

Psyche

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGENS TIDSKRIFT NO 4/2010

Ett holistiskt perspektiv på
bipolär sjukdom

Gränser och
närhet på PIVA

Bättre vård – mindre tvång!

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

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 Rahm: figrahm@gmail.com
Hans Magnusson: hans@mrdab.se

Omslag
Foto: Grace Olsson



www.graceolsson.com

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

Hur går det för BUP- patienten i vuxen ålder?

Av Christina Reslegård ...sid.5

CEPI konferens i Malmö den 17-18 november 2010

Av Henrika Jormfeldt ...sid.6

Professor Richard P bentall i Malmö

Av Henrika Jormfeldt ...sid.7



Ett holistiskt perspektiv på bipolär sjukdom

Av Marie Rusner ...sid.8

Bättre vård – mindre tvång!

Nu drar arbetet med att utveckla den psykiatriska heldygsvården
igång och fokus ligger på tvång och tvångsåtgärder.

Av: Susanne Rolfner Suvanto, Utbildningskoordinator, SKL ...sid.12



Gränser och närhet på PIVA

Av Martin Salzmänn-Erikson ...sid.14

Psykiatriska Riksföreningen gratulerar: Bertiil Lundberg & Anna

...sid.18

Bok & Filmrecensioner

...sid. 19-21

Notiser

...sid. 22



ORDFÖRANDE HAR ORDET:

Hösten 2010 har för min del rusat fram i hög hastighet men tyvärr har inte SJ och X2000 rusat fram som förväntat. Senast för en vecka sedan då jag åkte från vårt styrelsemöte i Stockholm hem till Göteborg så körde tåget på en isklump och blev helt funktionsodugligt. Efter två timmars stillasittande fick vi detta besked och blev hänvisade till perrongen i Hallsberg för att hoppa på första bästa tåg. Ut i pinande snö med 10 minusgrader och hoppas på att vi kunde knö oss på ett annat tåg. Är något trött på alla förseningar nu.

I september var det nordisk kongress i Helsingfors som ni kunde läsa om i förra numret. Det var ett mycket lyckat möte. Det är så roligt att möte kollegor på sådana tillställningar och det gör mig stolt att vi är en så duktig kår som jobbar med den psykiska (o)hälsan.

Två viktiga utredningar har gjorts under hösten som berör oss psykiatrisjuksköterskor i hög grad. Först behörighetsutredningen; där föreslår utredarna bland annat att specialistutbildningen för sjuksköterskor bör bli mer flexibel så att den bättre motsvarar vad som efterfrågas i vården. Det är väl inte mycket man kan invända mot det men då kommer frågan upp, vem skall forma den nya utbildningen? Är det högskoleverket? Universiteten? Arbetsgivarna? Patienterna? Det är Socialstyrelsen som kommer att få det uppdraget i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting. Naturligtvis måste det inhämtas synpunkter från många håll. Om inte Psykiatriska Riksföreningen, som är den nationella ledande företrädaren för Sveriges psykiatrisjuksköterskor, har en tongivande roll i detta arbete vore det märkligt. Därför säger jag välkommen till Socialstyrelsen att hör av sig till oss när det blir dags!

Den andra viktiga utredningen tangerar detta, nämligen framtidens specialistutbildning för sjuksköterskor, som har varit ute på remiss där det handlar om hur alla specialistutbildningar skall utformas framöver. Man kan med lite försiktighet säga att utredaren som ledde detta var från Venus och vi sjuksköterskor som ni vet kommer ju från Mars. Nu berör detta hela sjuksköterskekåren och förutom att vi själva har besvarat remissen har vi gemensamt med Svensk sjuksköterskeförening också gjort det samlat tillsammans med andra sektioner.

Detta är en av de absolut viktigaste anledningarna till att Psykiatriska Riksföreningen finns, för att vi med en stark röst är med och påverkar framtiden eller rättare sagt vi skriver framtidens historia idag! Vi skall leda utvecklingen, den skall inte leda oss.

Jag vill rikta ett särskilt tack till alla som sitter med i vårt nationella forskarnätverk som leds av vice ordförande Henrika Jormfeldt. Ni hjälper föreningen stort med att diskutera dessa och andra viktiga professionsfrågor. Tack!

Med detta vill jag samtidigt tacka Helena Sergel, som har stigit av sitt uppdrag i styrelsen, för allt gott samarbete vi haft under de år du suttit med som ledamot. Lycka till med din framtida utbildning!

Slutligen vill jag också tacka var och en av er som fortsätter arbetet med att verka för en god psykisk hälsa!

Hade jag kunnat hade jag velat ge er alla en stor varm kram och när du träffar mig nästa gång, påminn mig då om att du skall kvittera ut den kramen jag hade lovat!

God jul och Ett Gott Nytt År!

Richard Brodd

Ordförande

Psykiatriska Riksföreningen

Tävling

De 30 första som värvar en medlem får en bok

Psykiatriska Riksföreningen behövs för att driva den psykiatriska omvårdnadens utveckling framåt och ditt medlemskap har betydelse. Ju fler vi är desto större inflytande och möjlighet att påverka har vi.

Psykiatriska Riksföreningen bevakar och främjar den psykiatriska sjuksköterskans intresse genom:

- att medverka till utveckling av vård, behandling, social omsorg samt rehabilitering av personer med psykisk ohälsa och psykiska funktionshinder
- att främja forskning, utveckling och utbildning inom psykiatrisjuksköterskans funktionsområde
- att främja den psykiatriska sjuksköterskans yrkesfunktion

Vårt verksamhetsområde omfattar psykiatrisk omvårdnad med fokus på patientens hela livssituation. Varje sjuksköterska som har specialistutbildning i psykiatri eller arbetar inom verksamhetsområdet kan bli medlem i föreningen. Associerat medlemskap kan sökas av alla som är intresserade. **Medlemsavgiften för 2011 är 325:-, Studerande och pensionärer betalar 200:-**



Värva en ny medlem

och få en bok, de trettio första som värvar en medlem får en av böckerna **Omvårdnad vid psykisk ohälsa på grundläggande nivå** eller **Vårdande vid psykisk ohälsa på avancerad nivå** från Studentlitteratur. Känner du någon som vill bli medlem kan du anmäla det via hemsidan. **www.psykriks.se**

Psykiatriska Riksföreningen, Richard Brodd

Studentlitteratur
VINNANDE VETANDE

Du som vill vara med i tävlingen skickar följande uppgifter till medlem@psykriks.se

- **Namn och personnummer**
- **Namn och personnummer på den som du har värvat**

Som ny medlem går du in under fliken Bli medlem på vår hemsida **www.psykriks.se** där du fyller i dina uppgifter.

Hur går det för BUP-patienten i vuxen ålder?

Barn- och ungdomspsykiatri i Jämtland har firat 40-års-jubileum. I samband med det hölls en föreläsning som nedan refereras.

Av Christina Reslegård

Barn- och ungdomspsykiatri i Jämtland torde vara en av de mest och bäst dokumenterade verksamheterna i landet. Flera år före den digitala revolutionen började man att systematiskt databearbeta olika statistiska uppgifter om de ärenden som aktualiserades. Uppgifter som fortfarande, efter 25 år, samlas in. Incitamenten kom ursprungligen från några medarbetare med datorintresse kombinerat med stöd från ledningen och syftet var att få ett bättre grepp om inflödet av ärenden. Så småningom kanaliserades detta arbete till en speciell tjänst eller funktion kallad U - funktionen. Denna funktion innehades under åren 1989-2003 av socionom **Ulf Engqvist** och utvidgades till att också omfatta olika utvärderingar och beskrivningar av verksamheten.

Så småningom utmynnade hans arbete i en avhandling med rubriken *Suicides, Psychotic Disorders and Criminality among Former Child and Adolescent Psychiatric Patients Followed into Adulthood* som försvarades vid Karolinska Institutet i juni 2009. Avhandlingen är en 12-33 års uppföljning av 1400 BUP-patienter i Jämtland födda 1957-76 vilka avslutade kontakten med BUP 1975-90.

I avhandlingen har, som titeln anger, dödlighet, kriminalitet och tidiga tecken på psykos behandlats. Det finns också data kring bland annat missbruk och vuxenpsykiatrisk kontakt i avhandlingen.

Vad säger då en så omfattande uppföljning av BUP-patienterna? Jo, den visar tydligt att bland dessa var det den bråkige mellanstadiepojken och den ledsna tonårsflickan som var de "typiska" BUP-patienterna.

Risken att dö en för tidig död var dubbelt så stor hos BUP-patienterna än i "normalbefolkningen" och hälften av dödsfallen var självmord.



Ulf Engqvist, socionom, med dr, lektor vid Mittuniversitetet

"Varannan pojke och var femte flicka som var i kontakt med BUP hade senare dömts för brott. Det var vanligare att barnen utvecklade missbruk eller dömdes för brott än att de senare vårdades inom vuxenpsykiatri."

Två faktorer under den tid som barnen var i kontakt med BUP befanns vara särskilt viktiga när det gällde att predicera för tidig död; problem i skolan respektive beteendestörningar.

Det var få patienter som på BUP visade tydliga tecken på en psykos som senare skulle komma att debutera och de som fick en psykosdiagnos på BUP fortsatte sedan att vara patienter inom vuxenpsykiatri. Senare kontakt med vuxenpsykiatri hade 38 procent av alla BUP-patienter men de utgjorde endast 11 procent av de vuxenpsykiatriska patienterna i samma årskullar.

Varannan pojke och var femte flicka som var i kontakt med BUP hade senare dömts för brott. Det var vanligare att barnen utvecklade missbruk eller dömdes för brott än att de senare vårdades inom vuxenpsykiatri. Detta gällde främst pojkarna. Viktigaste riskfaktorn för att

senare dömas för brott var beteendestörningar, relationsproblem, splittrade familjer respektive problem i skolan. Den vanligaste typen av brott som begicks var t.ex. snatteri, olovlig körning, inbrott, rattfylla och narkotikahandling. Nästan 60 % av dem som dömts för brott hade också återfallit i brott, det vill säga begått brott vid upprepade tillfällen. 40 % av barnen hade en tidig brottsdebut (under 18 år), och stod för nästan 60 % av de brott som begåtts. Personer som senare diagnostiserats med schizofreni hade inte begått brott i högre utsträckning, men när de hade begått brott så handlade det oftare om våldsbrott.

