

Psyche

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGENS TIDSKRIFT NO 2/2010

Lust & Kunskap SSF 100 år

Psykiatriska Riksföreningens
årskonferens i Göteborg

Kvalitetsregister i psykiatri



Psykiatriska
Riksföreningen

Ansvarig utgivare
Richard Brodd

Chefredaktör
Hans Bergman

Redaktör
Mikael Nilsson

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

ISSN nr 0283-3468
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@sl.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
Foto: Mikael Nilsson

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

INNEHÅLL



Var arbetar du?

Intervju med Urban Norén ...sid.4

Från biologisk till fenomenologisk psykiatri

Martin Salzmann-Erikson sammanfattar 18th European Congress of Psychiatry i München där han i början av våren deltog med en poster om svensk psykiatrisk intensivvård.



...sid. 6

Lust & Kunskap - SSF 100 år

...sid.8

Kvalitetsregister är viktiga inom psykiatrin!

...sid.12



Psykiatriska Riksföreningens årskonferens 6-7 maj i Göteborg

...sid.14

Återhämtning

Konferens om återhämtning från psykisk ohälsa arrangerades av Nordiska hälsokonferenser den 9 mars på Gothia Towers i Göteborg och den 10 mars på Bonniers Conference Center i Stockholm.

Av: Henrika Jormfeldt ...sid.16



Bokrecensioner ...sid. 18



Notiser ...sid. 22

Nytt från NU!

Brister i ECT-behandling

Susanne R Suvanto & Märten Gerle ...sid.20

Nya i styrelsen

Inger Johansson, Britt-Marie Lindgren & Sten-Ola Berdenius ...sid. 23



ORDFÖRANDE HAR ORDET:

Sist jag skrev hade Haiti drabbats av en stor naturkatastrof. Nu när jag sitter här så har USA drabbats av sin värsta katastrof i historien med oljan som sprutar ut ostoppar verkar det som. Jag var i förra veckan i New Orleans, Louisiana och fick förmånen att tillsammans med några amerikanska vänner få följa med ut på båt i träskmarken. Det går inte i ord att beskriva deras ilska och förtvivlan över situationen. Naturen längs kustbandet har ett unikt djur och växtliv och oljan kan ge skador för många många år framåt. Andra delar drabbas också som Florida, det senaste jag hörde igår var att BP beräknar få stopp på oljeflödet kanske tidigast i augusti och att golfströmmen kan föra med sig olja som även drabbar oss. Jag hoppas man gör allt för att stoppa denna olycka.

I mitten av april var jag på en generalförsamling med Horatio som arrangerades i Prag av den Tjeckiska föreningen. Trots ekonomiska läget i världen hade mer än 300 psykiatrisjuksköterskor tagit sig till konferensen med titeln Building Bridges. Över 30 länder från Europa och omvärlden var representerade. Det verkar finnas ett stort intresse att samlas och mötas kolleger emellan. Jag ser fram med stor spänning till den festival som Psykiatriska Riksföreningen tillsammans med Horatio skall arrangera i Stockholm i september 2012.

För en månads sedan hade vi vår egen Årskonferens och årsmöte i Göteborg.

Jag vill börja med att tacka för att jag fick förtroendet att fortstätta leda Psykiatriska Riksföreningen som ordförande i ytterligare två år. Vill rikta ett varmt tack till Birgitta Person som avgick vid nyår och Mikael Nilsson som avgick på årsmötet i Göteborg. Vi är glada att Mikael kommer att fortstätta sitt arbete som redaktör för Psyche. Han är den som har grundat samarbetet med de andra nordiska länderna för att skriva ett nordiskt nummer. Jag vill samtidigt rikta ett stort varmt tack till resten av styrelsen för allt arbete vi tillsammans har gjort fram till nu. Med knappa medel och mycket engagemang på er fritid ställer ni upp för att Psykiatriska Riksföreningen tar plats på arenan.

Styrelsen har fått ett tillskott med tre personer Inger Johansson från Skövde, Britt-Marie Lindgren från Umeå och Sten-Ola Berdenius från Göteborg. Jag vill hälsa dessa tre varmt välkomna till styrelsen.

Sommaren har kommit och jag hoppas det blir en solig, varm och behaglig sommar för er alla därute. Vi hörs igen till hösten!

Richard Brodd
Ordförande
Psykiatriska Riksföreningen



Urban Norén

På jobbet

Hallå Urban Norén! Var arbetar du?

Jag arbetar på FoU-avdelningen vid Sahlgrenska Universitetssjukhus/Psykiatri Östra.

Beskriv dina arbetsuppgifter

Jag arbetar som forskningssjuksköterska och koordinator med kliniska prövningar inom det psykiatriska området.

Företrädesvis deltar jag i studier gällande utveckling av läkemedel.

Vad upplever du som positivt i arbetet?

Det finns flera positiva saker med mitt arbete. Bland annat att delta i en bit av utvecklingen för att hjälpa folk med olika typer av psykiatriska problem/besvär. Det är till stora delar ett fritt arbete med eget ansvar som givit mig möjlighet att träffa många intressanta och kunniga människor. Detta tror jag har hjälpt mig att utvecklas i min yrkesroll.

Vad tycker du är svårt?

Det kan ibland vara svårt att förklara för människor som inte gillar läkemedelsindustrin, att den här typen av kliniska prövningar är nödvändiga för att kunna utveckla nya effektiva läkemedel.

Vad har du för förväntningar eller farhågor inför framtiden?

På grund av den ekonomiska krisen har även den här typen av verksamhet gått på tomgång senaste året. Detta hoppas jag snart skall vara överståndet så vi kan få igång fler viktiga studier och utveckla vår verksamhet. Dock har jag farhågor om att många studier kommer att läggas i delar av de forna öststaterna framgent, då en del företag tycker att såväl kostnadsläget som regelverk i Västeuropa försämrats.

Intervjuare: Richard Brodd

Högaktuella konferenser




Kompetensteamet

Tel 08 – 410 281 50
www.kompetensteamet.se



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

Besök vår hemsida: www.psykriks.se

Från biologisk till fenomenologisk psykiatri

Martin Salzmänn-Erikson sammanfattar 18th European Congress of Psychiatry i München där han i början av våren deltog med en poster om svensk psykiatrisk intensivvård.

Jag heter Martin Salzmänn-Erikson och är doktorand vid Högskolan Dalarna och inskriven som forskarstuderande vid Örebro Universitet och jobbar även 50 % som psykiatrisjuksköterska på Ullevål Universitetskyrhus i Oslo. Jag har haft den stora möjligheten att aktivt delta med en posterpresentation vid 18th European Congress of Psychiatry (EPA) i München, 27 februari – 2 mars. Detta är mitt första besök i München och jag gillar staden redan vid första anblick. Även om jag inte fått så många minuter över till annat än att se konferenshallen kanske ändå min positiva inställning beror på att det är sol och 12 grader varmt ute. Dessutom har snön försvunnit. När jag lämnade Stockholm var det -5 grader och stora upplagade snöhögar.

Jag tänker först nämna några rader om min egen forskning och den poster som jag presenterade vid konferensen. I Sverige finns cirka 14 psykiatriska intensivvårdsavdelningar (PIVA) som vårdar de mest akut psykiskt sjuka människorna. Ofta kommer patienterna in genom polisens försorg då de slutat ta ordinerad medicin eller tagit droger och blivit psykotiska. Inte sällan sker inläggningarna med dramatik och vården bedrivs ofta mot patienternas egen vilja. Patienternas beteende tenderar att plötsligt eskalera på avdelningen där hot och våld kan förekomma både mot andra människor men också självskadebeteende förekommer. Genom omvårdande, medicinska och sociala insatser kan patienterna snabbt stabiliseras och gå vidare till vanliga akutpsykiatriska avdelningar inom psykosvården eller allmänpsykiatri eller direkt till hemmet. Mitt forskningsintresse handlar om att studera sjuksköterskors och skötares arbete att hantera och interagera med patienterna som vårdas i den mest kaotiska fasen av sviktande psykisk hälsa.



Martin Salzmänn-Erikson



Mässhallen

Inom PIVA-vården är stödjande, skyddande och begränsande åtgärder några av de mest basala, samtidigt som den speciella vårdmiljön är avgörande för att erbjuda patienterna säkerhet.¹

Eftersom jag är sjuksköterska och har ett omvårdnadsfokus finns det vissa områden på konferensen som intresserar mig mindre, t.ex. föreläsningen med titeln The DTNBP1 (DYSBINDIN-1) gene variant RS2619522-IS associated with variation of hippocampal grey matter volume in humans. Som tur är finns här ett brett spektra av områden som gör att konferensen ändå tilltalar mig mycket. Här erbjuds både

posterpresentationer, kortare muntliga föredrag, längre föreläsningar och debatterande sessioner. Några teman på konferensen är prevention, kulturell psykiatri, affektiva sjukdomar, psykotiska sjukdomar, suicidologi, socialpsykiatri, forensisk psykiatri och filosofiska antaganden bakom psykiska sjukdomar. Då denna konferens är så varierande i sitt slag gäller det att sortera ut de godaste russinerna ur kakan och lägga upp sitt eget program. Konferensen är välorganiserad och vid inregistreringen följer det med en drygt 400-sidig bok som ger en orientering över de olika aktiviteterna. Jag tänker här nämna ett

¹ Salzmänn-Erikson, M., Lützné, K., Ivarsson, A-B., Eriksson, H. (2008). The core characteristics and nursing care activities in psychiatric intensive care units in Sweden. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 98-107.

utkast från de några av de sessioner som jag närvarade vid.

På måndag förmiddag ställer professor Wolfgang Gaebel från Düsseldorf en fråga som kommer att debatteras under en och en halv timme: Behöver vi fortfarande psykiatriska sjukhus i Europa? Det råder idag en viss oenighet i Europa kring denna fråga och Gaebel nämner som exempel att Polen har en mer positiv inställning

om sin tid som medicinstudent i en stad sydöst om Bombay där den enda fritidsaktiviteten var att se på film. Hans intresse för film har följt honom till sin nuvarande ställning som både som psykiater och forskare. Professor Bhugra använder film som ett redskap i utbildningssituationer. För att illustrera hur han arbetar med detta redskap i undervisningssyfte visar han en snutt för audioriet från *As good as*

”Professor Bhugra använder film som ett redskap i utbildningssituationer. För att illustrera hur han arbetar med detta redskap i undervisningssyfte visar han en snutt för audioriet från *As good as it gets* där Jack Nicholson gestaltar en rollfigur med svåra tvångssyndrom.”

till psykiatriska sjukhus jämfört med Italien som är mer tveksamma. Diskussionen bjuder in audioriet att delta i debatten och en kvinna från Slovenien lyfter frågan om sina möjligheter att sänka antalet vård dygn inom slutenvården. Hon rekommenderas av moderatorerna att tydligare länka slutenvårdens platser till öppenvården samt att utöka öppenvårdens resurser genom att dra ner på slutenvården. Debattörerna menar att slutenvården måste bli mer specialiserad med tydligare inriktning och ständigt ifrågasätta huruvida vård och behandling kräver en säng på sjukhuset eller om vården kan genomföras polikliniskt. Detta kräver dock att enheterna blir mer självreflekterande, beredda på förändring och intar en flexibel inställning utifrån patienternas behov. En annan man från Italien ställer en fråga om sitt problem med invandrare som inte är följsamma med erbjuden vård inom den öppna psykiatriska vården. Under diskussion får den Italienska mannen till svar att hans verksamhet istället borde anpassa sig utifrån patienternas behov snarare än det omvända. En trend i Tyskland är numera att försäkringsbolagen börjar experimentera med alternativa lösningar men seminarietiden tillåter tyvärr inte vidare information kring detta.

