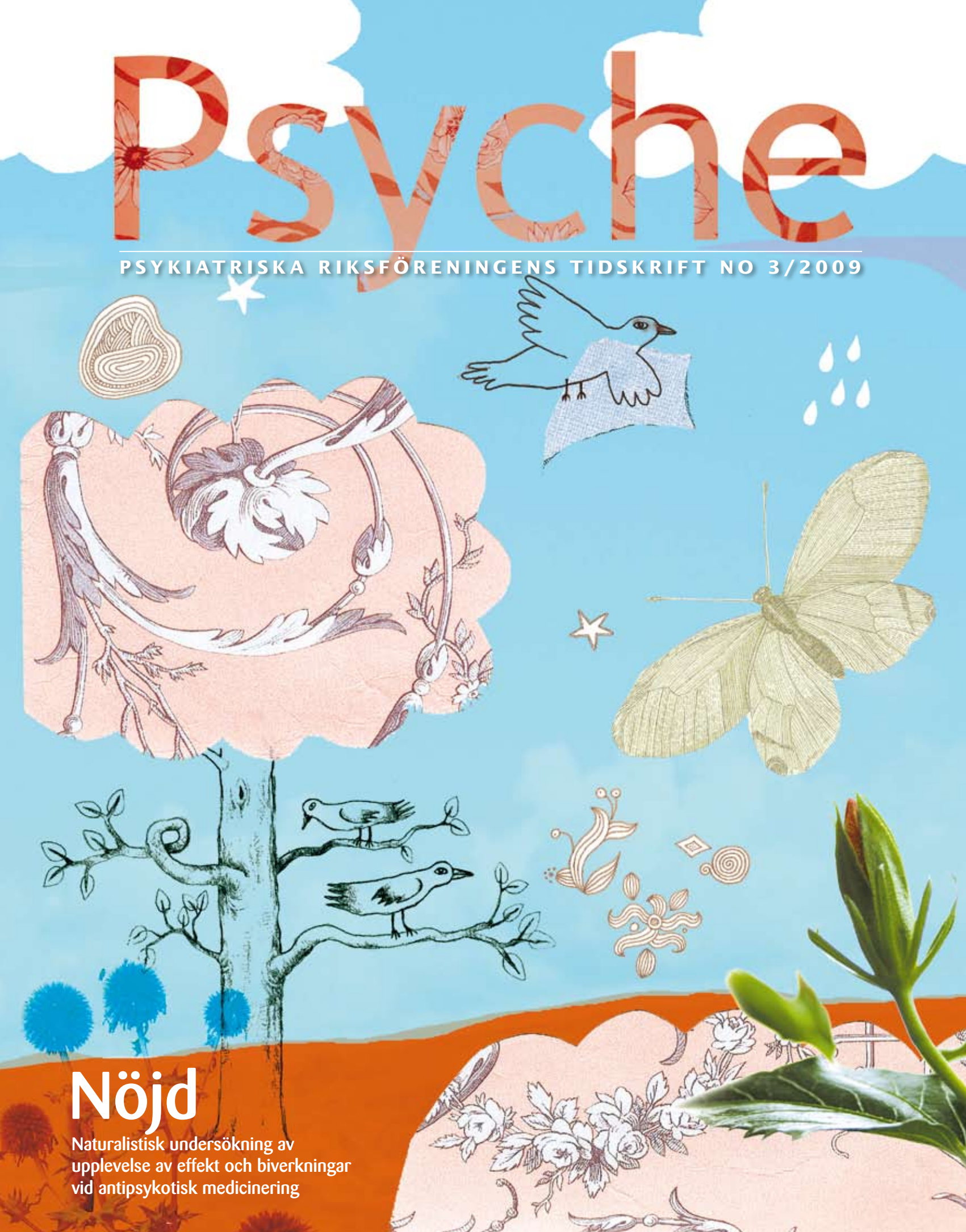


Psyche

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGENS TIDSKRIFT NO 3/2009



Nöjd

Naturalistisk undersökning av upplevelse av effekt och biverkningar vid antipsykotisk medicinering

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
Bg: 5118-1592

Formgivning/Illustration
Jonas Rahm / MRD AB

Utgivningsplan 2009
Nr: 1 v 7, Nr: 2 v 17, Nr: 3 v 26,
Nr: 4 v 39, Nr: 5 v 50

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 200 x 260 mm7.500:-
Halvsida 200 x 130 mm4.300:-
1/3 sida (stående) 200 x 85 mm2.700:-
1/3 sida (liggande) 64 x 260 mm2.700:-
Bilaga11.000:-
Baksida 225 x 26010.000:-
(Renskuret sidformat 225 x 287 + 3mm utfall)

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.



Vägen tillbaka

Trots olika utgångspunkt verkar de rehabiliteringsansvariga vara överens om att insatser behöver samordnas i en helt annan utsträckning än tidigare när det gäller patienter med psykossjukdom.

Av Hans Bergman ...sid. 4



Nöjd

Naturalistisk undersökning av upplevelse av effekt och biverkningar vid antipsykotisk medicinering

H. Gregemark, U. Norén ...sid. 6

Psykiatriska Riksföreningens synpunkter på den preliminära versionen av de Nationella riktlinjerna för depressionssjukdom och ångestsyndrom

Richard Brodd ...sid. 9

TOP

- nätverksträff i Halmstad

Av Henrika Jormfeldt och Petra Svedberg ...sid. 10

Deltagande observatör

- en timanställds syn på förhållanden inom den psykiatriska vården

Inger Jonsson ...sid. 14

Notiser ...sid. 18-19

Nytt från NU! ...sid. 20

Bokrecensioner ...sid. 21-23



ORDFÖRANDE HAR ORDET:

Bäste läsare!

Är det bara jag som upplever att tiden rusar fram i ett rasande tempo? Är det redan midsommar? Mycket har hänt det senaste året. Jag sitter nu på tåget på väg till Västerås och ser ut över det fantastiskt vackra svenska landskapet. Resans slutpunkt går till Psykiatriska Riksföreningens nya kassör Ann-Cathrine Ahlén som skall ta över efter mig. Efter närmare åtta års räknande och budgetskrivande känns det väldigt skönt att lämna över detta till en annan person och jag kan fokusera på ordförandeskapet.

PRF står som vanligt inför stora utmaningar. Under den senaste 10 åren har föreningen halverat sitt medlemsantal. I dagsläget är vi ca 750 medlemmar. Potentialen av alla sjuksköterskor som arbetar i en nära anslutning till psykiatri är 8000 individer. Det är 90 % mer än vi nu har som medlemmar. En trend i Sverige visar på att många föreningar visar på liknande utveckling. Troliga förklaringar för PRF är att en stor andel sjuksköterskor går i pension. Det finns en stor positiv trend och det är att nya yngre sjuksköterskor som börjat arbeta inom psykiatri blir medlemmar. Det finns ett stort utrymme för många fler av dessa. Vi kommer att behöva en stor tillväxt. En annan stor utmaning är att få tillbaka de medlemmar som under slutet av 80- och 90- talet gick ur PRF. Känner du någon kollega som du kan bjuda in tillbaka?

En annan förklaring som jag själv har funderat på är att vi i vårt samhälle idag fokuserar mer på individen. Själv är jag förespråkare för att man som individ skall se till sig själv och göra sina personliga val. Det är inte andra som skall besluta om detta. Hur kommer då ett medlemskap i Psykiatriska Riksföreningen in i detta? Jag ser ingen motsättning i att föreningen har en starkt gemensam röst som består av mycket självständiga sjuksköterskor som har mycket att bidra med till vår förening och yrkeskår. På egen hand får den enskildes röst inte lika stor uppmärksamhet och påverkan men en stark förening får stora möjligheter till påverkan.

Styrelsen i PRF har satt upp ett djärvt mål och det är att vi skall fördubbla antalet medlemmar inom några år. Jag hoppas du är med på detta! Jag fick en förfrågan från en medlem som undervisar på vidareutbildningen som hade funderat på om man kunde bilda ett nätverk för psykiatrisjuksköterskor i norra Sverige. Starten skulle i så fall bli med den grupp specialister som blir klara nu till sommaren. Det känns väldigt inspirerande och spännande när vi får en sådan förfrågan. Jag skickade en omgång av Psyche som han kunde dela ut. Det skall bli spännande att se vad det blir för resultat. Om du vill du ha tidningar att dela ut för att sprida PRF: s vision, hör då av dig till mig!

Många känner till det arbete med riktlinjer för behandling av depression och ångest som Socialstyrelsen håller på att ta fram. Flera har hört av sig om PRF kommer att kommentera detta. Det har vi gjort och vi publicerar svaret i detta nummer. En viktig synpunkt vi har är att lyfta fram den centrala roll som psykiatrisjuksköterskan har.

Det största anhörig- och brukarnätverket NSPH: Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa som består av 13 intresseföreningar, har bjudit in PRF i samarbete med Vårdförbundet att delta i en paneldebatt under Almedalsveckan på Gotland i sommar. De inbjudna är psykiatriker, psykologer, socionomer och psykiatrisjuksköterskor. PRF har tackat ja och vi kommer att delta för att synas i debatten.

Jag och hela styrelsen i Psykiatriska Riksföreningen önskar dig en riktigt skön sommar.

Richard Brodd

Ordförande i Psykiatriska Riksföreningen



Vägen tillbaka



Trots olika utgångspunkt verkar de rehabiliteringsansvariga vara överens om att insatser behöver samordnas i en helt annan utsträckning än tidigare när det gäller patienter med psykosjukdom.

Av Hans Bergman

TOP-nätverket för Stockholm/Gotland arrangerade under maj en heldagskonferens i samarbete med FoU-enheten vid Psykiatri Nordöst. Konferensens tema var rehabilitering. Bakgrunden till temat var de nya tuffare (?) sjukskrivningsreglerna som infördes i januari i år. Vi vet ännu inte hur dessa kommer att påverka livet för patienter med psykosjukdom. Vad som är positivt är att det i dag verkar finnas en samstämmighet hos huvudmännen vid olika instanser kring vikten av att jobba tillsammans med patienten och med varandra för att komma vidare. Samtidigt som man efterfrågar nationella riktlinjer, evidens och formalisering av rehabiliteringsinsatserna kring så lyfte konferensen vikten av individanpassning efter förmåga och situation. För det är ju så att resurserna ska anpassas efter patienten och inte tvärtom. Konferensen sammanfattade många aspekter av både hinder och möjligheter: Socialdepartementets avsikter bakom restriktionerna i det nya sjukförsäkringssystemet, försäkringskassans regler, arbetsförmedlingens nya uppdrag - allt detta pekade mot arbetslinjen, d v s patienter skall inte passivt sjukskrivas utan mål och mening utan målet skall vara arbete eller "supported employment". Ett stort problem är att det saknas struktur, kompetens och framför allt tid för att genomföra den rehabiliteringskedja som skall komma patienten till del. Arbetsförmedlingen skall vara huvudaktör i rehabiliteringen men saknar idag resurser för att genomföra den för patienter med psykiska funktionshandikapp.

