LPT påverkat upplevelsen av tvångsvård. Resultatet visade ingen större skillnad när det handlade om delaktighet.

Hon undersökte om aspekter och upplevelser

av vård och tvångsvård påverkade upplevd respektive professionellt bedömd förbättring. Av de 233 intervjuade patienterna uppgav 67 % att de förbättrats, 33 % att de inte gjort det. Den professionella bedömningen sa att 58 % höjt sin GAF med 10 poäng eller mer.

Slutsatsen var att inget samband syntes mellan objektiv och subjektiv förbättring.

Hade den förändrade lagstiftningen påverkat attityder till tvångsvård bland patienter och anhöriga? De flesta tyckte att tvångsvård behövs och majoriteten ansåg att beslutet om tvångsvård skulle fattas av en läkare.

Stämde upplevelsen av fastspänning? Denna åtgärd som ska ordinerars, dokumenteras och rapporteras. Av 115 LPT- vårdade patienter svarade 19 att de varit med om fastspänning, 11 fanns dokumenterade, 96 svarade att de inte varit med om fastspänning. Av dessa hade 4 varit det.

Hon konstaterar att personal och patienter upplever och tolkar samma situation på olika sätt. Beslut om tvångsvård är en sammanvävning av kliniska, vetenskapliga och etiska bedömningar. Etik, känslor, forskning, praktik och juridik - allt hänger ihop.

Bland konferensens åhörare sägs att intrycket är att psykiatrin är ojämn. Att det är viktigt att anhöriga inbegrips i alliansskapet. Att mindre städer kan ha den fördelen att rollerna personal och patient ibland kan vara annorlunda då man ses även i andra sammanhang. Det är mindre anonymt.

Någon nämner Laila Gentzels bok Nätverkskontrakt. Tidiga tecken. Krisplan.

Sammanfattningsvis verkar inte den nya tvångs- lagsstiftningen innebära några dramatiska framsteg för den av oss som kan bli föremål för den. Däremot påminns vi om gamla sanningar om de mänskliga, personliga, engagerade mötenas betydelse. Att vi ser varandra bortom sjukdomstecken, problem och konstigheter. Vi träffas och oavsett vilka roller och ansvar vi har så möts vi likväl som dom vi är. Det spelar roll för hur vi kan samarbeta även då tvångsåtgärder kan bli aktuella. Till sist tror jag Johan Cullberg har en klar poäng då han säger att fler psykiatriker borde träda fram i media och berätta hur det faktiskt är i den psykiatriska vården. Då skulle vi kanske komma närmare den så kallade verkligheten.

Och därmed höja status och minska stigmatisering av psykisk sjukdom och dess vård.

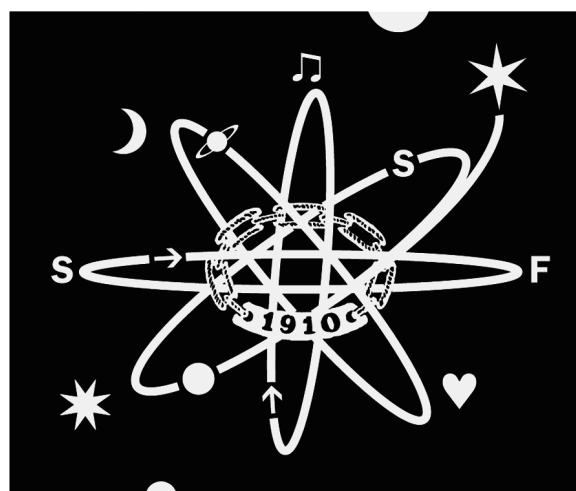
lust & kunskap

” 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



Titel: Sveda

Författare: Cecilia Persson

Jag har läst Cecilia Perssons bok *Sveda* som beskriver hennes uppväxt med en sjuk mamma. Det är intressant för mig som arbetar med människor som drabbats av bipolär sjukdom, att genom berättelsen få barnet perspektiv på hur livet kan te sig med en sjuk förälder.