Ett annat tema som fångat konferensarrangörerna är kopplingen mellan psykiatri och film där professor Dinesh Bhugra från London med rötter i Indien inleder en session. Han ger en inledande bakgrund om sig själv där han berättar

it gets där Jack Nicholson gestaltar en rollfigur med svåra tvångssyndrom. Utifrån valda scener låter han sina studenter reflektera över vilka relevanta frågor de skulle ha ställt till en patient som uppvisade det beteendet. Han poängterar dock att denna metod inte lämpar sig att ställa diagnoser då det trots allt handlar om film men det möjliggör en känsla av ett inifrånperspektiv i patienternas problematik.

En annan mycket intressant föreläsning gavs av Cyril Höschl från Prag om behandlingsmetoder för schizofrenipatienter. Inledningsvis ironiserar han över farmakologisk behandling, alltifrån det tidiga 1900-talets läkarordinationer av heroin och kokain för bland annat nedstämdhet och tandvärk. Hans skepsis fortsätter vidare mot både första och andra generationens antipsykotiska läkemedel och han kritiserar flera stora meta analyser inom fältet. Han tillstyrker dock att farmakologisk behandling till schizofrenipatienter ändå ger bättre resultat än att inte göra något alls – men fortfarande utför preparaten inget mirakel för patienterna. Hans poäng med föreläsningen var att lyfta evidensfrågan beträffande icke-farmakologiska behandlingsmetoder såsom bland annat transkraniell magnetisk stimulering, psyko- och familjeeducativa interventioner och KBT. Han berättade också om Information Technology Aided Relapse Prevention in Schizophrenia (ITAREP), ett nytt utvecklat IT baserat preventivt redskap. Metoden bygger på att en gång i veckan skicka ett frågeformulär

till patienter via SMS som de svarar på. Svaren analyseras och håller läkaren fortlöpande uppdaterad om förändringar i patientens hälsa och synliggör tidiga tecken på återinsjuknande, t.ex. om patienten plötsligt börjar sova sämre.

Under konferenser finns också möjligheten att träffa andra människor med liksinnade intressen och detta är verkligen något att ta vara på då man får tillfälle att skapa alla eventuella framtida samarbetspartner men också för att bara växla några ord som kan innebära nya infallsvinklar i sitt annars så trångsynta och vardagliga tankemönster. Efter att jag monterat min poster står jag och betraktar min postergranne, Latha Nruham från Oslo Universitet med etniska rötter i Indien. Hon presenterar sin studie om faktorer som inverkar vid suicidförsök ut ett genusperspektiv. Vi hamnar snart i ett samtal om tvångsvård i Norden kontra Indien. Det visar sig att man bara i de mest akuta och oundvikliga situationer lägger in patienter på tvångsvård i Indien, ännu mindre tvångsmedicinering. Detta beror i huvudsak på två anledningar; Indien är en familjekultur där man vårdar den sjuke hemma, den andra anledningen är det enorma administrativa förarbete som krävs vilken enligt henne motsvarar två hela arbetsdagar. Hon berättar också att en psykisk sjuk människa som läggs in på ett psykiatriskt sjukhus i Indien alltid har minst två anhöriga hos sig hela tiden och råder det brist på sängar sover de anhöriga på golvet. Det finns en ökad tillåtelse för familjemedlemmar att delta i den sjukes återhämtning. Jag har flera gånger stött på den svenska och norska motiveringen att anhöriga inte kan stanna utöver angivna besökstider då sjukhusets försäkring inte täcker eventualiteter; nog skulle nordisk sjukvård tåla lite flexibilitet och utomnordiska influenser? – jag drar paralleller till den italienska mannen och hans problem med invandrande patienter som inte var följsamma med den vård som hans verksamhet erbjöd där rekommendationen var att han istället skulle anpassa verksamheten efter patienternas behov snarare än tvärtom.

Innan jag lämnar konferensen passar jag på att prova en sederingsimulator i utställningshallen. Jag får prova på att köra bil, svara i telefonen och trycka in några tonvalsknappar samt spela luffarschack. Enligt representanten från företaget gjorde jag bra ifrån mig trots min nedsatta funktionsförmåga. Jag återvänder sedan hem igen med förhoppning att våren även är på väg till EU:s nordligare gränser.

Lust & Kunskap - SSF 100 år

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF) firar 100 år 2010 och arrangerar tillsammans med sektioner och nätverk konferensen Lust & Kunskap i Folkets hus i Stockholm. Närmare 1200 deltagare samlades under två dagar. Psykiatriska Riksföreningen, som är en sektion inom SSF, deltog genom att ha en monter där vi bland annat presenterade vår tidning Psyche. Det var ett fullspäckat program med hela bredden av sjuksköterskors olika verksamhetsområden representerade. SSF's ordförande Ania Willman öppnade konferensen och moderator för dagarna var Gerthrud Östlinder.

För att jubilera att föreningen fyller 100 år har en bok som heter Bilder av sjuksköterskan av Anna Götling skrivits och presenterades på invigningen. Efter konferensen hölls en jubileumsbankett i Stadshuset. 950 inbjudna gäster fick förmånen att uppleva en middag i blå hallen med många gratulationstal och fantastisk underhållning och kvällen avslutades med dans i gyllene salen.



Lust & Kunskap Sjuksköterskedagarna 2010, Stockholm 11-12 mars

Reflektion kring och utveckling av omvårdnad

”I kärvare tider krävs handledning mer än någonsin”

Monica Rönning – Frick, monica.ronning-frick@esh.se, Högskoleadjunkt,
av Svensk sjuksköterskeförening godkänd handledare i omvårdnad, Ersta Sköndal högskola

Handledning har en viktig funktion för sjuksköterskor eftersom de riskerar att bli cyniska och i alltför hög grad förlita sig på invanda rutiner i stressade situationer med hög arbetsbelastning. Cecilia Lundmark och Monica Rönning Frick visar upp en handledningsgrupp där en sjuksköterska i hemsjukvården beskriver sin situation med oerfaren personal och ökande arbetsbelastning. Hon beskriver att arbetsgivaren och kollegor har antytt att hon har för stort kontrollbehov då hon försökt ta upp problemet. Hon får under handledningssituationen hjälp med att ur-

skilja vilken typ av kontroll hon behöver ha för att utföra god och säker vård och ser själv behov av att diskutera detta vidare med sin arbetsgivare. Sjuksköterskan får med sig de goda råden från gruppledarna att bibehålla sin välgrundade känsla att vara en kompetent sjuksköterska och att skriva ned det viktigaste innehållet i det hon vill ta upp med sin arbetsledare inför samtalet. Min uppfattning är att sessionen visar ett gott exempel på hur en handledningssession kan gå till och på vilket sätt sjuksköterskan kan få hjälp att bedriva god vård i en komplex vårdmiljö.



Richard Brodd och Henrika Jormfeldt, PRF



Jan Eliasson

Reflektion och omprövning kan förbättra vården

Ragnar Levi levi@sbu.se, Läkare, författare, informationschef SBU

Kritiskt tänkande är av stor vikt och behöver uppmuntras i vården. Ragnar Levi arbetar på SBU och har skrivit en bok "Vettigare vård" om att kritiskt tänkande är livsviktigt i vården. Han beskriver detta med målande exempel som att man för inte särskilt länge sedan menade att sängläge var det enda rätta efter allvarliga sjukdomar som hjärtinfarkt trots att man idag vet att det är direkt skadligt med sängläge i sådana situationer. Han påminner också om att spädbarnsdödligheten ökade i samband med vetenskapligt obekräftade rön om att det var bäst för spädbarn att ligga på mage. Levi fortsätter med att ifrågasätta det faktum att nya metoder ofta införs utan att de testats eller har någon bevisad effekt liksom att starka ekonomiska särintressen har alltför stor inverkan på vilken vård och behandling som införs i vår hälso- och sjukvård. Gränsen mellan frisk och sjuk blir allt suddigare och kommersiella företag lanserar nya sjukdomar för att tjäna pengar på försäljning av mediciner mot dessa.

Han påtalar att det ofta är trögt att införa nya och bevisat effektiva metoder och att gallra ut ingrodda och dåliga metoder. Oprövade och

ineffektiva metoder sprids lätt och användning av bra metoder tänjs och används obeprövade vid tillstånd som är snarlika det ursprungliga användningsområdet. Vård kräver flera olika slags kunskap – inte bara evidens utan även teoretisk kunskap, färdighetskunskap och förtroghetskunskap. Ragnar Levi avslutar sitt anförande med att påminna om att tröst också är medicin men att denna ofta ges alldeles för lite utrymme i vården. Han uppmanar oss därför att inte låta det mätbara skymma lidandet. Och citerar som slutord Einstein med frasen "Det är inte allt som kan räknas som räknas och inte allt som räknas som kan räknas"

Kan mindfulness bidra till utvecklingen av omvårdnad...?

Kent-Inge Perseus, kent-inge.perseus@ltkalmar.se, Psykiatrisjukköterska. Med dr, verksamhetsutvecklare vid Nyckeln kurs- och kompetenscentrum för hälsopedagogik i Landstinget Kalmar län, Lektor i psykiatrisk omvårdnad, Institutionen för vårdvetenskap på Ersta Sköndal Högskola i Stockholm

Mindfulness eller träning i medveten närvaro har fått allt större genomslag som behandlingsmetod vid olika stressrelaterade ohälsotillstånd och stressrelaterad sjuklighet kan beskrivas som vår tids farsot. Hälsa kan definieras som summan av alla åkommor man

inte har eller ett liv förenat med uthärdligt lidande. Kent-Inge Perseus beskriver mindfulness som att odla förmågan att vara medvetet närvarande i nuet, ta tid till stillhet, fokusera på andning sinnesintryck eller kroppsupplevelser, uppleva utan att värdera, genom att lära sig stanna upp, observera, acceptera och låta gå. I vår stressade livssituation med högt tempo är det lätt att drunkna i sin egen tankeström och oroa sig för framtiden eller älta det som varit "baktiden" och att ständigt värdera både sig själv och sin omvärld. Metatänkande innebär att tänka över vad man tänker på för det är trots allt så att vart du än går, är du där. Målet med Mindfulness är sinnesro, minska lidande, effektivitet i vardagen, lära känna sig själv och att acceptera sig själv. Mindfulness är detsamma som medvetenhetsträning med hjälp av meditation, kroppsskanning, meditation i rörelse (Yoga, Qi-gong, Tai Chi mm) och andningsupplevelsen i magen central. Mindfulness fokuserar mera på att vara i sina upplevelser och beskriva dem än att distrahera och suggerera. Mindfulness har visat positiva effekter på blodtryck, puls, andningsfrekvens och stresshormoner men inga negativa bieffekter. Sammanfattningsvis handlar mindfulness om att lära sig att vara snäll mot sig själv. Kent-Inge Perseus hänvisar till hemsidan www.ltkalmar.se/nyckeln för den som vill veta mer.

