

# Psyche

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGENS TIDSKRIFT NO 5/2009



**Lyckan kommer,  
lyckan går...**

## Lyckan kommer, lyckan går...

Av Mikael Nilsson ...sid. 4



## Psykiatrisjuksköterskans specialistkompetens nödvändig för patientsäkerhet, vårdkvalitet och effektivitet i psykiatrisk vård

Av Henrika Jormfeldt ...sid. 10

## Bokmässan 2009

Av Christina Reslegård ...sid. 8

## Psykiatriska Riksföreningens Synpunkter på förslag till kliniska riktlinjer för metabolt syndrom i samband med antipsykotisk medicinering

...sid. 14

**Notiser** ...sid. 18-19

**Nytt från NU!** ...sid. 20

**Bokrecensioner** ...sid. 21-23



ORDFÖRANDE HAR ORDET:

## Hur ser framtiden ut för psykiatrisjuksköterskan?

Man kan föreställa sig en mängd scenarier av framtiden, vissa ser kanske en bild av att man inte efterfrågar en specialist-sjuksköterska utan det finns få verksamma på en klinik, kanske inte ens en per enhet. Man har i stället grundutbildade sjuksköterskor som sköter arbetsuppgifterna. Där finns mentalskötare i större utsträckning, behandlingsassistenter, socionomer, psykologer och någon enstaka psykiatriker.

Den senaste statistiken enligt Socialstyrelsen visar att andelen specialistsjuksköterskor minskat med 13 % under åren 1995 - 2006. Utbildningstakten hänger inte med och man räknar med att 2 300 specialistsjuksköterskor kommer att pensionera sig de närmaste 10 åren. Idag utbildar man ca 100 per år vilket gör att man på 10 år får 1 000 specialister som skall ta över efter de 2 300 som går i pension. Den här matematiken går inte ihop, den leder till att patienter mår sämre och ges en vård av lägre kvalitet då man vet att det finns en direkt koppling mellan sjuksköterskors kompetens och patienternas välbefinnande och överlevnad. Arbetet inom den psykiatriska vården blir allt mer komplex och kräver en hög kompetens. Här måste arbetsgivarna ta ett stort ansvar. De måste se till att sjuksköterskor får den kompetens som krävs för att arbeta inom den psykiatriska vården. Det skall vara självklart att alla sjuksköterskor skall erbjudas en vidareutbildning inom ramen för sin anställning.

Scenariot kan se annorlunda ut om 10 år om man tredubblar antalet specialistutbildade sjuksköterskor varje år. Det skulle leda till att vi får 3 000 sjuksköterskor som ersätter de 2 300 som går i pension. Då skulle vi också fylla på det underskott som finns idag. Vi skulle få en högre kompetens vilket i sig leder till en säkrare psykiatrisk omvårdnad och medför en högre kvalitet och framför allt patienter som mår bättre.

I Sverige uppskattas ca 8 000 sjuksköterskor arbeta inom olika psykiatriska verksamheter. Mindre än 1 000 av dessa är medlemmar i Psykiatriska Riksföreningen. Det har skett en minskning av antalet medlemmar som jag har skrivit om här förut men nu är siffran väldigt låg med ett antal på ca 700 personer. Detta gör föreningens ekonomi svag. När föreningen hade styrelsemöte nyligen gick vi igenom våra ekonomiska förutsättningar. Några konsekvenser för föreningen blir att vi måste skära i våra kostnader. Detta har vi gjort under många år men ändå tycks det inte räcka. En av de största kostnaderna är tidningen Psyche. Det är inte bara den ekonomiska kostnaden utan också kostnaden för att innehållet arbetas fram helt ideellt av förtroendevalda på sin egen fritid. Det krävs mycket tid för att få till en bra tidning men hur mycket ideell tid kan vi kräva? Vi kommer därför att under 2010 ge ut fyra nummer och vi kommer att fortsätta temat med ett gemensamt nordiskt nummer. Jag vill passa på att tacka alla förtroendevalda och alla andra sjuksköterskor som på olika sätt har hjälpt Psykiatriska Riksföreningen under 2009. Visst behövs Psykiatriska Riksföreningen. Vem för annars psykiatrisjuksköterskans talan?

Till sist önskar jag er alla

En God jul och ett Gott Nytt År

Richard Brodd

Ordförande

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@thalland.se

ISSN nr 0283-3468  
Bg: 5118-1592

Formgivning/Illustration  
Jonas Rahm / MRD AB

Utgivningsplan 2010  
nr.1 v 8, nr.2 v 23, nr.3 v 36, nr.4 v.49

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.

Annonser mått  
Helsida 200 x 260 mm  
Halvsida 200 x 130 mm  
1/3 sida (stående) 200 x 85 mm  
1/3 sida (liggande) 64 x 260 mm  
Baksida 225 x 260  
(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.



# Lyckan kommer, lyckan går...



Lycka, vad är det egentligen? Och finns det någonting vi lägger ner mer energi på att försöka uppnå än lycka? Men hur vi än kämpar går det sällan att nå dit fullt ut. För finns det inte alltid ett litet moln på himlen som gör att den totala lyckan uteblir? Vad nu lycka än är har forskningen visat att det varken är pengar eller framgång som gör oss lyckliga. Mikael Nilsson funderar över begreppet lycka.

Av Mikael Nilsson

I sagovärlden har vi ofta läst slutmeningen "och så levde de lyckliga i alla sina dagar" och kanske det är en mening som bara hör hemma i den fiktiva världen. För det är väl så för de flesta av oss, att vi inte är lyckliga i alla våra dagar. Men för barnen kan det vara tryggt att höra att någonting är konstant gott och att det finns något att lita på över tid, men barnen växer upp och får erfara livets villkor själva, att lyckan inte är evig utan något man får då och då i livet, och är det fler lyckliga stunder än tvärtom så får man betrakta sitt liv som rätt så bra.

Jag skall försöka förmedla lite om vad lycka kan vara för oss människor. En del är individuellt, annat mer universellt. Jag skriver om en del klokheter som olika personer förmedlat och som jag kommit i kontakt med på olika sätt, blandar

det med egna erfarenheter och tankar och tittar också lite på vad vetenskapen kommit fram till inom forskningen inom området.

Våra barn lär sig tidigt att det innebär lycka att få prylar. Inte minst vårt julfirande går ju ut på att få barnen till att uppskatta konsumtion. Vi har nog alla sett hur en treåring på julaftonen sitter med ett helt berg av paket framför sig eftersom alla: farmor, morfar, faster och moster, vill göra den lilla såå lycklig, och det är inte längre ett par yllesockor som mormor själv har stickat. Barnet sliter av pappret på paketen och knappt hinner se vad som döljer sig inuti förän det slänger sig över nästa paket. Egentligen kanske det mest är omslagspappret som är intressant för ett sådant litet barn. Men sedan sitter känslan av att få prylar kvar

resten av livet och det blir en symbol för lycka. Materiell lycka av det här slaget är som en dos kokain, det går över och nästa gång behöver du mer för att få samma effekt. Eller?

Mahatma Gandhi har sagt "Om du äger mer än sju saker, så äger sakerna dig"

Intresset för hur man finner lycka och inre frid är större och mer aktuellt än någonsin. Det är ett slags inneämne just nu. Det hålls stora konferenser på området och det bedrivs seriös forskning om vad som gör oss lyckliga. Det märks inte minst på den mängd litteratur som ständigt kommer ut och som vi gärna köper till oss själv och till andra i vår omgivning, och det finns faktiskt mycket bra populärpsykologiska böcker inom ämnen som lycka, hur man ökar självförtroendet osv.

I vårt västerländska samhälle, och för övrigt numera i de flesta större kulturer så finns det något slags likhetstecken mellan att vara lycklig och ha tillgångar i form av pengar som går att omsätta i prylar, resor och andra upplevelser. Att sitta på poolkanten i Karibien med en paraplydrink, är inte det sinnebilderna av lycka att få göra för många? Eller kanske att glida omkring i en ny Porsche en sommarkväll och möta alla beundrande blickar från åskådarna.

Oscar Wilde sa en gång: "det finns bara en sak som är värre än när folk talar om en och det är när de inte talar om en". Allt är av värde och en bekräftelse på att man blir sedd, när du blir sedd blir du speglad i någon annans ögon.

Men vi har en tendens att rätt snart vänja oss vid yttre objekt, som vi en gång åtrått och som till en början verkat fantastiska men som efter ett tag inte längre uppfyller de inre behov som var orsaken till att vi en gång införskaffade dem. Vi behöver då nya objekt för att få den där tillfredsställelsen, och kanske med ännu starkare stimuli, för att få samma effekt som tidigare. Men det är denna, kortvariga känsla av lycka och tillfredsställelse, som reklammakare och marknadsförare lutar sig på i sin iver att få oss att konsumera mera. De förmedlar och



Bild av en lycklig Mikael Nilsson Foto: Daniel Björck

vi tar åt oss budskapet att lyckan från prylar och annan materialism är den största tillfredsställelsen en människa kan känna. Vi matas konstant av budskapet att lycka exempelvis är att köra en ny Merca, eller att smaka på den nya underbara glassen, eller att få tillgång till en ny mobiltelefon med oändliga funktioner. Det finns ju till och med reklam där man på ett skämtsamt sätt förnedrar någon annan just för att själv få tillgång till det som beskrivs som livets goda. Man vill påvisa att vi har ett behov av att konsumera oss till den eviga lyckan och att det går bra även om det är på någon annans bekostnad. Att sänka en annan människa kan ge en tillfällig känsla av att själv vara överlägsen, det kan vara en reaktion hos individer som brottas med svag jagkänsla. Åter ett bra citat av Oscar Wilde: "egna framgångar är stimulerande, men andras fiaskon är inte heller att förakta".

Vi tycks i alla fall tro att den som har mest tillgångar när den dör har vunnit lyckotävlingen.

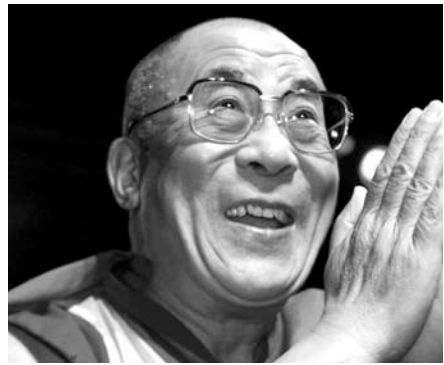
Men är det verkligen Porschen eller Mercan som gör oss lyckliga, eller är det ett tomrum den fyller som ger sekundära vinster? Då är

det inte bilen i första hand som gör mig lycklig utan det som bilen ger mig i övrigt, som att bli sedd och bekräftad.

För övrigt så är det bara en känsla till lyckorus så länge vi är en liten exklusiv skara som har tillgång till exempelvis denna bil. Om alla andra också har möjlighet att införskaffa sig samma sak så sjunker attraktionsvärdet och lyckokänslan reduceras till en neutral vardagskänsla. Samma med min lön, jag är inte i första hand lycklig över att ha hög lön, utan för att jag har mer i min plånbok än andra runt omkring mig, så lyckan i ett materiellt perspektiv är helt enkelt en fråga om jämförelse med andra i min absoluta närhet, inte med de fattiga i u-länderna och inte heller med några oljeshejker i mellanöstern.