Författares uppväxt är en krossad spegel och hon ger oss i sin bok små skärvor ur livet - fakta blandas med känslostormar, filosofiska tankegångar, mammas dikter och brev - skärvor som läsarens så småningom får försöka foga samman. Berättarjaget växlar; ibland skriver författaren i jagform, ibland i tredje person, vi möter mammas perspektiv i dikter eller brev, och vi hör även rösten från den iskalla Myndigheten. Författaren är en

Förlag: Black Island Books

Recensent: Annika Lilliestierna

intellektuellt skolad historiker som analyserar fakta. Hon talar till exempel med Michel Foucault om att "därarna skapas för att någon ska få en chans att känna sig normal och de normala vill ogärna erkänna allt de döljer i garderoberna". Hon för teologiska resonemang men hon delar också ut rallarsvingar till människor som fått henne att känna sig som en "herpissad hund". Läsaren hör hennes förtvivlan och raseri, delar hennes vanmakt och måste beundra hennes kamp.

"En söt liten flicka med sidenband i håret hör en järndörr slå igen när mamman för evigt gått vilse i Vallmoland. Den älskade mamman har bundits fast med läderremmar i stålsängen och fått en spruta i röven". Men sedan också det paradoxala att mamma är en vacker kvinna som skulle kunna vara med

i en Bergmanfilm och bara vara sig själv och inte alls få en spruta i röven utan nomineras med en Oscar.

Fosterhemsplaceringar, uppbrott och ständiga flyttar. Bristen på stabilitet gör det svårt att lita på beständighet, lugn och ro. I bakgrunden hennes ständiga bön; Gode Gud, låt mamma bli frisk! Läsaren känner hennes längtan efter den familj hon aldrig haft, hennes funderingar kring modersrollen. Stunder av glädje glimtar också fram: "ett glatt foto på mig och mamma där hon sitter med knut i håret och jag med min runda mage".

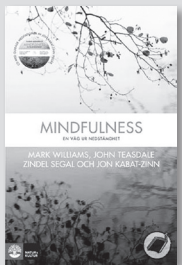
Hon beskriver dråpslaget som kom i en fas i livet då hon hade väldigt mycket att göra; hon arbetade på universitetet, hade två barn att ta hand om och mamma var sjuk.

Då kom ett brev från Lidköpings tingsrätt som uppmanade henne att omgående inkomma med ett yttrande angående omyndigförklarande av mamma. Hon verkar helt oförberedd på detta.

Författaren berättar att mamman läste Siddharta, som fick henne att förstå saker av betydelse

"... tillvaron är förgänglig och det finns en stilla punkt i själen dit man kan nå, om man söker riktigt länge och vågar se sig själv i vattnens spegel".

Jag önskar att hon, hennes dotter och alla barn i samma situation ska finna denna stilla punkt i själen.



Titel: Mindfulness – en väg ur nedstämdhet

Författare: Mark Williams, John Teasdale, Zindel Segal och Jon Kabat-Zinn

Mindfulness är inne! Hjälper mot allt och kan praktiseras av alla. Men vad är det och hur fungerar det? En definition som finns i denna bok är att det är; den förmåga eller medvetenhet som utvecklas genom att avsiktligt, uppmärksamt och utan att värdera eller döma observera saker och ting som de är i stunden, här och nu.

Författarnas utgångspunkt är att de tyckte att vissa patienter inte hade tillräcklig hjälp av de antidepressiva medicinerna, depressionen återkom gång på gång när patienten avslutat medicineringen. I början av 1990-talet började de (Segal, Williams och Teasdale) undersöka möjligheten att utveckla en helt ny behandlingsmetod. Tanken var att om man kunde identifiera den verkliga substansen i kognitiv terapi kunde den konsten eller förmågan läras ut till människor när de mådde bra. Istället för att invänta nästa depression skulle man förhoppningsvis kunna träna människor att använda denna förmåga till att kväva depressionen i sin linda och förhindra ett återfall. Forskningsinsatserna ledde till att

alla tre författarna, oberoende av varandra, började undersöka den kliniska användningen av meditationer inriktade på att utveckla en specifik form av medveten närvaro eller uppmärksamhet, mindfulness. De upptäckte att kombinationen av västerländsk kognitionsvetenskap och österländska meditationsövningar var det som behövdes för att bryta tendensen att ständigt grubbla över vad som gått fel och varför saker inte är som de borde vara.