Motiverande samtal

Barbro Holm Ivarsson, barbro.holm-ivarsson@telia.com, Leg psykolog, konsult, expert på motiverande samtal, författare.

MI (motivating interview) står för motiverande samtal och Barbro Holm Ivarsson inleder sin presentation med att berätta att Sverige idag är det MI - tätaste landet i världen. MI används vid behov av livsstilsförändringar på områden som innefattar alkohol, droger, tobak, samt kost och övervikt. Ytterligare områden där MI är användbart är stress, sömnvanor, egenvård, följa ordination och motivera till behandling. MI används

och förmedla att "Du har var du behöver!", genom att lyssna, visa empati, intresse, respekt och vara accepterande. Barbro Holm Ivarsson beskriver översiktligt att metoden går ut på att lyssna reflektivt och ställa öppna frågor för att underlätta dialog eftersom slutna ja och nej frågor lätt passiviserar patienten. Förändringsbenägenhet utforskas närmare och motivation stimuleras med hjälp av skalfrågor 1- 10. Ett sätt att bekräfta individen är också att reflektera, sammanfatta och bekräfta det personen förmedlar kring sitt sätt att förhålla sig till problemområdet. I Norge kallas MI bekymringssamtal eftersom en del av samtalet går ut på att öka personens ambivalens till sitt

"Suicidaliteten ökar bland barn och ungdomar men resurser dras ned i vården för denna grupp."

inom Hälso- och sjukvården, friskvården, beroendevården, skolhälsovården, tandvården, socialtjänsten och kriminalvården.

MI är en patientcentrerad metod och kan beskrivas som en del i tredje vågens psykologi som innebär att varje människa har ett frö som kan utvecklas till full potential under förutsättning att någon lyssnar med "unconditional positiv regard". MI lyssnar mer på styrkor än svagheter då patienten själv pratar som en positiv förstärkning, som ett positivt sätt att styra och påverka personen. Detta förhållningssätt har visat sig kapa mer motivation och underlätta för båda parter att tala om livsstil. Detta är viktigt eftersom det kan vara svårt och väcka motstånd hos många individer att tala om livsstilsförändring. Syftet med MI är att locka fram individens egen kraft och moti-

nuvarande beteende och på så sätt underlätta ett eget beslut för förändring. Motivation är att vilja förändras för att jag själv ser fördelar med förändringen. De grundläggande principerna i MI är att visa empati, hjälpa patienten att bli medveten om problemet, undvika att argumentera/rulla med motstånd och förmedla tilltro till patientens egen förmåga. Samtalet avslutas med att locka fram ett åtagande. Visa att du tror på patienten men att ansvaret ligger på patienten själv.

Föreläsningarna i denna session avslutades med den sammanfattande begrundan att vi behöver ta oss tid för reflektion för att främja vår egen hälsa och i slutändan kunna främja patientens hälsa samt för att vården ska vara säker effektiv och god.

Omvårdnad vid psykisk ohälsa

Unga vuxna som ger stöd till personer med psykisk ohälsa - hur påverkas de närståendes vardagsliv?

Lilas Ali lilas.ali@gu.se Leg sjuksköterska och doktorand Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, Institutet för värdvetenskap och hälsa. Handledare Britt Hedman Ahlström, Leg sjuksköterska, Fil dr, Barbro Kevers, Arbetsterapeut, Med dr, Ingela Skärsäter, Leg sjuksköterska, Docent.

Psykisk ohälsa bland unga människor ökar vilket gör att närstående ofta får ta ett stort ansvar för att stödja kamrater eller familjemedlemmar i svåra livssituationer. Syftet med projektet var att utveckla en webbaserad hemsida för att stödja dessa ungdomar genom att ta reda på vad de behöver för stöd. Studien är unik då den är participatorisk, vilket innebär att ungdomarna själva är delaktiga i projektet. 3703 personer tillfrågades om de stödjer någon som mår psykiskt dåligt varav 236 personer randomiserades till en grupp som fick tillgång till webbsidan och en grupp som istället fick en skriftlig broschyr. Webbsidan är för närvarande låst och kan endast användas av de användare som randomiserats till undersökningsgruppen. Slutligen föll 40 respektive 44 personer senare bort i grupperna. Enkäter och kortisol i saliv utgör mätningarna. Hälsa, behov av stöd och självtillit mm mäts som effektmått.

De preliminära resultaten hittills visar hur gruppen som deltar i studien ser ut avseende bakgrundsvariabler som exempelvis ålder, utbildning, försörjning. Förhoppningen är att denna forskning kommer att få betydelse för personer med psykisk ohälsa såväl som för deras närstående genom att öka deras delaktighet i samhället liksom allmänhetens förståelse för dessa personers vardagssituation.

Samband mellan sömnstörningar och suicidalt beteende

Nils Sjöström nils.sjöström@gu.se, Leg sjuksköterska och lektor, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.

I Sverige tar ca 1 500 personer sitt liv och ca 15 000 gör suicidförsök varje år. Suicid är en av den vanligaste dödsorsaken i åldrar mellan 15 – 44 år. Detta leder till långtgående konsekvenser för patienter och deras närstående. Suicidaliteten ökar bland barn och ungdomar men resurser dras ned i vården för denna grupp. Nils Sjöström jämför detta med de resurser som tillförs för att åtgärda exempelvis dödsfall i samband med trafikolyckor. Svensktalande personer mellan 18-69 inkluderades i studien.

Mardrömmar har samband med suicidalt beteende som kvarstår efter kontroll av kön psykisk sjukdom och upplevda depressioner och ångestbesvär. Frekventa mardrömmar vid tiden för det första suicidförsöket är en klar riskfaktor för ytterligare suicidförsök efter 2 år. Sömnstörningar är associerade till suicidförsök oberoende av psykiatrisk störning. 89% av deltagarna rapporterade i samband med suicidförsöket någon form av sömnstörning. Vanligast (73%) följt av svårt att sova (69%), mardrömmar (66%) och tidigt morgonuppvaknande (58%). Frekventa och ihållande mardrömmar var associerade med en 5-faldig risk för suicidalt beteende. Resultatet indikerar att det är viktigt att uppmärksamma sömnstörningar i samband med vård av personer med suicidbenägenhet. Nils Sjöström planerar framöver att göra kvalitativa intervjuer med personer med egentlig depression för att se om man kan hitta skillnader mellan de som gjort suicidförsök och de som inte gjort suicidförsök avseende sömnstörningar likaså det subjektiva innehållet i mardrömmarna.

Psykisk hälsa i primärvården – riktlinjer och omvårdnad

Anniqa Foldemo anniqa.foldemo@liu.se, Universitetslektor/FoU-handledare och Med dr i psykiatri, Hälsouniversitetet/Fou-enheten för Närsjukvård i Östergötland.

Anniqa inleder sitt anförande med att ställa frågan ”Vad är det för roll sjuksköterskor ska ha i psykiatrisk öppenvård?” Idag finns ingen samlad bild av psykiatrisjuksköterskans

funktion. Målet i närsjukvården är normalisering till skillnad från institutionalisering men förändringen i sjuksköterskans yrkesroll har inte diskuterats tillräckligt. Det krävs att närsjukvården arbetar aktivt uppsökande, hälsofrämjande och förebyggande med hänsyn till integriteten och självbestämmande i kontakten med personer med varaktigt psykisk ohälsa. För denna persongrupp har kommunen ansvar för boende, sysselsättning och rehabilitering medan psykiatrin med all traditionell erfarenhet och formell kompetens har endast ansvar för de medicinska insatserna, vilket ofta innebär ett glapp i övergången från psykiatrin.

Hemmet som vårdmiljö har en symbolisk betydelse. Patienten ges möjlighet att fatta beslut och ta ansvar för sin egen hälsa sjuksköterskan fungerar som en professionell/vän. Det är viktigt att använda språket på ett sådant sätt att det inte fungerar som en förlängning av slutenvårdens makt och kontroll där sjuksköterskan tar rollen att övertala och veta bäst. I jämförande studier mellan upplevelse av kontakt med distriktsläkare alternativt psykiatrisjuksköterska i denna persongrupp har det visat sig att dessa patienters behov tillgodoses i högre grad vid kontakt med psykiatrisjuksköterska än vid kontakt med distriktsläkare. Det viktiga är att

sjuksköterskan har tid och fungera som stöd, bollplank, lots liksom att lyssna aktivt och inkännande. Individens berättelse är grund för individens ökade självförståelse och sjuksköterskan får samtidigt underlag för hur individen resonerar. Vårdplanen är ett viktigt redskap i detta arbete och patientens delaktighet behöver stärkas i planeringen av vårdinsatserna.

Föreläsningarna i denna session visade på den rika variationen i alla de olika kontexter och vårdinsatser som psykisk ohälsa innebär.

”Det finns ingen varaktig fred utan utveckling, ingen utveckling utan fred och ingen varaktig utveckling eller fred utan respekt för mänskliga rättigheter”

Global hälsa och välfärd – i perspektivet av klimatförändringar och socioekonomisk utveckling

Jan Eliasson särskild rådgivare till FN:s generalsekreterare

Jan Eliasson inleder med att beskriva ett viktigt samband. ”Det finns ingen varaktig fred utan utveckling, ingen utveckling utan fred och ingen varaktig utveckling eller fred utan respekt för mänskliga rättigheter”. Han visar också på ett vanligt tankefel som vi gör när vi tänker att globala problem är problem som finns långt borta när det i verkligheten förhåller sig så att alla globala problem till sist är lokala. Han uppmanar oss alla 1200 sjuksköterskor att inte förfalla i hopplöshet över komplexiteten i de problem vi möter utan istället komma ihåg att ingen kan göra allt men att alla kan göra något med passion och medkänsla. Jan Eliasson avslutar sitt mycket inspirerande fördrag med att citera inledningen i Burton Russells självbiografi som en uppmaning till auditoriet. Vi ska låta våra liv styras av längtan efter kärlek, sökande efter kunskap och djup medkänsla för de människor som lider och säga nej till ångest och ja till handlingskraft.