I Reklamens värld är alla snygga, har vältränade kroppar och platta magar. Hemmen är alltid välstädade och perfekt inredda. Det finns en slags perfektionism som visar oss vad lycka är. Hur har jag det själv med detta tänker jag då jag står framför spegeln på morgonen och tittar på magen som inte alls ser ut som en tvättbräda, ser dammtussarna på det repade





# ”Människan är god och livets mening är att bli lycklig.”

Dalai Lama

parkettgolvet i det odesignade hemmet. Lätt kan känslan smyga över mig om att jag inte duger som jag är eller som jag har det. Det är detta reklammakarna vill få oss att känna så att vi skall konsumera oss till perfektion och lycka. Du skall manipuleras till att bli perfekt och beundrad. Du får aldrig bli riktigt nöjd, för då är du ingen ”bra” konsument längre.

De vill att vi skall titta framåt och längta någon annanstans än där vi just är. Perfektionismen är ett hinder som ger oss falska föreställningar om vad som egentligen är lycka. En falsk föreställning som är i högsta grad destruktiv och som kan leda till precis motsatsen, olycka, genom att vi aldrig blir nöjda och strävar efter ett mål som inte går att nå fram till.

I den lyckoforskning som är gjord, hittar man inte alls någon korrelation mellan materiella ting och lycka. Till stor del så saknar också tillgången på kapital, fränsett det som behövs för livets mer basala nödvändigheter. Forskningen visar att det är relationer, på vänskaps- och kärleksplanet som gör oss lyckliga. Att ha många och några riktigt nära vänner ger bestående

effekt på vårt välbefinnande och att vi känner meningsfullhet, samt att vara friska.

Dalai Lama, den tibetanska buddismens högste ledare och författare till boken ”Lycka - En handbok i konsten att leva” menar att det kanske är så att lycka bygger på 2500 års budistisk meditation blandat med en kraftig dos av sunt förnuft. Han skriver också att lyckoproblemet är universellt och har en gemensam lösning för alla människor.

– Var en trevlig person mot andra, vare sig du tror på någon religion eller inte, och handla så att ditt hjärta känns varmt. Om du har möjlighet så skaffa dig tillräckligt med pengar och materiella bekvämligheter, men skaffa inte mer än så, säger han i en intervju i Aftonbladet från 2000. Hans budskap är klart och tydligt: människan är god och livets mening är att bli lycklig.

Då han konfronterats med västvärldens definition av lycka, att bli rikt snabbt utan att arbeta för det, som t.ex. att vinna på lotteri eller att hitta en oljekälla på tomten, svarar han:

– Ett meningsfullt, hälsosamt och lyckobringande liv måste skapas via arbete, inte

nödvändigtvis så hårt. Men vi människor är sociala djur. Att finnas i ett harmoniskt socialt sammanhang leder till mycket större lycka än att bli rik på tidigare nämnda sätt. Vi måste också förstå, säger Dalai Lama, att det inte är pengarna i sig som ger oss genuin lycka då det finns många oerhört rika människor som inte alls är lyckliga samtidigt som det finns personer som är materiellt fattiga, där deras familjer och omgivning alltid är fulla av hopp och glädje.

Men hur definierar man på bästa sätt det lycka? Det är inte helt enkelt att göra det på ett entydigt sätt då lycka är en känsla som kan betyda lite olika för var och en utav oss. En vanlig tolkning av innebörden av ordet är ofta, snygg, välutbildad populär och framgångsrik. Men en annan och enligt mitt sätt att se det, mer relevant tolkning är formulerad av filosofen Bengt Brulde, som även han har forskat om lycka. ”Lyckan finns bara här och nu, i goda relationer, i själva strävan mot meningsfulla mål, inte i ett avlägset sedan”, säger han. Bengt Brulde menar att det finns flera olika lyckobegrepp inom forskningen, vilka i huvudsak refererar till någon typ av mentalt tillstånd. Lycka definieras till exempel som en känsla av välbefinnande, hur man mår och känner sig i allmänhet, eller som tillfredsställelse med livet, hur man värderar sitt liv. Det mest användbara, som många forskare tillämpar, är en kombination av livstillfredsställelse och välmående.

– Ändå så fortsätter vi att jaga efter något som vi inte har, med splittrad och fjärrskådande blick. Men det går att lära sig att bli nöjd med det som är, säger han. Men det är inte så lätt då vi är vana med att leva med tankarna på hur det skall bli sedan. När vi har fixat till allt till det bästa, då blir det bättre än nu. Missnöjet är kanske ändå inte att förakta helt då det också kan ses som en grogrund till förändring – en naturlig mänsklig reaktion och förutsättning för all utveckling.

Hur har lycka förändrats genom tiderna? Förr så var man nog glad över att det fungerade i vardagen, att det fanns mat på bordet och att ens barn nådde vuxen ålder. Att det fanns

det skyddet som behövdes och värme i huset. Inget av detta var självklart. Inte heller att hålla sjukdomar borta, sjukdomar som idag inte är lika fatala för oss. Ett benbrott, blindtarmsinflammation eller att vara född med dålig syn, detta gjorde människan helt handikappad och små barn dog i stor omfattning och det fanns sparsamt med garantier för framtiden. I takt med att välståndet ökat och att vissa sjukdomar inte vara lika ödeläggande längre så ändrades kraven på vad livet skall ge oss i form av lycka för att i dag nått helt andra dimensioner. Der finns också ett flera hundra år gammalt ordspråk som säger ”med jordiskt gods är lyckan inte alltid förenad”, vilket antyder lita av samma sak som tidigare nämnts, att det finns andra lyckobringande områden än ägandet.

Sonja Lyubomirsky, professor i psykologi vid Californiauniversitetet säger i en intervju från 2008 i Dagens Nyheter att saker som pengar och äktenskap inte har så stor betydelse för lycka, men skapar en visst mått av trygghet. Att pengar inte har så stor betydelse i sammanhanget har man vetat sedan 70-talet då man forskat på folk som vunnit förmögenheter på olika lotterier och som efter en viss tid vant sig vid den nya standarden och inte alls känner något lyckorus längre. Man har vant sig vid sitt nya liv och uppfattar det som något självklart. Så vi skall inte söka lyckan i ekonomisk framgång, men det faktum att lyckliga människor har högre inkomster än olyckliga visar ett stort forskningsprojekt med över en kvarts miljon försökspersoner. Det visade sig också i studien också att lyckan kommer först, dvs. lyckliga människor blir mer framgångsrika och därför får högst löner. När man känner sig lycklig så får man också bättre självförtroende, blir mer optimistisk och får en större mängd energi. Dessa egenskaper är omtyckta av de flesta av oss, och det är också därför man lyckas bättre karriärmässigt. Det blir helt enkelt en uppåtgående spiral. Det är kanske som det gamla ordspråket säger: ”lyckan står den djärve bi”.

En annan psykologiprofessor, Timothy Bates från Edinburgh, har också forskat på området. Han menar att det är din medfödda personlighet som är det som har störst betydelse för

hur lycklig du blir, det är gener som styr till stor del, inte miljonvinster eller det perfekta hemmet. Studien visar att personer som är medfött sociala, aktiva, stabila, hårt arbetande och plikttrogna också är lyckligare. Detta kan ju vara lite hårt att läsa för den som inte fått generna på sin sida. Då skall det också tilläggas att våra arvsanlag bara styr till 50 % hur lycklig en person blir i sitt liv. Och det finns sätt att påverka utfallet också visar Bates forskning. Man kan öva upp de personlighetsdrag som förknippas med att var lycklig och det fungerade på så sätt att vissa blev mer plikttrogna av att sätta upp mål som att göra sina läxor eller att städa när det blev dammigt i stället för att strunta i det. Kort sagt, att ha en klar och tydlig struktur i sin tillvaro. Sedan styrs ca 10 % som av våra yttre omständigheter som exempelvis hälsa, om man har partner osv. De återstående 40 % är den delen vi styr över själva och kan påverka, hur du väljer att agera och hur du är mot andra. Man skall vara vänlig, tacksam och vara optimistisk. Man får försöka lära sig att tänka i de banorna, ta vara på nuet och njuta av ögonblicket och små saker i vardagen. Inte minst visa vänlighet och förståelse för andra i sin omgivning. Detta fungerar och är möjligt för var och en att genomföra, visar forskningen. Då får man positiva känslor som fortplantar sig och förmeras och dessa känslor skapar lycka för den enskilda personen. Att ta hand om sin kropp, göra snälla saker, lära sig att förlåta och inte minst att sträva mot att uppnå sina mål är råd hämtade ur Sonja Lyubomirskys bok ”The how of happiness”

Det finns andra forskare som kommer fram till närliggande resultat då de tittat närmare på begreppet lycka. Världens absolut rikaste människor, dvs. multimiljardärer är inte alls lyckligare än riktigt fattiga herdar i Afrika. Det har Ed Dieners från Illinois visat i sina studier. I den meningen att om du är riktigt utfattig och kanske sjuk så blir du lyckligare om du får en ekonomisk grundtrygghet så att du kan skaffa exempelvis vård. Men efter det så spelar pengarna ingen roll alls för att vi skall bli lyckliga. Det har visat sig att det inte har någon som helst betydelse för din lycka om du tjänar 100

000 kr om året eller 1 eller 10 miljoner kr. Vi tycks tro att om vi får en 10 % -ig löneökning så skall gränsen för den lycka vi upplever flyttas fram i lika stor omfattning. Men så är det alltså inte fullt ut. Men genom löneförhöjning får man bekräftelse på att man har varit bra och någon – chefen – har sett detta. Sedan är det inte summan direkt som är bekräftande utan det faktum att du är uppmärksam.

Så lite raljant kan man då säga att vi kanske kan sluta sträva efter att få det där nya jobbet som ger lite mer i plånboken och strunta i att bygga om badrummet där hemma. Vi bara tror oss bli lyckligare då, eftersom en tid efter renoveringen så är vårt känslomönster helt neutralt igen.

Men kanske har naturen skapat oss så här långt efter att få det bättre och det är det som gjort att vårt samhälle trots allt har utvecklats till det samhälle vi har idag med det välstånd. Trots att vi inte är ett dugg lyckligare över detta, skulle det samtidigt betyda att en tillbakagång skulle innebära stor olycka för oss.

Men hur lätt är det att leva efter de här råden som forskarna entydigt ger. Ja, inte är det enkelt. Lätt att falla tillbaks i gammalt tankemönster och sitta och drömma om än det ena och än det andra i form av materiella ting, så gör jag i alla fall. Och kanske är det så att lyckokänslan ibland kommer när man inte förväntar sig det, och även tvärtom. Och att den det är korta stunder det handlar om. Jag kan inte låta bli att tänka på Povel Ramels låt Underbart är kort där han skaldar så här:

*På var sommaräng du finner bara en lyckoklöver någonstans och likaså en enda gång du möter just den vän du behöver, så tag din chans, men fort, innan den flyr bort, underbart är kort Alldeles för kort.*

## Missbruk och hälsa i utsatthet

Stadsmissionen deltar på Bokmässan med monterprogram, seminarier och en temagudstjänst. Samlande tema är utsatthet och ett stort opinionsbildande arbete inleds i samband med bokmässan. Stadsmissionen samarbetar med ett trettiotal olika samarbetspartners. Många sjukdomar drabbar i högre grad socialt utsatta, framför allt människor i missbruk och hemlöshet. Många utsatta nås inte av den allmänna sjuk- och tandvården och behöver individanpassade rutiner och specialkunnig personal. Vilka modeller till förändring finns det?