En depression skapar en förbindelse i hjärnan mellan nedstämdhet och negativa tankar vilket leder till att även normal sorg eller ledsenhet kan återuppväcka svåra negativa tankar. Därför blir det med tiden allt lättare att nedstämdhet övergår i depression eftersom det varje gång detta tillstånd återkommer skapas allt starkare förbindelser mellan tankar, känslor, kroppsförmågor och beteenden som hör samman med nedstämdheten. Negativa tankar ingår i "depressionens landskap". De är inte alls personliga. Deprimerade människor ägnar mycket tid åt självkritiskt

tänkande och grubbel som man tror ska kunna lösa problemen som i själva verket är en del av problemet. Det vi gör motstånd mot återkommer enst! Det är alltså inte tvång utan en meningsfull avsikt, intention som behövs för att kunna vara uppmärksam här och nu.

Det bästa med mindfulness är att det går att utöva i vardagen. Medvetet närvarande kan du vara när du diskar, tvättar håret, klappar katten och bär ut soporna. Prova att göra dina sysslor med alla sinnens uppmärksamhet och dina tankar fästa på det du gör så ska du förnimma att det finns en skillnad mot hur du vanligen gör. Omställningen till medveten närvaro måste ske medvetet, avsiktligt och kräver övning. I den här boken är man också noga med att påpeka att den som är alltför djupt deprimerad inte bör ge sig in i självhjälpsprogrammet på egen hand.

Det finns inga misslyckade meditationer så länge vi är uppmärksamma på det vi förnimmar här och nu, vad det än är och visar

Förlag: Natur & Kultur

Recensent: Christina Reslegård

det ett vänligt intresse. Var tillåtande och kritisera inte dig själv när tankarna vandrar iväg och uppmärksamheten flyr.

I bokens andra del blir fokus mer inriktat på hur man kan bryta depressionens onda cirkel. Det handlar om att bli vän med sina känslor, att lita på sitt kroppsmedvetande, att se tankar som mentala händelser inte sanningar eller fakta och att bli medveten om sin självkritiska inre dialog.

Programmet som finns i boken innehåller åtta sessioner mindfulnessbaserad kognitiv terapi för depressioner. Med boken följer en cd-skiva med meditationsövningar, skapade av Jon Kabat-Zinn som man kan öva vidare med. I boken finns också ett litet avsnitt med rekommenderad litteratur, internetadresser för den som vill veta mer och adress till några retreatcenter. Eftersom det är svårt att konkret förklara vad mindfulness är och det är relativt lätt att prova så är det min uppmaning - PROVA!

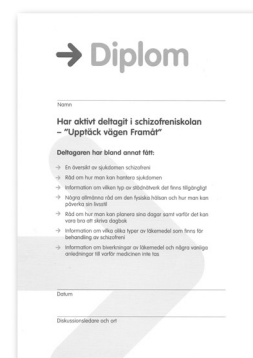
Hjälper dina patienter att få en bättre förståelse för sin sjukdom och hur den behandlas.



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



Nya i styrelsen:



Birgitta Persson

Blev färdig sjuksköterska 1985. Har arbetat inom psykiatrisk vård fram till 2003 då jag började som adjunkt vid Umeå universitet, sjuksköterskeprogrammet i Skellefteå.

Att arbeta som sjuksköterska inom psykiatrisk vård har varit lärorikt och intressant och fört med sig minnesvärda möten. Jag har arbetat inom olika verksamheter, både slutna och öppna vårdformer och efterhand vidareutbildat mig inom psykiatriska området. Läste till specialistsjuksköterska 1988 och därefter psykoterapeututbildningen med individuell inriktning. Eftersom den psykiatriska kliniken i Skellefteå tidigt arbetade familjeinriktat blev arbetssättet att möta familjer och närstående naturligt och det är något jag fortfarande anser viktigt i vårdarbetet - lyhördhet för dem som står patienten närmast och bistå i att öppna upp för kommunikation i relationer. Utifrån detta kompletterade jag mina teoretiska kunskaper mot familjearbete samt KBT.

Annat som har varit roligt och utmanande i mitt yrkesliv är att ha deltagit i utvecklandet av samarbetsformer mellan BUP och vuxenpsykiatri. Gränslandet mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri har varit meningsfullt att överbygga. Utvecklingsarbetet ledde till en ungdomsmottagning inom vuxenpsykiatriska kliniken för unga mellan 18-25 år.