Ett välkänt faktum är att ju tidigare hjälp desto bättre utfall och det visade sig också i denna avhandling.

Den "bråkige" pojken visade sig vara en

grupp som barnpsykiatri och angränsande verksamheter måste hitta ett effektivare och tidigare stöd för. Det var denna grupp som visade sig ha det "sämsta" utfallet i vuxen ålder.

Skolan och barns skolgång visade sig också vara en viktig variabel i form av skolproblem som också de hade ett negativt utfall senare i livet. Kombinationen av dessa två problemområden; bråkighet och skolproblem tycks vara särskilt viktiga att uppmärksamma. Det här var också problem som man uppmärksammade tidigt i barnpsykiatriens egen barndom.

Barn- och ungdomspsykiatri har länge varit multidisciplinär och det är inte minst viktigt i samverkan och samarbete med andra verksamheter. Den kanske viktigaste slutsatsen i avhandlingen var just att samarbetet mellan de verksamheter som möter barn och ungdomar behöver förbättras ytterligare.

CEPI konferens i Malmö

den 17-18 november 2010

Av Henrika Jormfeldt

Den fjärde CEPI-konferensen genomfördes på Malmö högskola den 17-18 november 2010. Årets konferens handlade om levnadsvillkor för personer som lever med psykisk ohälsa i samhället. Här nedan presenteras ett axplock av de föreläsare som presenterade sin forskning på konferensen.

Margareta Östman presenterade sin forskning om Familj och psykisk sjukdom. När det gäller anhörigbörda fanns inget samband med tvångsvård, patientens ålder, diagnos eller GAF, medan det fanns tydliga samband mellan upplevd anhörigbörda och samboende, egen psykisk ohälsa, negativa upplevelser av vården och närvaro av minderåriga barn. Den presenterade forskningen visar att längden på anhöriginterventioner är mer avgörande än vilken typ av intervention som erbjuds. Åhörarna tipsades avslutningsvis om en nätbaserad dagbok som kan användas som komplement till psykiatrisk vård med adressen www.sommarregns.se.

Alain Topors föredrag hade titeln Pengar och psykisk (o)hälsa – Orsak och behandling? Presentationen inleddes med att förtydliga att de svar vi får i vår forskning beror på vilka frågor vi ställer. Den fråga Alain Topor ställer är "Kan pengar vara orsak till och behandling av psykisk ohälsa?" 1501 personer i psykiatrin i södra Stockholm har deltagit i UPP- studien som fokuserar på frågeställningarna "Hur går det med brukare som fått en psykosdiagnos? Vilken hjälp i form av vård och social service får de? Vad tycker brukarna själva?"

Lars Hansson presenterade forskning kring Attityder till personer med psykisk ohälsa - En svensk befolkningsundersökning. Under presentationen beskrevs att stigmatisering av personer med psykisk ohälsa är ett av de allvarligaste hindren för framgångsrik behandling och rehabilitering. Stigmatisering medför personligt lidande försämrade självkänsla och livskvalitet, social isolering, sämre livsvillkor vad gäller arbete, ekonomi och bostad. Stigmatisering bidrar också till försämrade vård och

rehabilitering liksom försenad eller utebliven vård. Frågor som kommer att bli föremål för fortsatt forskning är bland annat "Har kunskap om psykisk sjukdom betydelse för stigmatiserande attityder?" "Har kontakt med psykiskt sjuka betydelse för stigmatiserande attityder?"

Rickard Bracken berättade om antistigma-kampanjen "Hjärnkoll, för ett psykiskt friskare Sverige". Han beskrev i sin presentation att attityder bidrar till att antingen öppna upp eller stänga ute människor i samhället. De personer i samhället som inte har egna personliga erfarenheter av nära kontakter med personer som lider av psykisk ohälsa har mest negativa attityder. Därför är det viktigt att öppna upp för samtal genom att använda ambassadörer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa i utbildnings-satsningar och för att informera allmänheten.

Matthias Angermeyer är en av de ledande internationella forskarna på området stigmatisering. Föredragets titel var "The evolution of public attitudes to mental illness over the last decades". Professor Angermeyer menar

att de senaste årtiondenas massiva fokus på att informera allmänheten om psykisk ohälsa med utgångspunkt från den biomedicinska förklaringsmodellen inte har haft avsedd effekt på stigmatiserande attityder. Allmänhetens negativa attityder till personer med psykisk ohälsa har ökat under denna period samtidigt som användningen av psykiatriska termer har ökat även bland allmänheten. Som avslutning fastslås att den biomedicinska förklaringsmodellen i bästa fall är ineffektiv och i värsta fall skadlig på så vis att den har bidragit till att förvärra allmänhetens attityder till personer med psykisk ohälsa och ökat dessa personers utanförskap i samhället. Oberoende av ifall den biomedicinska förklaringsmodellen är verkningslös eller skadlig menar professor Angermeyer att man har satsat på fel mål och förslösat värdefulla resurser genom att informera allmänheten om psykisk ohälsa ur ett biomedicinskt perspektiv.

På www.cepi.nu kan de presentationer från konferensen, i de fall där föreläsarna givit sitt tillstånd, laddas ner som PDF-filer.

Psykiatriska Riksföreningen kallar till årsmöte

Torsdagen den 7 april 2011 kl. 16.30

Valjevikens Konferens i Sölvesborg

• • • •

Varmt välkomna!

Professor Richard P Bentall i Malmö

Fredagen den 29 oktober 2010 anordnade ISPS under en konferens på centrala konferensanläggningen S:t Gertrud, Östergatan 7B, Malmö.

Av Henrika Jormfeldt



Föreläsare under dagen var professor Richard P Bentall, (UK)

"Vi behöver ett radikalt nytt sätt att tänka om psykiatriska problem, ett sätt som inte reducerar galenskap till hjärnkemi, utan förstår och accepterar det som en del av den mänskliga naturen" (madness explained)

Richard Bentall, professor i klinisk psykologi, University of Bangor, är välkänd med sin bok *Madness explained* 2003, och är nu aktuell med en ny bok, *Doctoring the mind: Why psychiatric treatments fail* (Medikalisering av själslivet: Varför psykiatrisk behandling misslyckas). Han är en skarp kritiker av den psykiatriska diagnostiken, inte minst schizofrenibegreppet och det i kommande DSM-V föreslagna "Psychosis Risk syndrome". Med utgångspunkt från den kognitiva skolan behandlade föreläsningen diagnostik och behandling inom psykosvården.

Under förmiddagen beskrevs med hänvisning till ett stort antal vetenskapliga studier vad som är fel med det nuvarande diagnostiska systemet. Vi lever idag i "Hjärnans tidsålder" men psykisk ohälsa kan förmodligen förstås bättre utifrån ett psykologiskt och sociologiskt perspektiv. Som exempel beskrivs psykiatris historia med alla de behandlingsmetoder som patienter genom tiderna utsatts för. Ett exempel är psykiatern Walter Freemans lobotomi som användes flitigt under en period trots att patienterna ofta blev invaliderade för livet eller avled av behandlingen.

Professor Bentall gör jämförelsen mellan den kroppsliga sjukvårdens framgångar och psykiatris relativa misslyckande. Han menar att psykiatriska diagnoser är lika tillförlitliga som stjärntecken i astrologin och beskriver att både cancer och hjärtsjukdom idag ofta kan botas framgångsrikt men att denna medicinska progression inte syns i schizofrenibehandlingen. Det går till och med sämre för dessa patienter

idag än det gjort tidigare och resultaten är sämre i de rikare delarna av världen än i länder som vi räknar som utvecklingsländer.

Eftermiddagen ägnades åt hur vi kan förstå psykologiska symtom och hur de kan ha uppstått. Professor Bentall menar att symtom är beroende både av personlighet och av erfarenhet. Erfarenheter i uppväxten som kan vara av betydelse för att utveckla allvarlig psykisk ohälsa är övergrepp och maktlöshet, starka

omgivningen i kombination med svagt utvecklad theory of mind leder i kombination med förhastade slutsatser till en förväntad hotbild som aktiverar dopamin och paranoidea tankar. Professor Bentall beskriver med glimten i ögat "Även paranoidea personer kan ha fiender".

Den terapeutiska alliansen benämns som en grundläggande förutsättning för ett gott resultat och som beroende av tre huvudsakliga villkor:

"Det går till och med sämre för dessa patienter idag än det gjort tidigare och resultaten är sämre i de rikare delarna av världen än i länder som vi räknar som utvecklingsländer."

känslouttryck (hög EE eller expressed emotion), oklar kommunikation och otrygg anknytning. Mot bakgrund av dessa tidigare erfarenheter kan man förstå och förklara psykossymtom. Erfarenheterna ovan bidrar till låg självkänsla och dåligt självförtroende och svagt utvecklad theory of mind (förmåga att förstå och sätta sig in i andra människors sätt att tänka och reagera). I syfte att försöka bevara den låga självkänslan och det sköra självförtroendet skylls misslyckanden och negativa upplevelser på omgivningen vilket försvårar möjlighet till viktiga och helande relationer. Mönstret att förlägga skulden för negativa skeenden till

- **Patienten måste ha en idé om vad som ska göra honom bättre**
- **Terapeuten måste ha en idé om vad som ska göra patienten bättre**
- **Dessa idéer måste stämma överens**

Professor Richard P Bentall avslutar föreläsningen med huvudbudskapet att det inte är specifika terapeutiska tekniker som är det avgörande för en lyckad behandling utan att den terapeutiska alliansen är det som avgör hur bra en behandling lyckas oberoende av inriktning. "The Alliance predicts everything".