De goda exemplen, som företaget Misa visade på, var att rehabilitering tillbaka till arbete är resurskrävande och kräver stor kompetens hos personalen. Det är inte rimligt tro att det går att genomföra inom dagens Arbetsförmedling.

Försäkringskassans långa utredningstider är ett problem, som leder till att patienterna blir utan försörjning om inte omprövning av ersättning sker i tid.

Dagens konferens kommer att följas upp om cirka 1 år för att närmare studera hur rehabiliteringskedjan fallit ut för patienter med psykosjukdom.

Bland de många duktiga föreläsarna fanns Britt Arrelöv, medicinskt sakkunnig i försäkringsmedicin. Britt disputerade 2003 på en avhandling om läkares beslut om sjukskrivning. Andra medverkande på konferensen var Johan Cullberg, gästprofessor på Ersta/Sköndals Högskola, som pratade om etiska aspekter på rehabilitering och David Rosenberg som föreläste om återhämtning. David är socionom och doktorand vid Umeå Universitet. Bland föreläsarna för brukar- och anhöriginitiativet var Björn Asplund, direktör för Fountain House samt Britta Zetterman från intresseföreningen Mellanmålet i Stockholm.

Powerpointpresentationer från konferensen:
www.sls.se/vagentillbaka

Nöjd

Naturalistisk undersökning av upplevelse av effekt och biverkningar vid antipsykotisk medicinering

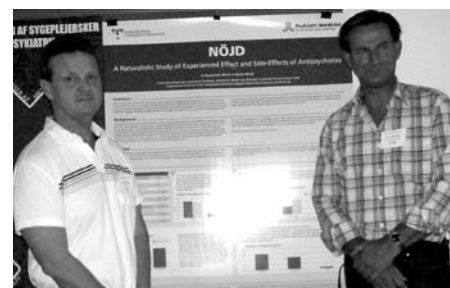
H. Gregemark [1], U. Norén [2]

1 Centrummottagningen, Psykiatri Nordväst, Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO
2 Enheten för kliniska prövningar, Sahlgrenska Universitetssjukhus Område Östra, Göteborg

Sammanfattning

108 personer intervjuades och 102 bedömdes tillhöra målgruppen.

Totalt visade det sig att personerna med atypiska läkemedel var mer nöjda med sin behandling än de med traditionella läkemedel. Upplevelsen av biverkningar var dock störst i gruppen med atypisk behandling. Trötthet och viktuppgång var de största enskilda biverkningarna och de var lika vanliga i båda grupperna. Större delen av dem som behandlades med atypiska läkemedel fanns i lägre åldersskiktet, 18-50 år, med kortare total behandlingstid än den traditionellt behandlade gruppen, och fler kvinnor behandlades med atypiska medel än med traditionella.



Urban Norén och Henrik Gregemark

Bakgrund

Atypiska läkemedel har i flertalet undersökningar genom åren påvisats effektivare vad gäller såväl symtomlindring och kognitiv förbättring som reduktion av biverkningar än äldre preparat. Uppgifterna baserar sig på resultatredovisningen från olika kliniska prövningar som genomförts med dessa preparat(1, 2, 3). På de allra flesta ställen rekommenderas i dag atypiska läkemedel som förstahandsalternativ för behandling av psykosjukdom. Trots detta skiljer sig behandlingsalternativen och valen mycket mellan olika landsändar, städer och behandlare. Av storstadsregionerna föredrar Stockholm generellt traditionell behandling och Göteborg atypisk dito.

Målet med en behandling skall vara att bota/förebygga och/eller lindra sjukdom och plåga(4). Upplevelsen av plåga och sjukdom är naturligtvis subjektiv och följaktligen måste även patienternas upplevelse av behandlingen vägas in när ett omdöme skall avges och en behandling initieras.

Vad tycker då patient/brukargruppen?

Metod

Sjukvårdspersonal med skiftande grundutbildning genomförde en strukturerad intervju/enkät med sina "egna" patienter på sammanlagt 5 öppenvårdsenheter i Stockholm och Göteborg. Totalt svarade 108 personer på enkäten varav 102 var personer inom målgruppen. Insamlingen av svar pågick under våren och hösten 2006. 61 personer behandlades med atypiska antipsykotika och 40 personer med konventionella. 3 personer behandlades med en kombination av båda och ingår inte i redovisningen.

Resultat

Karakteristika

| | |
|--------------------------|-----|
| Totalt antal intervjuade | 108 |
| · Män | 63 |
| · Kvinnor | 45 |

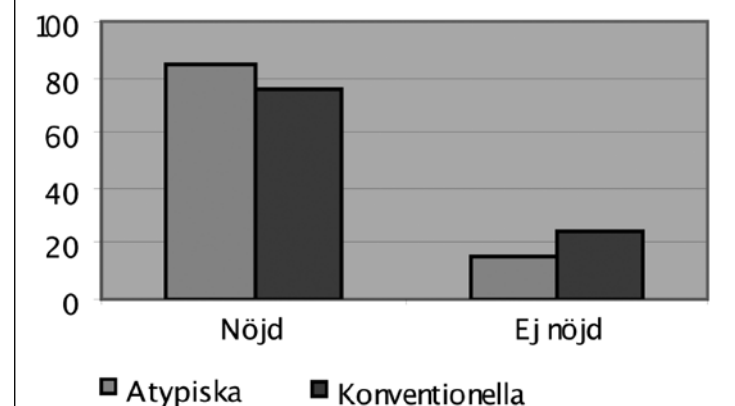
| | |
|-------------------------------------|---------|
| Sjukdomsduration medeltal år totalt | 17.7 år |
| · medeltal år atypiska | 15.5 år |
| · medeltal år traditionella | 21.2 år |

| | |
|-------------------------|-------|
| Åldersgrupp t o m 50 år | 56 st |
| Åldersgrupp över 50 år | 52 st |

| | |
|------------------------------------|-------|
| Behandling med atypiska medel | 61 st |
| Behandling med traditionella medel | 40 st |
| Behandling med båda typerna | 3 st |
| Behandling med Lithium | 2 st |
| Obehandlade | 1 st |

Undersökningen visar att ett större antal av dem som medicinerar med atypiska läkemedel är nöjda med sitt preparat än de som använder traditionella dito. Procentuellt är fördelningen 82 % respektive 76 % (fig 1)

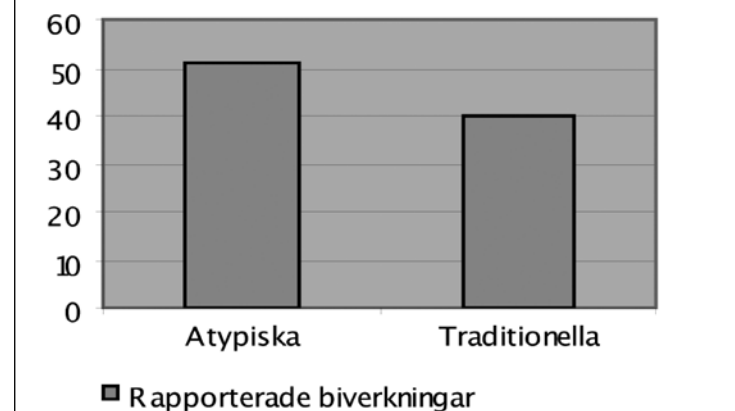
Nöjd med preparatet



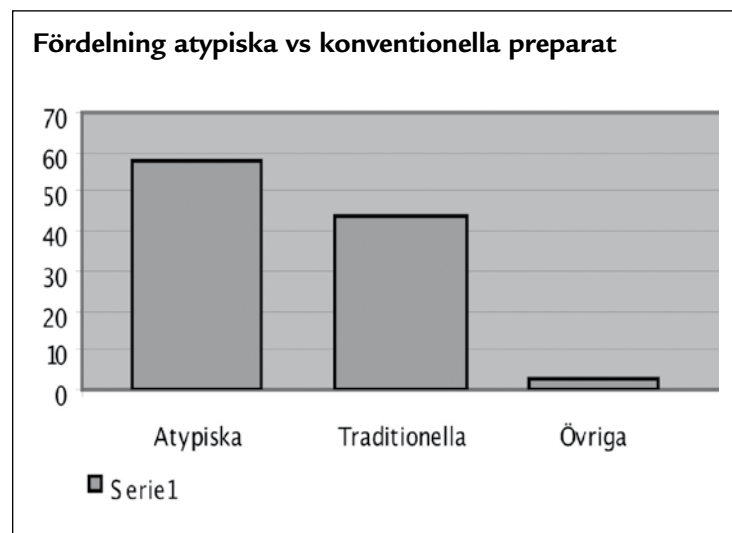
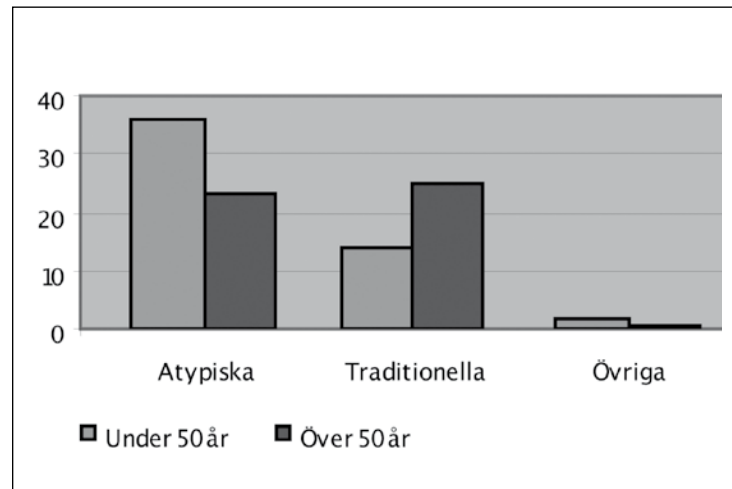
Gällande biverkningar rapporterade 46 % av alla tillfrågade att de upplevde biverkningar.

51 % av de som behandlades med atypiska antipsykotika uppgav att de besvärades av någon form av biverkning medan siffran för de som behandlades med traditionella preparat var 40 % (fig3). Största enskilda biverkningsgruppen var trötthet vilken svarade för 30 % av biverkningarna i respektive grupp, tätt följd av viktuppgång som stod för ca 20 % i båda grupperna. Sexuella biverkningar var totalt den minst rapporterade biverkningen(4 % resp.1 %) av de givna alternativen.