Jag följer ett estradsamtal med följande deltagare:

**Piet de Boer**, föreståndare S:t Johanneskyrkan/ Göteborgs Kyrkliga Stadsmission

**Olle Carlsson**, kyrkoherde i Stockholm och författare (hans bok recenserar på annan plats i tidningen)

**Eva Magoulías**, leg psykolog och leg psykoterapeut, Karolinska Institutet, Stockholm

**Bengt Svensson**, författare och professor i socialt arbete vid Malmö högskola

**Agneta Månsson**, distriktssköterska vid Stadsmissionens vårdcentral, Skåne

Samtalets moderator är **Ülgü Holago**, journalist

Det finns 17 800 hemlösa i Sverige varav 62 % lever i missbruk, 45 % har en psykisk sjukdom, 23 % har en så kallad dubbeldiagnos.

Jag refererar samtalet genom att plocka ut enstaka repliker enligt följande:

### Vad är det som är fel?

**Olle**; något händer i samhället med synen på missbruk. Ett samtal har äntligen startat om de här frågorna. Alkohol, är det kitt som håller samhället samman och inom inget annat område finns en sådan dubbelmoral. Människor dricker, blir fulla och har trevligt tillsammans. Den gamla schablonbilden som kopplar samman alkoholism med utslagenhet stämmer allt mindre med verkligheten.

**Bengt**; vården har blivit svårtillgänglig. På 1970-talet ”jagade” socialtjänsten missbrukarna för att erbjuda vård. Man fick nya chanser om och om igen. Idag är det tvärtom. Missbrukarna får ”jaga” socialtjänsten för att få vård och man får inte nya chanser vid återfall och misslyckanden. Det är 1990-talets ekonomiska kris som medfört denna förändring.

**Piet**; Psykiatireformen tog för givet att alla skulle kunna klara sig själva.

Det är dags att se missbruket som en primär-

sjukdom. Vården tenderar att behandla alla symtom runt omkring missbruket men inte själva beteendet.

**Eva**; många högkonsumenter får aldrig frågan från sjukvården kring deras alkoholkonsumtion. På en svensk genomsnittlig psykiatrisk mottagning har hälften av alla patienter ett beroende som alltför sällan uppmärksammas.

### Vilka visioner har du?

**Piet**; behandlingen av missbruk och beroende borde ligga inom landstingens verksamhet – inte inom socialtjänsten. Den som söker vård borde få den direkt utan diskussion om betalningsansvar.

**Agneta**; bygg bort hemlösheten! Vården ska ligga under en huvudman, inte flera. Glöm inte att fråga den enskilde individen; Hur vill du ha det?

**Olle**; jag har egentligen ingen vision. Jag hoppas på mötesplatser och gemenskap. Jag känner tacksamhet över att just mitt liv tagit en ny vändning.

**Bengt**; jag skulle önska en vårdgaranti enligt den danska modellen. Vård för missbruk ska erbjudas inom två veckor från det att den enskilde individen bitt om hjälp. Ökat brukarinflytande ingår också i min vision.

**Eva**; de nya effektiva behandlingsmetoder som kommit och kommer måste implementeras.

Av Christina Reslegård

## Själens mörker nu och då

Jag tror det är mässans största aula och den är nästan fullsatt. Tillsammans med flera hundra andra besökare tar jag plats för att lyssna till ett samtal mellan Anne Heberlein, etiker och Karin Johannisson, idéhistoriker. Samtalet leds av Svante Weyler, förläggare.

Hur skildras psykiska sjukdomar idag, hur skildrades de förr? Hur gick det till när människans melankoli blev kvinnornas depressioner?

Karin Johannisson har skrivit boken Melankoliska rum (tidigare recenserad i Psyche). Anne

Heberlein har skrivit om sin självupplevda bipolära sjukdom i boken Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva.

Karin inleder med att beskriva det melankoliska rummet som ett inre rum, ett tillstånd som

det krävs mod att stiga in i, en plats för reflektion, ett rum med många färger – inte bara svarta.

Anne får frågan om psykakuten på S:t Lars där hon varit många gånger kan beskrivas som ett melankoliskt rum. Hon svarar ett tvekanande ja. Hon har en relativt varm och kärleksfull relation till psykakuten trots att risken med att kliva in i dess väntrum är att bli reducerad och fråntagen sin identitet. Det viktigaste i bemötandet av den sjuke är att komma ihåg att sjukdomen

bara är en del av denna unika individs liv. Varje människa har ett stort liv och sjukdom är bara en liten del.

Depression är en aspekt av melankoli men melankoli är ett mycket vidare begrepp. Melankolin innehåller enligt Karin Johannisson förmågan att se det andra inte ser. Senare har också diagnosen utbrändhet tillkommit som en ny benämning på ett, inte lika nytt, tillstånd.

Anne tror inte att hon haft en plats bland de ”fina” melankolikerna på 1800-talet. Snarare hade hon fått epitetet hysterisk. Nedgången i status för melankolikerna sker med skiftet till depressionsbegreppet och därmed medikaliseringsringen. Ett sinnestillstånd blev en sjukdom, en diagnos. Hon menar att det idag finns ett koket-

terande med ångest och nedstämdhet, så länge symtomen förekommer i lagom mängd.

Karin säger sig ha sett en löpsedel med rubriken:

### 200 000 svenskar deprimerade utan att veta om det

Det kan man verkligen säga är depressiva symtom i lagom mängd!

Själv mordet är den punkt där melankolin upphör att vara charmig menar Svante Weyler, som med sin direkta och ibland liter burdusa stil utgör en kontrast till samtalsdeltagarnas intellektuella och eleganta samtal.

Anne beskriver resan fram till självmordet som en motorväg där de olika avfarterna susar

förbi i alltför hög hastighet för att man ska hinna svänga. Till sist har alla avfarterna passerats och endast bergväggen återstår! Anne berättar också om hur hon som ung bodde i en lägenhet med gasspis och hur denna gas formligen lockade och attraherade henne.

Karin Johannisson avslutar samtalet med att ifrågasätta vår uppfattning att vi ska vara så lyckliga hela tiden. Att vara lycklig jämfälls idag med att vara lyckad. Vilka skulle vi vara om vi inte hade något mörker? Släta ytor? Själens måste innehålla både mörker och ljus.

– Bara grisar är lyckliga, lär Sven Delblanc ha sagt.

Av Christina Reslegård

## Ingen tar skit i de lättkränkta land

David Eberhard presenterar sig som överläkare i psykiatri och författare (förstås!) men också som den som för några år sedan var en c-kändis som offentligt sa att han tyckte att det var okej att cykla utan cykelhjälm. Efter uppmärksamheten kring Anna Odells projektarbete på Konstfack har han, enligt egen uppgift, gått till att vara en kulturkonservativ, lättkränkt b-kändis!

Är folk mer lättkränkta nuförtiden? David Eberhard menar att människan alltid varit lättkränkt ur ett socialantropologiskt perspektiv. Det har varit en förutsättning för överlevnad. Människans naturliga miljö är våld, krig, svält och sjukdomar. Äta eller ätas har varit människans villkor!

Hederskulturen har funnits i alla samhällssystem sedan urminnes tider. Fram till för 3-4 generationer sedan hade Sverige också en hederskultur.

Vi lever i världens mest rättvisa land. Vi har alla mänskliga rättigheter, men David Eberhard vill ifrågasätta en del av det vi anser oss ha rätt till. Som exempel tar han rätten att skaffa barn (till vilket pris som helst), rätten till att provocera (som Anna Odell), rätten till könsbyte (inom ramen för en skattefinansierad

sjukvård), rätten att utveckla sig (på andras bekostnad), rätten att bli vad vi vill (även om vi saknar förmåga), rätten att skita i allt och rätten att aldrig behöva dö. Om vi anser detta vara mänskliga rättigheter och vi förnekas dem uppstår vår känsla av att vara kränkta. I den överdrivna rättvisan vilar den alltigenom övergripande känslan av djup orättvisa! Hur kan det komma sig?

Är grunden ett felaktigt antagande om att vi alla är likadana från början? Att vi alla är lika dåliga?

David Eberhard menar att vi är alltför benägna att klaga. Vi har inte betalt för att klaga – vi har betalt för att ta skit! Han har också betalt för att ta skit!

Hans slutsats är att vi kanske egentligen inte är mer lättkränkta än tidigare men att vi

inte kan ge igen och hämnas som i hederskulturen där jag själv kan utmäta straffet för den som kränker min heder. Istället har vi inrättat ombudsmannafunktioner som ska se till att vi får vår rätt. Dessa funktioner (myndigheter) utmäter hämnd och straff på ett sätt som kan tyckas märkligt. David exemplifierar med en historia om en tonårsflicka som blivit lovad att vara med i en fotbollsmatch i samband med skolavslutningen. Vid matchtillfället nekas hon deltagande då man bestämt att detta ska vara en pojkmatch. Hon tilldöms 20 000 kronor i skadestånd för upplevd kränkning vilket kan jämföras med 75 000 kronor som mamman i Arboga vars två små barn mördades fick. Är detta rimligt som mått på kränkning?

För den som vill följa David Eberhards resonemang något längre än detta korta referat rekommenderas hans böcker:

• **Ingen tar skit i de lättkränkta land**

• **I trygghetsnarkomanernas land**

samt hans hemsida [www.davideberhard.se](http://www.davideberhard.se)

Av Christina Reslegård



# Psykiatrisjuksköterskans

## specialistkompetens nödvändig för patientsäkerhet, vårdkvalitet och effektivitet i psykiatrisk vård

Av Henrika Jormfeldt

Med anledning av *Utredningen om trygghet och säkerhet för individen - behörighet för personal i hälso- och sjukvård och socialtjänst* (S 2009:02) samt Högskoleverkets uppdrag från Utbildningsdepartementet att föreslå hur specialistsjuksköterskeexamen bör utformas för att skapa förutsättningar för att utbildningen ska kunna följa kunskapsutvecklingen inom vården samt föreslå hur förändringar av befintliga inriktningar och införande av nya inriktningar bör hanteras (U2009/3072/UH) bjöd Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet torsdagen den 22 oktober in representanter från de olika specialistsjuksköterskeföreningarna till en dag med information om dessa båda utredningar och dialog om förväntningar, funderingar och eventuella krav på en framtida specialistkompetens utifrån de olika specialistområdena.