I mitt nuvarande arbete som lärare är jag i min tjänst framförallt engagerad inom psykiatrirelaterade områden i grundutbildningen, sjuksköterskeprogrammet. Förutom teoriavsnitt

handleder jag också studenter i klinisk utbildning, vilket är bland det roligaste jag hittills gjort. Därutöver har jag deltagit i utvecklandet, och nu hösten 2008, starten av en ny tvåårig nätburen högskoloutbildning med inriktning mot psykiatrisk omvårdnad.

Styrelseuppdraget ser jag som en möjlighet att kunna påverka och inspirera samt upprätthålla och fylla på nya kunskaper och erfarenheter inom psykiatriskt område.



Helena Lannefors

Jag heter Helena Lannefors och är 29 år gammal. Min första kontakt med psykiatrin var då jag som 20-åring vikarierade som skötare på en psykosavdelning i Kalmar.

Jag började dock läsa till systemvetare den hösten, men insåg snart att det inte var något för mig. Sökte istället sjuksköterskeutbildningen och blev färdig sjuksköterska januari 2004. Flyttade upp till Stockholm (som jag från början kommer ifrån) och fick arbete på en socialpsykiatrisk enhet söder om stan. Arbetet där var integrerat, och innebar såväl slutenvård som öppenvårdskontakter. 2007 började jag på min nuvarande arbetsplats, en psykosmottagning i Solna.

Fritiden ägnas till stor del åt min häst som jag tränar dresstyr med. I våras blev jag tillfrågad om jag var intresserad av att sitta i Psykiatriska Riksföreningens styrelse. Det tyckte jag lät intressant och förhoppningsvis blir det också ett lärorikt uppdrag.

FÖRTROENDEVALDA

FÖRTROENDEVALDA I PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN



STYRELSE

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

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

Sekreterare
Mikael Malm
Stockholmsvägen 29
611 37 Nyköping
0155-21 21 11 b
0150-565 57 a
mikael.malm@dll.se

Chefredaktör
Hans Bergman
hansbergman@telia.com

Redaktör
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

Studieansvarig
Birgitta Persson
Taktroppsgatan 11
931 52 Skellefteå
0910-398 71 b
0910-58 57 14 a
birgitta.persson@nurs.umu.se

IT-ansvarig
Helena Lannerfors
Tranebergsvägen 29
167 45 Bromma
08-587 312 03 a
Helena.lannerfors@sll.se

LOKALA REDAKTÖRER

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

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

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

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

VALBEREDNING

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

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

Marie-Louise Wällberg
Lasarettbacken 3
907 46 Umeå
090-19 85 43 b
090-785 65 67 a
marielouise.wallberg@vll.se

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

REVISORER

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

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

Suppleant
Christina Reslegård

Suppleant
Ulf Rogberg

NÄTVERKSSAMORDNARE INTERIMISTISKA

Susanne Larsson
Norra Vägen 26
302 31 halmstad
0345-201 35 b
0430-159 86 a



NOTISER

Vi gratulerar!

Psykiatriska Riksföreningen vill gratulera Ulrica Hörberg, psykiatrijuksköterska och filosofie doktor i vårdvetenskap. Hon disputerade i mars med sin avhandling "Att vårdas eller fostras. Det rättspsykiatriska vårdandet och traditionens grepp" vid Växjö universitet.

"Folk som sörjer får ofta jätte många goda råd. Alldeles för många. Hoppa över dem!"

Ur Vårdguiden för Stockholms län. Nr 2/2008

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

Lust & Kunskap, Sjuksköterskedagarna
 När: 2-3 oktober
 Var: Conventum, Örebro
 Info: www.swenurse.se

Workplace Violence in the Health Sector
 När: 22-24 oktober 2008
 Var: Amsterdam, Nederländerna
 Info: www.oudconsultancy.nl

European Festival of Psychiatric Nursing The Age of Dialogue
 När: 5-9 November 2008
 Var: Malta
 Info: www.horatio-web.eu

Nätverket för omvårdnad av människor med missbruks- och beroendeproblematik missbruk
 När: 2 oktober
 Var: Östra sjukhuset, Göteborg
 Info: anna.thurang@sll.se