KCP

Kvalitetsregister är viktiga inom psykiatrin!

Svensk sjukvård ska erbjuda god och likvärdig vård. För att kunna förbättra kvalitén behöver vi utvärdera gjorda insatser och följa upp vilka resultat olika former av behandling ger.

KCP – Kompetenscentrum för psykiatriska och andra kvalitetsregister, Örebro Uppsala – arbetar för att sprida, stödja och vidareutveckla nationell kvalitetsregisterverksamhet.

Tillsammans med anslutna registerhållare och andra intressenter utvecklar KCP metoder för att underlätta registeranvändningen, göra patienter mer delaktiga i registerarbetet, stödja användningen av registerinformation i kliniskt förbättringsarbete.

KCP erbjuder service och support i den dagliga användningen av registren samt stödjer analys av data och rapportproduktion. KCP stöder även start av nya register.

KCP ingår i Psykiatriskt forskningscentrum i Örebro och drivs gemensamt av Örebro läns landsting och Landstinget i Uppsala län, på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Kontakt:
kcp@kcp.se eller
019-602 58 77

I kvalitetsregister insamlas personbunden information om problem och diagnoser, åtgärder samt resultat av insatserna i syfte att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Uppgifterna kan även användas för klinisk forskning och för stöd i behandlingsarbetet.

För att sprida, stödja och vidareutveckla nationell kvalitetsregisterverksamhet inom psykiatrin etablerades 2009 ett nytt kompetenscentrum: KCP - Kompetenscentrum för psykiatriska och andra kvalitetsregister, Örebro Uppsala.

”KCPs uppdrag är att underlätta användandet av kvalitetsregister inom psykiatrin, verka för att patienterna ska bli mer delaktiga i registerarbetet, underlätta så registerinformation kommer till nytta i det kliniska förbättringsarbetet. Vi har en avdelning som ger service och support till användarna i befintliga register och fungerar även som stöd vid start av nya register”, säger KCPs chef Lars Kjellin. KCP har idag sju anställda på funktioner inom IT, support, utbildning, analys och information. KCPs lokaler ligger i anslutning till Universitetssjukhuset i Örebro.

Ny webbaserad lösning

På uppdrag av projektet Nationellt kvalitetsregister för psykiatrin (NKP) vid SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) arbetar KCP med att utveckla en ny

webbaserad lösning - gemensam för alla nationella kvalitetsregister inom psykiatrin. Den nya lösningen ska underlätta såväl inmatning som analys av information, så att kvalitetsregistren kan bli ett än mer praktiskt arbetsredskap i verksamheten. Den nya lösningen kommer att tas i bruk under 2011.

Uppföljning av behandlingstillfredsställelse

”En annan viktig del i vårt arbete är att ta reda på hur patienterna upplever den vård och bemötande som de har fått”, säger Lars Kjellin. Sedan ett antal år har detta gjorts för patienter som behandlas för ätstörning (via kvalitetsregistret RIKSÄT) men har saknats för övriga register. Nu är även övriga register på gång med att samla in information om behandlingstillfredsställelse.

Pilotenkät

I början på maj skickade KCP ut en enkät om behandlingstillfredsställelse till ett urval av patienter i registren: Bipolär, BUSA och PsykosR. ”För att testa utformningen av enkäten görs utskicket till ett begränsat antal patienter. Tillsammans med enkäten ges även möjlighet att lämna synpunkter på enkätens utformning och syftet med enkäten”, berättar Lars Kjellin.

Urvalet för denna test är patienter som är 18 år och äldre, för vilka det registrerades en uppföljning under perioden 2009-06-01 till 2010-02-28. Vi börjar med en enkät för patienter 18 år och äldre, men kommer senare även att se över hur vi på bästa sätt når de yngre patienterna” säger Lars Kjellin.

Patienter vars behandling har avslutats är undantagna från utskicket. Enheter med patienter som kommer att få enkäten sänd till sig har blivit informerade om utskicket i förväg.

Enkäten sänds hem till patienterna tillsammans med ett svarskuvert, ett informationsblad samt några frågor om enkätens upplägg.

Kommentera gärna frågorna i enkäten

KCP och ansvariga för respektive register är intresserade av att få in era kommentarer på frågorna i enkäten. Är det rätt frågor, saknas det något? Hör av er till kcp@kcp.se med era kommentarer.

Frågorna besvaras på en 5-gradig skala där 1 = Stämmer inte alls och 5 = Stämmer helt och hållet.

1. På vardagar kan jag alltid komma i kontakt med personal som deltar i min behandling inom 24 timmar (kan gälla telefon, E-mail, personligt besök).
2. Jag vet vart jag ska ringa om jag behöver tala med någon inom den psykiatriska vården utanför kontorstid.
3. Jag känner förtroende för den personal som deltar i min behandling.
4. Jag tycker att personal som deltar i min behandling har den kunskap som behövs.
5. Jag har fått information om vilka behandlingsalternativ som rekommenderas för mina problem.
6. Jag har haft tillräcklig möjlighet att påverka valet av behandlingsalternativ.
7. Jag har tillsammans med personal formulerat en skriftlig plan för min fortsatta vård.
8. Jag tycker att min behandling har haft bra resultat.
9. Jag tycker att jag har blivit väl bemött av den personal som deltar i min behandling.
10. Jag tycker att jag har blivit väl bemött av övrig personal (t ex i reception/motsv.).
11. Jag har blivit informerad om patientföreningar, stödgrupper eller liknande.
12. Jag är nöjd med det inflytande jag har haft när det gäller valet av läkemedel.
13. Jag tycker att jag har hjälp av en eller flera av de mediciner som ordinerats de senaste 12 månaderna.
14. När jag inte tar mina mediciner enligt ordination brukar jag berätta det för personalen som deltar i min behandling.
15. Senast jag fick en ny medicin mot psykiska besvär blev jag informerad om de biverkningar den kan ha.
16. Under de senaste 12 månaderna har jag fått biverkningar av min medicinering. (Om ”ja” besvara även nästa fråga).
17. Mitt dagliga liv har påverkats av biverkningarna.

Uppföljning - analys

Lars Kjellin berättar vidare ”Utifrån de enkätsvar och synpunkter som kommer in gör vi en analys och bedömning om behovet av eventuella korrigeringar i enkätens utformning innan ett ordinarie utskick görs”. Resultatet av testenkäten kommer att ställas samman så att det ej går att identifiera enskilda patienters svar. Enheter som är med i urvalet kommer att få en sammanställning av sin enhets resultat.

Tanken är att enkäten om behandlingstillfredsställelse ska sändas ut en gång per år till patienter som har en pågående behandling registrerad. Då kommer det även att finnas svarsmöjligheter via Internet.

Register anslutna till KCP (maj 2010):

Bipolär - Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom

BUSA - Nationellt kvalitetsregister för behandlingsuppföljning av säkerställd AD/HD

PsykosR - Nationellt kvalitetsregister för psykosvård

LAROS - Läkemedelsassisterad behandling vid opiatmissbruk

RIKSÄT - Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling

Rättspsyk - Rättspsykiatriskt kvalitetsregister

SBR - Svenskt beroenderegister

SÖK - Nationellt kvalitetsregister för barn och ungdomar som konstaterats/misstänks ha blivit utsatta för sexuella övergrepp.

Mer information om respektive register finns på www.kcp.se

Nya register som är på gång att starta är register för ECT- och internetbaserad behandling.



Bemötande

Bemötande är omvårdnadens kärna, dess etik och problematik. Sjuksköterskor är experter på bemötande men samtidigt handlar de flesta av anmälningarna mot sjukvården om just detta, vilket betyder att bemötandets konst hela tiden behöver ifrågasättas och utvecklas.

Det finns mycket generell kunskap att hämta om vad som är bra och verksamt i bemötandet av patienter, anhöriga och kollegor. Att byta plats och se den andres perspektiv är en början. Drygt 75 personer samlades på Sahlgrenska universitetssjukhuset i början av maj för att lyssna till väldigt bra föredrag och dela erfarenheter om bemötande. En blandning av brukare och professionella gav olika perspektiv på bemötande och vi fick en synnerligen bra vägledning igenom de två innehållsrika dagarna av Susanne Rolfner Suvanto från Socialstyrelsen.

Handisam och NSPH fanns på plats under konferensen. De har i uppdrag att driva processer för att förändra attityder mot personer för psykiska funktionshinder. De aktuella frågorna på deras agenda just nu är:

• **Din egen makt - utbildning**

• **Med starkare röst – utbildning i brukarinflytande**

• **Medverka i utbildningar, ta fram utbildningsplan tillsammans med ex läkareutbildning**

• **Mediekampanj**

• **Attitydambassadörer**

Susanne Syrén talade utifrån sin avhandling "psykosjukdom och familjeperspektiv". Hon menar att varken det socialpsykiatriska (funktion) eller det patologiska (symtom och sjukdom) perspektivet är patientens. En av psykiatriens utmaningar är att också våga ta hand om de närstående, inte bara se dem som resurs. Susanne presenterade sin avhandling i Psyche nr 1/2009.

Gill Croona, lektor vid Linne universitet talade under vinjetten "Bemötandets etik och praktik". Hon tänker sig att det i så kallade asymmetriska

relationer finns en större risk för kränkande bemötande än i symmetriska. Möten i vården innebär professionella relationer, assymetriska relationer, olika hälsa, olika kunskap, olika känedom – detta leder till en maktobalans. Hon har den senaste tiden upptäckt att bemötande också har ytterligare en dimension som handlar

"Bemötande är etik, i det mellanmännliga mötet visar etiken sitt ansikte."

om delaktighet och inflytande. Att närstående och patienter inte känner att de blir tagna på allvar och får vara delaktig är ett stort problem i vården. Klagomål och anmälningsfall ökar, vårdforskning och statliga utredningar visar att det finns ett stort missnöje bland vårdssökare. Läs hennes artikel "Ett gott bemötande" i Psyche nr 4/2009.

Suicid – tala eller tiga

Bemötande av närstående i samband med suicid

Ullakarin Nyberg, överläkare inom Norra Stockholms Psykiatri, föreläste om vilket bemötande föräldrar och unga får som har mist ett barn eller syskon i suicid. Föreläsaren har forskat på området och berättade om preliminära resultat från sin forskning.

Av Daniel Björck, Jan Egil Brennodden och Anette Jernberg

Det finns inga riktlinjer för hur närstående till person som suiciderat ska tas om hand. Detta trots att suicid är den vanligaste dödsorsaken mellan 15-44 års ålder.

Ullakarin Nybergs konstaterar att enkla instruktioner till vårdpersonal kan ge gott stöd i bemötande av närstående och att det därför behövs riktlinjer.

För att kunna ta fram evidensbaserade riktlinjer behövs tillräcklig kunskap om vilken hjälp de förlustdrabbade behöver, vad de erbjuds idag, hur de uppfattar den hjälp som erbjuds och vilka professionella insatser som motverkar

att sorgen övergår i psykisk ohälsa.