Rapporterade biverkningar per grupp



Undersökningsgruppen skiljde sig åt när det gällde fördelningen av traditionella och atypiska läkemedel. I gruppen patienter t o m 50 år övervägde atypiska läkemedel medan gruppen patienter 51 år och äldre dominerades av traditionella (fig 4). Totalt var användandet av atypiska läkemedel störst.



Antalet rökare var ca 65 % i såväl gruppen med atypisk som med traditionell behandling. Detta kan jämföras med att 15 % av befolkning i Sverige, enligt Statens folkhälsoinstitut, mellan 18 och 84 års ålder rökte år 2005.

Diskussion

Atypiska läkemedel upplevs, enligt undersökningen, bättre ur ett nöjdhetsperspektiv än traditionella dito. Detta trots att gruppen med dessa preparat också redovisar en högre frekvens biverkningar.

Huruvida fördelen med god effekt överväger besvärande biverkningar, eller att yngre drognaiva personer blir mer medvetna om eventuella biverkningar, är svårt att avgöra. Sakor som för normalpopulationen upplevs som obehagliga och störande, blir för andra en del av en naturlig vardag. Ju bättre en person mår psykiskt, desto mer ökar förmågan att differentiera de kroppsliga upplevelserna, och biverkningar uppfattas som störande på ett annat sätt än tidigare. Sålunda kan en effektiv symtombehandling göra att även förhållandevis små sidoeffekter upplevs som störande i vardagen.

Studiepopulationens utseende spelar troligtvis roll för resultatet då större delen av de med traditionella läkemedel haft dessa under en längre tid än de med atypiska läkemedel. Gruppen med traditionella preparat

har också haft en genomsnittligt längre kontakt med psykiatrin, 21.2 år, att jämföras med gruppen som behandlas med atypiska preparat, 15.5 år. Eventuellt har de som tidigare behandlats med traditionella preparat och besvärats av biverkningar redan bytts över till atypiska, medan de som haft fullgod antipsykotisk effekt och minimala sidoeffekter fått stå kvar på traditionella. En brist i undersökningen är att ingen biverkningsbedömning utfördes av skattarna, vilket hade varit intressant ur ett jämförande perspektiv (egen upplevelse kontra andras). En välkänd kulturell olikhet finns mellan Stockholm och Göteborg vad gäller val av preparat för behandling av schizofreni, där huvudstaden företrädesvis står för behandling med traditionella antipsykotika och Göteborg föredrar atypiska.

Vi ser skillnader i fördelningen av män/kvinnor och unga/gamla i grupperna. Äldre personer med längre användning av traditionella preparat är mindre nöjda med effekten men tycks inte känna av eventuella biverkningar på samma sätt som de yngre. De traditionella preparaten kan ha en mer sedativ effekt, vilket i ett historiskt perspektiv ofta bl a använts som lugnande medel på personer med oro eller våld i anamnesen. Schizofreni medför nedsatt kognitiv förmåga, men medvetenheten om den egna kognitiva nedsättningen är dock begränsad i gruppen (5) vilket är ett stort problem då denna förmåga är direkt kopplad till bl a funktionell duglighet(6). Är man pga kognitiv dysfunktion begränsad i skickligheten att utföra de dagliga sysslorna, minskar möjligheterna att t.ex. klara ett jobb. Har man medicinerat med traditionella läkemedel under lång tid, och i perioder kanske i höga doser, har den kognitiva förmågan troligen minskat ytterligare och med den förmågan att tolka olika sinnesintryck. Kroppsliga fenomen ss rastlöshet, ryckningar och glaskupekänsla (biverkningar) kan uppfattas som naturliga och ofrånkomliga. Ett sätt att motverka koncentrationsstörningen kan vara att tillföra nikotin(7).

Personer med schizofreni röker totalt sett mer än normalpopulationen(8). Detta kan bero på den positiva påverkan på kognitionen som nikotin har. Nikotinetns fallenhet att öka fokuserings och koncentrationsförmågan fungerar för schizofrenipatienten som en sorts självmedicinering.

Litteratur

1. Bilder R et al, Cognitive and functional improvement with long acting Risperidone treatment. Poster at APA Toronto 2006
2. Kervin R et al, Abstract at APA 159 Annual meeting Toronto, 2006
3. Hanssens et al, Poster at APA 159 Annual meeting Toronto, 2006
4. Läkareden, Finlands läkarförbund 2007
5. Medalia A, Thysen J, Awareness of Cognitive Dysfunction in Patients with Schizophrenia, Poster at APA Toronto 2006.
6. Sharma T, Harvey P, 2000, Cognition in schizophrenia, Oxford Medical Publications, Oxford University Press.
7. Alkodon M et al, 2000, Alfa 7 Nicotinic acetylcholine receptors and modulation of gabaergic synaptic transmission in the hippocampus, Eur. J. Pharmacol. 393, 59-67.
8. George T, et al, 2003, Medical Illness and schizophrenia, American Psychiatric Publishing Inc



Psykiatriska Riksföreningens synpunkter på den preliminära versionen av de Nationella riktlinjerna för depressionssjukdom och ångestsyndrom

2009-06-09

Psykiatriska Riksföreningen är en frivillig riksomfattande sammanslutning av sjuksköterskor med specialistutbildning i psykiatrisk vård eller psykiatrisk vård som sitt verksamhetsområde. Psykiatriska Riksföreningen företräder den psykiatriska sjuksköterskans kunskapsområde med syfte att främja forskning, utveckling, utbildning samt kvalitetsutveckling inom psykiatrisjuksköterskans funktionsområde.

Det är glädjande för Psykiatriska Riksföreningen att kompetens inom psykiatrisk omvårdnad har medverkat i hela processen av framtagandet av de nationella riktlinjerna för depression och ångest. Psykiatriska Riksföreningen har dock uppmärksammat att evidens ofta saknas eller bedöms vara av lägre grad vid insatser som normalt utförs av sjuksköterskor om de överhuvudtaget omnämns i riktlinjearbetet för depression och ångest.

Psykiatriska Riksföreningen understryker att en stor del av det stöd och den kliniska behandling som erbjuds patienter med ångest och depression i stor omfattning tillhandahålls av sjuksköterskor, enskilt eller i grupp, utifrån ett mer eller mindre uttalat kognitivt förhållningssätt. Den omvårdnad som patienter med depression och ångest erbjuds av psykiatrisjuksköterskor är ofta i form av stöd genom samtal. Dessa samtal innehåller bl.a. information om diagnos och behandling liksom dialog om viktiga livsstilsfrågor som kost, motion, sömn, alkohol, tobak, och effekter av

farmaka. I psykiatrisjuksköterskans ansvarsområde ingår också att arbeta med avslappningsteknik, andningsteknik, beröring, avledning och olika typer av aktivitetsschema i syfte att hjälpa patienten till ett aktivt deltagande i sin egen behandling och träning av färdigheter. Ett kognitivt förhållningssätt som fokuserar på sambanden mellan situation - tanke - känsla - handling är således en pedagogisk metodik som psykiatrisjuksköterskan till stor del använder i omvårdnaden vid depression och ångest. Psykiatriska Riksföreningen betonar att den kunskapssyn som råder i samhället idag gynnar viss forskning och i förlängningen vissa typer av behandling medan andra typer av insatser för denna patientgrupp inte får den uppmärksamhet de förtjänar. Ett problem är att vårdvetenskapliga studier ofta har fokus på individens funktionsförmåga och vardagliga liv och utvärderas just i termer av funktion och social interaktion som "primary outcome" och utifrån graden av depression och ångest som en "secondary" variabel. Detta gör att viktiga studier kan ha uteslutits på grund av att det enbart är depressionsgraden som har utvärderats i de studier som övervägande legat till grund för riktlinjearbetet.

Psykiatriska Riksföreningen framhåller att det är en brist att det så gott som endast är randomiserade, kontrollerade studier som använts som underlag i de kunskapsöversikter och reviews som gjorts på området. I kliniska vårdvetenskapliga studier är det ofta komplicerat

att genomföra randomiserade undersökningar med ett tillräckligt stort antal deltagare, just därför att interventionen som sådan kräver små grupper, såsom exempelvis patientutbildning eller andra stödjande gruppverksamheter. Dessa insatsers effekter uppnås just genom att grupperna är små och interaktiva, vilket gör att angelägna studier kan ha exkluderats i riktlinjearbetet. Det är av vikt att dra vetenskapliga slutsatser med förståelse för detta faktum för att inte riskera att bra och effektiva åtgärder avvecklas i kliniska verksamheter med stöd av ekonomiska incitament.

Psykiatriska Riksföreningen understryker med detta yttrande vikten av att andra studier än enbart randomiserade kontrollerade studier, med stora statistiska urval och väl definierade kvantifierbara interventioner beaktas. Studier med kvalitativa ansatser och mer begränsade urval liksom kliniska erfarenheter från Sveriges psykiatrisjuksköterskor, avseende mer statistiskt svåravgränsade interventioner utifrån en humanistisk kunskapsbas, bör beaktas i lika hög grad som underlag för riktlinjer vid depression och ångest.

Med vänliga hälsningar

Psykiatriska Riksföreningens ordförande

Richard Brodd

TOP

- nätverksträff i Halmstad

Den 15 maj anordnades en nätverksträff av TOP - nätverket (TOP = Tidigt Omhändertagande vid Psykos) i Halmstad. Skötare Tina Ekeröth och psykiatrijuksköterska Agneta Bengtsson på Psykos Rehab teamet i Halmstad arrangerade dagen på ett idealiskt sätt. Det blev en mycket givande och intressant dag som gav många nya reflektioner utifrån föreläsningar, efterföljande diskussioner och stimulerande samvaro med kollegor från sydvästra Sverige.

Av Henrika Jormfeldt och Petra Svedberg

Håkan Persson ordförande i TOP - nätverket inledde dagen med information om TOP- nätverkets bakgrund. Nätverket bildades på initiativ av Miltonprojektet, nationell psykiatrisamordning år 2005. TOP-nätverket i sydvästra Sverige består av en arbetsgrupp med representanter från region Skåne, Blekinge, Kronoberg och Halland som har regelbundna möten 1 – 2 ggr/år. Anna-Karin Neubeck,

filosofie doktor, Linköpings Universitet presenterade under förmiddagen sin avhandling ”The Prodromal Phase – of what? A Metapsychiatric Analysis of the Prodromal Phase of Schizophrenia”. Henrika Jormfeldt och Petra Svedberg presenterade under eftermiddagen perspektiv på hälsa och sjukdom i relation till psykosociala insatser med hälsofrämjande för personer med psykosproblematik. Då eftermid-

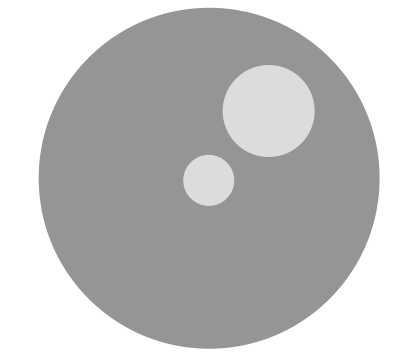
agens föreläsning varit aktuell tidigare i Psyche kommer detta sammandrag endast att återge Anna-Karin Neubecks presentation.