Ett holistiskt perspektiv på bipolär sjukdom

Av Marie Rusner Illustration: Jonas Rahm



Marie Rusner, Doktorand i vårdvetenskap, MSc, Psykiatrijuksköterska Inst. för vårdvetenskap, Högskolan i Borås Inst. för hälso- och vårdvetenskap, Linneuniversitetet Forskningsledare Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås

Inledning

Jag har så länge jag kan minnas alltid varit intresserad av att prata med människor, att lyssna på hur andra har det, att fundera över relationer och hur saker och ting hör ihop. Under mitt arbete på en psykiatrisk heldygnsvårdsavdelning mötte jag under många år en rad fascinerande människor med bipolär sjukdom. Några möten har etsat sig fast inom mig. Jag kommer speciellt ihåg en kvinna som tvångsvårdades på avdelningen. Jag var patientansvarig sjuksköterska för henne och försökte under nästan ett år att stödja henne till en bättre hälsa. Det innebar bland annat att medverka till att hon fick medicinering som hon inte ville ha men även att ordna ett nytt boende som hon till en början inte ville ha. Vid ett tillfälle sa hon till mig: *Om du bara förstod hur det är att vara sådär lite*

lagom manisk så skulle du aldrig vara med och tvinga mig att ta mediciner. Även om jag var engagerad och verkligen gjorde mitt bästa för att försöka förstå så visste jag att hon hade rätt. Det var mycket som jag inte förstod.

När jag blev erbjuden möjligheten att gå en forskarutbildning såg jag det som en möjlighet att få fördjupa mig i frågor som berör livet med bipolär sjukdom. Mina frågor i vården blev mina forskningsfrågor. Det övergripande syftet med min avhandling är att skapa kunskap om olika aspekter relaterade till den levda erfarenheten av bipolär sjukdom. I två studier har jag undersökt vad det innebär att leva med bipolär sjukdom (Rusner, Carlsson, Brunt & Nyström, 2009) och vad som möjliggör ett gott liv med bipolär sjukdom (Rusner,

Carlsson, Brunt & Nyström, 2010). Just nu pågår två studier som undersöker livssituation och behov hos närstående till personer med bipolär sjukdom. Denna artikel är en populärvetenskaplig sammanfattning av studien som handlar om vad det innebär att leva med bipolär sjukdom.

Bakgrund

Bipolär sjukdom är en diagnosbeteckning för klassifikation av ett flera varianter av oftast livslångt förekommande växlingar i stämningsläge karakteriserade av depressiva, hypomaniska, maniska och blandade episoder. Bipolär sjukdom förekommer hos 1-2 % (kanske ända upp till 3-6 %) av befolkningen. Till exempel skulle det i en stad med cirka 100 000 invånare, innebära att fler än 1000-2000 personer har diagnosen bipolär sjukdom. 90 % av personer med bipolär sjukdom har återkommande episoder av depression eller mani och självmordsrisken beräknas vara 6-15 %. Bipolär sjukdom är väl beforskad när det gäller orsak, funktion och läkemedel och det finns även omfattande forskning som handlar om att mäta och värdera symtom och livskvalitet. Forskningen har också visat på betydelsen av psykopedagogisk intervention, vanligtvis kallad för patient- och närståendebildning, såväl för personer med bipolär sjukdom som för deras närstående. Trots omfattande biologisk, psykofarmakologisk och psykologisk forskning om bipolär sjukdom så finns det påfallande lite forskning som utgår ifrån erfarenheter hos dem som faktiskt lever med bipolär sjukdom. Det finns däremot en ökad medvetenhet om behovet av studier som lyfter fram den levda erfarenheten av bipolär sjukdom. Syftet med denna studie var därför att beskriva den existentiella innebörden av att leva med bipolär sjukdom.

Forskningsansats

Forskningen har en reflekterande livsvärldsansats (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008), grundad på fenomenologisk kunskapsteori. Det är en ansats som syftar till att belysa och beskriva innebörden i fenomen som är relaterade till människans existens, och som därför passar bra när man vill undersöka betydelsen av att leva med bipolär sjukdom. Forskningen har

också ett vårdvetenskapligt perspektiv (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud, & Fagerberg, 2003) och vill bidra med kunskap om bipolär sjukdom, som kan förbättra vården för personer med bipolär sjukdom.

Genomförande

Data till studien insamlades genom öppna intervjuer med 10 personer, 6 kvinnor och 4 män, i åldern 30-61 år som hade diagnosen bipolär sjukdom, hade erfarenhet av sluten psykiatrisk vård, bodde i eget boende och vid tillfället för intervjun inte var i en fas av allvarlig depression eller mani. Intervjun inleddes med att forskningspersonerna fick följande övergripande öppna fråga: "Vill du berätta om en situation som visar hur det är för just dig att leva med bipolär sjukdom?" Under tiden som forsknings-

beskriver hur det undersökta fenomenet *är* och inte vad informanterna säger om det.

Resultat

Vad betyder det då att leva med bipolär sjukdom? Svaret presenteras i två delar. Först presenteras den essentiella betydelsen av att leva med bipolär sjukdom. Det är en övergripande generell utsaga som med största sannolikhet stämmer för alla individer med bipolär sjukdom. Därefter presenteras variationer och olika uttryck av den essentiella betydelsen i tre undergrupper. Direkta citat är kursiverade.

Essentiell betydelse - ett liv med extra dimensioner

Att leva med bipolär sjukdom innebär ett erfarenhet präglad av extra dimensioner i alla

"Trots omfattande biologisk, psykofarmakologisk och psykologisk forskning om bipolär sjukdom så finns det påfallande lite forskning som utgår ifrån erfarenheter hos dem som faktiskt lever med bipolär sjukdom.

personer berättar om sina erfarenheter försöker intervjuaren att fördjupa forskningspersonernas reflektioner och beskrivningar genom att ställa korta följdfrågor som till exempel: Hur menar du? Vad innebär det för dig? Hur påverkar det ditt liv? Kan du ge ytterligare ett exempel på vad du menar? En öppen fenomenologisk intervju kännetecknas även av att intervjuaren försöker att inte ta något för givet utan frågar även om det som verkar självklart. Intervjuerna, som tog cirka 1 timme, spelades in på band. Texten skrevs därefter ut ordagrant och utgjorde underlaget för forskningsanalysen. En fenomenologisk innebördsanalys gjordes därefter av intervjutexterna. Det innebär att man analyserar och beskriver *betydelsen* av det som forskningspersonerna har berättat, vilket är mer än att beskriva innehållet i intervjuerna. Forskningsresultat med denna vetenskapliga ansats skrivs i huvudsak i presens, eftersom resultatet

livets aspekter. Det finns en omfångsrikedom och komplexitet som går utöver ett vanligt liv. Omfångsrikedomen medför att det finns en större intensitet och spänning i känslor och erfarenheter hos personer med bipolär sjukdom än hos andra. Livet med bipolär sjukdom är komplext, eftersom tillvaron präglas av att sjukdomen är sammanflätad med den person man är och därmed alltid finns med. Det handlar om att vara i en ständigt pågående kamp för att försöka förstå och förhålla sig till en erfarenhetsvärld som är så komplex och mångfacetterad att den är svår att relatera till det som uppfattas som ett vanligt liv. Kampen handlar om att vara i kontakt med sig själv, att vara förankrad i sig själv och att kunna leva i samklang med den person man upplever sig vara. Att leva med bipolär sjukdom innebär att hela livet är präglad av detta. Det omfångsrika och komplexa livet erfars tydligt men orden

upplevs som otillräckliga för att beskriva det som faktiskt erfars. Detta gör att det är svårt att själv förstå vad det betyder att leva med bipolär sjukdom men även att kommunicera det till andra människor. För att ändå försöka beskriva hur det är att leva detta intensiva och omfångsrika liv används bilder av olika slag och

”...Jag kunde känna in människor och liksom va lite vid sidan om samtidigt. ... Men om man tar det rent matematiskt enkelt så kunde jag kanske va på fem, sex nivåer samtidigt och känna, och vara inne i mig själv och så växla ut och in så va.”

jämförande ord som en utgångspunkt. Sådana ord är *över det vanliga, större, djupare, starkare, mer än normalt, mindre, snabbare, långsammare, högre, lägre, lättare, ljusare, mörkare, tyngre.*

Orden används emellertid inte i en jämförande betydelse eller som varandras motsatser utan som ett sätt att beskriva det som erfars som *något mer*. I detta omfångsrika liv har tidigare livserfarenheter och framtida förväntningar på livet en större betydelse för det dagliga livet.

En särskild intensitet

Personer med bipolär sjukdom har samma sorts upplevelser i livet som alla människor men det finns en betydelsefull skillnad. De karaktäriseras av en större intensitet, spänning och variation. Många personer beskriver att de under lång tid i livet, ibland ända sedan barndomen, har burit med sig en känsla av att *något är fel*. Därför upplevs det som en lättnad att få en diagnos och en biologisk förklaring. Att leva med bipolär sjukdom betyder emellertid mer än att få diagnosen bipolär sjukdom. Det handlar om att det finns en inre anatomi, präglad av en särskild sorts intensitet, som påverkar livet. Det finns en återkommande, både generell och individuell, rytm i livet med bipolär sjukdom bestående av någon form av botten och någon form av topp samt av olika perioder; till exempel att livet är som en stor berg- och dalbana med en liten berg- och dalbana i sig. Ibland är det

lättare både att uppleva, förstå och uttrycka denna intensitet i till exempel målningar, poesi och musik.