Efterlevandes hälsotillstånd på lång sikt påverkas av faktorer som att se den avlidne under värdiga omständigheter, att få adekvat information om dödsorsak och möjliga orsaker till det inträffade, att få ett snabbt och personligt besked om dödsfallet samt att bli erbjuden stödinsats. Närståendes medbestämmande är viktigt att ta hänsyn till. De behöver känna att de är delaktiga i processen och är sedda.

När Ullakarin Nyberg sökte tillstånd för sin forskning stötte hon på hinder i form av myter, bland annat den om att man inte ska tala om



självmod för att inte "väcka den björn som sover", men i själva verket fanns det ett stort intresse bland anhöriga av att delta i studien.

Viljan att hjälpa andra är så stark att man delar med sig av sina erfarenheter trots att det kan vara smärtsamt. Det fanns bland respondenterna en förhoppning och önskan att andra som råkar ut för samma sak ska få ett bättre bemötande. Utav de som tillfrågats ville hela 80% delta i studien. Alla frågor besvarades, vilket är mycket ovanligt i studier av det här slaget.

En fjärdedel av respondenterna kände dödsångest. Nästan hälften upplevde att de inte

hade någon livskvalité alls eller mycket låg livskvalité. Hälften hade panikattacker, vaknade med ångest på morgonen eller av nattlig ångest. Nästan hälften angav att de hade obefintlig eller mycket dålig psykisk hälsa.

De tillfrågade fann det betydelsefullt att man som vårdpersonal, även om man inte hade svar, gjorde sig tillgänglig och sökte efter svar.

De närstående upplevde sig ibland omyndigförklarade av myndigheter och sjukvård. Detta exempelvis genom att ha blivit avrådade från att ta farväl genom att se sin anhörige. De upplevde sig inte delaktiga när det hänvisades till sekretessen.

I stort sett alla närstående ansåg att vården ska ta kontakt för att erbjuda stöd och information. Lite mer än en tredjedel hade träffat en professionell person för att diskutera möjliga orsaker till barnets död. Av dem tyckte nära nog alla att det var värdefullt. Hälften av de närstående berättade att de var oroliga för barnets psykiska hälsa månaden före dödsfallet. Av dessa försökte en fjärdedel förmedla sin oro till vården men flertalet av dem upplevde att deras oro inte togs på allvar. Lite mer än en tredjedel hade kontakt med psykiatrin under månaden före dödsfallet. Bara 7 av 100 närstående hade en krisplan för hur de själva skulle agera vid försämring hos barnet.

Det framkom att de närstående i efterförloppet upplevde en tystnad. Ingen frågade efter den döde. Ingen nämnde namnet. Det var som om personen aldrig funnits. Någon uttryckte det med orden att "bära två sorger i en". De betonade att det är viktigare att säga något, vad som helst, än att bara tiga.

Slutligen kan nämnas vikten av att närstående får tillfälle att se den döde under värdiga former. Detta gäller även om den avlidne är illa tilltygad. I det senare fallet är det betydelsefullt att ge information i förväg.

Föreläsarens konkreta förslag:

- Skapa riktlinjer för kontakt med närstående i samband med suicidala patienter
- Utarbeta en krisplan inkluderande muntlig och skriftlig information om hur vården och närstående ska agera vid försämring hos den suicidbenägne
- Diskutera riskfaktorer för suicid
- Tänka på att sekretess inte hindrar lyssnande
- Utforma riktlinjer för kontakt med närstående efter suicid
- Upprepade kontakter med erbjudande om stöd till de närstående

Föreläsarens allmänna råd till vårdpersonal:

- Var mindre rädd för att vara rädd
- Var tillgänglig
- Visa att du är berörd
- Visa deltagande
- Gå aldrig i försvar

Jan-Olof Forsén

RSMH:s Förbundsordförande

Av Henrika Jormfeldt

Jan-Olof Forsén Förbundsordförande i RSMH insjuknade i psykos 1975 i samband med en skilsmässa och han menar att ett förbunds största problem är de egna fördomarna om sig själv och sina medlemmar. Det är därför viktigt att vi bryr oss om varandra utan att behöva gå via sjukvården liksom att vi vågar berätta vår egen personliga historia för att minska fördomarna mot psykisk ohälsa.



I lagarna står det att "Funktionshinder ska få leva som andra" men Jan-Olof säger "vi är glada om vi får leva med andra". Han fortsätter med att beskriva att fritid förutsätter arbetstid annars är det bara tid och tid kan vara plågsam om den inte har något innehåll, någon mening eller inriktning. Att inte ha svar på frågan "Vad gör du?" är svårt. Man kan inte med bibehållen självaktning svara "jag håller på med meningsfull sysselsättning". Jan-Olof menar samtidigt att hjärtinfarkt är betydligt mer självförvållad än psykisk ohälsa och att fördomarna på så sätt är orättvisa.

Jan-Olof beskriver vikten av att samverka med patienten i vården det räcker inte att samverka om eller kring patienten med andra vårdgivare. Ofta är det många vårdgivare som måste kunna samverka både med varandra och med patienten utifrån patientens behov och önskemål. En patient kan samtidigt ha insatser från psykiatri, kommun, arbetsförmedling, försäkringskassa

Det första mötet med vården är mycket viktigt. När det gäller en nyinskriven patient på en akut psykiatrisk avdelning anses det självklart att man som patient genomgår tre dagars observation. Som personal kanske man inte riktigt tänker på vilken stor påfrestning detta innebär för den som ska observeras. Skulle personal observeras i tre dagar på samma sätt hade det förmodligen anses mycket kränkande. Tvång i vården är alltid ett misslyckande för alla parter, därför är det bättre med nätverkskontrakt och överenskommelse där båda parter är informerade och delaktiga i de beslut som fattats. En vårdavdelning för psykossjukdomar ska inte ha mer än 4 till 5 vårdplatser, för att psykiatrisjukvård ska kunna göra ett bra arbete behövs goda förutsättningar. Det som är bra för personalen är också bra för patienten. Det är därför viktigt att verka för en god miljö

på vårdavdelningar. Det är mycket viktigt att återskapa förtroende efter en tvångssituation som exempelvis en bältesläggning. Psykosen som sådan är en mycket svår upplevelse och därför blir personalens bemötande av stor vikt. Jan-Olof är kritisk till begreppet terapeutisk hållning och beskriver med eftertryck att man lika gärna kan prata med en vägg som med en person som har en terapeutisk hållning, och förhåller sig neutral till allt som patienten säger eller gör. Kommunikation består till 15 % av ordet, till 15 % av intonationen och till 70 % av kroppsspråket. Det viktigaste i ett möte är därför att vara sann. Allt annat skiner igenom och kan upplevas som oärlighet av den som lider av psykisk ohälsa och är extremt känslig för andra människors beteende. Det handlar inte om vad som är rätt eller fel utan om vad som är äkta.

På tal om insatser för att värna om den fysiska hälsan inom den psykiatriska vården berättar Jan-Olof att han är för rökavvänjning men inte när man som patient mår som sämst på en akutavdelning. Han beskriver målade egna erfarenheter av biverkningar i samband med medicinsk behandling som "att sitta fastbunden på en stack full med pissmyror". Det är därför viktigt att vara ärlig med vilka biverkningar som finns vid ordinationen eftersom man inte ska behöva få denna information av andra patienter i rökrummet långt efter att man själv har drabbats.

Jan-Olof Forsén avslutar sin presentation med att påminna om att det viktigaste som psykiatrisjukvård ska stå för och bidra med är hopp. Hopp är en förutsättning för återhämtning. Återhämtning innebär inte att gå tillbaka utan att gå framåt. Inom den medicinska professionen används ofta ordet remission då man bedömer patientens grad av förbättring men Jan-Olof förespråkar termen återhämtning och menar att det är bättre att alla använder samma ord för att minska risken för missförstånd. Återhämtning behöver inte betyda helt medicinfri eller helt problemfri, däremot betyder det att man upplever att man har ett tillfredsställande liv.

Återhämtning

Konferens om återhämtning från psykisk ohälsa arrangerades av Nordiska hälsokonferenser den 9 mars på Gothia Towers i Göteborg och den 10 mars på Bonniers Conference Center i Stockholm.

Konferensen öppnades med att Camilla Bøgarve, en av arrangörerna, hälsade välkommen och gav en kort översikt över kunskapsområdet återhämtning.

Ron Coleman är en internationellt eftertraktad föreläsare, utbildare och konsult i psykiatri. Utifrån sin egen erfarenhet av psykisk ohälsa och psykiatrisk vård arbetar han idag med att stödja klienter i deras återhämtning. Han har också skrivit utbildningsmaterial och flera böcker inom området

Ron Coleman inleder sin föreläsning med att berätta att han försörjt sig på att arbeta med klienter sedan 1993 dvs. i 17 år men att han trots detta fortfarande ofta omnämns som före detta brukare. Han ställer därför den viktiga frågan ”Hur länge är man en före detta brukare?”

Personal i psykiatrisk vård har påbörjat sitt yrke för att de på ett eller annat sätt vill väl för de människor som drabbats av psykisk ohälsa. Ron påtalar att det knappast kan vara för de rika karriärmöjligheterna eller den väl tilltagna lönen utan snarare för ett genuint intresse för människor och deras återhämtning. Återhämtning innebär att gå framåt. En viktig dimension i återhämtning är makt. Makt ges inte, makttas, precis som homo-, bi- och transsexuella personer har arbetat för sexuell jämställdhet, den svarta befolkningen och kvinnor i hela världen har arbetat för frigörelse och likaberättigande, måste personer med psykisk ohälsa ta makten över sina liv. Friska människor kommer inte att ge personer med psykisk ohälsa makt, de måste ta den själva. Återhämtning handlar mycket om att lära sig att ta sin rättmätiga makt över sin situation.

Vad professionella ser och gör påverkar personens resa mot återhämtning. Ron beskriver en händelse som han bevittnat då en klient som levtt och återhämtat sig utanför den psykiatriska slutenvården i 5 år. Då klienten åter läggs in säger den personal som tar emot ”jag viste hela



Ron Coleman

Utbildare och konsult i psykiatri.

”To make mistakes make people grow”

tiden att du skulle komma tillbaka”. Detta är ett sätt att förneka 5 år av återhämtning och göra återhämtning omöjlig. Man kan inte återhämta sig i sängen, därför är en av personalens viktigaste uppgift att understödja och motivera till aktivitet. Man hör ofta personal säga att det är patientens eget val att ligga i sängen hela dagen medan patienten säger att han eller hon ligger pga. tristessen i att inte ha någon funktion eller uppgift. Professionella måste arbeta för att göra sig icke behövd eftersom överbeskydd hindrar återhämtningsprocessen. ”To make mistakes make people grow” Återhämtning är ett val som endast individen själv kan ta beslut om. Som personal är det viktigt att inse att återhämtning är det arbetsammaste en människa har att göra i sitt liv. Personal måste tro på varje patients inneboende egen förmåga att återhämta sig. Det är en alltför lättvindig, enkel och felaktig slutsats att säga att någon är för sjuk för att kunna återhämta sig. Alla har förmåga att återhämta

sig och ingen kan på förhand säga vem som har bäst förutsättningar för återhämtning, därför måste alla bemötas på ett sätt som främjar, underlättar och möjliggör återhämtning.