Anna-Karin Neubeck disputerade vid Linköpings Universitet fredagen den 21 november 2008 och har ett vetenskapsteoretiskt perspektiv i sin forskning. Under presentationen uppmärksammades inledningsvis användandet av begreppet prodromalfas samt vilka effekter användningen av olika begrepp och diagnoser får för vården och för den enskilde patienten. Anna-Karin problematiserar det fokus som råder i Psykiatrisk vård idag och beskriver att psykiatrin till stor del inte bygger på naturvetenskapliga sanningar men ofta presenterar och genererar monokausalitets teorier, alltså man bygger på en ”sanning” och förkastar andra. Hon poängterar att multikausalitets teori borde få större genomslagskraft i psykiatrin, där fokus läggs på helhetsperspektiv och på delorsaksamband dvs. hur saker/fenomen har relation till varandra. Det är också viktigt att förhålla sig ödmjuk till den kunskap som utvecklas inom alla relevanta områden i psykiatrin. Om man som personal utgår ifrån diagnosen schizofreni eller bipolär sjukdom i mötet med en patient i psykiatrisk vård och tittar retrospektivt på personens liv kan sjukdomsutvecklingen härledas till tillståndet ”prodromes” (förstadier till en förmodad sjukdomsutveckling). Denna kunskap anses ofta viktig för att kunna föreutse och tillhandahålla resurser för de personer som hamnar i en så kallad prodromalfas. Samtidigt finns en risk med tidig identifiering av symtom på schizofreni då detta kan påverka prognos, insatser och förstärka en negativ utveckling.

Syftet med avhandlingen var att belysa hur fenomenet prodromal förstås och förklaras av

patienter själva och hur de beskrivs i litteraturen. Anna-Karin ställde sig frågeställningarna: är det möjligt att hitta markörer i prodromalfasen som leder till schizofreni? För att undersöka dessa frågeställningar intervjuade Anna-Karin 11 patienter som av läkare bedömts relevanta för denna studie och hon använde sig av en empirisk fenomenologisk metod.

Resultatet i Anna-Karins avhandling visar att alla patienter som bedömts vara i en aktiv



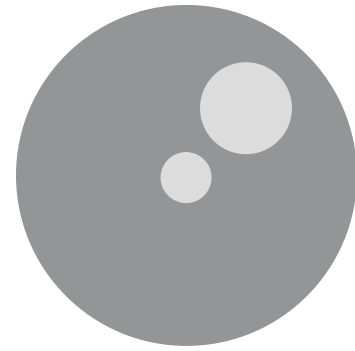
omöjligt att skilja effekter av upplevda trauma från tidiga tecken på schizofreni. Den behandling patienten får och dess effekter påverkas dock av personalens bedömning av patientens symtom. Bedöms symtomen som tecken på att personen har varit utsatt för allvarligt trauma eller som tidiga tecken på schizofreni? Anna-Karin beskriver även att prodromalfenomen i utveckling, alltså symtom på en utveckling av schizofreni, och biverkningar av neuroleptika ej

**”Sluta leta, börja lyssna
- Individens framför oss ska
få komma i fokus med sin
livsberättelse.”**

prodromalfas beskrev upplevelser som överensstämde med den i litteraturen beskrivna prodromalfasen. Vid tvåårsuppföljningen hade flertalet även fått diagnosen schizofreni. Ett fynd till som dock framkom var att alla personer hade varit utsatta för trauma och övergrepp. Trauman som naturligtvis hade påverkat deras normala utveckling.

Anna-Karin drar följande Teoretiska slutsatser; Patienterna i studien hade upplevelser som överensstämde med definitionen av prodromalfasen i litteraturen. Dock är det teoretiskt

går att skilja på då dessa är identiska. Slutsatsen i denna studie är att trauma i dessa fall faktiskt var en delorsak till de fenomen som hon studerade. Fenomen som teoretiskt överensstämde med tidiga tecken på schizofreni. Detta påverkar med all säkerhet hur de upplevelser och symtom som presenteras bemöts i vården? Detta kan bli en fälla i psykiatrin när patienten kommer och presenterar sin situation och vi som personal fokuserar på att värdera sanninghalten i det som patienten säger istället för att se symtomen i ett helhetsperspektiv med fokus



på förståelse av patienten i sin livssituation. Då psykiatripersonal arbetar utifrån förståelsen att diagnosen schizofreni inverkar negativt på personens trovärdighet, får det konsekvenser för dialogen. Personalens synsätt kan utgöra

Frågor och reflektioner från publiken efter presentationen:

Under diskussionen efter presentationen uttrycks reflektioner kring sanningshalten i patienternas upplevelse om övergrepp. Publiken

orienterade i tid och rum, kunde klart beskriva sina upplevelser och sin förståelse, få var påverkade av neuroleptika, och alla var medicinskt undersökta.

Frågan ställs från publiken om det kan vara så att Anna-Karins studie bygger på intervjuer med personer som egentligen har prodromalsymtom på psykosjukdom och inte på schizofreni. Anna-Karin svarar att det inte finns någon skillnad på dessa typer av prodromalsymtom och att det inte heller går att skilja dem åt rent diagnostiskt, eller teoretiskt.

Anna-Karin beskriver hur hon och hennes medarbetare kritiserats för att oroa patienterna och uppmanats att undvika ”att väcka den björn som sover”. Anna-Karins svar på detta är ”- Som om den björnen sover gott!” Diskussioner uppstår också kring att vård och behandling vid psykosproblematik kan bli fel om orsakerna till schizofreni vilar på så oklar grund. Frågan kring läkemedelsindustrins inverkan på förklaringsmodeller vid psykosjukdom tas upp liksom resonemang kring behovet av att utveckla den psykiatriska diagnostiken och att diagnosen schizofreni kanske behöver delas upp i mindre grupper utifrån bakgrund, prognos och liknande. Schizofreni presenteras ofta, även i DSM IV, som fristående från livet och den specifika personen som drabbats – det behövs en ökad helhetssyn där livet och sjukdomen förstås i relation till kausalitet och orsakssammanhang. Som åhörare på Anna-Karins presentation ser vi att detta perspektiv på kunskap är ett mycket viktigt inlägg i debatten om psykiatri, liksom ökad förståelse för hur komplext detta område är!

Anna-Karin Neubeck nås via e-mail:
anna-karin.neubeck@ki.se

”Personalens synsätt kan utgöra en förskjutning i maktbalansen mellan patient och personal. Det gör följaktligen stor skillnad vilka glasögon vi som personal har på oss när vi tittar på dessa fenomen.”

en förskjutning i maktbalansen mellan patient och personal. Det gör följaktligen stor skillnad vilka glasögon vi som personal har på oss när vi tittar på dessa fenomen. Är diagnosen schizofreni ett tillstånd som utvecklats som en följd av obearbetat trauma, är det mycket olyckligt om man som personal inte uppmärksammar detta samband utan ser trauma och sjukdomsutveckling som två oberoende händelser i en människas liv. Teorier, handböcker, riktlinjer och forskning är vårt sätt att kommunicera med varandra som personal. Därför är det avgörande att förhålla sig kritisk till teorier och dess eventuella fallor. Anna-Karin avslutar sin föreläsning med att säga: ”Sluta leta, börja lyssna” - Individerna framför oss ska få komma i fokus med sin livsberättelse.

beskrev reflektioner kring att man som personal bör vara försiktig med att ta den psykotiske patientens ord på alltför stort allvar, samtidigt som att det är viktigt att vi som personal faktiskt orkar lyssna och ta emot de erfarenheter och upplevelser som patienten bär på. En reflektion från publiken var vikten av att komma ihåg att det inte är personalens ansvar att avgöra om patienten faktiskt utsatts för övergrepp eller inte. Det är patientens känslor, upplevelser och erfarenheter som vi som personal skall klara av att möta och hantera. Anna-Karin beskriver i detta sammanhang att hon inte i någon av sina intervjuer haft anledning att misstro de berättelser hon delgivits av sina informanter. Detta bland annat för att personerna kom till intervjun i ett mycket tidigt skede, alla var

Dags att söka stipendium för år 2009

Styrelsen behandlar stipendieansökningar två gånger per år, i januari och september.

Som medlem sedan minst ett år i PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN kan du söka stipendium. Ändamålet ska vara att främja forskning, utveckling och utbildning inom psykiatrisjuksköterskans område eller att främja psykiatrisjuksköterskans yrkesfunktion. Ansökan ska vara skriftlig och innehålla namn, personnummer, adress och för vilket ändamål stipendiet söks. Vidare ska ansökan innehålla en specificerad kostnadsberäkning och om man sökt andra bidrag eller stipendier. Gäller det en kurs ska kopia på kursprogrammet biläggas ansökan. Dessutom ska ansökan innehålla förslag till spridning av inhämtade kunskaper, exempelvis artikel i Psyche, seminarium eller bidrag till studiedagar. Vid ej genomförd aktivitet ska erhållet belopp återbetalas. Stipendier kan inte sökas för av PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN anordnade kurser/konferenser.

Välkommen med Din stipendieansökan!

Richard Brodd
Oskarsgatan 4, 414 63 Göteborg
e-post: richard.brodd@bredband.net

Riktlinjer för stipendiemedel

1. Sökanden ska uppfylla kraven enligt stadgarna § 4 Medlemskap.
2. Sökandens ändamål ska vara i enlighet med stadgarna § 1 Ändamål.
3. Sökanden ska inkomma med en skriftlig ansökan före den planerade aktiviteten. Ansökan ska vara i brevform och innehålla följande:
 - namn, personnummer och adress,
 - nuvarande anställningsförhållande,
 - kort beskrivning av sitt verksamhetsområde och sina arbetsuppgifter,
 - syfte och ändamål med stipendiet,
 - specificerad kostnadsberäkning över vad bidraget avser att användas till,
 - uppgifter om och vilka andra bidrag eller stipendier man sökt och eventuellt beviljats för detta ändamål,
 - i vilken mån och omfattning arbetsgivaren stödjer den aktivitet som stipendiet avser att användas till,
 - i den mån det är aktuellt ska kopia på kursprogram/inbjudan bifogas ansökan,
4. Beviljade stipendiemedel som inte lösts ut inom 3 månader efter att beslutet delgivits går inte att göra anspråk på.
5. Vid ej genomförd aktivitet ska erhållet belopp återbetalas.
6. Stipendier kan ej sökas för nationella och regionala aktiviteter som är anordnade av PRF.
7. Styrelsen behandlar stipendieansökningar två gånger per år. Ansökan ska vara styrelsens sekreterare tillhanda senast den 15/1 respektive den 15/8. Stipendieriktlinjerna publiceras i Psyche varje år.