**Socialstyrelsen har tagit fram 6 kriterier för GOD VÅRD, och dessa kriterier kan mycket väl användas för att förtydliga specialistsjuksköterskans yrkesfunktion. GOD VÅRD ska enligt socialstyrelsen vara:**

- Patientcentrerad
- Kunskapsbaserad
- Säker
- Jämlik
- Effektiv
- I rätt tid

**F**ör att konkretisera den specialiserade psykiatrisjuksköterskans kompetensområde och dess betydelse för God Vård följer här ett fingerat men vanligt förekommande exempel på hur vården kan se ut för en person som drabbats av varaktigt psykiskt funktionshinder:

Sven 55 år har schizofrenidiagnos och har av och till behandlats med antipsykotisk medicinering sedan 20 års ålder. Sven bor sedan 5 år i ett kommunalt boende med särskild service för psykiskt funktionshindrade. I boendets rutiner ingår ett besök av en legitimerad sjuksköterska för medicinadministration var 14:e dag och ett besök hos patientansvarig psykiater i psykiatrisk öppenvård för uppföljning av Svens psykiatriska status och medicinska behandling en gång per år. Sven har under flera

*månader känt sig trött, törstig och behövt gå på toaletten ofta men inte vetat vad det beror på, han har heller inte velat besvara boendepersonalen med sina bekymmer. Vi det årliga läkarbesöket på den psykiatriska öppenvården tas prover och det står klart att Sven drabbats av diabetes som en följd av obehandlat metabolt syndrom. Sven har alltid tyckt om godis, läsk och chips och har i samband med beskedet om diabetes svårt att förstå varför han inte skulle kunna köpa godis eller dricka läsk som han alltid gjort tidigare. Boendepersonalen undviker helst att diskutera med Sven om hans övervikt och hans vana att köpa cigaretter, godis och läsk i kiosken så fort han har pengar. Sven tar lätt illa upp och drar sig undan deras kontakt om de för ämnet på tal. Den legitimerade sjuksköterskan som är knuten till det kommunala boendet hade i sin utbildning tre veckors erfarenhet av personlig kontakt med patienter*

*inom psykiatrisk vård. Hon har stora svårigheter att förstå Sven, han vill inte lyssna på hennes råd och hon upplever inte att den korta dialog de har i samband med medicindelningen känns konstruktiv. Sven får i denna situation ingen möjlighet att bygga upp en tillräckligt trygg relation med sin sjuksköterska där han kan få stöd och information i en takt som han kan tillgodogöra sig. På grund av att Sven drabbats av diabetes erbjuds han ett årligt läkarbesök på vårdcentralen men ingen av dem som träffar Sven i vardagen har tillräcklig kompetens för att bedöma om ytterligare insatser eller extra läkarbesök behövs. Resultatet blir att Sven trots befintliga vårdinsatser fortsätter med sina tidigare kost, rök- och motionsvanor med alarmerande och dåligt kontrollerade blodsockervärden som följd...*

Detta ovanstående fingerade fall visar en vanlig verklighet där vården utgår från olika vårdgivares perspektiv, inte utifrån Svens uttalade och outtalade behov. Vården baseras inte på kunskap om vilka vård och stödinsatser som Sven behöver för att anpassa sig till sin nya situation. Detta innebär en betydande risk för allvarliga komplikationer i framtiden. Trots att Svens vård tar en hel del resurser i anspråk är den inte effektiv och Sven får på grund av sitt psykiska funktionshinder en sämre vård för sin diabetes än vad en person utan psykiskt funktionshinder skulle ha fått. Kriterier för god vård kan därför inte sägas vara uppfyllda.

Nationell psykiatrisamordning fastställer i sitt slutbetänkande (SOU, 2006:100) att lands- och kommuner behöver förstärka de insatser som syftar till att utveckla ett varierat, strukturerat och långsiktigt stöd för en hälso-sammare livsstil hos de patienter som vårdas inom psykiatrisk hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har kommit fram till att relevant, befintlig vetenskaplig kunskap om förebyggande och hälsofrämjande arbete inte finns tillgänglig i form av faktiska insatser för människor med psykiska funktionshinder (Socialstyrelsen, 2007). Idag har kommunerna hälso- och sjukvårdsansvaret upp till och med sjuksköterskenivå, vilket gör vården och de olika ansvarsområdena otydliga och uppdelade. Denna otydlighet medför ökad

risk för patienter med psykiatrisk problematik och svårigheter att själv föra sin talan att hamna mellan de olika vårdgivarnas ansvarsområden. Trots dagens moderna medicinska behandling i psykiatrisk vård (Chee, 2009), så har livskvaliteten generellt inte ökat bland personer med varaktiga psykiska funktionshinder (Rantanen et al, 2009). Forskning visar också att personer med varaktiga psykiska funktionshinder, i Sve-

tighet och inflytande i vården. En viktig fråga att ställa är hur detta kan komma sig i Sveriges välutvecklade välfärds samhälle 2009.

En del av förklaringen kan kanske finnas i utbildningsväsendets författningsböcker 2007/08 del 3 för Universitet och högskolor där omfattning och mål för de olika högskole- och universitetsutbildningarna beskrivs. De mål som

”Det är rimligt att en psykiatrisjuksköterska med specialistutbildning förutom att kunna allt det som en grundutbildad sjuksköterska kan, också ska ha en fördjupad kunskap att använda denna generella kunskap på ett sådant sätt att den kommer just patienter med psykisk ohälsa och psykiska funktionshinder till godo.”

rige såväl som internationellt, löper nästan 2 ggr så stor risk att dö en för tidig död i kardiovaskulära sjukdomar jämfört med övriga befolkningen (De Hert et al, 2009, Ösby et al, 2000), och att medellivslängden hos patienter med varaktiga funktionshinder är förkortad med upp till 25 - 30 år jämfört med övriga befolkningen (Newcomer, 2007). Behandlingsmålen i samband med metabolt syndrom och diabetes sätts ofta lägre bland patienter med exempelvis schizofreni och dessa patienter får i lägre grad blodtryckssänkande och blodfettssänkande medicin jämfört med patienter utan psykiska funktionshinder (Ösby, 2007). Psykisk ohälsa är ett ökande problem med stora kostnader för samhället, kostnadseffektivitet och goda varaktiga resultat i hela befolkningen är därför av avgörande betydelse för samhället. Den vård som psykiskt funktionshindrade patienter erbjuds är inte likvärdig med den som övriga befolkningen när det gäller, information, delak-

beskrivs i sjuksköterskans grundutbildning och i psykiatrisjuksköterskans specialistutbildning är så gott som identiska utan tydlig progression. De skillnader som beskrivs, förutom att studenten i specialistutbildningen ska ha fullgjort kursfördringar om ytterligare 60 högskolepoäng för att fördjupa sina allmänna kunskaper, är att studenten som fullgjort specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård också ska kunna:

- visa förmåga att observera, bedöma, åtgärda och utvärdera komplexa vårdbehov
- visa förmåga att möta människor i kris
- visa sådan kunskap och färdighet som krävs för att medverka i behandling, habilitering och rehabilitering inom psykiatrisk vård och omsorg

De första två målen som beskrivs är mål som den grundutbildade sjuksköterskan också måste kunna och med all säkerhet också kan.

# öterskan

Det tredje och sista specifika målet för psykiatrisjuksköterskans specialistutbildning beskrivs mycket allmänt och övergripande. Med denna beskrivning av psykiatrisjuksköterskans specialistkompetens är det inte konstigt att landsting och kommuner inte prioriterar att anställa och betala psykiatrisjuksköterskor då deras specifika kompetensområde är så otydligt beskrivet. Det är rimligt att en psykiatrisjuksköterska med specialistutbildning förutom att kunna allt det som en grundutbildad sjuksköterska kan, också ska ha en fördjupad kunskap att använda denna generella kunskap på ett sådant sätt att den kommer just patienter med psykisk ohälsa och psykiska funktionshinder till godo. Detta är också av avgörande betydelse för att säkerställa att en god och jämlik vård erbjuds även dessa patienter. Detta skulle exempelvis kunna uttryckas med hjälp av kursmål som förtydligar att sjuksköterskan efter specialistutbildning ska:

- observera, bedöma, åtgärda och utvärdera komplexa vårdbehov i samband med psykisk ohälsa och aktivt medverka i planering, genomförande, utvärdering och samordning av behandling, habilitering och rehabilitering inom psykiatrisk vård och omsorg i samarbete patient, närstående och samverkande vårdgivare.
- initiera, genomföra och utvärdera hälsofrämjande och förebyggande arbete i samband med de specifika problem som är relaterade till psykisk ohälsa och psykiska funktionshinder.
- ha fördjupad förmåga att beakta patientens självbestämmande, delaktighet och inflytande i psykiatrisk hälso- och sjukvård.
- ha förmåga att med helhetssyn på människan utifrån vetenskapliga, samhälleliga och etiska aspekter verka för alla människors rätt till integrering och delaktighet i samhället på lika villkor.
- ha särskild förmåga att undervisa och stödja patienter, deras anhöriga och andra personalgrupper i situationer som präglas av kommunikationssvårigheter relaterade

till psykisk ohälsa och psykiska funktionshinder.

Om den specialistutbildade psykiatrisjuksköterskans kompetens beskrevs på detta sätt skulle det klart framgå att den specialistutbildade psykiatrisjuksköterskan med en rad insatser kan bidra till att förändra psykiskt funktionshindrades ojämlika villkor. Exempelvis kan psykiatrisjuksköterskan med sin specialistkompetens erbjuda:

Kontinuerlig samtalskontakt för att underlätta Svens delaktighet i beslut som rör hans boende, vård, levnadsvanor och livssituation.

Motiverande samtal med inriktning på livsstil och levnadsvanor för att hjälpa Sven att själv bli medveten om sitt behov av att sköta sin kroppsliga hälsa och undvika alltför stort beroende av boendepersonalens kontrollfunktion, en funktion som lätt tär på den i övrigt goda samarbetsalliansen mellan Sven och boendepersonalen.

Sammanställande funktion för samordnad vårdplanering av vård och stödinsatser från boende, närsjukvård och psykiatri för att tydliggöra målsättning och ansvarsfördelning mellan olika vårdgivare liksom att Svens personliga behov och önskemål beaktas i vården.

Handledning och utbildning för boendepersonalen så att de lättare kan hantera de situationer som uppstår då Sven inte själv kan ta ansvar för att värna om sin fysiska hälsa i samband med sin diabetes.

Kontinuerlig bedömning av Svens psykiska hälsotillstånd då detta har avgörande betydelse för hans förmåga att ta ansvar för sin egenvård i samband med sin diabetes. Detta innebär att Svens hälsotillstånd inte hinner försämrans allvarligt innan rimlig åtgärd vidtas.

Med dessa 5 tydligt definierade insatser kan en specialistkompetent psykiatrisjuksköterska bidra till att den vård Sven får blir patientcentrerad, kunskapsbaserad, säker, jämlik, effektiv och ges i rätt tid. Psykiatrisjuksköterskan stödjer med sin specialistkompetens psykiskt funktionshindrades möjlighet till delaktighet i sin egen

vård genom att uppmärksamma individuella önskemål, främja självkänsla och egen beslutsförmåga hos patienten. Detta är avgörande för att viktiga hälsotillstånd och hälsorelaterade behov ska uppmärksammas och åtgärdas i tid innan allvarliga sjukdomstillstånd hinner utvecklas. Att ersätta psykiatrisjuksköterskans specialistkompetens med andra yrkeskategorier äventyrar den goda vården på samma sätt som det skulle äventyra den goda vården att byta ut den specialistutbildade operationssjuksköterskan mot undersköterskor eller legitimerade sjuksköterskor i den perioperativa vården.

## Referenser

**Chee K.Y.** (2009) Outcome study of first – episode schizophrenia in a developing country: quality of life and antipsychotics. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44,143-150.

**De Hert M., Schreurs V., Vancampfort D., & Van Winkel R.** (2009). Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry*, 8, 15-22.

**Newcomer J.W.** (2007). Metabolic syndrome and mental illness. *American Journal of Managed Care*, 13, 170-177.

**Rantanen H, Koivisto A-M, Salokangas R. KR, Helminen M, Oja H, Pirkola S, Wahlbeck K, Joukamaa M.** (2009). Five-year mortality of Finnish schizophrenia patients in the area of deinstitutionalization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 135-142.