Återhämtning utgår från personen medan behandlingsmodeller och metoder finns till för vårdsystemets skull. Varje patient behöver en modell som är speciellt anpassad för honom eller henne, 100 patienter kräver 100 modeller. Systemets regler och strukturer får ofta klienten att misslyckas genom att de måste anpassa sig till systemet istället för att systemet finns till för att underlätta individens återhämtning. Självkänsla och självmedvetenhet skapas genom erfarenheten att klara av saker. Det är viktigt att äga sin erfarenhet liksom att äga sin profession. Patienten kan inte ”skylla” på sina röster lika lite som personal kan ”skylla” på systemet. Det är viktigt att personal tar eget ansvar och har civilkurage som goda förebilder för sina klienter och lever efter devisen ”People who hear voices

make choices". Ron Coleman beskriver att hans framgångar i rehabilitering av klienter beror på att han stimulerar sina klienter att själva göra arbetet eftersom det är det de måste göra för att engagera sig i sin egen återhämtning. Denna process främjas inte genom att personalen är aktiv medan klienten är passiv, då det är klienten som måste vara aktiv i sin egen process.

Som avslutning beskriver Ron Coleman på ett mycket berörande sätt sina egna erfarenheter av att bli bestulen på sin barndom, på sin emotionella oskuld liksom på många år av sitt liv i samband med att han utsattes för sexuella övergrepp i sin ungdom. Han beskriver också den långa och arbetsamma processen tillbaka till ett meningsfullt och fullödigt liv med sin fru Karen och deras 7 barn. Detta är en föreläsning som varmt kan rekommenderas och som ger en unik möjlighet till förståelse för de processer av skuld, utanförskap och brist på nära relationer som ofta blir följderna av sexuella övergrepp, liksom vad som krävs för att möjliggöra återhämtning till ett värdigt och meningsfullt liv.

Ron Colemans hemsida hittar du på www.workingtorecovery.co.uk

Ulla-Karin Schön, dagens andra föreläsare, arbetar med frågor som rör psykiatri vid Sveriges Kommuner och Landsting. Hon är sedan snart ett år tillbaka doktor i Socialt arbete. Föreläsningen bygger på doktorsavhandlingen, "Kvinnors och mäns återhämtning från psykisk ohälsa", som undersöker vad kvinnor och män beskriver som verksamt i sin personliga återhämtningsprocess.

Ulla - Karin beskriver vikten av att beakta det subjektiva för sin egen skull och lyssna på individens egen livshistoria utan att enbart ha syftet att samla information till underlag för biståndsansökan eller diagnostik. Även denna presentation berör innebörden i begreppet återhämtning och beskriver att återhämtning inte är en resa där man i samband med insjuknande har rört sig från punkt A till B och återhämtning betecknar resan tillbaka till punkt A. Återhämtning beskrevs istället av en av de intervjuade personerna som att börja använda sig av ett helt nytt alfabete. Återhämtning innebär utveckling mot förändrade roller i nya psykosociala miljöer. Detta är förändringar som i de flesta människors liv ofta innebär svårigheter och motstånd mot förändring från omgivningen eftersom dessa förändringar ibland medför att "växa ur" gamla re-



Camilla Bogarve

lationer och "växa i nya" i samband med att man själv mognar och utvecklas. För att underlätta återhämtning är det viktigt att förmedla hopp och all personal som arbetar med rehabilitering och återhämtning har en plikt att utgå ifrån att alla människor återhämtar sig och arbeta för att skapa en ömsesidig relation. Ulla - Karin menar att "frågan är gåvan", att visa intresse är mycket värdefullt. Likaså är det viktigt att ha ett process-tänkande och inte förutsätta att läget hos en person med en psykiatrisk diagnos är stagnerat. Genom att ha regelbundna avstämningsmöten och utvärdera de insatser som erbjuds visar man från vårdens sida att förändring är både möjlig och förväntad.

Ulla-Karin Schöns avhandling finns på www.diva-portal.org/smash/search.js

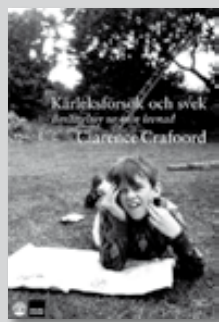
Åsa Pehrsson dagens tredje och avslutande föreläsare är socionomstuderande och tar sin examen i Stockholm i år.

När Åsa 1995 var 17 år blev hon inlagd inom ungdomspsykiatri för tre veckors utredning med anledning av att hon helt slutat äta och skadade sig själv. Det kom att ta sju och ett halvt år innan hon kunde lämna heldygnsvården bakom sig. Under dessa sju och ett halvt år flyttades Åsa runt på inte mindre än 12 olika vårdinstitutioner, som vårdavdelningar, hem för vård och boende och gruppboendestäder. Åsa beskriver under sin föreläsning olika faktorer som förmodligen ledde till att hon behövde vårdas så länge och flyttas mellan så många olika institutioner. Hon beskriver psykiatireformen som en orsak där många och stora omorganisationer resulterade i att avdel-

ningar där vården fungerade bra lades ned och kontinuiteten både i behandlingsinriktning och kontakterna med de professionella och avbröts. Detta fick naturligtvis negativa konsekvenser för Åsas möjligheter att knyta an och påbörja sin återhämtning. Ytterligare en faktor som spelade stor roll var att man inte hittade någon passande diagnos för Åsas problematik, vilket resulterade i att vård och behandlingsinsatserna inte kom igång på ett riktigt sätt. Åsa beskriver att hennes målsättning i denna situation "i brist på möjlighet att vara frisk och må bra, istället blev att vara bäst på att vara sjuk" När man inte lyckades hjälpa Åsa fick hon till slut diagnosen schizofreni och medicinerades för denna diagnos i många år. Åsa beskriver händelser som bidrog till att hon till slut fick rätt hjälp i sin väg tillbaka till ett självständigt, värdigt och fungerande liv. Mer information hittar du på Åsa Pehrssons hemsida, www.asapehrsson.se

Alla deltagare på konferensen var djupt berörda av de berättelser som vi fått ta del av under dagen och flera av de insikter som väckts kan säkert komma många människor, som är i behov av psykiatrins insatser till godo. Jag kan varmt rekommendera NHk:s konferenser och föreläsningar då återhämtnings- och rehabiliteringsperspektivet i vården ofta är avgörande för ett lyckat behandlingsresultat. För mer information om konferensen besök www.nhkonf.se

Henrika Jormfeldt
Vice ordförande
Psykiatriska Riksföreningen



Titel: Kärleksförsök och svek -En själläkare bekännelser

Författare: Clarence Crafoord

Förlag: Natur och kultur

Recensent: Christina Reslegård

Jag har ibland återberättat en skröna om hur Clarence Crafoord och hans hustru i samband med skilsmässa flyttar ifrån sönerna som får bo ensamma i ett hus med enbart begränsad tillsyn. Sönerna är då i nedre tonåren. Jag minns inte var jag hört det men jag vet att jag spridit det vidare som ett exempel på stora mäns storhet i det stora men litenhet i det lilla. När jag nu läst Clarence Crafoords memoarer vet jag ändå inte om det var en sann historia.

Bittert får Crafoord på sitt 60-års-kalas höra en av sönerna anklaga honom för att ha svikit allt han sagt sig vilja satsa på. Nya kvinnor och nya psykiatriska projekt har fått honom att lämna nära och kära bakom sig. 60-års-kalaset äger rum i Riddarhuset och kommer till stånd efter det att Crafoord betalat många års avgifter till Riddarhusets underhåll för att åter få tillträde till den miljö han förkastat under sina mer radikala år.

Clarence Crafoord beskriver ingående hur han föds in i en överklassmiljö. Här finns somrar på släktgodset och livet i Östermalmsvåningen under terminerna. Aga förekom under uppväxten, ett annat tema är frånvarande föräldrar. Han följer den av föräldrarna utstakade vägen och

läste medicin även om litteratur och skrivande var ett större intresse under ungdomsåren och författare, journalist egentligen skulle ha varit ett naturligare val utifrån de preferenserna.

Intresset för människan som en be-

under sessionerna.

Clarence Crafoords memoarer är förvisso en tidsskildring som skildrar en epok i svensk psykiatri och som är tankeväckande just utifrån perspektivet – vad blev det av alla drömmar? hans

”Att jag hade en växande familj som behövde min närvaro förmådde jag inte på djupet uppfatta.”

rättelse leder Crafoord till psykoanalysen där han faktiskt initialt känner sig obekväm men som han ändå förblir trogen. Intresset leder honom också till det stora reformarbetet inom psykiatri som han utför i Norrbotten, i Blekinge och också i Stockholm. Kritiken är skarp mot vår nuvarande ”checkliste - diagnostik”. Han återkommer gång på gång till de försämringar som han upplevt under de senaste årtiondena som kontrasterar skarpt mot de förhoppningar och ambitioner han hade tillsammans med andra förnyare inom psykiatri.

Några dråpliga historier berättas från de verksamheter han deltar i och leder. Exempelvis handledare som sitter bakom spegeln och klirrar med stickorna

skildring av sig själv som privatperson talar inte till mig på samma sätt. Jag skulle vilja veta mer om hur det kommer sig att han så lätt sätter sig i barnets situation själv (den skildringen är verkligen fin) men inte tar förälderns position.

I dessa memoarer uppfattar jag en ärlig vilja att beskriva en livsgärning. Att kärlek funnits i det privata livet be- tvivlar jag inte alls. Det tilltalar mig att Clarence Crafoord törs framträda med sina misslyckanden och tillkortakommanden. Han betraktar dessa utan att falla i försvar och det är sympatiskt. Att man som läsare förstår att detta är en man som varit mer närvarande i psykiatri än i familjen – det känns väl mest sorgligt.