DELTAGANDE OBSERVATÖR

- EN TIMANSTÄLLDS SYN PÅ FÖRHÅLLANDEN INOM DEN PSYKIATRISKA VÅRDEN

Inger Jonsson

Inledning

En central faktor i arbetet på att förbättra den psykiatriska vården är de anställdas möjligheter att påverka stämningen på arbetsplatsen och komma med synpunkter. Om det råder missförhållanden på en avdelning måste man i första hand försöka utnyttja de egna resurserna och lösa de konkreta problemen internt. Som timanställd, i botten av personalhierarkin, blir man något av en deltagande observatör och kan kanske, om ens iakttagelser efterfrågas, ge intressanta perspektiv på avdelningsförhållandena och bidra till en förbättring.

Följande tankar bygger på mina erfarenheter som timanställd skötare på ett 10-tal olika avdelningar inom psykiatrisk vård (rättspsykiatri och psykiatrisk klinik) under åren 2003-2005. I min bakgrund finns också många kortare vikariat inom psykiatrisk vård, rättspsykiatri, kriminalvård och åldringsvård på 70-talet. Sedan januari 2006 rycker jag in som timanställd och semestervikarie i demensvården. Erfarenheterna därifrån är bara i ett par fall integrerade med föreliggande text, men en hel del av mina synpunkter är relevanta även där.

Jag vill verkligen betona, att kvaliteten på vården på avdelningarna har förhöjts oerhört sedan 70-talet! Jag vill också understryka, att jag vet hur tufft sådant här arbete är. Att vårdpersonal inte alla gånger orkar fullt ut är inte att undra över. Å andra sidan kan jag inte hålla med om vad jag hört en kursledare på utbildning i psykiatrins etik säga, nämligen att avdelningspersonal inom psykiatri nästan alltid gör rätt. Visst är det mycket som görs bra, men det är tyvärr alldeles för många patienter som känner sig förtryckta, i underläge och osedda på våra psykiatriska avdelningar, alldeles för många som kommer tillbaka gång på gång i allt sämre skick och tas emot bland annat av en stämning ungefär som ”jaså jaha, återfall/igen/ ja vad kunde man vänta”.

Många av de fel som begås beror dels på att det inom personalgrupperna, liksom i samhället i övrigt, finns för litet av mognad och vidsyn. Tålmodet tryter för snabbt. Bekantskapen med och förmågan att härberga egen smärta och rädsla räcker inte till.

Visdom och mognad är inte egenskaper som kan trollas fram. Förmodligen är det ohjälpligt så att vi

människor kommer till korta. Men mycket vore vunnit om vi lärde oss att se problem och våra egna brister med öppnare ögon. Insikt om den egna otillräckligheten kan räcka långt för att komma dem man kanske gör fel emot till mötes. Det är stor skillnad mellan att göra fel och ta skulden själv och att lägga skulden på patienten. Min uppfattning är att det är ett centralt problem både inom psykiatri och i samhället i stort att man inte erkänner och står för sina egna tillkortakommanden utan projicerar dem på andra.

En intressant fråga i sammanhanget är hur utbildningar för vårdenhetschefer av idag ser ut. En ledare med hög EQ, som har gott omdöme och handlingskraft men dessutom mod att visa sin osäkerhet och sina svagheter, kan påverka stämningen i en personalgrupp väsentligt. Jag har sett lysande exempel på hur de mänskliga resurserna inom en personalgrupp kan utvecklas när en sådan ledare ersätter en okänsligare chef. Är det sådana ledaregenskaper som uppskattas från ansvarigt håll idag?

Stämningen på avdelningen

Som timavlönad springvikarie får man inblick i förhållanden på många olika håll, och kan jämföra. Generellt verkar det vara ett större problem med bristande kvalitet än med kvantitet, dvs personaltäthet. Även på avdelningar med många problem i relationerna till patienterna finns det oftast arbetslag som är underbara och som får patienterna att slappna av i en uppenbar känsla av trygghet, trots att det kanske är helg och färre personer i tjänst. En annan gång kan det vara tre arbetslag samtidigt och misstämning, med en slarvig, respektlös attityd mot patienterna. Särskilt i stora grupper sammansatta av olika arbetslag verkar många småskämmas för vad som kan ses som vekhet. Det är väl också så att när personalgruppen är större ökar sannolikheten för att man blir upptagen av inbördes diskussioner och mer eller mindre glömmer patienterna. Så enkla är sammanhangen kanske inte. Men frågan om vad det är som avgör vilken stämning som skall ta överhand är viktigt!

Mångfald, inte likriktning, inom personalgruppen

Inom psykiatri dominerar sedan länge en uppfattning att alla i en personalgrupp skall ”göra

likadant”. Att kräva en sådan konsekvens är orimligt! Det är orimligt att försöka få alla anställda på en arbetsplats inom vården att likrikta sig! Visst finns det regler alla måste följa, men långt ifrån så många som förespråkare för linjen alla-skall-göra-likadant hävdar. Visst kan det ibland för en kortare eller längre tid vara bra för en människa med akuta psykiska problem att omgivningen är enahanda och enkel, men att föra förenklingen så långt att man försöker driva in all personal i samma fälla, få dem att göra våld på sig själva och uppträda likformigt, är sällan, vill jag påstå, det rätta.

En god vän till mig sade: ”om jag vore patient på en psykiatrisk avdelning, skulle jag vilja bli bemött, inte efter en mall, utan där jag var”. Ja, det vettiga synes vara att med hjälp av varsam inlevelse i de olika patienternas ork, förmåga, behov i det aktuella nuläget försöka möta varje enskild patient där han eller hon är. Bland annat bör man då vara observant på risken för överstimulering.

Människor emellan finns stora olikheter i verklighetsuppfattning, intressen och värderingar. En patient inom psykiatri behöver liksom de flesta av oss ha tillgång till människor av olika slag, för på så vis ökar chansen att det finns någon just hon kan möta.

När en patient har turen att hitta någon där det blir goda möten ökar dessutom hennes tolerans för tillvarons komplexitet. En del patienter börjar ha glädje av och behöva än den ena, än den andra av sina medmänniskor, alltefter stundens stämningssläge och funderingar.

För de flesta torde det vara åtminstone godtagbart att konfronteras även med personer som känns främmande och onåbara, om det bara samtidigt finns personer man har förtroende för.

Vad jag vänder mig mot är alltså idén att patienter generellt skall ”besparas” tillvarons naturliga mångfald av mänskliga attityder. Jag tror till exempel det är viktigt att det på en psykiatrisk avdelning finns såväl anställda med större behov av regler som anställda med större behov av frihet från onödiga regler. Vidare bör det finnas tänkare och handlingsmänniskor, inbundna tystlåtna människor och utåtriktade pratglada, teoretiker

och praktiker, konstnärliga typer och mer prosaiska, erfarna och mer oerfarna, unga och

gamla, drömmare och realister. Inte minst viktigt är det med olika perspektiv på människan. Den kognitiva skolan i all ära, men när det gäller människokunskap är det inte så att en teori kan slå ut alla andra. Alla aspekter på det mänskliga behövs och kompletterar varandra.

Om tanken är att avdelningspersonalen skall medverka i utövandet av terapeutisk verksamhet är det helt avgörande att den sammanlagda personalvisdomen och – mognaden är någorlunda i samklan och nivå med patientvisdomen och – mognaden.

Respekt och omtanke även när man som anställd inte räcker till

Det är omöjligt att i varje stund gå alla patienter till mötes på bästa sätt. Det är naturligtvis viktigt att minimera mängden misstag, men vad jag nu vill säga något om är grundattityden till patienten och den därmed nära förknippade attityden till hur man själv uppträder/uppträtt.

Se t ex på en situation där en patient försöker prata med en anställd som börjar tröttna eller tappa tråden. Ingen i världen kan tvingas delta i ett samtal eller reda ut en fråga närmre! Men det är en himmelsvid skillnad mellan att säga ”det har jag ju redan sagt”, ”jag har ingen anledning att svara dig” eller ”du bara tjarar” å ena sidan och å andra sidan säga något med innebörd ”jag är ledsen, men jag tror inte jag kan förklara”, ”oj, uttryckte jag mig så otydligt” eller ”förlåt mig, jag orkar inte tänka längre”. En himmelsvid skillnad mellan att vara nöjd med ett bryskt svar man gav å ena sidan och att å andra sidan be om ursäkt för att man förgick sig.

På liknande sätt är det, om man inte förstår eller råar med en patients känslor, en himmelsvid skillnad mellan att tycka att patienten är besvärlig å ena sidan och å andra sidan att lägga ansvaret på sig själv och arbeta på att växa som människa. Färdig lär man aldrig bli, men EQ-faktorer är i högsta grad utvecklingsbara.

Man kan inte av en anställd fordra kapacitet att förstå alla patienter! Men respekt kan man fordra. Man kan fordra att den anställde till varje patient försöker förmedla att hans eller hennes sätt att känna och tänka och föra samtal, ja hela patientens sätt att vara är något värdefullt. Man kan fordra ödmjukhet, och mod att själv ta ansvar för sin otillräcklighet. Mod att svälja sin rädsla att göra fel, och istället se till den andra

människan. Är hon i den utsatta position som är patientens kan det ibland vara befogat att ifrågasätta sitt eget uppförande, utan att lägga något som helst ansvar på den andra, trots att det odisputabelt var hon som förgick sig. Befogat att ta hela skulden, tills den andra mår bättre och orkar ta sin del av ansvaret.

Allt detta är så självklart att det inte borde behöva sägas. Min erfarenhet är att det måste upprepas åter och åter och åter. I ständigt nya ordalag, så att det inte bli bortglömt.

Bara det finns en och annan som ser patientens resurser och kan möta patienten väl, gör det kanske inte så mycket hur övrig personal förhåller sig. Men de flesta intagna på psykiatrisk avdelning har en svajande självkänsla och det är viktigt för dem att inte bli underskattade.

Ett minimum är att varje patient möter respekt från varje anställd och slipper bli utsatt för det slagets förfrämligande, förtingligande behandling, som blir fallet när någon, utifrån oförmåga att erkänna sina egna brister parad med oförmåga att se den andra människans friska öar bedömer henne som sjukare eller sämre utrustad än vad hon är. En förutsättning för att kunna bemöta en människa adekvat är att man har en hyggligt riktig bild av hennes egenskaper, och åtminstone begriper att de kanske är värdefulla, även om man själv inte förstår dem eller de berörs illa av dem.