**Socialstyrelsen.** (2007). Nationell strategi för en evidensbaserad praktik för vuxna personer med psykisk sjukdom eller funktionshinder. Tillgänglig på: [www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/D0936581-3DF8-41F5-903F-1C87D12C-F4A9/9394/200710725.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/D0936581-3DF8-41F5-903F-1C87D12C-F4A9/9394/200710725.pdf)

**SOU.** (2006). Ambition och ansvar - Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder, 2006:100. Stockholm: Statens offentliga utredningar. Tillgänglig på: [www.regeringen.se/content/1/c6/07/31/78/f8d9f649.pdf](http://www.regeringen.se/content/1/c6/07/31/78/f8d9f649.pdf)

**Utbildningsväsendets författningsböcker** 2007/08 DEL 3. (2007). Nordstedts Juridik. Stockholm.

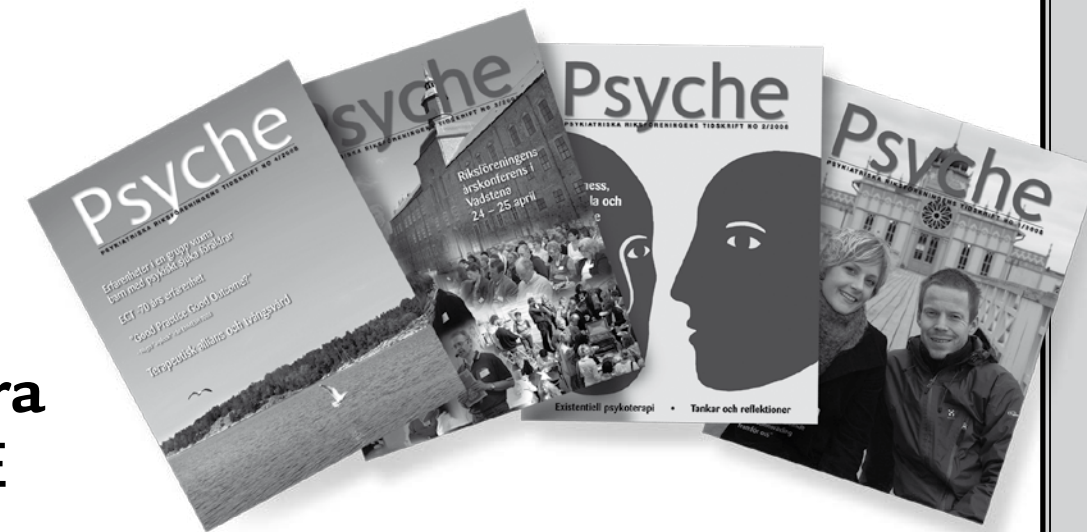
**Ösby U.** (2007). Diabetes vanligt bland schizofrena. *Tidningen Diabetes* 5/07 Hämtad den 09-09-03 från: [www.diabetes.se/Templates/Extension\\_\\_\\_\\_\\_4313.aspx](http://www.diabetes.se/Templates/Extension_____4313.aspx)

**Ösby U, Correia N, Brandt L, Ekblom A., & Sparen P.** (2000). Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm County. *BMJ*, 321, 19-26



Psykiatriska Riksföreningen

## Prenumerera på PSYCHE



Prenumerationspris för 2010 är 400:-/år inkl. 6% moms  
Utanför Sverige 450:-/år inkl. 6% moms

Gå gärna in på vår hemsida [www.psykriks.se](http://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](mailto:richard.brodd@bredband.net)**

Skicka talongen till:

**Psykiatriska Riksföreningen c/o Brodd, Oskarsgatan 4, 414 63 Göteborg**

Besök vår hemsida: [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se)



Ja, jag vill prenumerera på PSYCHE under hela år 2010

Inom Sverige: 400:-

Utanför Sverige: 450:-

Skicka tidningen Psyche till:.....

Fakturaadress:.....

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

Kontaktperson: ..... Telefon; .....

E-postadress: .....





I september erhöill Psykiatriska Riksföreningen tillsammans med riksföreningarna för diabetes- och distriktssjuksköterskor en förfrågan från Svenska Psykiatriska Föreningen att inkomma med synpunkter på förslag om kliniska riktlinjer för att förebygga och handlägga metabola risker hos patienter som medicineras med antipsykotisk medicinering. I texten nedan presenteras svaret.

## Psykiatriska Riksföreningens Synpunkter på förslag till kliniska riktlinjer för metabolt syndrom i samband med antipsykotisk medicinering

*Psykiatriska Riksföreningen är en frivillig riksomfattande sammanslutning av sjuksköterskor, som har 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 erbjudas tillfälle att ge synpunkter på det framtagna förslaget om kliniska riktlinjer för att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter som behandlas med antipsykotisk medicinering. Likaså är det glädjande att inbjudas till framtida samarbete kring dessa riktlinjer och dess implementering. Det är också mycket positivt att den allvarliga problematiken med det starka sambandet mellan metabolt syndrom och antipsykotisk medicinering på detta sätt lyfts och synliggörs liksom att det klargörs att åtgärder för att förebygga och handlägga denna medicinska biverkning är ett ansvar som åligger psykiatri och patientansvarig psykiater.

Psykiatriska Riksföreningen har uppmärksammat att de föreslagna riktlinjerna är framtagna i samarbete mellan olika föreningar för läkare. I riktlinjeförslaget hänvisas till referenslitteratur men referenslista bifogas inte i riktlinjeförslaget och har inte heller funnits tillgänglig på hänvisad hemsida. Psykiatriska Riksföreningen har därför inte haft möjlighet att ta del av den litteratur som använts som underlag för riktlinjearbetet. I inledningen av de föreslagna kliniska riktlinjerna nämns att god behandling av psykosrelaterade sjukdomstillstånd omfattar olika typer av behandlingsinsatser. Trots omfattande medicinsk forskning och ökande förskrivning av medicinsk behandling som grundläggande hörnsten

i psykiatrisk vård under de senaste decennierna (Chee, 2009), så har livskvaliteten generellt inte ökat bland personer med varaktiga psykiska funktionshinder (Rantanen et al, 2009). Studier har bl.a. visat att medellivslängden hos denna patientgrupp är förkortad med upp till 25 - 30 år jämfört med övriga befolkningen (Newcomer, 2007). Fysisk inaktivitet är en livsstilsfaktor som bidrar till utvecklingen av metabolt syndrom, fysisk aktivitet är därför en viktig del i behandlingen av metabolt syndrom (SBU, 2007). Med fysisk aktivitet, kan risken att insjukna i diabetes typ 2 sänkas med 60-70 % och risken att drabbas av kardiovaskulära sjukdomar halveras om man är fysisk aktiv, jämfört med att vara fysisk inaktiv (Hellenius, 2006).

Psykiatrisjuksköterskans ansvarsområde omfattande omvårdnadsåtgärder och hälsofrämjande arbete i psykiatrisk vård är tämligen osynligt i de föreslagna kliniska riktlinjerna. Med anledning av att metabolt syndrom till stor del är livsstilsrelaterat är det avgörande att redan från början i riktlinjearbetet eftersträva ett tvärvetenskapligt perspektiv på problemområdet. För att tillgodose psykiskt funktionshindrade personers mångfacetterade vård- och stödbehov av psykiatri, fysisk och social art krävs samarbete över ämnes-, institutions- och organisationsgränser (Socialstyrelsen, 2007). Exempelvis kan dietister, psykologer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, rehabiliterare och sjuksköterskor bidra med ett utvidgat och fördjupat perspektiv på förebyggande och handläggande av den allvarliga problematik som metabolt syndrom i samband med antipsykotisk medicinering utgör. En utökad delaktighet från flera yrkeskompetenser såväl som från brukarorganisationerna i detta riktlinjearbete är därför angeläget för ett snabbt och komplikationsfritt implementeringsarbete.

Psykiatriska Riksföreningen framhåller att mycket av det stöd och den kliniska omvårdnad som erbjuds patienter i samband med antipsykotisk medicinering tillhandahålls av psykiatrisjuksköterskor, direkt eller indirekt via delegerad personal, utifrån ett mer eller mindre uttalat hälsofrämjande förhållningssätt. Ett hälsofrämjande förhållningssätt som fokuserar på kroppslig och själslig hälsa såväl som att stärka patientens aktiva deltagande i sin egen behandling är en betydande del i psykiatrisjuksköterskans ansvarsområde. De konkreta omvårdnadsåtgärder som psykiatrisjuksköterskor erbjuder patienter med psykosproblematik är, förutom administrering av läkemedel, bl.a. information om diagnosrelaterade vardagsproblem och effekter av farmaka, hälsoinformation och dialog om livsstilsfrågor som kost, motion, sömn, alkohol och tobak samt stödjande och motiverande samtal inom ramen för patientens vårdplan. I psykiatrisjuksköterskans ansvarsområde ingår också att underlätta för patienten att delta aktivt i sin egen behandling, rehabilitering och återhämtning genom patientutbildning, stödgrupp-sverksamhet, anhörigutbildning samt praktiskt stöd och handledning till andra personalgrupper som kommer i kontakt med dessa patienter, exempelvis inom kommunal verksamhet.

Psykiatriska Riksföreningen uppmärksammar att de föreslagna riktlinjerna är fokuserade på screening ur ett i huvudsak medicinskt perspektiv och poängterar att det inom sjuksköterskans yrkesfunktion finns ett rikt utbud av förebyggande och hälsofrämjande insatser för att undvika att patienter drabbas av metabolt syndrom. Insatser riktade mot kroppslig ohälsa hos personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder kan medföra stora vinster, både hälsomässiga och ekonomiska, för både indivi-

den och samhället (SOU, 2006). Stigande sociala och ekonomiska kostnader relaterat till psykisk ohälsa ställer ökade krav på adekvata riktlinjer för förebyggande och hälsofrämjande arbete inom hälso- och sjukvårdsorganisation, klinisk vård och forskning (ICN International Council of Nurses, 2005; Socialstyrelsen, 2005; Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Förslaget att erbjuda psykiatrisjuksköterskor utbildningsinsatser inriktade på exempelvis motiverande samtal och hälsoprofil/hälsosamtal är positivt. Begränsat vetenskapligt stöd finns för att fysisk aktivitet har positiva effekter på såväl övervikt som psykiatriska symtom hos personer med schizofrenidiagnos (Pelham, et al. 1993, Beebe, et al. 2005). Erfarenheter från kliniskt verksamma psykiatrisjuksköterskor tyder dock på att ett hälsosamtal en gång per år inte är tillräckligt som primär prevention för det stora flertalet av de patienter som får psykosdiagnos och påbörjar antipsykotisk behandling. Som beskrivs i riktlinjeförslaget är personer med varaktiga psykiska funktionshinder en högrisk grupp för kroppslig ohälsa med ökad risk att utveckla metabolt syndrom, kardiovaskulära sjukdomar och diabetes typ 2 (De Hert et al, 2009). Psykiatriska Riksföreningen föreslår därför att man i riktlinjerna rekommenderar att det inledande hälsosamtalet med psykiatrisjuksköterskan, följs upp minst var tolfte vecka vid nydiagnostiserad psykosjukdom anpassat utifrån patientens individuella behov, oberoende av medicinsk behandling. En kombination av psykosociala insatser och livsstilsinterventioner vid nydiagnostiserad psykosjukdom skulle med fördel kunna erbjudas som ett alternativ till medicinsk behandling i dessa kliniska riktlinjer som ett sätt att förebygga metabolt syndrom i denna patientgrupp. Psykiatriska Riksföreningen ser ett problem med att mer psykosocialt präglade insatser och behandlingsformer inte används i den omfattning som patienter och anhöriga efterfrågar. Likaså är bristande möjligheter att få hjälp med planerad och kontrollerad nedtrappning och/eller utsättning av antipsykotisk medicinering i samråd med behandlande läkare ett problem för många patienter som önskar detta stöd. Då det gäller barn och ungdomar kan Psykiatriska Riksföreningen inte förorda en rekommendation att behandla metabol störning

i samband antipsykotisk medicinering med exempelvis Metformin. I dessa fall ser Psykiatriska Riksföreningen att andra behandlingsalternativ än antipsykotisk medicinering uttryckligt bör rekommenderas i första hand.