Titel: Kokain

Författare: Lasse Wierup och Erik de la Reguera

Förlag: Norstedts

Recensent: Hans Bergman

”I etthundrafemtio år har kokain erbjudit människan en av de snabbaste genvägarna till glädje och eufori som går att hitta...” och det är inte bara i den övre världen som det ”snortas kola” numera. Det här är boken om hur vanliga, annars ganska laglydiga, svenskar helgfejar med kokain. Man har gjort mätningar i reningsverkets avloppsvatten för att skaffa sig en uppfattning om hur mycket kokain som

konsumeras under en lördagskväll, och det är inga små mängder. År 2010 är drogen lika dyr eller billig som billig som i början av nittioalet. Samtidigt kan mycket av de allvarliga problem som Latinamerika brottas med skyllas på kokain: fattigdom, korruption och våld. I Sverige har man har man ensidigt sett användarna som offer men då efterfrågan är det som styr drog- handeln är det rimligt att flytta över en

stor del av ansvaret på konsumenterna: unga, köpstarka och festsugna i USA och Europa, vars pengar går direkt ner i drokartellernas fickor. Detta är inte bara en bok om kokain, det är en komplex bok om politik och ekonomi, om polisarbete och kulturhistoria. Kokain är femhundra sidor otroligt ambitiös journalistik som aldrig blir tråkig. Alla sjuksköterskor bör veta något om knark, inte bara de som använder det själva.



Titel: A straight talking introduction to psychiatric drugs

Författare: Joanna Moncrieff

Förlag: PCCS BOOKS

Recensent: Henrika Jormfeldt

Författaren Joanna Moncrieff är Lektor på University college i London och arbetar som psykiater i klinisk verksamhet.

Hon har också publicerat ett antal vetenskapliga artiklar om medicinsk psykiatrisk behandling och en tidigare bok "The myth of the chemical cure" (Palgrave, 2008). A straight talking introduction to psychiatric drugs är en bok för den som vill förstå mer om hur de mediciner som används i den psykiatriska vården fungerar. Boken erbjuder en radikalt annorlunda syn på de psykiatriska medicinernas effekter än vad som förmedlas i de flesta andra sammanhang. I stället för att acceptera att lösningar på problem som är relaterade till psykisk ohälsa ligger helt i händerna på medicinsk expertis ger boken alternativ som engagerar såväl övriga professionella som brukare, närstående, familj och vänner, det vill säga snart sagt alla människor som av någon anledning är intresserade av psykisk hälsa och ohälsa.

Det viktigaste redskapet för alla som vill ta aktiv del i frågor som rör psykisk ohälsa är kunskap. Boken inleds med att beskriva att psykiatriska problem oftast tros vara sjukdomar och att olika huvudtyper av mediciner därför antas motverka eller delvis motverka den underliggande sjukdomen.

De namn medicinerna har fått som exempelvis "antipsykotisk-" eller "antidepressiv medicin" reflekterar detta underliggande antagande. Perspektivet benämns den sjukdomscentrerade förklaringsmodellen för hur psykiatriska mediciner verkar och är det mest dominerande perspektivet sedan 1950-60-talen då de första av de mediciner vi använder idag introducerades. Ett av de mest välkända exemplen på detta

perspektiv är "dopaminhypotesen" som förklaringsmodell för schizofreni, vilken har fått en allmän utbredning som vedertagen sanning trots att forskare över hela världen är väl medvetna om att detta är just en hypotes som är långt från bevisad. I boken förespråkas ett alternativt perspektiv på de psykiatriska medicinernas verkningsmekanismer, den medicincentrerade förklaringsmodellen. Utifrån detta perspektiv anses psykiatriska mediciner inverka på psykiatriska symtom genom att skapa ett onaturligt biologiskt tillstånd som är att betrakta som intoxication.

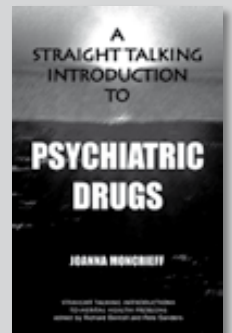
Ett välkänt och accepterat exempel utifrån detta perspektiv är alkoholens inverkan på social fobi. Ingen påstår att alkoholen verkar genom att återställa en underliggande kemisk obalans, alla är eniga om att alkohol påverkar social fobi genom att skapa ett alkoholpåverkat tillstånd som dämpar hämningar. I boken beskrivs de allvarliga biverkningar som är förknippade med långtidsanvändning av psykiatriska mediciner och brister i evidens för långtidsanvändning i preventivt syfte med hjälp av en översiktlig och lättförståelig genomgång av olika typer av studiedesigner med dess fördelar och nackdelar.

Författaren Joanna Moncrieff påstår inte att psykiatriska mediciner aldrig behöver användas men hon menar att de ska användas på riktiga grunder och tillsammans med rättvisande information.

Om den medicincentrerade förklaringsmodellen används istället för den sjukdomscentrerad så aktualiseras en helt annan bedömning av balans mellan risk och nytta vid användning av psykiatriska mediciner. Boken bygger på inte mindre än tio sidor vetenskapliga referenser och de avslutande reflektio-

nerna beskriver att det tyvärr erbjuds alltför få alternativ till medicinering för människor med allvarliga psykiatriska problem trots att vetenskapliga studier från både Finland och USA visar att 30-40% av människor med förstagångs psykos kan behandlas framgångsrikt utan antipsykotisk medicinering. I modern psykiatrisk vård är det dock mycket svårt att undvika medicinering om man drabbas av psykos och när man väl har påbörjat medicinsk behandling är det mycket svårt att avsluta denna behandling bland annat på grund av de utsättningssymtom som beskrivs detaljerat i boken.

Som psykiatrisjuksköterska kan denna bok upplevas som både magstark och motbjudande att läsa med tanke på den inriktning som man är mer eller mindre nödsakad att understödja i sin yrkesutövning som sjuksköterska i svensk psykiatri av idag. Samtidigt är boken mycket aktuell och väl underbyggd med vetenskaplig litteratur och överskådliga förklaringar även för den som inte är insatt i vilken uppläggning och design som bäst tryggar reliabilitet och validitet i vetenskapliga studier. Jag hoppas att denna bok kommer att översättas till svenska så att fler kan ta del av den och bilda sig sin egen uppfattning på detta aktuella och angelägna område.



Nytt från NU!

Brister i ECT-behandling



Susanne R Suvanto
Utredare
Socialstyrelsen



Mårten Gerle
Utredare
Socialstyrelsen

ECT-behandling är en effektiv behandling för personer med svåra depressioner, samtidigt är det en behandling att ha respekt för. Det konstaterar Socialstyrelsen i en pilotstudie om ECT-behandling som publicerades i april.

Socialstyrelsen har i en pilotstudie undersökt användandet av ECT-behandling i Sverige. Bakgrunden till pilotstudien var ett antal ärenden som inkommit till Socialstyrelsens tillsynsenhet och som berörde långvariga minnesproblem efter ECT-behandling. Socialstyrelsen har undersökt tillgängliga data på nationell nivå och fört en dialog med såväl patienter som profession och experter. Resultatet visar att inrapporteringen till Socialstyrelsens patientregister är bristfällig. Det tycks vad gäller inrapportering bland annat bero på att vårdgivarna uppfattat det som att det bara är ECT-behandling som ges med tvång som ska rapporteras. Trots bristfälliga data så kan det sägas att en ökning skett av antalet ECT-behandlingar efter att det under perioden 1970 – 90 var en kraftig minskning av antalet behandlingar.

Bristande infor

Socialstyrelsen konstaterar att det också finns brister i informationen till patienterna och deras närstående om såväl behandling, sjukdom och de biverkningar som är förknippade med ECT-

behandling. Det är också många patienter som vittnat om att det brustit i omhändertagandet efter behandlingen när patienterna påtalat problem med till exempel minnet.

Risken för biverkningar i samband med ECT kan bero på flera faktorer, bland annat hur behandlingen utförs. Patientens grundsjukdom kan i sig också medföra olika typer av minnesstörningar. Det är trots många enskilda vittnesmål ganska få anmälda fall till Socialstyrelsen, HSAN eller patientförsäkringen. Forskningen har under de senaste åren också redovisat olika resultat om i vilken omfattning och på vilken grund som biverkningar av längre eller svårare art uppstår.

Klinisk praxis

Socialstyrelsen konstaterar i sin studie att det finns stora regionala skillnader i landet när det gäller användandet av ECT, både vad gäller praxis och indikation. En viss indikationsglidning har iakttagits som innebär att fler grupper än patienter med svåra depressiva tillstånd fått ECT-behandling. Det har också förekommit

enstaka fall där enskilda fått fler behandlingar än vad som i regel rekommenderas. En viktig aspekt som belystes under arbetet med studien var behovet av att klargöra vilken kompetens som krävs för att ge ECT-behandling och att det även innefattar anestesilogisk kompetens.

Åtgärder

Socialstyrelsen vidtar nu en rad åtgärder i syfte att förbättra behandlingen med ECT. Under 2010 ska en vägledning tas fram för att tydliggöra vårdgivarnas skyldighet att erbjuda patienter stöd och rehabilitering vid minnesstörningar eller andra biverkningar i samband med ECT samt huvudmännens ansvar för att ge en fullgod information. Socialstyrelsen har också tagit kontakt med Svensk psykiatrisk förening i syfte att ge stöd till utvecklingen av kliniska riktlinjer för ECT-behandling.

SBU har i sin tur tagit ett initiativ till en SBU-Alert för att uppdatera tidigare kunskapssammanställningar när det gäller ECT-behandling.

Nytt från NU!

Ny organisation

Socialstyrelsen har omorganiserat sin verksamhet. Hälso- och sjukvårdsavdelning, Socialtjänstavdelning och målgruppsenheter har ersatts av en mer processinriktad organisation. Socialstyrelsen består nu av fyra avdelningar – Tillsyn (inklusive tillsynsverksamheten som tidigare låg hos länsstyrelserna), Regler och Tillstånd, Kunskapsstyrning och Statistik och Utvärdering. Syftet är bland annat att få en integration av hälso- och sjukvårdsfrågor och socialtjänstfrågor.

En konsekvens av omorganisationen är att NU!-enheten inte längre finns kvar. Uppdraget kvarstår emellertid och Socialstyrelsen arbetar nu för att ta fram tydliga strategier för bland annat psykiatrifrågor.

Pilotstudie om ECT

Socialstyrelsen presenterade i april en pilotstudie om ECT-behandling, se artikel i denna tidning.

(H)järnkoll!

Arbetet med att förändra negativa attityder till människor med psykiska sjukdomar och funktionsnedsättningar drog igång sin kampanj den 3 maj. I tre län sker det en särskild satsning – Uppsala, Västra Götaland och Västerbotten. En aktivitet inom kampanjen är att utbilda och tillhandahålla ”Attitydambassadörer” som har egen erfarenhet av psykisk ohälsa. Attitydambassadörerna kan bokas för exempelvis en konferens eller utbildning. Läs mer: www.nsph.se eller www.hjarnkoll.org

Meddelandeblad om samverkan

1 januari 2010 blev det en skyldighet för kommuner och landsting att komma överens om samverkan när det gäller psykiatriska frågor. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att ge vägledning om detta och kommer därför att i slutet av maj/början av juni ge ut ett Meddelandeblad. Håll utkik på Socialstyrelsens hemsida eller börja prenumerera på Nytt om NU! www.socialstyrelsen.se

Tredje gången giltigt för kompetenspengar

Nu är det möjligt att igen söka pengar (99, 5 miljoner kronor) för att stärka kompetensen hos personal som möter människor med psykiska sjukdomar och funktionsnedsättningar. Kommuner och landsting ska söka medlen tillsammans och i samverkan med patient-, brukar- och närståendeorganisationer. Läs mer: www.socialstyrelsen.se

Riktlinjer för psykosociala insatser

Riktlinjer för psykosociala insatser till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är ute på remiss. Håll utkik och passa på att ge dina synpunkter på de riktlinjer som nu är preliminära.