Denna särskilda intensitet berör områden i livet som aktivitetsnivåer, hur lång tid det tar att göra olika saker, hur mycket man får utträttat, hur snabbt tanken färdas men även om hur

själva tiden upplevs. Intensiteten berör även känslighet., lyhördhet, tankeförmåga, hur man mår, hur mycket man orkar och oroar sig. Även självförtroende berörs av denna intensitet. Andra områden som också berörs är sömn, styrka och sinnesupplevelser. Här följer ett par av de exempel som finns i originalartikeln. Att leva med bipolär sjukdom innebär att ha en särskilt intensiv förmåga att uppfatta och förnimma, vilket ökar känsligheten och lyhördheten när det gäller sig själv, andra personer och omgivningen. Det kan handla om att i möten med människor direkt känna av värme och kyla hos dem. Jag kunde ju både tänka och känna på olika nivåer samtidigt. ... *Jag kunde känna in människor och liksom va lite vid sidan om samtidigt. ... Men om man tar det rent matematiskt enkelt så kunde jag kanske va på fem, sex nivåer samtidigt och känna, och vara inne i mig själv och så växla ut och in så va.*

Denna sortens känslighet kombinerad med en intensiv reflektionsförmåga medför att det kan vara svårt att förstå sig själv. Det i sin tur kan också göra att känslor av att inte vara förstådd lättare uppstår. Vissa skeden av livet med bipolär sjukdom präglas av en intensiv trötthet och långsamhet. Det kan kännas trögt och svårt att tänka, att förstå och att omsätta ord i handling. Det kan kännas som att man inte orkar och att det är ett helt regemente att bara gå upp och duscha och tvätta sig. Vid andra tillfällen i livet är man på alerten, skärpt

och orkar hur mycket som helst; det finns inga bekymmer. Livet med bipolär sjukdom innebär också att ha intensivt mörka perioder då det kan kännas som att hela sinnet är ur funktion och som att man balanserar på kanten till att gå under. I dessa perioder är mörkret intensivt. Mörka tankar och inre bilder av det negativa som finns och som har funnits tidigare i livet förstoras till en *enorm skala*. Det kan upplevas som att en film av allt dåligt som gjorts i livet spelas upp på en stor filmduk inombords. I perioder av sådant intensivt mörker är det svårt att leva och se en utväg.

En kamp att förstå

Att leva med bipolär sjukdom innebär att vara i en ständigt pågående kamp att försöka förstå ett liv där det alltid finns *mer* att förhålla sig till. Vid sidan av alla andra aktiviteter i livet finns det ytterligare en heltidssysselsättning, nämligen att tänka. Det handlar bland annat om att försöka förstå sig själv, andra människor, vad som hjälper, vad det är bra att undvika och vad som är verkligt och inte verkligt. Kampen att förstå är så komplicerad och svår att den beskrivs som en *daglig drabbning*. Den handlar också om att försöka förstå på vilket sätt man kan lita på sig själv och ha förtroende för den egna bedömnings- och urskiljningsförmågan. Det saknas en harmoni i självförtroendet. *En av de stora svårigheterna med att ha bipolär sjukdom är att man faktiskt inte kan riktigt lita på sig själv. Alltså rent filosofiskt kan ju ingen människa göra det men man kan ändå veta vem man själv är och vad man är och sådär va. Det blir så djävla påtagligt, jag mår bra nu men jag kan inte riktigt lita på att jag gör det om ett år och det kan ju de allra flesta faktiskt göra i någon mån.*

I tider av extremt högt och lågt självförtroende är det svårt att känna igen sig själv och att leva i samklang med den person man är. Ens sinnen är *ur funktion* och det är svårt att kontrollera och hantera livet liksom att göra goda bedömningar och att ta bra beslut. Kampen handlar om att hålla kvar den kontakten, att ha fäste i sig själv, att hålla greppet om sig själv och att inte tappa fotfästet. Det är en förfärlig upplevelse att uppleva att man håller på att tappa greppet och förlora fotfästet. En intervjuperson använder en välkänd tecknad

film för att beskriva hur det kan vara. *Det känns ju som att kroppen ska gå sönder liksom. Man är som ett äggskal som börjar liksom spricka sådär, du vet Piff och Puff, när de är inne i den här tecknade filmen, så känns det, man känner sig verkligen som ett äggskal som bara ska gå sönder. Och det är ju fullkomligt förfärligt, är det alltså.*

Kampen att förstå och att vara i kontakt med sig själv innebär ett liv i kaos, med erfarenheter av skam, förvirring, oro, rädsla, skräck, ångest, ilska, självförakt och vanmakt. Där finns även plats för känslor som glädje, lycka, tacksamhet och tillfredsställelse men även då är kampen mer eller mindre närvarande. Kampen kan då visa sig som oro för om lugnet och glädjen ska bestå eller om en ny period av överklighet finns om hörnet.

En sjukdom som är sammanflätad med den man är

Att leva med bipolär sjukdom präglar hela livet. Sjukdomen är sammanflätad med hela ens varelse och kan inte skiljas ifrån den egna identiteten. Den är sammanflätad med det liv man lever, mer eller mindre närvarande i olika perioder av livet. En vanlig erfarenhet hos intervjupersonerna är att vården erbjuder förenklade förklaringar på sjukdomen som något som ligger utanför dem själva. Ett sådant exempel är när en läkare lyfter sin hand, knyter näven och förklarar att näven är sjukdomen. Sen ställer han sig vid intervjupersonens sida och säger att de tillsammans ska kämpa mot sjukdomen. En sådan förklaring som säger att sjukdomen finns utanför den egna personen upplevs till en början som en lättnad men övergår till tvivel. Att kämpa mot sjukdomen är omöjligt eftersom det skulle innebära en kamp mot sig själv. Kampen handlar istället om att kämpa för sig själv, för att vara mer förankrad i sig själv och att ha fäste i sig själv. Reflektioner över vem man är i relation till sjukdomen är en viktig del på vägen mot att kunna acceptera ett liv med bipolär sjukdom och därmed i högre grad kunna styra sitt liv. Även när det finns en tydlig förankring i den egna personen och då kontakten med sig själv upplevs som god är sjukdomen närvarande men på ett annat sätt. Då präglas livet av upplevelser av skuld för och skam över hur

man har levt under perioder med sämre fäste i sig själv men även av rädsla och skräck för hur det ska bli under sådana perioder i framtiden. Det känns ibland outhärdligt att tänka tillbaka på hur man har sårat de människor som betyder allt för en. Det känns ibland så tungt att tankarna på att ta sitt liv till slut upplevs som den enda möjliga utvägen. *Ja, (djup suck), de första två dagarna minns jag ju inte ens. Då sov jag ju bara. Och sen när jag vaknade så visste jag inte var jag var. Ja, nä det var hemskt. Och så trodde jag att allting var slut liksom. Min sambo var borta, det skulle aldrig gå och reparera och jag hade ingenting kvar. Jag hade bränt alla broar.*

Sammanflätningen mellan livet och den man är visar sig även i en sorg över att ha förlorat viktig tid i livet genom att inte ha förstått vad livet med bipolär sjukdom innebär och att inte kunna leva det liv man vill. Det kan handla om orkeslöshet som gör det svårt att hålla löften som att träffa vänner eller gå på en planerad fest. Det kan även innebära att inte alltid ha energin att stödja sitt barn tillräckligt i skolan. Ett till synes kort utvecklingssamtal med barnens lärare kan vara på gränsen för vad man orkar med. Det är svårt att orka leva upp till de krav skolan har på delaktighet från föräldrar. Att på ibland kort varsel förbereda utflykter och annat kan kännas som övermäktigt. Barnen får ibland klara sig mycket mer själva än vad man skulle vilja och det kan kännas som att svika sina barn. Det är också en sorg att förstå att personer i omgivningen ibland uppfattar det som blir konsekvenserna av orkeslösheten som en ovilja eller som lathet. Erfarenheter som ligger till grund för skuld och skam skapar en oro och rädsla inför framtiden. *Jag bär med mig sjukdomen hela tiden. Den finns där i bakgrunden och gör sig påmind då och då också. (suck) Och jag blir orolig, jag har en relation nu med en tjej och jag är orolig för om jag ska bli uppvarvad eller gå ner i en depression och att det ska förstöra saker i mitt liv om*

igen som det har gjort gång på gång.

Vilka slutsatser kan man dra av detta resultat och hur kan man förbättra vården för personer med bipolär sjukdom?

Bipolär sjukdom förklaras oftast som ett tillstånd då individens känsloläge växlar mellan de två polerna depression och mani. Denna studie utmanar detta sätt att förstå bipolär sjukdom. För att få en fullständig förståelse av bipolär sjukdom behövs ett holistiskt perspektiv som tar hänsyn till att livet med bipolär sjukdom innebär mer för individen än att ha episoder av depression och mani. Bipolär sjukdom är en beteckning som endast återspeglar de mer uppenbara och synliga dimensionerna av ohälsan och utesluter de mer osynliga och svårgripbara dimensionerna som orsakar en omfattande förvirring och spännig i livet. Vården behöver i mycket högre grad beakta upplevelserna av påfrestning och förvirring som beror på de extra dimensionerna av omfångsrikedom och komplexitet i livet. Att förstå vad det innebär att leva med bipolär sjukdom kan stärka upplevelsen av kontroll och delaktighet i livet för individer med bipolär sjukdom men kan även ge professionella vårdare kunskaper som kan medföra förbättringar av kvaliteten i den psykiatriska vården. God vård för personer med bipolär sjukdom innefattar trygga och säkra mötesplatser som möjliggör en djupgående reflektion över existentiella frågor om identitet, tillit och självförtroende. Det kan till exempel vara en vårdande relation eller grupp, i anslutning till patientundervisning, som har utformats för detta ändamål. Denna studie rekommenderar även professionella vårdare att förändra sitt sätt att förklara och prata om bipolär sjukdom. Det är bättre att stödja personen med bipolär sjukdom att kämpa för att vara i kontakt med sig själv än att kämpa mot sjukdomen, vilket skulle innebära att de kämpar mot sig själva.

Referenser
Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). Reflective lifeworld research. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). Att förstå vårdvetenskap. Lund: Studentlitteratur.
Rusner, M., Carlsson, G., Brunt, D. & Nyström, M. (2009). Extra dimensions in all aspects of life – the meaning of life with Bipolar Disorder. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 4(3), 159-169.
Rusner, M., Carlsson, G., Brunt, D. & Nyström, M. (2010). A dependence that empowers – the meaning of the conditions that enable a good life with bipolar disorder. Int Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 5, 46-53.
www.iqjw.net/index.php/qhw/issue/view/428

Bättre vård – mindre tvång!

Nu drar arbetet med att utveckla den psykiatriska heldygnsvården igång och fokus ligger på tvång och tvångsåtgärder.