När en patient blir sämre

När en patient efter en tid på avdelningen fortfarande mår dåligt eller de som sämre, är det viktigt att inse att en del av orsakerna kanske bör sökas hos en själv och/eller hos ens arbetskamrater.

Om ingen i personalgruppen får kontakt med patienten försämrar det rimligtvis den tillstånd. Negativt prognostänkande liksom negativa förväntningar mer allmänt färgar lätt av sig på hur man uppträder mot en människa. Oförmåga att härbärgera egna känslor som irritation, obehag, rädsla och egen osäkerhet etc. kan styra ens sätt att uppträda. Rädsla för kritik inom personalgruppen påverkar även patienterna. Ett övermått av prat och nojs inom

personalgruppen kan ge en patient upplevelsen av att vara åsidosatt, eller tvärsom dra in patienten på något svårhanterligt sätt i stämningen.

Inser man eller anar att personal inverkat negativt på patient, gäller det givetvis först och främst att stoppa den processen. Men sedan kan det löna sig att pröva om det kanske är möjligt att utnyttja situationen till att få igång en process som leder framåt istället. Ingen människa kan växa till och mogna utan misstag, missförstånd och konflikter som bearbetas, rättas till, löses. Ingen undgår att utsättas för andras tabbar. Ingen undgår att själv göra tabbar.

Man behöver kanske inte vara så rasande rädd att göra misstag av ovan beskrivna eller annat slag, bara man tar dem på allvar och försöker vända dem till godo.

Tiden på psykiatrisk klinik, en station på livets väg

För varje människa är det eftersträvansvärt att kunna se även mycket svåra upplevelser och skeden i sitt liv i en försonande dager, helst om som sådant som till sist givit väsentliga erfarenheter och utvecklat ens möjligheter att leva ett fullvärdigt liv, se dem som kanske svåruthärdligt smärtsamma och komplicerade, men ändå på sikt bra, stationer på livets väg.

Detta är en aspekt det är lätt att personal tappar bort. Patienten ses ibland med te exallt för ensidigt medlidssamma blickar, som någon man måste tycka bara synd om och försöka vara snäll mot. Kanske kan det för många patient kännas bättre att bli bemött som en person med dyrbara erfarenheter! Det patienten i nuläget upplever kan ibland ur djupaste existentiella perspektiv sett vara visserligen skrämmande äventyr!

Kanske är det för mycket begärt att alla skall förstå sådana här sammanhang, men bara så enkelt som att någon ser det och fler försöker tänka mer på det viset kan säkert bidra till att fördjupa och allmänt förbättra bemötandet av patienterna.

Om personal utgår från att en patients tillstånd är ett enbart dåligt tecken, när det i själva verket är fråga om, eller kan utvecklas till en läkeprocess, är det risk att de hejdar och vänder det goda förloppet, istället för att vara till stöd.

Avslutande kommentarer

Vi människor kommer aldrig att bli perfekta. Vi kommer alla att fortsätta göra misstag. Inte heller psykiatrisk vård kan någonsin bli fullkomlig.

Inte heller det arbetet kan någonsin bli färdigt. Var och en måste utföra det själv, åter och åter, i enskildhet och tillsammans. Vi vill gärna tro, att någon annan en gång för alla kan slå fast vartåt vi skall sträva, vilka regler som gäller, hur vi i olika lägen skall göra och förhålla oss. Men så enkelt är det inte. Var och en av oss måste om och om igen fundera över mål och värden, och formulera för oss i vilken riktning vi vill verka. Annars är det stor risk att vi förlorar en viktig del av vår känslighet och i praktiken blir ovarsammare, mindre lyhörda gentemot varandra, istället för som önskvärt tvärsom.

Och när vi känner att vi och våra arbetskamrater inte räckt till, kanske mött patienter nonchalant, eller varit hårdhänta, då är det viktigt att vi kan tala med varandra och granska oss själva utan att blunda för misstagen. Viktigt att vi hjälps åt att åter erinra oss våra höga mål, om möjligt gottgöra vad som blev fel, ibland resonera igenom saken ordentligt, och så ta sats igen och göra vårt bästa. Den timanställda har härvid lika stort ansvar som ordinarie personal.

När man framför kritik kan en bra infallsvinkel vara att inleda med att prata lite om hur svårt arbetet är, eller om någonting man själv nyligen gjort gale, sedan uppmärksamma den kanske hårdhäntes goda sidor (det finns alltid sådant den andra gör bättre än man själv) och berömma dem, innan man nästan omärkligt försöker tydliggöra sin kritik.

En annan gång är kanske öppen konfrontation att föredra. Två människor som inte vänder varandra ryggen för att de kommit ihop sig och kanske sårat varandra, utan går hem och tänker efter och sedan försöker föra samspråket vidare så att det blir konstruktivt, behöver inte tassa på tå för varandra.

En annan gång är kanske öppen konfrontation att föredra. Två människor som inte vänder varandra ryggen för att de kommit ihop sig och kanske sårat varandra, utan går hem och tänker efter och sedan försöker föra samspråket vidare så att det blir konstruktivt, behöver inte tassa på tå för varandra.



Psykiatriska Riksföreningen

Prenumerera på PSYCHE

Prenumerationspris för 2009 är 400:-/år inkl. 6% moms
Utanför Sverige 450:-/år inkl. 6% moms

Gå gärna in på vår hemsida www.psykriks.se och fyll i uppgifterna eller fyll i talongen nedanför.

Vid frågor kontakta prenumerationsansvarig:
Richard Brodd, Tel. 0708-192732, e-post: richard.brodd@bredband.net

Skicka talongen till:
Psykiatriska Riksföreningen c/o Brodd, Oskarsgatan 4, 414 63 Göteborg

Besök vår hemsida: www.psykriks.se



Ja, jag vill prenumerera på PSYCHE under hela år 2009

Inom Sverige: 400:- Utanför Sverige: 450:-

Skicka tidningen Psyche till:.....

Fakturaadress:.....

Ansvar/kostnadställe/referens motsvarande:.....

Kontaktperson: Telefon;

E-postadress:





STYRELSE

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

Vice ordf
Henrika Jormfeldt
Bråddared
310 38 Simlångsdalen
035-72016
070-3555543
henrika.jormfeldt@lthalland.se

Kassör
Anki Ahlén
Järnvägsgatan 1
73130 Köping
0221-16695
073-0262325
ann-cathrine.ahlen@tv.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
Utsiktavägen 5
459 30 Ljungskile
0522-93991/0 a
christer.k.johansson@vregion.se

VALBEREDNING

Samankallare
Rose-Marie Björklund
031 - 343 81 77 a
rose-marie.bjorklund@vregion.se

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

Marie-Louise Wällberg
Mariehemsvägen 158
906 60 Umeå
Tlf bostad: 090-19 85 43
Tlf arbete: 090-785 65 67
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@vregion.se

Suppleant
Christina Reslegård

Suppleant
Ulf Rogberg

Styrelsemöte i Tylösand i maj

När PRF's styrelse träffades under helgen den 22/5 – 24/5 diskuterades hur sjuksköterskans roll kan kopplas till lön och status. Utifrån denna diskussion konstaterades att vi behöver bli fler medlemmar för att bli starkare och frågan vad vi kan göra för våra medlemmar blir en av våra kärnfrågor att jobba vidare med. Styrelsen är rörande överens om att sjuksköterskor behövs överallt, såväl i psykiatri som i andra verksamheter för att bedriva folkhälsoarbete och arbeta preventivt med psykisk och fysisk hälsa. Under maj-mötet gladde sig styrelsen därför särskilt åt att forskarnätverket fortsätter att växa och jobba vidare. Kanske är det förhoppningen att kunna påverka som är deras drivkraft. Vi hoppas att deras energi smittar av sig till bildandet av andra kreativa nätverk. För att stimulera utvecklingen ytterligare planerar PRF för att nästa nummer av Psyche ska bli ett samarbete med våra norska och danska kollegor.

Hans Bergman,
styrelseledamot i PRF och chefredaktör för Psyche

Aktuella konferenser

Psychosis, Dialogue and Hope
SLSO/Psykiatricentrum
Södertälje
När: 28 augusti 2009
Var: Quality Hotel Park,
Södertälje
Info: www.slso.sll.se

29th Nordic Congress of Psychiatry
Svenska Psykiatriska Föreningen
När: 22-25 september 2009
Var: Stockholm
Info: www.ncp2009.org

Mot en ny psykiatri
SLSO/Psykiatri Nordöst
När: 7 oktober 2009
Var: IVA, Grev Turegatan 16,
Stockholm
Info: www.slso.sll.se/nypsykiatri

**Aggressionens villovägar:
Självdestruktivitet och våld
bland unga vuxna**
Psykioterapiinstitutet och Nordiska
Nätverket Unga Vuxna
När: 16-17 oktober 2009
Var: Hotel Hilton, Slussen,
Stockholm
info: www.ungavuxnadagarna.net

**6th European Congress on
Violence in Clinical Psychiatry**
När: 21-24 oktober 2009
Var: Folkets Hus, Stockholm
Info: www.oudconsultancy.nl/stockholm

Intressanta avhandlingar

Den 15 maj 2009 försvarade Ulla-Karin Schön sin doktorsavhandling Kvinnors och mäns återhämtning från psykisk ohälsa vid Institutionen för Socialt arbete, Stockholms universitet. Opponent var Ulla-Carin Hedin, Institutionen för Socialt arbete, Göteborgs universitet.

I slutet av år 2008 lade Anna Ohlsson fram avhandlingen ”Myt och manipulation: Radikal psykiatrikritik i svensk offentlig debatt 1968-1973” vid institutionen för litteraturvetenskap och idéhistoria, Stockholms universitet.

Mer om avhandlingarna finns att läsa på
www.socialpsykiatrisktforum.eu

Kollegas självmord kan smitta

Risken för att begå självmord ökar om en kollega tar sitt liv visar forskare från Oxford och Stockholm. Den individuella risken att begå självmord är visserligen större om en familjemedlem tar sitt liv men sett ur ett folkhälsoperspektiv blir risken ändå större eftersom fler människor berörs. I studien ingick alla som levde i Stockholm någon gång på 1990-talet. Av de 1,2 miljoner individerna begick 116 självmord. Studien publicerades i Social Forces, december 2008.

Vårdfacket nr 6/7 2009

Sänkt budget för vårdutbildning

Om vårdpolitiken fortsätter bedrivas med industrin som modell kommer psykiatriska besök att tvingas bli allt kortare för att budgeten ska hållas. Utbildningen av nya medarbetare kommer att bli allt ytligare; patienterna kommer på sikt få en sämre vård. Detta gäller framför allt de personer som inte har ett helt väldefinierat lidande och där de evidensbaserade metoderna inte har önskad effekt.