Håll dig uppdaterad – prenumerera på Nytt om NU! www.socialstyrelsen.se/publikationer

www.socialstyrelsen.se/psyiskhalsa

Pressmeddelande

Tummen ner för Högskoleverkets utredning gällande specialistsjuksköterskeexamen

Svensk sjuksköterskeförening är besviken på Högskoleverkets utredning Sjuksköterskors specialistutbildning - vilket slags examen? Utredningen innehåller inte ett enda konkret förslag till förändrad specialistsjuksköterskeexamen. I stället väljer Högskoleverket att be regeringen om ett nytt uppdrag att tillsammans med Socialstyrelsen få i uppdrag att utreda hur högskolan och vården faktiskt samarbetar.

Utvecklingen av sjuksköterskornas framtida specialistutbildning brådskar. I dag minskar antalet specialistutbildade sjuksköterskor. Det drabbar en god vård och patientsäkerheten.

Utredningen förordar en examensordning med en utbildning som endast förbereder för den verksamhet studenten antas arbeta inom, som har samma längd oavsett vårdens behov och som leder till en yrkesexamen utan inriktningar.

Svensk sjuksköterskeförening kräver en specialistsjuksköterskeut-

bildning som både leder till en akademisk magister eller masterexamen i omvårdnad samt en yrkesexamen med inriktning mot ett fördjupningsområde inom till exempel smärta, barn eller akutsjukvård. På så sätt skulle den flexibilitet som efterfrågas tillgodoses.

Utredningen har två förslag som Svensk sjuksköterskeförening tillstyrker. Förslaget att resurstilldelningssystemet till lärosätena måste ses över eftersom det hindrar ett strategiskt samarbete samt förslaget om formella samverkansorgan.

Ania Willman
Ordförande
Svensk sjuksköterskeförening
ania.willman@bth.se
0733-26 60 02

Birgitta Wedahl
Sakkunnig utbildningsfrågor
Svensk sjuksköterskeförening
birgitta.wedahl@swenurse.se
070-720 16 71

Stockholm 2010-04-06



FÖRTROENDEVALDA

FÖRTROENDEVALDA I PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN

STYRELSE

Ordförande
Richard Brodd
Oskarsgatan 4
414 63 Göteborg
031-24 00 23 b
031-343 82 18 a
0708-192732
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

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

IT-ansvarig
Helena Sergel
Tranebergsvägen 29
167 45 Bromma
08-587 312 03 a
helena.sergel@sll.se

Britt-Marie Lindgren
Laxgränd 15
904 34 Umeå
090-17 92 69 b
090-786 92 61 a
070-643 33 08
britt-marie.lindgren@nurs.umu.se

Sekreterare
Inger Johansson
Östra Storgatan 159
554 52 Jönköping
036-712129
070-652 52 72
inger.johansson@his.se

Kassör
Sten-Ola Berdenius
Gyllenstengatan 13
416 74 Göteborg
031- 65 31 50 a
076-845 88 68
sten.ola.berdenius@vgregion.se

LOKALA REDAKTÖRER

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

Mikael Nilsson
Nyens väg 26
432 53 Varberg
0340-48 13 93
mikael.nilsson@lthalland.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 Wällberg
Mariehemsvägen 158
906 60 Umeå
Tlf bostad: 090-19 85 43
Tlf arbete: 090-785 65 67
marielouise.wallberg@vll.se

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

REVISORER

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

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

Suppleant
Christina Reslegård

Suppleant
Ulf Rogberg

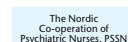
CONFERENCE ANNOUNCEMENT

Welcome to Helsinki, Finland
on September 8-10, 2010



Nordic Conference of Mental Health Nursing

The Role of Nursing in
the Process of Recovery:
Global Perspectives



May 15, 2009 - January 18, 2010
ABSTRACT SUBMISSION

December 15, 2009 - April 30, 2010
EARLY REGISTRATION

Join the event in Facebook: Nordic Conference of Mental Health Nursing

Aktuella konferenser

Nordic Conference of Mental Health Nursing

När: 8-10 September Var: Helsingfors

Info: www.nurses.fi

Nya i styrelsen



Jag heter Inger Johansson, bor med min sambo i Jönköping och arbetar sedan årsskiftet som vikarierande klinisk lektor på Högskolan i Skövde. I den tjänsten ingår 20 % kliniskt arbete inom psykiatri på sjukhuset i Falköping. Jag började som sjuksköterska inom psykiatri 1976, efter att vidareutbildningen var avslutad. Då öppnade den psykiatriska kliniken på det nybyggda Kärn sjukhuset i Skövde och jag var sedan slutenvården trogen i de följande tio åren. Därefter nästan tre år i psykiatrisk hemsjukvård, där jag fick lära mig att på ett helt annat sätt än i slutenvården närma mig patienten på hans/hennes villkor. I början av 1990-talet var jag åter tillbaka i slutenvården och insåg samtidigt att min sjuksköterskeutbildning var föråldrad, ämnet omvårdnad fanns inte när jag tog examen 1973! Det blev till att börja läsa på B-nivå och ledde efter ett antal år till att jag sökte in på forskarutbildningen i Göteborg. Med mig dit hade jag mitt intresse för den psykiatriska slutenvårdens villkor, speciellt tvång i vården, och jag disputerade 2009 med en avhandling som handlar om vårdmiljön på en låst psykiatrisk avdelning. Parallellt med forskarutbildningen jobbade jag halvtid med verksamhetsutveckling, vilket är mitt andra stora intresseområde, dvs. att jobba för ständiga förbättringar, med kvalitet och patientsäkerhet och att använda den potential som finns i att procesorientera vården. Vårdmiljö och patienters och närståendes delaktighet i vård och vårdutveckling är viktiga områden för att främja hälsan för både patienter, närstående och personal, och där har vi fortfarande massor att göra. Det kommer på olika sätt att vara fokus för min forskning framöver och också något som jag har med mig i arbetet som lärare på sjuksköterskeutbildningen. Jag ser fram emot att få engagera mig i PRF:s styrelse och ser det som en möjlighet att bli mer insatt i det mångfacetterade fält som är omvårdnad vid psykisk ohälsa och sjukdom.



Jag heter Britt-Marie Lindgren men jag har ända sedan jag var liten kallats för Bitte.

Jag bor sedan ett halvår i lägenhet inne i Umeå tillsammans med min sambo, två döttrar, 17 och 19 år, samt en hund. Det är en Irish soft coated wheaten terrier som heter Lizzie och hon är fem år.

Jag började min bana inom psykiatris väggar på Umedalens sjukhus 1979, då som städerska, sedan telefonist, mentalskötare och därefter som psykiatrisjuksköterska sedan 1989. Jag har arbetat inom missbruksvården och sedan 1995 på Freja anorexi- och bulimicentrum. Min sambo brukar benämna mig som "den ständiga studenten" och det ligger väl något i det. Mitt intresse för att lära och förstå mer har medfört vidareutbildningar, först med en kognitiv steg -1 utbildning, därefter en magisterutbildning i omvårdnad och för närvarande en forskarutbildning. Sedan 2002 har jag arbetat, i varierande omfattning, som adjunkt vid institutionen för omvårdnad i Umeå. Jag håller kvar ett halmstrå som kliniskt verksam syrra på Freja, jag vill helst inte tappa den kliniska förankringen, även om det innebär en del pusslande med att "få ihop" tiderna. Mitt avhandlingsarbete handlar om självskadebeteende och interaktion/samspel mellan inblandade i en vårdkontext. Den tredje delstudien är snart klar och till den fjärde delstudien samlar jag data genom att göra observationer vid två olika psykiatriska slutenvårdsavdelningar. Det är roligt, spännande och orsakar en del huvudbry emellanåt.

Som medlem i PRF sedan många år tillbaka känner jag mig bekymrad över "medlemstappet" och jag har många tankar kring vad det kan bero på. Min absoluta övertygelse är att vi behöver samlas oss som yrkesgrupp för att kunna påverka och synliggöra psykiatrisjuksköterskans roll i den psykiatriska vården. Det känns både spännande och roligt att påbörja styrelseuppdraget i Psykiatriska Riksföreningen.



Sten-Ola Berdenius: För tio år sen tog jag ett beslut som jag ännu aldrig ångrat, jag lämnade ett liv som reporter på Sveriges Radio Göteborg för en timanställning som mentalskötare på Sahlgrenska Universitetssjukhuset Mölndal. Jobbet var både omväxlande och spännande och jag förstod att min erfarenhet av att möta människor som journalist gick att använda inom psykiatri. Skillnaden var bara att här var syftet i första hand inte att hitta eventuella svagheter i patienternas resonemang utan tvärt om att hitta patienternas styrkor och möjligheter för att utgå därifrån i processen att komma tillbaka till vardagen igen.

Eftersom jag trivdes så bra på jobbet ledde snart det ena till det andra och jag sökte mig vidare till sjuksköterskeutbildningen vid Göteborgs Universitet. Som nyutexaminerad sjuksköterska fick jag en anställning inom Beroendekliniken på Sahlgrenska Östra. Där har jag jobbat sen dess på en akutvårdsavdelning för patienter med dubbeldiagnoser.

I vintras dök en möjlighet upp att söka mig vidare och sen 1 juni i år arbetar jag inom psykosvården på en öppenvårdsmottagning på Hisingen.

Till hösten planerar jag att återuppta utbildningen till psykiatrisjuksköterska och räknar med att vara klar om ett år.

Jag är gift sen 15 år tillbaka och tillsammans med min fru har jag två killar på snart 16 respektive 12 år.

Fritidsintresset framför alla andra är friluftsliv i olika former, mycket vandring och segling. Bilden är tagen halvvägs upp på Ben Nevis, när jag tillsammans med goda vänner reste till Skottland i höstas. Nej vi kom aldrig ända upp på toppen, jag får skylla på vädret.

Som kassör i PRF hoppas jag kunna bidra till att föreningens medlemsantal ökar och för att klara det tror jag att föreningen måste bli mer utåtriktad och lättillgänglig.

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

RF
Psykiatriska
Riksföreningen

Du vet när du ser förbättring
hos din schizofrenipatient

Vi hjälper dig att uppnå det¹

 **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

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**

Referenser: 1. INVEGA® Produktresumé.

 **INVEGA®**
PALIPERIDON
Depottabletter

När målet är bättre funktion¹