Susanne Rolfner Suvanto
Utbildningskoordinator, SKL

Nästan hälften av alla vårdplatser i den psykiatriska heldygnsvården utgörs av tvångsvård. Det är en vårduppgift som ställer stora krav på kompetens och mognad hos personalen. Och under lång tid har frågan om behovet av att utveckla den psykiatriska heldygnsvården med fokus på tvång väckts av såväl patienter som personal. De nationella satsningar som gjorts tidigare på psykiatri har främst handlat om samverkan mellan kommuner och landsting vilket lett till att heldygnsvården kommit i skymundan. Men nu ska det bli ändring på det.

Sveriges kommuner och Landsting (SKL) slöt i december 2009 en överenskommelse med regeringen om en treårig satsning på den psykiatriska heldygnsvården. Syftet är att stödja ett metodiskt förbättringsarbete för en god och säker vård med ett tydligt patientperspektiv. Målet är att minska behovet av tvångsåtgärder och att förbättra patienternas upplevelse av tvångsvård. Satsningen kommer att pågå under perioden 2010 till 2012 och regeringen har avsatt 150 miljoner kronor för hela perioden.

Det konkreta arbetet med förbättringar kommer att ske ute i de olika psykiatriska verksamheterna. Ett stöd i det arbetet är möjligheten att delta i en modell för praktiskt förbättringsarbete med hjälp av "Genombrottsprogram". De kommer att kompletteras med framtagande av olika verktyg inom områden som etik,

juridik och praktik som verksamheterna på ett enkelt sätt ska få del av.

En viktig del av utvecklingen av den psykiatriska heldygnsvården är att få inregistreringen av tvångsåtgärder till Socialstyrelsens patientregister att fungera. För att kunna följa upp sin verksamhet och garantera patienterna rättssäkerhet behövs det säkra data om hur många som tvångsvårdas och hur ofta tvångsåtgärder används.

Genombrottsprogram

En av de viktigaste och mest konkreta delarna av projektet är alla verksamheter som kommer att delta i s.k. Genombrottsprogram. Ett av villkoren för landstingen för att få del av de statliga stimulansbidragen var att skicka minst ett team till något av de två Genombrottsprogram som startade i november i år. Tre landsting har fått dispens och kommer att delta med sina team i februari 2011.

Genombrottsprogram är en beprövad metod för att konkret arbeta med utveckling av den egna verksamheten. Verksamheterna som deltar utser team med cirka 5-7 deltagare som leder och genomför förändringsarbetet som pågår under 7 månader. Under den perioden genomförs tre lärandeseminarier där alla team som ingår i Genombrottsprogrammen deltar. Det är mötesplatser som ska ge stöd i förändringsarbetet



Projektledare Eva Westerling från SKL i livligt samspråk med deltagare



Catrin Hägerholm och Karin Marminge, delprojektledare för Genombrottsprogrammen



Psykatrikern Herman Holm och Jan Nordström, attitydambassadörer.

– Jag ser fram emot den process och den kokande gryta som uppstår när alla nu träffas, säger Herman Holm som dels arbetar i projektet men som också arbetar i Malmö som psykiatriker.

och ge inspiration under resans gång. Dessutom är det alltid berikande att dela erfarenheter med kollegor från andra delar av landet. Mellan lärandeseminarier har teamen i uppgift att testa sina utvecklingsidéer i relation till sina mål och har en extern coach att tillgå som bollplank i det arbetet. En stor del av arbetet handlar också om att mäta och registrera det som görs. Utvecklingsarbetet avslutas genom ett lärandeseminarium på hemmaplan där teamen själva presenterar sitt arbete och resultatet i syfte att introducera ett "nytt" arbetssätt.

Även cheferna för de verksamheter som ingår i Genombrottsprogrammen erbjuds egna träffar och under lärandeseminarier finns också observatörer med för att ge återkoppling till projektledningen.

Attitydambassadörer

En viktig del, rent av den viktigaste delen, av arbetet med att utveckla den psykiatriska heldygnsvården handlar om att sätta patienten i centrum. Därför är en av uppgifterna i de team som deltar i Genombrottsprogrammen att intervjua patienter som tvångsvårdats och varit föremål för tvångsåtgärder. En uppgift som en del team upplevt som svårt.

För att stärka patient- och närstående perspektivet har projektet engagerat attitydambassadörer. Dessa finns kopplade till Handisams

och NSPH:s uppdrag att förändra attityderna till psykiska sjukdomar och funktionsnedsättningar. Det är personer som har egen erfarenhet av psykiatrisk vård eller psykisk ohälsa och som delar med sig av sina erfarenheter – både bra och dåliga. Attitydambassadörerna deltar vid alla lärandeseminarier som samtalspartners och referenspersoner.

"Tre områden kommer särskilt att lyftas och det är juridik, etik och praktik."

Kunskap och kompetens

Projektet som också fått namnet "Bättre vård – mindre tvång" handlar ytterst om kunskap- och kompetensdelning. Tre områden kommer särskilt att lyftas och det är juridik, etik och praktik. Det senare inrymmer bland annat psykiatrisk omvårdnad som en del av vardagsarbete. Projektledningen har också betonat vikten av involvera alla professioner i utvecklingsarbete och att det finns en förankring i ledningen. Faktorer som kommer att vara betydelsefulla för att nå framgång i arbetet.

Det kommer under perioden fram till december 2012 säkert finnas skäl att återkomma till projektet och hur det kommer att lyckas sätta avtryck i den psykiatriska heldygnsvården. Under tiden kan vi följa det bland annat via SKL:s hemsida eller genom PRF:s ordförande som också kommer att vara coach för två av de team som ingår i de första Genombrottsprogrammen.

För mer information www.skl.se/tvangsvard

Gränser och närhet på PIVA

Av Martin Salzmann-Erikson



Foto: Mikael Nilsson

Martin Salzmann-Erikson, doktorand vid Högskolan Dalarna, Akademin för hälsa och samhälle. Forskarstuderande vid Örebro Universitet, Hälsoakademin. Spesialsykeleier vid Oslo Universitetssykehus, Ullevål, Akuttpsykiatrisk Divisjon

Psykiatrisk intensivvårdsavdelning (PIVA) – begreppet ger olika associationer. För de flesta människor är det helt okänt att dessa avdelningar ens existerar, för andra är PIVA fyllt av mystik och hörsägen. Redan då den första PIVA öppnades på 1970-talet florerade rykten om tveksamma behandlingsmetoder och farliga patienter. Även i dessa dagar har man introduktionsträffar på vissa psykiatriska klinikerna med AT-läkare för att avmystifiera och informera om vad det handlar om. Det finns exempel där läkare inte velat komma in på PIVA och istället ordinerat per telefon; poliser som känt sig mycket obekväma över att behövt vara på PIVA i samband med handräckning av patienter. Denna artikel avser att positionera dessa mytomspunna avdelningar både nationellt och internationellt samt beskriva vad intensivpsykiatrisk omvårdnad handlar om ur ett vårdarperspektiv. Artikeln baserar sig i huvudsak på min egen forskning [1,2] om inte annat anges.

Etableringen av psykiatrisk intensivvård

Psykiatrisk intensivvård översätts till engelska med ”psychiatric intensive care”. Det går att spåra begreppet cirka 40 år tillbaka i tiden och användes för första gången av Rachlin (1973) i akademiska sammanhang. [3] Rachlin var psykiater på Lincon Service of Bronx State Hospital i New York. När psykiatrin flyttade in och blev en del av den övriga sjukvården ville man undvika mentalsjukhusens atmosfär och avskaffade låsta dörrar policyn. Policyn om öppna dörrar resulterade dock i att det var svårt att behandla vissa patienter. Så många som en tredjedel av patienterna lämnade impulsivt avdelningarna. Rachlin öppnade därför en specialenhet som skulle kunna behandla dessa rymningsbenägna patienter men samtidigt inte återgå till de gamla mentalsjukhusens miljö. Denna enhet öppnade han i augusti 1970 och kallade den för ’psychiatric intensive care unit’. De faktorer

som ansågs viktiga på denna enhet var förutom låsta dörrar, att den fungerade som en backup enhet för andra avdelningar, erbjöd en strukturerad och intensiv miljö, den liberala användningen av mediciner samt den höga bemanningen i relation till antalet patienter. Efter Rachlins publikation från USA kom det fler artiklar med studier som gjorts på PIVA, Storbritannien i slutet av 1970-talet, Australien mitten på 1980-talet, Kanada i slutet på 1980-talet, Sverige i början på 1990-talet och Japan i slutet av 1990-talet. PIVA finns också i flera länder, bl.a. Tjeckien och Nederländerna. I Norge och Danmark används inte begreppet explicit, istället använder man något som kallas för ’skjerming’. Det innebär i princip att en liten del, upp till fyra platser av avdelningen avskärmas och är avsedda för några av de mest vårdkrävande patienterna. Skjerming har dock översatts till ’psychiatric intensive care units’ i internationella sammanhang. I Storbritan-

nien och Australien finns nationella riktlinjer för psykiatrisk intensivvård beträffande kriterier för inskrivning, behandling och utskrivning. I Sverige saknas sådana riktlinjer, begreppet är diffust och Socialstyrelsen omnämner inte ens begreppet. På vissa psykiatriska kliniken har man både akut- och intensivvårdsavdelningar parallellt och när en patient ska vara på respektive avdelning är tämligen oklart vilket ibland blir frustrerande för personalen. Detta kan man sätta i relation till den somatiska vården som är mer tydlig på den punkten. Enligt Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) finns tydliga kriterier när en patient ska klassas som intensivvårdspatient, denna tydlighet saknas som sagt inom den psykiatriska vården. Internationellt har PIVA blivit allt mer etablerat begrepp. År 2005 startade National Association of Psychiatric Care Units (NAPICU) i samband med Cambridge Journals en internationell vetenskaplig tidskrift vid namn Journal of Psychiatric Intensive Care.