Daniel Frydman, specialist i allmänpsykiatri, leg psykoterapeut, psykoanalytiker, Stockholm i en debattartikel i *Läkartidningen* nr 20/2009.

Rehabgarantin ska granskas

Den statliga rehabgarantin innebär att landstingen delar på 1,6 miljarder kronor för att ge KBT-behandling till människor med psykisk ohälsa i form av stress, ångest och lättare depressioner samt multimodal rehabilitering till människor med långvarig smärta i nacke, axlar och rygg. Dessa diagnosgrupper är de som står för de högsta sjukskrivningstalen.

Nu ska effekten av satsningen utvärderas och regeringen vill se om patienterna mår bättre efter behandlingen och om de kommer tillbaka till arbetsmarknaden.

–Vi har inte satsat på det här sättet tidigare för att se om rehabilitering ger en återgång till arbete. Vi behöver kanske göra förändringar, som att använda andra metoder och göra insatserna mer individuellt anpassade, säger socialförsäkringsminister Cristina Husmark Pehrsson

Enligt landstingens inventeringar av behovet ska drygt 28 900 personer få KBT i år och över 8 100 ska behandlas för smärta i kroppen.

Socialstyrelsen får en miljon kronor för att i år och nästa år utvärdera landstingens arbete. I överenskommelsen med regeringen ställs kvalitetskrav som måste uppfyllas när det gäller innehåll samt utbildningsnivån hos dem som utför behandlingarna. Kritik har framförts om att utbildningskraven på KBT-behandlare är lågt satta. Svaret har varit att högre krav hade gjort det svårt att hitta personal. Karolinska institutet får en miljon kronor i år, och preliminärt två miljoner under 2010, för att se vilken effekt rehabiliteringsgarantins insatser har på arbetsförmågan hos personerna som behandlas. Cristina Husmark Pehrsson understryker vikten av att målet om ökad återgång i arbete ska uppnås.

Dagens Nyheter 2009-06-08

Nytt från NU!

Det kommer och har kommit rapporter som berör det psykiatriska området på olika sätt. Under våren har Socialstyrelsen bl.a. publicerat en rapport om Hälso- och sjukvården och en om Folkhälsa. I båda dessa finns flera avsnitt om den psykiatriska hälso- och sjukvården respektive den psykiska hälsan.

Ett regeringsuppdrag har avlämnats den 1 juni som handlat om att ta fram ett informationsmaterial riktat till befolkningen i syfte att öka kunskapen om självmord, minska tabu och fördomar samt ge vägledning om vart man kan vända sig när man behöver få råd och stöd. Rapporten finns på Socialstyrelsens hemsida. Informationsmaterialet finns inte tillgängligt ännu för spridning. Inom ramen för uppdraget har en attitydundersökning med fyra fokusgrupper (utförda av Temo/Synovate) genomförts för att få en ökad kunskap om de attityder, kunskap och tankar som finns i "befolkningen" om självmord.

Ansvarig: *Susanne Rolfner Suvanto*

Regeringsuppdraget att ge en första lägesrapport om den öppna psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska öppenvården kommer att publiceras under juni.

Ansvarig: *Nina Frohm och Helena Forssell*

Regeringsuppdraget att kartlägga psykiatrikurserna på läkar- och sjuksköterskeutbildningen kommer att publiceras under juni 2009 och kan laddas ner från Socialstyrelsens hemsida.

Mer info: www.socialstyrelsen.se/Amnesord/psykiatri

7 - 8 maj genomförde NSPH (Nationell samverkan för psykisk hälsa) en konferens under temat "Visa vägar". På konferensen presenterades olika projekt, initiativ, material m m som kan användas för att stärka patienter, brukare och närståendes inflytande. Konferensen dokumenterades och en särskild "tidningsbilaga" har producerats som kortfattat presenterar de olika inslagen.

NSPH har också tagit fram ett studiematerial "Med en starkare röst" som syftar till att stödja och utbilda patient, brukare och anhörigrepresentanter.

Vill du veta mer - www.nsph.se

NU!-enheten/Socialstyrelsen - utvecklingsstöd till verksamheter som möter människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder

Titel: Ingen tar skit i de lättkränkta land

Författare: David Eberhard

Förlag: Prisma

Recensent: Sebastian Gabrielsson

I denna bok bygger psykiatern David Eberhard vidare på de resonemang som han presenterade i "I trygghetsnarkomanernas land". Världen är enkel och okomplicerad och för varje problem finns en enkel förklaring och en enkel lösning. Eftersom människor inte fått lära sig att livet inte alltid är rättvist klarar de inte av att ta motgångar utan att falla in i offerrollen och känna sig kränkta. Lösningen går ut på att det måste ställas fler och hårdare krav på människor - från föräldrar, skola, arbetsgivare och stat. På så vis kan vi lära oss att hantera oförrätter på ett sunt vis genom att antingen låta dem rinna av oss eller säga ifrån direkt.

Boken är inte utan poänger och intressanta resonemang. Det som stör läsningen är framförallt den raljanta tonen och den totala bristen på ett förståelseperspektiv som blir extra bekymmersam då Eberhards anspråk på legitimitet som debattör i mycket tycks grunda sig på hans roll och erfarenhet som psykiater. En grundläggande fråga lämnas obesvarad och det är om det verkligen är upp till Eberhard att bestämma vem som är kränkt och vem som är trygg? Men vet han vad trygghet är? Vet han vad det innebär att bli kränkt? Han inte bara vet vad det innebär, han kan tala om för mig och dig och alla andra vad trygghet är och bör vara och vad som är rätt och rimligt att bli kränkt av. Försök att problematisera dessa begrepp eller att argumentera för att trygghet och kränkning är subjektiva upplevelser skulle förmodligen avfärdas av Eberhard som postmodernism och konstruktivism - ett fåfängt försök att

krångla till saker och ting i onödan som bara gör människor paranoida och otrygga. I Eberhards värld är allting nämligen väldigt enkelt och bör så vara. En kränkning är således något som låter sig objektivt definieras och som är lika för alla. Den som trots detta upplever sig kränkt av något som faller utanför Eberhards definition är helt enkelt inte kränkt utan gnällig, överkänslig och bortskämd. Den som inte upplever trygghet i välfärdsstatens materiella överflöd har orimliga förväntningar på livet och är otacksam - att trygghet skulle kunna handla om något annat verkar inte ha fallit Eberhard in.

Med utgångspunkt i Maciej Zarembas utmärkta artikelserie i Dagens Nyheter "Först kränkt vinner" belyser Eberhard konsekvenserna av att den subjektiva upplevelsen av en kränkning får utgöra även den juridiska definitionen. Men att en händelse inte utgör en kränkning i lagens mening anser jag inte måste betyda att en människa inte har rätt att känna sig kränkt och få sin sak prövad. Att sen välfärdsstaten i sin missriktade välvilja ser som sin uppgift att avsätta resurser för att driva varje process in absurdum är en annan sak. Kan inte människor få känna sig kränkta utan att David Eberhard i sin tur blir kränkt, eller irriterad om nu kränkt är ett för starkt ord? Kan jag inte bekräfta en annan människas upplevelse och ta den på allvar utan att jag själv måste ta ansvar för denna? Är det inte detta som är att visa respekt? När Eberhard raljerar över patienter som söker hjälp av psykiatri för vad

han anser vara struntsaker anser jag att han brister i respekt och kanske borde reflektera över sin egen del i varför så många av hans patienter upplever sig kränkta.

Eberhards bok tar upp viktiga frågor men hade vunnit på att problematisera och försöka förstå de fenomen som diskuteras ur olika aspekter (att Eberhard nu inte försöker göra det är förvisso inte särskilt förvånande då han t.ex. avfärdar hermeneutik som "institutionaliserad vidskepelse"). Visst, människor mår dåligt fast vi har en grundläggande materiell trygghet och lever i en rättsstat som garanterar oss medborgerliga fri- och rättigheter, men jag tror inte att bekymret är att människor ser sig som unika individer som förtjänar ett bra och lyckligt liv, att vi har för mycket trygghet och rättigheter och att vi har för lite motgångar. Tvärtom tror jag att detta är en del av lösningen. Genom att människor blir bekräftade som unika individer vars upplevelser förtjänar att tas på allvar skapas trygga och ansvarstagande medborgare som kan hantera motgångar.



Vill du hålla dig uppdaterad om vad som händer inom psykiatri på nationell nivå

Prenumerera då på
Nytt om nu!

www.socialstyrelsen.se/publicerat/prenumerationer

UPPROP/EFTERLYSNING!

- **Psykiatriska Riksföreningen** har startat ett forskarnätverk inom psykiatrisk omvårdnad! Avsikt med ett forskarnätverk är att få ett kreativt och nära samarbete mellan klinisk omvårdnad och vetenskaplig kompetens. Vi vill lyfta fram den kliniska omvårdnadens koppling till forskning och evidensbaserad vård.
- Forskarnätverket är tänkt att bli en resurs till **PRF** inom olika områden, såsom vid remissvar eller medverkan i nationella grupper där psykiatrisk omvårdnadskompetens behövs. Idag finns över 40 disputerade psykiatri-sjuksköterskor och ett antal doktorander i Sverige.
- Tillsammans kan den kompetens som finns hos kliniskt verksamma sjuksköterskor och forskare inom psykiatrisk omvårdnad visa att psykiatri-sjuksköterskans kompetens gör skillnad för patienternas hälsa.

Alla sjuksköterskor som forskar inom psykiatrisk omvårdnad välkomnas till nätverket, och anmälan görs via E-mail till:

Richard Brodd: richard.brodd@vregion.se eller

Henrika Jormfeldt: henrika.jormfeldt@lthalland.se

Titel: Social fobi - effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi
Författare: Furmark, Holmström, Sparthan, Carlbring och Andersson

Förlag: Liber
Recensent: Christina Reslegård

Detta är ett självhjälpssystem för personer med social fobi. Ursprungligen ett behandlingsprogram som använts i Internetform och som sådant ingått i stora behandlingsstudier i Sverige.

Upplägget är pedagogiskt som alltid i de här sammanhangen. Lite beskäftigt ibland kan tyckas men säkerligen till stor hjälp för de som är drabbade. Enligt författarna har så många som 10-15 % av den svenska befolkningen har någon gång under sin livstid social ångest i en så hög grad att den kan kallas social fobi.