Jag står inte ut en sekund till! Psykiatriska Riksföreningen
 När: 30 september
 Var: Psykiatriska kliniken, Umeå
 Info: marielouise.wallberg@vll.se

4:e Nationella Konferensen om Patientsäkerhet, Svensk sjuksköterskeförening, Sveriges Kommuner och Landsting m.fl.
 När: 17 - 18 september
 Var: Stockholmsmässan, Älvsjö
 Info: torie.ernsater@swenurse.se

Psykisk hälsa – en gemensam angelägenhet där alla måste göra sitt
 NSPH i samarbete med NU! - projektet Socialstyrelsen m.fl.
 När: 10 oktober
 Var: Norra latin, Stockholm City Conference
 Info: www.nsph.se

HORATIO: EUROPEAN FESTIVAL OF PSYCHIATRIC NURSING THE AGE OF DIALOGUE

Wed 5th - Sun 9th Nov 08
 Corinthia San Gorg Hotel,
 St George's Bay,
 Malta

FIRST ANNOUNCEMENT

CONFERENCE THEME

The theme of this unique event is the dialogue that takes place between psychiatric nurses, in their own clinical areas, across cities and towns, national and international borders. The aim is to share their experiences, helping each other to develop their understanding of their work and supporting each other in their professional endeavours.

The Conference has 220 papers, plenary speakers, discussion groups, posters, symposium, debates and national forums from over 30 countries.

The Festival activities include films, competitions, guest interviews, auctions, music, art and poetry - all with the theme of mental health.

We are limited to 600 delegates only - don't miss out on this amazing event!

HORATIO: EUROPEAN FESTIVAL OF PSYCHIATRIC NURSING THE AGE OF DIALOGUE

GUEST SPEAKERS INCLUDE:

MR JOHN DALI – HEALTH MINISTER OF MALTA
 DR MATT MUIJEN – DIRECTOR OF MENTAL HEALTH (EUROPE) W.H.O. – DENMARK
 PROFESSOR MARITTA VÄLMÄKI - UNIVERSITY OF TURKU – FINLAND
 MRS MARY VAN DIEVEL – DIRECTOR, MENTAL HEALTH EUROPE – BELGIUM
 MR PASCAL ROD – PRESIDENT, EUROPEAN SPECIALIST NURSING ORGANISATIONS – FRANCE
 PROFESSOR HILARY McCALLION – SOUTH LONDON AND MAUDSLEY NHS FOUNDATION TRUST - UK
 PROFESSOR JOHN CUTCLIFFE – TYLER UNIVERSITY – TEXAS – USA
 PROFESSOR PHIL BARKER – CLAN UNITY: MENTAL HEALTH RECOVERY AND RECLAMATION – SCOTLAND
 MR JÜRGEN SCHEFFLEIN - HEALTH DETERMINANTS UNIT, DG SANCO, EUROPEAN COMMISSION – LUXEMBOURG
 MR OLIVER LEWIS – EXECUTIVE DIRECTOR OF MENTAL DISABILITY ADVOCACY CENTRE – BULGARIA
 MR MARTIN WARD – CHAIR, HORATIO: EUROPEAN EXPERT PANEL OF PSYCHIATRIC NURSING – MALTA

CONFERENCE FEES

Full Conference	Early Bird (before 17th August 08)	Standard (from 18th August 08)
Delegate	325 Euros	425 Euros
Presenter (discounted)	300 Euros	400 Euros
Student (proof of studentship required)	225 Euros	325 Euros
Hotel transfer	15 Euros	15 Euros
Gala Dinner (8th)	50 Euros	50 Euros

The conference fee includes registration for the full conference, conference materials, lunch on the 6th/7th/8th, refreshments all five days. It does not include travel, accommodation and hotel transfers unless requested.
 (All payments to be made in Euros)

Accommodation

Inclusive of taxes and breakfast, per person per night	Single	Twin/Double
Standard sea view room	95 Euros	70 Euros
Corinthia San Gorg 5*	95 Euros	70 Euros
Corinthia Marina 4*	70 Euros	45 Euros

For all details concerning the event contact the festival administration team on: horatiofestival@gmail.com
 For registration, accommodation and travel information go to:
<http://www.horatio-web.eu/festival-psychiatric-nursing.html>





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: _____