Intensiv psykiatri som vårdnivå

Psykiatrisk intensivvård är den mest akuta formen av psykiatrisk vård där vårdtiderna är korta och insatserna snabba. Patienterna är vanligen inlagda enligt vårdformen är LPT medan andra vårdformer som HSL och LRV förekommer, men är inte den huvudsakliga målgruppen. I Sverige finns cirka 15 PIVA runt om i landet. Många liknar varandra på flera punkter, det är tämligen små avdelningar (upp till 10 platser), patienterna har enkelrum, högre bemanning än andra avdelningar och är designade så att de är lätta att övervaka och har minimal inredning. Säkerheten är ett karaktäriserade drag för PIVA. Patienterna har begränsade möjligheter att röra sig på avdelningen; personalrum, expedition, kök, skölj och ytterdörrar etc. är låsta. Lokala avvikelser förekommer men brandsäkra gardiner, härdat glas i fönstren, daglig inventering av bestick och löstagbara duschslangar är några exempel på säkerhetstänkandet. Vanligen finns särskilda bältesrum och några PIVA har även särskilda rum för avskiljning.

Det fanns flera orsaker till varför patienter läggs in på PIVA. Ibland är det människor med psykosjukdomar som blivit försämrade för att de slutat tagit medicin medan andra patienter har använt droger och blivit psykotiska. Inte sällan kommer patienterna in akut med polisens försorg då de varit hotfulla och aggressiva i samhället. Orsakerna kan också vara mer diffusa vilket gör att man tillfälligt lägger in patienter som är så vårdkrävande att andra vårdinstanser inte klarar av att ge adekvat vård och behandling. PIVA får därför lätt funktionen av att bli en backup enhet åt andra avdelningar. Om en patient tillfälligt försämras och uppträder hotfullt och blir fysiskt utagerande förflyttas de till PIVA om den remitterande avdelningen inte har kapacitet att hantera den typen av beteende. Det som också karaktäriserar PIVA är att patienterna ofta vägrar den vård som

är personalen alltid beredd på att patienternas beteenden snabbt kan skifta. Det är dock viktigt att poängtera att det är långt från alla PIVA-patienter som har en våldsproblematik. Andra patienter är inlagda för förvirringstillstånd eller att de löper hög risk att skada sig själva. Personalen är ständigt uppmärksamma på att patienternas beteende kan eskalera, oavsett problematik. Destruktiva tankar kan snabbt övergå till handlingar. På grund av den allvarliga problematik som denna patientgrupp uppvisar blir majoriteten av patienterna inlagda enligt LPT vilket många gånger är nödvändigt för att ge adekvat vård och behandling i den mest akuta fasen. Under tvångsvården använder sig personalen av omvårdande, sociala och medicinska insatser för att patienterna snabbt ska kunna förbättras och sedermera skrivas ut till hemmet eller förflyttas till mindre restriktiva miljöer.

”Typiskt på PIVA är att patienters frustrationer många gånger eskalerar, irritation och övergår till hot och ibland till fysiskt våld.”

erbjuds. Patienterna saknar ofta förståelse för sitt behov av vård och har bristande kapacitet att ta emot information. När patienterna saknar denna förståelse kan det lätt uppstå frustration som riktas sig mot personalen. Typiskt på PIVA är att patienters frustrationer många gånger eskaleras, irritation och övergår till hot och ibland till fysiskt våld. Personalen kan på förhand identifiera att något är på gång att hända och känna att ”något ligger i luften”, ungefär som spänningar i atmosfären. På PIVA

Den specifika omvårdnaden på PIVA

I mer generella beskrivningar av omvårdnad handlar det om att tillgodose patientens basala behov och ge stöd för att patienterna ska kunna utveckla sina möjligheter att leva med sjukdom, inte sällan nämns slutklämmen – till ett självständigt liv. Samtalet, mötet och relationen mellan vårdare och patient är också centralt för den psykiatriska omvårdnaden. Dessa aspekter på omvårdnad finns också representerade inom intensivpsykiatrisk vård men när PIVA studeras

”Policyn om öppna dörrar resulterade dock i att det var svårt att behandla vissa patienter. Så många som en tredjedel av patienterna lämnade impulsivt avdelningarna.”

på djupet framträder mer implicita delar och särdrag i den vårdande kulturen. Förhållningssätt och interventioner i den intensivpsykiatriska omvårdnaden får egna namn.

Det centrala i vårdkulturen på psykiatriska intensivvårdsavdelningar handlar om att sörja för lugn och ro på avdelningen, personalens uppgift är att ”hålla ställningarna”. Syftet att det ska vara lugnt handlar inte om personalens egenintresse för att de ska ha det behagligt på jobbet, snarare precis tvärtom. Man kan lätt få uppfattningen att personalen inte gör någonting, ”de sitter ju bara där”. Den djupgående strävan efter att ha det lugnt på PIVA bottnar i en enad omvårdande idé att patienterna ska känna sig trygga när deras inre värld är kaotisk. I denna strävan synliggörs det vårdande etoset i PIVA kulturen. Ibland störs lugnet av nya patienter som läggs in och är hotfulla och aggressiva. Lugnet kan också störas när någon plötsligt blir försämrad. När en patient blir orolig är det stor risk att oron sprider sig så att andra patienter också blir oroliga. Detta vill man undvika till varje pris. Intensivpsykiatrisk omvårdnad syftar till att behålla och återställa lugnet. Genom att personalen sörjer för en lugn miljö skapas möjligheter att patienterna ska nå ett inre lugn. Den specifika omvårdnaden på PIVA handlar om att skapa detta yttre lugn för patienterna. Omvårdnaden i denna kontext handlar dels om ett speciellt förhållningssätt men också mer konkreta interventioner.

När personalen ”inte gör någonting” bedriver de i själva verket omvårdnad. Omvårdnad på PIVA innebär att sitta i en stol, stå i korridoren, plocka fram fikavagnen eller att göra någon annan vardaglig syssla som att torka av ett bord. En central hörnsten i intensivpsykiatrisk

omvårdnad är att finnas närvarande för patienter och för kollegor. Patienter visar ibland uttryckligen sitt behov för att bara prata, och även om personalen inte alltid förstår vad som sägs är deras närvaro i egenskap av att ”vara ett öra” viktig. Andra patienter känner sig kränkta över att bli inlagda mot sin vilja och det är det vanligt att de initialt visar sitt missnöje genom att vägra kontakt med vårdpersonalen. Trots detta finns personalen närvarande i bakgrunden för patienterna. Vårdforskare har studerat närvaro som begrepp och sammanför det som intersubjektiva band mellan vårdare och patient. I närvaron finns mötet, interaktionen och vårdarens intima engagemang. På PIVA får personalens närvaro en helt annan innebörd. Att hålla sig på avstånd är en form av omsorgsfull närvaro. Att vara närvarande som vårdare på PIVA handlar om att förstå jämvikten mellan att vara diskret och synlig. På PIVA är det en del av omvårdnaden att låta patienterna styra graden av vårdarens närhet och låta patienterna komma när de själva önskar det. Att tvinga sig på en patient kan i det akuta skedet ödelägga en framtida allians. Denna diskreta närvaro tangerar till en annan central hörnsten

”Den djupgående strävan efter att ha det lugnt på PIVA bottnar i en enad omvårdande idé att patienterna ska känna sig trygga när deras inre värld är kaotisk.”

i intensivpsykiatrisk omvårdnad – övervakning.

Genom personalens ständiga närvaro på avdelningen finns möjligheter att övervaka och observera patienterna. Deras naturliga närvaro och närhet medför att de kan observera patienter på nära håll utan att de känner sig övervakade. Genom denna närhet samlar personalen ständigt information om patienterna och deras psykiska tillstånd. Små detaljer observeras, om patienterna sitter med stel eller avslappnad kroppshållning, fast eller flackande blick, hur de reser sig från en stol, hur snabbt de läser en tidning etc. Många gånger vill eller kan inte patienterna berätta om sina problem så att andra förstår. Det är viktigt att personalen ändå kan identifiera patientens problem och behov. Genom att prata med varandra om sina observationer och sammanlägga pusselbitar av information bildas till slut en helhetsbild av patienternas komplexitet. Det finns också olika forum för att sammanställa dessa pusselbitar. Dels finns de mer formella forumen i form av ronder och rapporter. Men ännu mer intressant ur ett omvårdnadsperspektiv, är de informella forumen då personalen pratar om patienterna med varandra i personalrummet eller på sjuksköterskeexpeditionen. Detta ”skvaller” om patienterna inom personalgruppen har en betydande roll för omvårdnaden då det underlättar att sammanställa en komplett bild av patientens problematik och behov. I detta skvaller förmedlas tips, idéer och beprövande förhållningssätt att möta enskilda patienter. I situationer när personalen vårdar en patient med manipulativt beteende eller patienter med hög risk för självskadande beteende är det extra viktigt att flöda information på detta sätt.

Flödet innebär att personalen ständigt uppdaterar förhållningssätt och regler och blir därmed eniga som grupp vilket skapar en viss ordning och stabilitet. Informationsflödet gör att omvårdnaden för patienterna individualiseras utifrån deras unika och specifika problem och behov.