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 alltid får den uppmärksamhet de förtjänar. Nationell psykiatrisamordning har i sitt skutbetänkande (SOU, 2006) fastställt att landsting och kommuner behöver förstärka de insatser som syftar till att utveckla ett varierat, strukturerat och långsiktigt stöd för en hälsosammare livsstil hos de patienter som vårdas inom psykiatrisk hälso- och sjukvård. Psykiatriska riksföreningen framhåller därför vikten av att klargöra hur uppföljning och tillsyn av implementeringen av dessa riktlinjer kommer att genomföras och föreslår att indikatorer i de kvalitetsregister, som nu arbetas fram inom psykiatrisk vård, används för mäta och följa upp följande områden:

- **utbredning av metabolt syndrom i samband med antipsykotisk medicinering**
- **utbud av förebyggande och hälsofrämjande insatser**
- **utbud av psykosociala behandlingsinsatser**
- **vilka antipsykotiska preparat som används**
- **vilka yrkeskategorier som denna patientgrupp kommer i kontakt med**
- **tidiga tecken på metabolt syndrom och hur dessa följs upp**
- **uppföljning patienter som har ordinerats antipsykotisk medicinering under längre tid och drabbats av metabolt syndrom eller diabetes**
- **uppföljning av patienter som ordinerats antipsykotisk medicinering under längre tid drabbats av hjärt-kärlsjukdomar följs upp**

Psykiatriska Riksföreningen understryker att det är av stor vikt att informera och involvera även patienter med psykosproblematik och deras anhöriga. Faktaruta 2 bistår med frågor som patienten och närstående ska kunna ställa till behandlande läkare, för att denna ruta ska vara användbar för patienter och anhöriga bör man

formulera enkla raka frågor som kan ställas direkt till läkare eller sjuksköterska. Patienter med varaktiga psykiska funktionshinder och psykosproblematik har historiskt haft mycket små möjligheter att föra en konstruktiv dialog kring diagnostik och behandlingsalternativ med läkare och andra företrädare för vården. Det är därför av stor vikt att erbjuda dessa personer information om det starka sambandet mellan antipsykotisk medicinering och metabolt syndrom liksom möjligheter att ge respons på de föreslagna kliniska riktlinjerna.

*Med vänliga hälsningar  
Psykiatriska Riksföreningen  
styrelseordförande  
Richard Brodd*

### Referenser

Beebe L.H., Tian L., Morris N., Goodwin A., Allen S.S., & Kuldau J. (2005). Effects of exercise on mental and physical health parameters of persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 661-676.

Chee K.Y. (2009) Outcome study of first – episode schizophrenia in a developing country: quality of life and antipsychotics. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44,143-150.

De Hert M., Schreurs V., Vancampfort D., & Van Winkel R. (2009). Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry*, 8, 15-22.

Hellénius M. (2006). Livsstilsåtgärder - fysisk aktivitet. Ingår i Information från läkemedelsverket. 17(3), 41-46. International Council of Nurses. (2005). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Newcomer J.W. (2007). Metabolic syndrome and mental illness. *American Journal of Managed Care*, 13, 170-177.

Pelham T.W., Campagna P.D., Ritvo P.G., & Birnie W.A. (1993). The effects of exercise on clients in a psychiatric rehabilitation program. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 75-84.

Rantanen H, Koivisto A-M, Salokangas R.KR, Helminen M, Oja H, Pirkola S, Wahlbeck K, Joukamaa M. (2009). Five-year mortality of Finnish schizophrenia patients in the area of deinstitutionalization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 135-142.

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2007). Metoder för att främja fysisk aktivitet. Hämtad 2009-09-08 från: [www.sbu.se/Publicerat/Gul/Metoder-for-att-framja-fysisk-aktivitet](http://www.sbu.se/Publicerat/Gul/Metoder-for-att-framja-fysisk-aktivitet) Socialstyrelsen. (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.

Socialstyrelsen. (2007). Nationell strategi för en evidensbaserad praktik för vuxna personer med psykisk sjukdom eller funktionshinder.

SOU. (2006). Ambition och ansvar - Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder, 2006:100. Stockholm: Statens offentliga utredningar. Hämtad 2009-09-08 från: [www.regeringen.se/content/1/c6/07/31/78/f8d9f649.pdf](http://www.regeringen.se/content/1/c6/07/31/78/f8d9f649.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening (2008). Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Stockholm: Danagårds.





Psykiatriska  
Riksföreningen

*Omvårdnad är biverkningsfritt*

INTERESSANTA ARTIKLAR

RECENSIONER

VÅRD

**Bli medlem  
2010**

FORSKNING

KONFERENSER

NYHETER

Medlemsavgiften för 2010 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**  
Glöm inte att uppge namn, adress, personnummer och e-postadress.

Vid frågor kontakta medlemsansvarig:

Ann Ingvarsson Tel: 070-600 02 99, e-post: [ann.ingvarsson@spray.se](mailto:ann.ingvarsson@spray.se)

Besök vår hemsida: [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se)

## Dags att söka stipendium för år 2010

**Styrelsen behandlar stipendieansökningar två gånger  
per år, i januari och augusti. Ansökan ska vara  
styrelsen tillhanda senast den 15 januari.**

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](mailto: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.



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.net

Vice ordf  
Henrika Jormfeldt  
Bråddared  
310 38 Simlångsdalen  
035-72016  
070-3555543  
henrika.jormfeldt@lthalland.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 Sergel  
Tranebergsvägen 29  
167 45 Bromma  
08-587 312 03 a  
helena.sergel@gmail.com

LOKALA REDAKTÖRER

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

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

VALBEREDNING

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

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

Marie-Louise Wallberg  
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

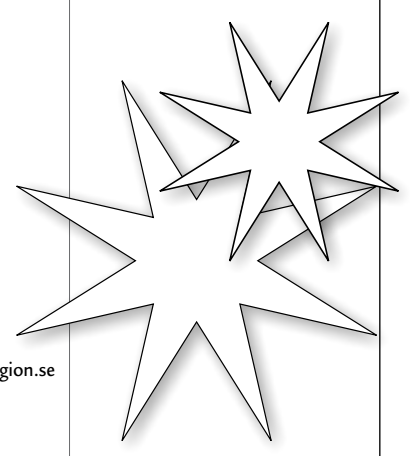
REVISORER

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

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

Suppleant  
Christina Reslegård

Suppleant  
Ulf Rogberg



NOTISER

## Vi gratulerar!

Psykiatriska Riksföreningen gratulerar Inger Johansson och Britt Hedman Ahlström som båda har disputerat vid Sahlgrenska akademien under våren.

*Inger Johansson* har i sin avhandling med titeln "The health care environment on a locked psychiatric ward and its meaning to patients and staff members" undersökt hur miljön på en låst avdelning påverkar patienternas vård och personalens arbetssituation.

*Britt Hedman Ahlströms* avhandling "Major depression and family life - The family's way of living with a long-term illness" belyser familjens och då särskilt barnens behov av vårdens stöd när en förälder blir deprimerad.

### Till redaktionen på Psyche NYTT PÅ GÅNG!

Nu är det många psykiatrisjuksköterskor runt om i Sverige som har ett idogt arbete med att skriva två nya läroböcker om psykisk ohälsa. En mångfald av disputerade psykiatrisjuksköterskor, doktorander och forskare medverkar i dessa böcker vilka riktar sig till studenter på grund- och avancerad nivå inom sjuksköterskeutbildningen samt även kliniskt verksamma sjuksköterskor.

Boken *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå* (redaktör Ingela Skärsäter) presenterar översiktlig kunskap om psykisk ohälsa, psykiatriska sjukdomar och individens problematik rörande psykisk ohälsa. Den fokuserar både på de mest förekommande diagnoserna inom psykiatrisk vård, men belyser också viktiga områden som har betydelse för hur vården kring patienten kan förstås och hanteras, såsom vårdens miljö och organisation, attityder kring psykiska dilemman, närståendes medverkan arbete och kvalitetsarbete inom psykiatrisk vård. Det underliggande perspektivet är omvårdnad vid psykisk ohälsa även om de konkreta åtgärder som beskrivs även kan inspirera och vägleda andra professioner i deras hälsoarbetare.

Boken *Vårdandet vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå* (redaktör Lena Wiklund) fokuseras olika typer av upplevelser som kan präglade patientens värld oavsett diagnos. Genom att uppmärksamma hur patientens verklighet formas ökas möjligheterna att i vårdandet utgå från patientens unika behov. I den första delen ges en inblick i hur patientens hälsa och lidande kan påverkas av upplevelser som t ex maktlöshet, hopplöshet och beroende men också betydelsen av positiva känslor som glädje, hopp och gemenskap. Boken beaktar också såväl andliga behov som fysisk aktivitet hos den psykiatriska patienten. I den avslutande delen fokuseras specialistsjuksköterskans ansvar genom att beröra områden som hur vårdkulturer skapas, vårdande samtal och tillit och medlidande som aspekter av den vårdande relationen.

Med vänliga hälsningar

Ingela Skärsäter  
ingela.skarsater@gu.se  
031 786 6036

Lena Wiklund  
lena.wiklund@mdh.se  
021 107332

NOTISER

## Sjuksköterskor bör ge vård till papperslösa flyktingar

Sjuksköterskornas etiska råd i Sverige, Danmark, Norge och Färöarna har vid sitt möte i september sammanfattat sitt ställningstagande i tre punkter:

Sjuksköterskor ska agera i enlighet med sjuksköterskors internationella, etiska kod (ICN:s etiska kod för sjuksköterskor)

Människors rätt till vård är styrande enligt de mänskliga rättigheterna. Det innebär att sjuksköterskor alltid erbjuder vård till dem som behöver det oavsett rättslig status.

Sjuksköterskor uppmanas att protestera och agera när människor förnekas vård

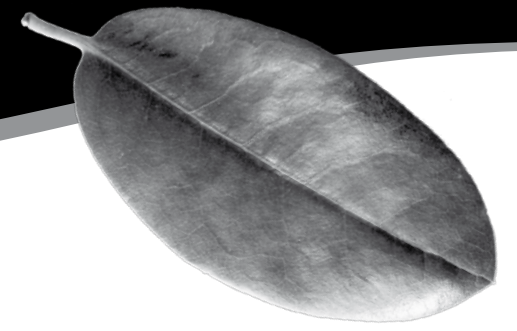
Sjuksköterskornas etiska råd i Norden antog också ett uttalande där man tar starkt avstånd från eutanasi. "Det är otänkbart att sjuksköterskor medverkar vid aktiv dödshjälp eller vid assisterat självmord". Man vill istället framhålla ett förhållningssätt som innebär stöd till "livshjälp" vilket innebär att ge god omvårdnad, bli älskad, sedd och få möjlighet att känna kontroll.

Ur *Omvårdnadsmagasinet 5/09*, läs mer på [www.swenurse.se](http://www.swenurse.se)

## Frågar man om dina alkoholvanor?

Allt oftare tar läkare och distriktssköterskor upp frågan om alkoholvanor med sina patienter. Sex av tio läkare pratar alkohol vilket är en kraftig förbättring jämfört med den senaste undersökningen för tre år sedan. Under 2009 satsar regeringen ytterligare 36 miljoner (via Statens Folkhälsoinstitut) på att utbilda fler yrkesgrupper inom vården så att de känner sig bekväma att diskutera alkoholvanor. Forskning visar att enkla frågor och rådgivning är de mest effektiva åtgärderna för att minska alkoholkonsumtionen.