Boken fungerar säkert alldeles ut-

märkt som självhjälp och kan också användas som stöd eller manual för en terapeutisk kontakt. När det gäller behandling av social fobi är onekligen KBT den behandlingsmetod som visar bäst resultat - ingen annan kan jämföras. Ibland (och så också under läsningen av denna bok) kan man väl ändå känna sig lite tveksam. Eller jag vet inte.....

Tar KBT-behandling hänsyn till våra enskilda personlighetsdrag och våra djupa mänskliga olikheter? Och när det gäller specifikt social fobi - vill vi ha ett samhälle där alla hela tiden ska svara

upp mot bedömning och granskning? Jag känner det lite som med begreppet "stresshantering" - ska vi hantera stress eller avskaffa den? Det blir lite av en kapitulation inför givna villkor. Och jag funderar på om den kapitulationen är bra eller inte! Men kanske är det bara förvirrade tankar och motstånd från en 70 - tals - dinosaurie!

Jag menar inte på något sätt att förminska eller diskvalificera det lidande som människor med social fobi har men det måste väl ändå finnas plats i ett samhälle för den som avskyr att prata inför en grupp!

Titel: Vad är verksamt i psykoterapi?

Förlag: Liber

Författare: Björn Philips och Rolf Holmqvist (red)

Recensent: Christina Reslegård

Vad är verksamt i psykoterapi? Kan den eviga frågan få ett svar? Finns det lika många svar som psykoterapeuter och psykoterapiforskare?

Philips & Holmqvists bok har utgångspunkten att psykoterapi generellt är en verksam behandlingsmetod för många olika tillstånd. Det man tänker sig som effektiva ingredienser i behandlingen är främst en känslomässigt laddad förtroelig relation med en hjälpsökande person, ett bestämt arrangemang, en teori eller dylikt som ger förklaring samt en ritual som både klient och terapeut tror på.

Sedan kommer då en ny fråga; kan man överhuvudtaget studera psykoterapi på ett vetenskapligt sätt? Nyligen hörde jag någon säga att resultatet av psykoterapi till 45 % beror av alliansen mellan terapeut och patient, till 15 % av metoden och till 40 % av livshändelser för patienten under tiden psykoterapin pågår. Här får jag slutsatsen presenterad med en annan mycket ödmjuk formulering; resultatet av en psykoterapi beror till allra största delen av patienten och terapeuten, medan det inte blir särskilt mycket över till den så kallade metoden.

Olika typer av psykoterapeutiska inriktningar sammanfattas kort. Forskning kring olika psykoterapeutiska metoder och inriktningar liksom forskning kring

enskilda fenomen och delar i psykoterapi presenteras. Den övergripande frågan om det eventuellt verksamma presenteras ur både terapeutens och patientens perspektiv. Man skriver också om grupperns terapeutiska potential och behandlingsrelationens betydelse för utfallet. Somligt kommer (för mig) som en överraskning. ett exempel är att man i studier kunnat visa att alliansen mellan terapeut och patient är starkare i KBT-terapi än i andra former av psykoterapi.

Inte minst är boken intressant i perspektivet att Sveriges psykoterapiutbildningar nu är ifrågasatta och utsatta för granskning och att flera utbildningssäten nyligen miste sin examensrätt.

I boken kan man få tips och lära sig mer om bland annat olika skattningsskalor, om vilken typ av funktionsnedsättning som svarar bäst på vilken typ av behandling och om vilken inriktning psykoterapiforskningen haft och har idag.

Ett intressant begrepp som finns i boken är "common factors", det vill säga de drag som torde vara gemensamma i alla former av psykoterapi. Ingen specifik psykoterapiinriktning bygger på dessa men visst är det intressant att utforska det området? Att "plocka lite

här och lite där" är väl det de flesta av oss gör även om det är illa sett. Tänk om det skulle gå att bygga inte bara forskning utan också konkret behandling på dessa faktorer! Och om denna behandling skulle visa sig effektiv! Eller effektivare än annan psykoterapeutisk behandling!

Ett annat fenomen som berörs är det faktum att man ofta relativt tidigt i en psykoterapi kan göra en prediktion om utfallet utifrån relationens styrka. Om det känns bra redan vid tredje - fjärde mötet går det oftast bra hela vägen och terapin får ett positivt resultat. Är det då så att det omvända också gäller; att om det inte känns bra efter några gånger då kommer det heller aldrig att bli en bra terapi?

Förordet avslutas med följande tänkvärda förhoppning: Låt oss hoppas att framtidens bedömare kommer att tänka om oss att vi så ansvarsfullt och genomtänkt som vi kunde utforskade förändringens möjligheter och att våra förtjänster och brister kan vara en grund för ännu bättre metoder.

Det är en from förhoppning men speglar också ett både insiktsfullt och ödmjukt förhållningssätt till svåra frågor som går igenom denna mycket läsvärda bok.

Titel: Psykiatri

Förlag: Studentlitteratur

Författare: Jörgen Herlofson (red.) m.fl.

Recensent: Richard Brodd

Den här boken har en föregångare som heter Psykiatri 91 och tanken med årtalet var att en uppdaterad bok skulle komma ut var femte år. Det visade sig vara svårt att genomföra men nu har man ändrat formatet jämfört med förlagan och framförallt har man nu anlitat ett stort antal experter på över 50 personer. Resultatet är en välbehörlig bok om psykiatri. Det är en gedigen bok på 750 sidor och är i första hand avsedd att användas i undervisningen på läkarprogrammet på grundnivå men även för läkare på AT- och ST-nivå. Jag kan även se att den kommer till stor användning på vidareutbildningarna för sjuksköterskor i psykiatri. Bokens upplägg känns väldigt modernt och uppdaterat. Kapitlen är bra avgränsade med ett upplägg att gå från de

grundläggande kunskaperna till mer fördjupade delar. Boken följer DSM-systemet, vilket är ett bra inslag. Ett annat väldigt stort plus är de många fallbeskrivningarna som finns i boken. När en person får gestalta ett tillstånd eller sjukdom hjälper det till på ett bra pedagogiskt sätt att förstå och detta underlättar inläring. Kapitlen slutar med en hänvisning var man kan läsa vidare. Kapitlen i boken innehåller allt från historik, psykologiska teorier och diagnostik (tester, skattningar m.m.). Därefter följer boken de olika diagnosområdena med behandling från farmakologisk till andra terapeutiska behandlingar. I slutet finns kapitel om lagstiftning, etik och prevention. Dessvärre innehåller Herlofsons Psykiatri för lite om hälsofrämjande åtgärder.

På några ställen i boken nämns omvårdnad men då väldigt kort. I det sista kapitlet refererar man till brukarorganisationerna, vilket är väldigt klokt. Sammanfattningsvis tycker jag att det är hög tid att det kommit ut en ny, modern och uppdaterad lärobok i psykiatri. Den är dessutom både lätt att läsa och lätt att använda som uppslagsbok.

Titel: För att överleva - om självskadebeteende

Förlag: Natur och Kultur

Författare: Sofia Åkerman

Recensent: Monica Caesar

I boken "Zebra flickan" (Författarhuset, 2004) berättade Sofia Åkerman om sin långa period av självskadebeteende och ätstörningar. Hon var då bara 20 år gammal men hade bakom sig en flerårig problematik med täta inläggningar i psykiatrisk slutenvård. Boken blev betydelsefull för många unga kvinnor i liknande situationer, man kunde dela känslan av ensamhet, man fick en medfånge i det fängelse som ofta självdestruktiviteten utgör.

Nu, fem år senare, har "För att överleva" utkommit av samma författare. Ämnet är detsamma men nu handlar det om en faktabok och innehållet är taget såväl ur de egna erfarenheterna som från intervjuer och forskningsresultat. Sofia har även hunnit bli sjuksköterska! I boken definieras självskadebeteen-

den och vilken funktion dessa kan ha. Inte sällan diagnostiseras destruktiva handlingar som självmordsförsök då patienten når sjukvården. Ofta är det tvärtom ett sätt att överleva, att skada sig själv för att minska den outhärdliga ångesten. I boken får man många tankar och råd i att undvika självskador och att göra upp med svåra känslor. Behandlingsförslag beskrivs liksom tips på hur personal kan handla för att underlätta vården för de olyckliga personer som måste skada sig själva, ofta för att stå ut. Gruppen består inte bara av yngre flickor, som man kan tro, utan även av män, exempelvis intagna inom kriminalvården.

En lättillgänglig bok som denna ska förhoppningsvis finna läsare såväl

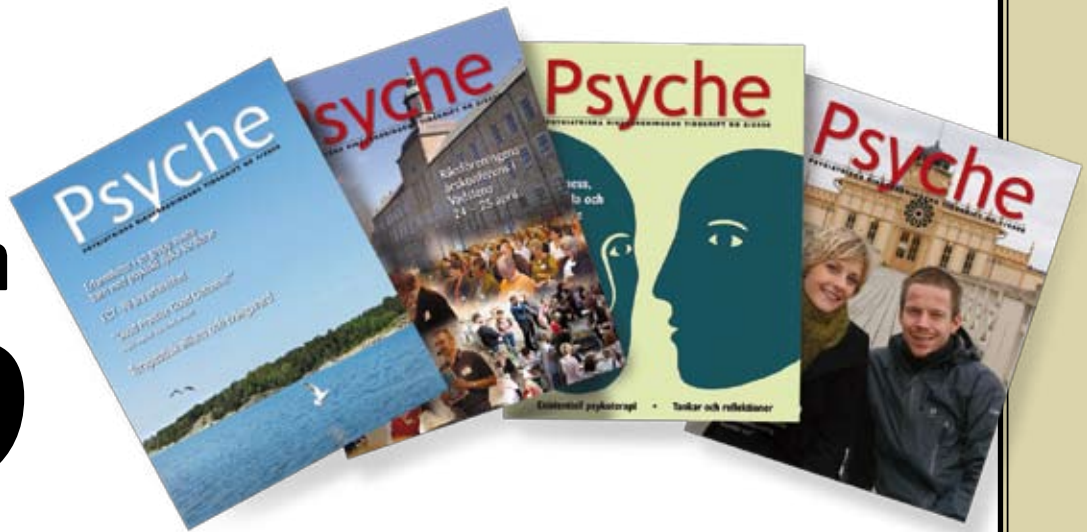
bland offer som anhöriga och - inte minst - vårdpersonal. Tänk att anordna en studiecirkel kring innehållet i denna bok för personal inom psykiatrisk slutenvård!





Psykiatriska
Riksföreningen

Bli medlem 2009



Medlemsavgiften för 2009 är **325:-**,

är du pensionär eller studerande är priset reducerat till **200:-**.

I medlemsavgiften ingår Tidskriften PSYCHE.

Beloppet sätts in på PRF:s BankGiro konto **5118-1592**

Vid frågor ring:

Medlemsansvarig Ann Ingvarsson

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



Besök vår hemsida: www.psykriks.se