För att vården på PIVA ska fungera är säkerheten A och O. Att bevara säkerheten finns ständigt i personalens sätt att tänka då de alltid är redo att ”rycka ut”. Ingen personal lämnas någonsin ensam och man backar alltid upp varandra om någon patient höjer rösten. Att bevara säkerheten innebär också att personalen bevarar säkerheten för patienterna då vissa patienter tenderar att ge sig på sina medpatienter. Uppbackningen ser olika ut former beroende på hur allvarlig situationen är och personalen avväger ständigt om deras närhet ska vara diskret eller synlig. Tryggheten att alltid veta att en kollega backar upp ses som en förutsättning för att våga vårda patienter som har komplexa problem och riskerar att agera ut med hot och våld. När patienter blir oroliga, agiterade eller fysiskt våldsamma gäller det att lugna ner. Att lugna oroliga patienter har i huvudsak tre syften, att göra patienten så pass lugn att det går att upprätta en dialog, stabilisera patientens kaos och återställa lugnet på avdelningen. Det finns flera olika sätt att lugna patienter på. Ett sätt bland flera som används för att lugna är att avleda, dvs. att rikta patientens uppmärksamhet mot något annat, t.ex. att bara börja prata om något helt annat. När inte samtal hjälper måste andra mer restriktiva metoder användas – personal använder sig då av reduceringstekniker. En reduceringsteknik är att begränsa patienten rent rumsligt. Detta gör man genom att informera patienten

att beteendet som han eller hon uppvisar inte är acceptabelt på avdelningen då det skrämmer andra patienter och skapar oro. Patienten skärmas sedan av på ett anvisat rum. Här reducerar man både möjligheterna att oron sprids till andra patienter samtidigt som man reducerar yttre stimulans för patienten och möjliggör en miljö där patienten kan få vila. När patienter får dessa gränser ökar personalens närhet. Personalen följer hela tiden upp patienterna och markerar skillnaden mellan straff och omvårdnad. Valet av hur restriktiv metod man använder beror på situationen. Som en etisk grundprincip i omvårdanden på PIVA är att alltid använda den minst möjliga restriktiva metoden som behövs för att lugna patienten. Personalen har olika sätt att bemöta patienterna på beroende på person och situation och de balanserar hela tiden mellan två förhållningssätt. Ett förhållningssätt innebär att personalens använder sin makt och styrka och tar kontroll över situationen. Man sätter gränser direkt utan att ge utrymme för förhandlingar eller diskussion med patienterna. Ett motsatt förhållningssätt som börjar anammas mer och mer är ett motsatt förhållningssätt där det istället är patienternas motstånd som styr. Detta innebär att patienterna tillåts uttrycka sin ilska medan personalen lyssnar och ger patienterna tid. Detta förhållningssätt innebär också mer flexibilitet och personalen försöker förhandla fram en lösning tillsammans med patienterna. Intensivpsykiatrisk omvårdnad siktar på att erbjuda patienterna en lugn och vilsam miljö som är befrämjande för patienternas psykiska hälsa. Denna miljö skapas genom personalens förhållningssätt och förmågan att vara sensitiva för att pendla mellan direkt närhet och diskretion.

Referenser

- [1] Salzmänn-Erikson, M., Lützn, 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.
- [2] Salzmänn-Erikson, M., Lützn, K., Ivarsson, A-B., Eriksson, H. (2010). In the spectrum of turbulence and stability: cultural cornerstones of nursing in psychiatric intensive care. Submitted article.
- [3] Rachlin S. (1973). On the need for a closed ward in an open hospital: the psychiatric intensive-care unit. *Hospital and Community Psychiatry* 24, 829-833.

Psykiatriska Riksföreningen behöver dig!

Vill du göra en insats för vår profession? Är du intresserad av psykiatrisjuksköterskans yrkesfrågor?

Vill du få chansen att vara aktiv i en förening som är med och påverkar utvecklingen av den psykiatriska omvårdnaden i Sverige?

Psykiatriska Riksföreningens valberedning söker intresserade personer till styrelseuppdrag inför årsmötet 2011, kanske är det du?

Att vara styrelseledamot i Psykiatriska Riksföreningen innebär en möjlighet till personlig utveckling i ett gott gäng med kolleger från hela Sverige. Du får en möjlighet att berika ditt yrkesliv genom vidgat kontaktnät och fördjupning i våra yrkesfrågor.

Du som själv är intresserad, nyfiken och vill stärka psykiatrisjuksköterskans roll eller känner någon som du vill rekommendera, så hör av dig till någon av oss i valberedningen.

Vill du veta mer om vår förening kan hitta du oss på

www.psykriks.se

eller kontakta oss, se nedan.

Rose-Marie Björklund
e-post: rose-marie.bjorklund@vgregion.se
Tfn 031-343 63 54 a

Marie-Louise Wällberg
e-post: marielouisewallberg@vll.se
Tfn 090-785 65 67 a

Elisabeth Iggström
e-post: elisabeth.iggstrom@lthalland.se
Tfn 0430-157 87 a

Inga-Lisa Sigling
Tfn 08-511 720 32

Psykiatriska Riksföreningen gratulerar!



Bertil Lundberg

Bertil Lundberg försvarade sin avhandling "Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom" vid Lunds Universitet torsdagen den 25 november 2010.

Hur känns det nu när disputationen är avklarad?

– Bra! Det är trots allt en anspänning att disputera och det ska det bli skönt att få lite distans till det hela.

Vad handlar avhandlingen om?

– Avhandlingen handlar om hur personer med psykisk sjukdom upplever sin situation i samhället utifrån ett stigmaperspektiv, samt vilken betydelse dessa upplevelser kan ha för den drabbade.

Sammanfatta de viktigaste resultaten om du har fått fram.

– Många som drabbats av psykisk sjukdom upplever sig exponerade för omgivningens negativa reaktioner, fördomar och stereotypier. Detta faktum kan få betydande negativa konsekvenser för den drabbades sociala relationer, utsikter att få arbete och leda till försämrade självkänsla och självaktning.

Hur kan man använda dina resultat?

– Hitintills, tror jag att man inom vården i allt för lite utsträckning uppmärksammat vad det innebär för den drabbade att leva med en sjukdom som det finns fördomar och förutfattade meningar om i samhället. Man brukar säga att ha drabbats av psykisk sjukdom innebär att man har ett förhållande till ett dubbelt problem. Dels har man att hantera problem och svårigheter som sjukdomen i sig medför, dels har man att förhålla sig till de negativa attityder som finns kring psykisk sjukdom.

Vad kommer du att göra härnäst?

– Det finns en del intressanta fynd i mina data som jag vill undersöka vidare. Eftersom dessa fynd baserar sig på för små urval, så vill jag inte i nuläget specificera mig närmare. Jag tror att den enskilt viktigaste faktorn för att motverka stigma är att personer med psykisk sjukdom garanteras tillgång till arbete, studier eller meningsfull sysselsättning. Detta är frågor jag vill arbeta vidare med och annat är frågor som rör adekvat information till anförvanter och den drabbade om vad sjukdomen innebär och vad den inte innebär.



Anna Björkdahl

Anna Björkdahl försvarade sin avhandling "Violence prevention and management in acute psychiatric care - aspects of nursing practice" vid Karolinska Institutet fredag den 26 november 2010.

Hej Anna, gratulerar till avhandlingen!

Hur känns det?

– Hej, Tack för gratulationen! Det var en fantastisk dag på många sätt och jag var helt slut men glad när allt var över. Roligt att ni vill skriva lite om detta i tidningen. Det känns väldigt roligt att ha tagit sig igenom forskarutbildning och disputation.

Vad heter avhandlingen?

– Avhandlingen heter "Violence prevention and management in acute psychiatric care - aspects of nursing practice" och finns tillgänglig som pdf på www.ki.se

Vad handlar den om?

– Avhandlingen handlar om våldsprevention och bemötande utifrån ett kliniskt praktiskt omvårdnadsperspektiv inom akutpsykiatrisk slutenvård. Jag har tittat på riskbedömning, effekter av våldsförebyggande omvårdnadsprojekt och utbildning/träning av personal enligt Bergenmodellen. Jag har också tittat på olika vårdande förhållningssätt på psykiatriska intensivvårdsavdelningar.

Om du skulle sammanfatta dina viktigaste resultat...

– Sammanfattningsvis lyfter jag fram vikten av att arbeta med våldsprevention och bemötande på tre preventiva nivåer; när det är lugnt på avdelningen, när det börjar bli spänt och irriterat och när det faktiskt uppstår fysiskt våld. På alla dessa nivåer finns då tre viktiga personalfaktorer; en positiv och vårdande inställning och grundfilosofi gentemot patienterna, en känslomässig balans och en fungerande ordning på avdelningen. Jag har blivit inspirerad av det här sättet att se på våldsprevention och bemötande från två teoretiska ramverk, dels preventionsteorier inom folkhälsforskningen, dels Bowers 'Working model' som är byggt på psykiatrisk omvårdnadsforskning i England.

Hur kan man använda resultaten?

– Jag hoppas att min beskrivning av detta i min avhandling kan vara till stöd och inspiration inom klinisk praktisk omvårdnad vad gäller att jobba med hot och våldsförhållanden.

Vad gör du härnäst?

– Jag hoppas kunna få möjligheten att jobba vidare med psykiatrisk omvårdnadsforskning i framtiden och då i kombination med kliniska utvecklingsprojekt.

Titel: Lev som du vill och inte som du lärt dig

Författare: Jeffrey E. Young och Janet S. Klosko

Förlag: Natur och Kultur

Recensent: Christina Reslegård

En efterlängtat svensk översättning av en amerikansk självhjälpsbok med schematerapi. Schematerapiens utgångspunkt är att de djupa mönster vi lär oss om oss själva utifrån hur vi blir behandlade under vår uppväxt stannar kvar som livsteman (scheman) och kan återupprepas under hela vårt vuxna liv om vi inte aktivt förändrar dem. Personligen tycker jag att livsteman är en mycket mer tilltalande term än scheman.

Bokens bakgrund är att de skrivande terapeuterna upplevt att vissa patientgrupper inte blivit hjälpta fullt ut av traditionell kognitiv beteendeterapi. Schematerapi är en vidareutveckling av traditionell kognitiv beteendeterapi med influenser av bland annat gestaltterapi och anknytningsteori.

Författarna beskriver elva livsteman och visar hur du kan identifiera dem, förstå deras ursprung och förändra dem. Boken behandlar övergivenhet, misstro och utsatthet, sårbarhet, beroende, känslomässig försummelse, utanförskap, skam och värdelöshet, misslyckande, underkastelse, perfektionism och berättigande.

Titel: I morgon är jag alltid ett lejon.

Författare: Arnhil Lauveng.

Förlag: Sivart Förlag

Recensent: Inga-Lisa Sigling

Detta är en självbiografisk bok skriven av en psykolog i Oslo. Jag skulle önska att den var obligatorisk i alla utbildningar som rör psykiatri. Den innehåller en mängd kloka reflektioner utifrån egna upplevelser.

I tio år från det Arnhil var sjuåring var hon intagen på olika institutioner under diagnosen schizofreni. Hon behandlades enligt gängse metoder, samtal, mediciner med olika neuroleptika ofta med tvång samt vid otaliga tillfällen också med bältesläggning.