Källa: Statens Folkhälsoinstitut/tidningen Apoteket



## Förändringskraft

Projektet Förändringskraft drivs av bland annat Vårdförbundet. Syftet med projektet är att öka företaget inom den kvinnodominerade branschen vård, hälsa och omsorg. Ansvarig handläggare på Vårdförbundet är Kristina Malm Jansson. Hon vill att projektet ska locka till att erbjuda vård på nya sätt inom nya områden, att locka Vårdförbundets medlemsgrupper att tänka lite nytt, lite anorlunda. Projektet har pågått sedan 2007 och har lett till att åtta företag redan kommit igång och att ett trettiotal ligger i startgroparna.

Ett problem som nya småföretagare brottas med är de vårdvalsmodeller som nu införs över hela landet. Där ses ofta vårdcentralen som den minsta enheten. Eventuellt kan man som företagare gå in som underleverantör alternativt gå samman med andra för att kunna ta på sig större uppdrag. Projektet fortsätter med utbildning av nya småföretagare men också med uppföljning av de företag som startat. Kristina Malm Jansson vill också starta nya regionala team för utbildning och inspiration. Regionala team finns för närvarande i Västra Götaland, Region Skåne, Jönköpings län, Östergötland samt Uppsala.

Primärvårdens Nyheter 9-10/2009

## Specialistsjuksköterskans dag 28 januari 2010

Det blir allt viktigare – och är fortfarande alltför sällsynta. En speciell dag för att uppmärksamma vårdens behov av specialistsjuksköterskans kompetens arrangeras av Dagens Medicin tillsammans med Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet En konferens med närvaro av regeringens tillsatta utredare arrangeras på Essinge konferenscenter i Stockholm.

Dagens medicin, internetupplaga



## Nytt från NU!

### Nytt på Socialstyrelsen:

Socialstyrelsen omorganiserar - målet är en integrering av hälso- och sjukvård och socialtjänst vilket innebär mer process- och uppgiftsorienterad organisation. Den största synliga förändringen kommer att ske snart genom sammanslagningen av länsstyrelsernas tillsyn och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter den 1 januari 2010.

### Nytt från Socialstyrelsen:

I juni lämnade Socialstyrelsen rapporten om psykiatrikurserna i läkarnas och sjuksköterskornas grundutbildning. Där konstaterade man att psykiatrikurserna inte motsvarade behovet i verksamheterna och att det fanns skillnader mellan lärosätena. Rapporten kan hämtas på Socialstyrelsens hemsida.

### Detta är några av de saker som är på gång:

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att fördela medel för att förstärka kompetensen bland personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer som har psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning. 100 miljoner ska fördelas och är en fortsättning på den satsning som påbörjades förra hösten.

Försäkringskassan har ett uppdrag att stimulera kunskapsutvecklingen om rehabilitering för personer med psykiska sjukdomar och funktionsnedsättningar.

Regeringen har också beslutat att ge medel för att stödja utvecklingen av leg. psykoterapeuter och handledare inom psykoterapi.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att betala ut bidrag till kommuner som upphandlar sysselsättning eller erbjuder sysselsättning via ett valfrihetssystem för personer med psykisk funktionsnedsättning

**Kontaktperson: Märten Jansson; marten.jansson@socialstyrelsen.se**

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

Prenumerera då på Nytt om nu!

[www.socialstyrelsen.se/publicerat/prenumerationer](http://www.socialstyrelsen.se/publicerat/prenumerationer)

NU!-enheten/Socialstyrelsen - utvecklingsstöd till verksamheter som möter människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder  
[www.socialstyrelsen.se/Amnesord/psykiatri](http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/psykiatri)

**Titel:** Mitt himla liv

**Författare:** Olle Carlsson

**Förlag:** Bonnier existens

**Recensent:** Christina Reslegård

**Varför beskrivs** alltid Olle Carlsson med epitetet "omdiskuterad"? Jag tycker att jag bara hör hyllningar. Kan det vara så att det är enbart inom kyrkan som organisation han är omdiskuterad? Vi utanför kyrkan bara gillar och beundrar honom. Eller utanför kyrkan? Vi som upplevt hans gudstjänster kan väl på ett sätt sägas vara inom kyrkan. Den här hösten har man knappt kunnat läsa en tidning utan att han är med. Vad är det hos honom som gör honom så intressant i andra människors ögon? Är det att han kommit att bli en symbol för en kollision mellan en konservativ kyrkomiljö och en kulturradikal grupp av andliga sökare som börjat hävda sin rätt till kyrkorummet?

Olle Carlsson föddes i Hudiksvall med föräldrar som var aktiva medlemmar i Filadelfiaförsamlingen.

Låt pojken bli en ny Lewi Pethrus, hälsades det nyfödda barnet av en missionär på besök. Han var ett efterlängtat, mycket älskat och omhuldat sladdbarn som tidigt fick känna sig utvald och speciell.

I det speciella fanns också en stor förväntan om en livsgärning utöver det medelmåttiga. Bindningen till mamman var komplex. Olle Carlsson citerar CG Jung:

– Det finns inget mer förödande för ett barn än en förälders olevda liv.

Familjen flyttade så småningom till Stockholm. Olle var en tonåring som levde ut med hasch, mellanöl och "jordisk kärlek". Parallellt fanns alltid ett engagemang i frikyrkan. Han blev engagerad i Jesusrörelsen och startade Agape, ett

café i källaren under Citykyrkan där ungdomar samlades. Olle Carlsson konstaterar själv att det finns många likheter mellan den verksamheten och de långt senare allhelgonamässorna.

Som en ödets ironi blir Olle Carlsson anställd i Alfastiftelsen som andlig vägledare på behandlingshem där missbrukare vårdas. Hans egna alkoholvanor undersöks inte. Han anser efter att ha genomgått en provmånad som patient i Öjebyn att han fått bevis för att han inte är alkoholist. Han blev så småningom alkoholterapeut och chef. I efterhand är han kritikisk mot Minnesotamodellen på grund av motsättningen mellan det andliga och den kallhamrade affärsverksamhet man bedriver. Man märker som läsare att det finns en bitterhet mot arbetskamraterna som inget sa om hans alkoholvanor men som sedan sparkade honom från anställningen under förödmjukande former på grund av det som man själv betecknade som en sjukdom.

Genom berättelsen om det himla livet finns kärleken till Gud och kyrkan och kärleken till barnen. Barnen som så småningom valde att flytta till mamma och inte komma tillbaka förrän han gjort något åt sitt drickande.

Olle Carlsson har lätt att beskriva vad han gör mot sina anhöriga, en berättelse som känns igen av de flesta anhöriga till alkoholister och missbrukare.

Ett citat: Jag kan faktiskt inte minnas de positiva effekter alkoholen hade för mig. Men jag kan minnas hur det

kändes att vara på väg till krogen trots att jag visste att mina barn drabbades så hårt. Det var en känsla av frihet och någon sorts glädje av att ha skakat av mig mina anhöriga. Att ha dribblat bort mina motståndare, glädjedödarna, och nu vara på väg mot öppet mål.

När vändpunkten kom var det genom avgiftning på Huddinge sjukhus och därefter behandling på Nämndemansgården. Ett vikariat som präst i Vantörs församling tog vid, AA-möten (90 möten på 90 dagar) kors och tvärs över Stockholm. En glasklar visshet om nödvändigheten av att bli omprogrammerad om än beteendet ter sig fanatiskt.

– Gränslösheten är mitt livs dilemma. Så har det varit för mig i livet. För mig är det allt eller inget. Jag måste leva för något helhjärtat och utan broms. Alkoholen hade under lång tid varit det nödvändiga bränslet som tände mitt liv och gav det färg. Den hade tagit all plats i mitt liv. Nu återstod bara att leva för Gud.

Olle Carlssons mest utmärkande begåvning är att samla människor omkring sig. Han bildade en andlig grupp som träffades flera gånger i veckan för att stödja varandra. När gruppen växer flyttar den till Allhelgonakyrkan och resten är, som man säger, historia.

Nu är han relativt nyinstallerad kyrkoherde i Katarina församling i Stockholm och jag önskar honom allt gott!



## Unga i sorg

[www.ungaisorg.se](http://www.ungaisorg.se)

När man är ung kan förlusten av en familjemedlem i självmord vara extra svår att bära, eftersom det är så svårt att prata om. Forskning har visat att unga människor som förlorar en viktig person i självmord ofta glöms bort både i skolan och i vården och att de får väldigt lite hjälp. Många får egna problem med hälsan som kan leda till svårigheter att klara både fortsatta studier och arbete. Vår förening vill medverka till att unga som har förlorat en viktig person får någon att prata med. Genom olika forskningsprojekt vill vi också öka kunskapen om unga och sorg, så att skolan och sjukvården kan stå bättre rustad för att hjälpa den drabbade. Vi hoppas att du vill vara med. Din erfarenhet är viktig!

## 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 verkamma sjuksköterskor och forskare inom psykiatrisk omvårdnad visa att psykiatrisjuksköterskans kompetens gör skillnad för patienternas hälsa.

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

**Richard Brodd: richard.brodd@vregion.se** eller  
**Henrika Jormfeldt: henrika.jormfeldt@lthalland.se**



**Titel:** Mindfulness i hjärnan

**Författare:** Åsa Nilssonne

**Förlag:** Natur och Kultur

**Recensent:** Christina Reslegård

**Vi får den** hjärna vi själva skapar, på samma sätt som vi får den kropp vi förtjänar. Mindfulness är ett sätt att träna och forma sin egen hjärna. Boken som Åsa Nilssonne skrivit är tänkt att fungera som en muskelatlas för hjärnan. Författaren inleder med en bild ur sin egen psykiatriska erfarenhet som läkare, från början av 1980-talet. Hon fick då se en bild på hjärnan hos en man med en kronisk hörselhallucinos. Bilden var tagen när mannen satt i ett tyst rum men hans hjärna visade på bilden full aktivitet i den del som bearbetar ljud. Åsa tyckte sig se en bild av själva hallucinationen likväl som en bild av psykiatrins framtid. Sedan dess har naturligtvis kunskapen ökat och tekniken förfinats men ännu har vi bara gläntat på dörren till hjärnan som arbetsplats.

En konsekvens av den bristande kunskapen är, enligt Åsa Nilssonne, att vi inom psykiatri fått vänja oss vid att inte veta varför man gör det man gör. Vi har arbetat med störningar vars symtom uttrycks som

känslor, tankar och handlingar har inte haft kunskap om hjärnans funktioner på samma sätt som man inom andra medicinska specialiteter haft kunskap om kroppens funktioner. Vi har varit hänvisade till att gissa och till att hamna i konflikt med människor som gissat något annat.

Författaren ser en tydlig väg framåt, tvärs genom vår fixering vid uppdelningen av kropp och själ. Neuropsykologin och mindfulness är två kunskapsfält som passar ihop som pusselbitar. Vi kan få en enorm nytta av att kunna förena det objektiva och det subjektiva perspektivet som ett sätt att få grepp om våra psykologiska processer. Boken är helt enkelt ett försök att koppla mindfulnessbaserade psykoterapeutiska interventioner till modern neuropsykologi. Ett exempel på detta är att studier visar att människor som länge tränat meditation har tjockare hjärnbark och en ökad volym av basala delar som arbetar med att styra känslor och handlingar. Mindfulness kan

vara ett sätt att inte alltid låta hjärnan gå på autopilot, att inte lämna hjärnan i sticket i besvärliga situationer. Ett sätt att ta ansvar för sin hjärna och för hur vi vill att den ska fungera. Mindfulness är ett sätt att behålla sin uppmärksamhet i nuet (utan att värdera eller döma), inte en metod för avslappning som många tror. Mindfulness är som att gå på ett emotionellt och kognitivt gym.

Boken är lättläst och informativ. För alla som är intresserade av mindfulness som ett arbetsredskap och som en metod för utveckling i olika sammanhang är den matnyttig. Kopplingen till neurovetenskapen är ju också så fantastiskt spännande. PS För den som (liksom jag) har svårt att föreställa mig hjärnans anatomi finns i boken en modell hämtad ur Daniel Siegels The mindful brain som redogör för hur man med hjälp av sin knutna hand kan föreställa sig hjärnans alla delar och deras belägenhet. Den modellen är oerhört bra – missa den inte!

**Titel:** Å se og a innse - om ulike former for evidens

**Författare:** Kari Martinsen och Katie Eriksson

**Förlag:** Akribes

**Recensent:** Lillemor Lindwall

Boken som kom under våren 2009 handlar om evidens: om sanning och verklighet och om evident vårdande utifrån en humanvetenskaplig tradition. Den har den spännande titel Att se och att inse som är nära förbundet med att veta. Boken ger en historisk genomgång av begreppet evidens i relation till vård (evidensbaserad vård) med avsikt att förena bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap med klinisk erfarenhet. Inom evidensbaserad medicin (EBM) används forskningsmetoder som avgör hur hög evidens forskningen får och vanligt är att kunskap utvecklas genom metoder som kliniskt kontrollerade försök och statistiska analyser. Den kritik som framförs av författarna är att den unika patientens upplevelser och erfarenhet av vård inte tas tillvara. Evidens i ett humanvetenskapligt perspektiv menar författarna utgår från patientens upplevelser och erfarenheter av vård samt hör samman med kärlek och barmhärtighet. Det som är evident är sant,

skönt och gott samt evigt. Författarna klargör begreppet evidens med utgångspunkt från det idag snäva naturvetenskapliga synsättet och som det framställs i den begränsade medicinska evidensen.

Evidensbegreppet inom omvårdnad (EBN) lanserades för att betona att beslut om insatser i vården så långt som möjligt bör vila på granskad och sammanvägd vetenskaplig kunskap, är idag allmänt accepterat. Användningen av vetenskaplig kunskap är inget nytt i vården. Det som är nytt är att det ska vara kvalitetsgranskad och sammanvägd kunskap som ska ligga till grund för beslut om vård och behandling. Ett effektivt sätt att ta till sig denna nya kunskap är därför att studera systematiska litteraturoversikter. EBN är inte ett lika stort område som evidensbaserad medicin, främst på grund av att vi inte har så många effektstudier som kan visa på omvårdnadsinsatsernas resultat. Men det lilla vi har borde vi väl

kunna tillämpa? Inom EBN talar man endast om god omvårdnad och om att tillgodose samhällets växande krav på att forskningsresultat utnyttjas bättre. Det handlar om att sjuksköterskor och andra verksamma i vården ska ha ett vetenskapligt förhållningssätt så att omvårdnadsåtgärder och insatser vilar på vetenskaplig grund. Det författarna för fram som kritik är att inga bevis finns som visar att evidensbaserad omvårdnad leder till god vård kvalitet. I föreliggande bok beskrivs evidens i vårdandet som en vilja till att använda vetenskaplig kunskap som underlag vid vårdbeslut.

Boken inleds med en beskrivning av författarnas tidigare dialoger om evidens. Professor Eriksson beskriver begreppets natur och dess innebörder. Begreppet evidens har flera betydelser, som att se och inse och veta hör ihop samt att evidens betyder att vidimera och revidera. Evidens är det som visar sig för patienten.

Evidensbegreppet behöver idag bli synligt som mångdimensionellt och något som har sitt ursprung i vårdandets kärna och ethos. Hur skall vi kunna ge plats för att hjärtas röst och det sanna, det sköna och det goda skall få råda i operationssjukvården?

Professor Martinsen problematiserar i sin text om evidens som begränsande eller upplysande. I sin historiska återblick beskrivs EBM som en förebild för EBN och hon för in ordet evidensialism som finns i spänningen mellan kunskap och samhällsnytta, mellan frihet och kontroll

i det gap vi står i. Kunskapen sätts in i en evidenshierarki med medicinen överst.

Boken innehåller intressant och lärorik läsning om begreppet evidens, EBM, EBN och evident vårdarbete.

Den avslutas med författarnas visioner och mod samt med hopp om fortsatta samtal i en kunskapsutveckling i den Humboldtiska andan, där vetenskap och utveckling hör samman, en universitets-tradition.

Å se og innse passar utmärkt som litteratur till studerande inom sjuksköter-

skeutbildningen, specialistutbildningarna samt till andra intresserade av ämnet evidens och erfarenhetsbaserad kunskapsutveckling. Den riktar sig också till personal inom den psykiatriska vården. Jag kan varmt rekommendera alla psykiatrisjuksköterskor att läsa boken för här finns kunskap som kan tillägnas patienten i ett vård psykiatriskt kontext.

Lillemor Lindwall är leg sjuksköterska och hälsovårdsdoktor (HVD) verksam som universitetslektor vid Karlstads universitet, avd för omvårdnad.

**Titel:** MI motiverande samtal - praktisk handbok för hälso- och sjukvården

**Författare:** Barbro Holm Ivarsson

**Förlag:** Gothia Förlag

**Recensent:** Henrika Jormfeldt

**Motiverande samtal**, MI (motivating interviewing), passari i alla sammanhang när man vill stimulera en annan person att förändra ett beteende. Denna bok är en handledning i hur samtalet med patienten kan gå till med hjälp av praktiska och konkreta råd för hur man stödjer patienten i att genomföra och vidmakthålla en beteendeförändring. Författaren Barbro Holm Ivarsson liknar MI-samtalet vid ett trädgårdsarbete där det handlar om att tålmodigt skapa gynnsamma förhållanden för plantan att mogna eftersom det inte går att "tvinga en knopp att slå ut". Hon förtydligar att det viktigaste för rådgivaren är att förstå patientens synsätt och visa tro på patientens förmåga att själv hitta de rätta vägarna i sitt eget liv. MI-metoden är evidensbaserad och har visat sig mer effektiv och samtidigt mer tillfredsställande för både rådgivare och patient än traditionell rådgivning. MI rekommenderas för att stödja förändring på områden som rör livsstil inom exempelvis hälso- och sjukvård och friskvård. I boken ges konkreta exempel på hur man startar samtalet och bedömer patientens beredskap för förändring utifrån de vanligaste fyra livsstilsområdena: fysisk aktivitet, kost och övervikt, riskbruk av alkohol och tobaksbruk. Det som utmärker MI-metoden är att den engagerar patienten i lösningen av problemen i sitt eget liv. Upphovsmannen till MI är en amerikansk psykolog, professor William R Miller. Han utvecklade metoden i början av 1980 talet i sitt arbete med alkoholberoende patienter. Dr Miller beskrev 2008 metoden som

"en personcentrerad, målinriktad rådgivningsmetod för att lösa ambivalens och stimulera till positiv förändring genom att locka fram och stärka personens egen motivation att förändras". I boken beskrivs, förutom vad MI är, principer för MI-samtalet, grundläggande kommunikationsfärdigheter, MI-förhållningssätt, MI-samtalets förlopp med fokus på förändring liksom avslutande av samtalet genom att stimulera till åtagande som följs upp vid nästa samtal. Den viktigaste grundstenen i MI är det särskilda förhållningssättet som på engelska kallas MI-spirit. MI har sina rötter i humanistisk psykologi och motivationspsykologi. Den humanistiska psykologin utgår från att varje människa har potential som hon strävar efter att utveckla, att hon är expert på sig själv och sitt eget liv, liksom att hon har de bästa lösningarna på sina egna problem och själv har ansvar för hur hon lever. I MI-förhållningssättet ingår att inte argumentera och försöka övertyga patienten om sin ståndpunkt eller pressa patienten till ett beslut som han/hon inte är mogen för eftersom detta ofta leder till motstånd som motverkar syftet – förändring. Grundläggande kommunikationsfärdigheter beskrivs som reflektivt lyssnade. Reflektivt lyssnande innefattar bekräftelse, öppna frågor, reflektioner och sammanfattningar. Bekräftelse innebär att rådgivaren visar att hon ser och uppskattar patientens kompetens, styrka och ansträngningar, öppna frågor inleds med ord som hur, vad, på vilket sätt

och berätta, för att inbjuda till berättande svar i motsats till ja eller nej svar. Att göra reflektioner är det samma som att berätta tillbaka eller återspegla till patienten vad man uppfattat att hon/han har sagt för att visa empati och uppmuntra till fortsatt berättande. Sammanfattningar innebär att man tar ett steg till i samtalet eller byter fokus för att betona det som man som rådgivare vill förstärka. Boken ger tips och råd hur man kommer igång med MI genom att bland annat öka antalet öppna frågor och träna på att ge information på MI-vis. Läsaren får avslutningsvis bilagor innehållande frågeformulär för screening för riskbruk av alkohol, information om läkemedel för tobaksavvänjning liksom ett rikt antal hänvisningar till hemsidor med ytterligare information på området. Boken är föredömligt lättläst och även den mest stressade vårdpersonal har tid att läsa och tillägna sig det kloka, humana och oomtvistliga budskapet - att genom samtal stimulera patientens egen motivation till förändring. Ett budskap som är nog så viktigt i en tid där den professionella expertrollen är stark, den medicinska vetenskapen väger tungt och patientens eget bidrag till sin livssituation lätt förbises och förringas. Arbetar du i hälso- och sjukvård eller friskvård är denna lilla bok en värdefull inspirationskälla med sina lättlästa 64 sidor med enkla konkreta tips för att genomföra samtal som stödjer positiv förändring.





# Posttidning B

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

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

**PRF**  
Psykiatriska  
Riksföreningen

Du vet när du ser förbättring  
hos din schizofrenipatient

Vi hjälper dig att uppnå det<sup>1</sup>



## JANSSEN-CILAG

Janssen-Cilag AB, Box 7073, SE-192 07 Sollentuna.  
Tel 08-626 50 00. Fax 08-626 51 00. [www.janssen-cilag.se](http://www.janssen-cilag.se)

**INVEGA®**  
INVEGA® (paliperidon depottablett) är ett antipsykotikum med ATC-kod N05AX13. INVEGA® är indicerat för behandling av schizofreni. Det är receptbelagt och ingår i läkemedelsförmånen.

INVEGA® doseras en gång om dagen och finns i följande styrkor och förpackningar:

Produkt	Styrka	Förpackning	Pris
INVEGA®	Depottabletter 3 mg	28 stk	1 015 kr
INVEGA®	Depottabletter 6 mg	28 stk	1 015 kr
INVEGA®	Depottabletter 9 mg	28 stk	1 015 kr

Körförmåga och användning av maskiner: Trafikvarning. INVEGA® kan ha mindre eller måttlig effekt på förmågan att framföra fordon och använda maskiner beroende på potentiella effekter på nervsystemet och synen. Patienter skall därför uppmanas att avstå från att framföra fordon eller använda maskiner tills deras individuella känslighet för INVEGA® är känd. Datum för översyn av produktresumén 2009-11-05. **För ytterligare information se [www.fass.se](http://www.fass.se)**

Referenser: 1. INVEGA® Produktresumé.

**INVEGA®**  
PALIPERIDON  
Depottabletter

*När målet är bättre funktion<sup>1</sup>*