Som barn var hon enligt sin beskrivning en tyst, duktig, snäll liten flicka som ofta gick för sig själv, dagdrömde och som blev mobbad.

Redan i fjorton-femtonårsåldern upplevde hon att hon var konstig på något sätt. Hon beskriver hur hon sedan gradvis

Terapirelationen används som ett konkret verktyg i förändringsarbetet. Terapeuten erbjuder ett "ställföreträdande föräldraskap" (limited re-parenting) där klienten erbjuds att känslomässigt knyta an till behandlaren för att därigenom inom ramen för terapirelationen få sina eftersatta behov tillfredsställda.

När det gäller de livsteman som behandlas är igenkänningsfaktorn hög. Man kan se dem som personlighetsdrag som vi har i olika grad. Motivationen till behandling ligger som alltid i graden av begränsning som den enskilda personens upplever. För varje individ gäller att komma fram till egna lösningar – många gör aldrig det men den här boken erbjuder ett stegvis program för förändring.

Boken följer samma struktur där varje livstema behandlas i ett eget kapitel. Exempel från de två författarnas/psykoterapeuternas kliniska arbete redovisas på ett lättillgängligt och pedagogiskt sätt. Målsättningen med det psykoterapeutiska arbetet är att klienten ska kunna leva sitt liv fullt ut, i enlighet med de individuella målen han/hon har.

börjar tappa identiteten. Hon skriver i dagboken om sig själv i tredje person.

Efter hand får hon fler och fler allvarliga symtom som är karakteristiska vid schizofreni och blir i samband med dessa intagen. Hon har svåra både hörsel- och synhallucinationer. "Kaptenen" vrålar i hennes huvud hela dagarna och beordrar henne, respektive förbjuder henne, att göra saker. Hon attackeras av skabbiga vargar som dyker upp på olämpliga ställen. Hon har flera vanföreställningar och blir alltmer osäker på tillvaron. Alla färger försvinner, allt är grått. Hon skadar sig själv, slår sönder glas och porslin och skär sig.

Hon har självmordstankar och gör flera självmordsförsök. Hon är övertygad om att hon skulle ha varit död om inte hennes mamma envist förhindrat

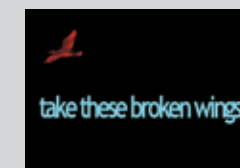
Det avslutande kapitlet handlar om författarnas syn på förändring. Den filosofi man presenterar bygger på några grundläggande antaganden:

- alla människor har en del inom sig som vill vara lycklig och tillfreds med livet
- det finns flera mänskliga grundbehov som vi behöver fylla för att må bra
- människor kan förändras på djupet
- individen kommer sannolikt inte att förändra sina grundläggande livsteman om han/hon inte
- tar ett medvetet beslut att göra det.
- vi undviker situationer och känslor om skapar smärta, även när det vore utvecklande för oss att
- möta dem
- det finns ingen enskild teknik eller terapeutisk metod som fungerar bra för alla människor
- det är avgörande för oss alla att skapa egna visioner och mål för vårt liv.

Jag ser boken som ett användbart material att användas tillsammans med patienter. Frågeformulär finns för identifiering och konkretisering av olika livsteman.

Jag ser boken som ett användbart material att användas tillsammans med patienter. Frågeformulär finns för identifiering och konkretisering av olika livsteman.





detta under sin sjukdomstid bedömdes det som en del av sjukdomen – att hon identifierade sig med sin terapeut.

Hon poängterar hur viktigt det är att omgivningen har positiva förväntningar och inte tar ifrån någon hoppet. När någon försökte få henne att acceptera att hon var kroniskt sjuk opponerad hon sig kraftigt och påpekade att så hemskt som hennes liv var nu skulle det verkligen inte vara i framtiden.

Den svåraste kränkningen var att personalen inte tog henne på allvar utan kopplade allt till sjukdomen. Hennes önsknings och hennes vägran upplevdes

inte som äkta utan bara som symtom.

Hon är övertygad om att alla symtom på olika sätt har en mening. De kan stå för ett berövat och/eller bedrövat språk eller som uttryck för det som blev över när allt annat gått förlorat.

Hon tar upp en annan viktig aspekt – att hon inte hade kvar några vänner. Alla i hennes omgivning utom mamma hade betalt för att vara med henne, det var deras jobb. Ingen valde henne för att hon på något sätt var viktig. Det fanns ett undantag, en skötare som lyckades få henne att känna att hon var värdefull. Detta glömmer hon aldrig.

Hennes väg tillbaka var lång med många misslyckanden men den ledde till målet – att bli frisk.

Hon vänder sig kraftigt mot begreppet ”brukarperspektiv”. Brukare är individer med helt olika problem och behov med bara en sak gemensam, att de är i behov av vård av något slag. Att då bunta ihop dem till en enda stor grupp anser hon vara helt fel.

Boken är fängslande och lättläst. Jag rekommenderar den varmt.

Titel: Mitt galna liv

Författare: Arvid Lagercrantz

Förlag: Lind & Co

Recensent: Christina Reslegård

”Jag har varit journalist i hela mitt yrkesliv, politisk reporter på Dagens Eko, vice vd och vd för Sveriges Riksradio i tio år. Mina maniska perioder har varit många. Dessemellan har jag varit helt frisk”.

En memoar om psykisk sjukdom kallar Arvid Lagercrantz sin bok som han skrivit efter att ha läst igenom sina psykiatriska journaler. Han var femton år gammal när han insjuknade första gången och fick då veta att det fanns 50% chans att han aldrig mer skulle få något skov av mani eller depression. Så blev det dock inte. Genom åren har han haft åtskilliga sjukdomsepisoder och vårdats inom psykiatri i Stockholm upprepade gånger. Under senare år har sjukdomen klingat av och det är idag tjugo år sedan han var inlagd senast.

Författaren beskriver på ett väldigt bra sätt hur de maniska skoven sätter igång med uppvarvning och kreativa idéer som snabbt går överstyr. Sina infall och sitt beteende som han kan läsa noggranna beskrivningar av i sina journaler får honom att känna sig ertappad och fylld av skam. men han fylls också av insikten om att han genom åren varit sjukare än vad han själv trott.

Arvid Lagercrantz funderar över vad som gjorde honom sjuk. Vems fel var det?

– Vad eller vem var det som fick mig att vara så ambitiös, som gjorde mig i så stort behov av bekräftelse?

Han växte upp i en familj som han betecknar som borgerligt gammaldags. Han hade ovanligt gamla föräldrar. Fadern är 59 år när Arvid och hans tvillingbror Nils föds. Olof Lagercrantz är en många år äldre halvbror, Lis Asklund är en trettio år äldre halvsyster. Betydande hereditet finns i familjen och slakten, både på mammans och pappans sida. Psykiska problem förekommer hos många medlemmar i den nära slakten och flera anhöriga suiciderar också. Tvillingbrodern Nils tar sitt liv vid tjugoett års ålder. ”Den lagercrantzska sjukdomen” är ett begrepp som används både om och inom familjen.

Nu är Arvid Lagercrantz 67 år. Han kan se tillbaka på en mer än femtio år lång historia av kontakter med psykiatri. Han är fortfarande inte säker på att hans diagnos är korrekt och tycker sig inte förstå sjukdomen i alla dess valörer. Han medicinerar med Litium och när han känner av symtom justerar han dosen i samråd med sin läkare. Han ger, i sin levnadsberättelse, en i huvudsak positiv bild av psykiatri. Han tycker sig få god hjälp av läkare men också delvis genom psykoterapi som han genomgår. Jag tänker vid läsningen att det är osäkert om den psykiatri han skildrar med snabbt omhändertagande utan formellt och byråkratiskt krångel finns idag.

I boken kommer hans fru och hans

gode vän Per till tals i egna kapitel. De gervärdefulla pusselbitar till berättelsen. Det är påfallande att det finns en stor acceptans för författarens sjukdomsbild och symtom i omgivningen. Arbetsgivare och chefer visar förståelse och omtanke. Kanske handlar det om tidsanda, kanske handlar det om person och namn eller om det sammanhang författaren verkar i. Positivt känns det i alla fall.

Arvid Lagercrantz menar att det tagit tid för honom att acceptera sjukdomen och att inse behovet av medicinering. Med åren har också energin, äregränsen och ambitionen minskat. Framgångar har gett tillfredsställelse och han har kunnat känna sig mera nöjd. Hans råd till människor som fått diagnosen bipolär sjukdom:

- Acceptera att du har sjukdomen
- Lär dig känna igen symtomen
- Godta medicinen
- Slarva inte med sömnen
- Var öppen med din sjukdom

Arvid Lagercrantz har en ambition med att skildra hur han led, hur han behandlades och vad läkarna skrev i hans journaler. Ambitionen och syftet är att dela den ensamhet han och andra med psykiska problem känner. Han lyckas med sin ambition.

Titel: Take these broken wings

Manus & Regi: Daniel Mackler, psykoterapeut

www.iraesoul.com eller www.isps.us.org

Recensent: Inga-Lisa Sigling



Daniel Mackler, psykoterapeut

Filmen handlar om återhämtning. Två kvinnor som under många år hade diagnosen schizofreni intervjuas omväxlande under hela filmen: Joanne Greenburg,

född 1934, författare till bl. a. den självbiografiska boken ”Ingen dans på rosor” resp. Catherine Pamey, född på 50-talet, psykiatrisjuksköterska.

Båda insjuknade i tonåren och ansågs efter hand vara kroniskt sjuka. Med hjälp av långvarig psykoterapi lyckades de dock ta sig ur sin schizofreni och lever sedan dess helt utan mediciner.

Joanne Greenburg skrev sin första bok under pseudonymen Hannah Green och har sedan skrivit ytterligare ett tiotal böcker. Hon är fortfarande aktiv som författare. Hon säger om sin terapeut: ”Hon älskade det friska i mig och hon älskade styrkan i mig”. Hennes terapeut var den berömda Frieda Fromm Reichmann.

Catherine Pamey träffade sin terapeut varje dag under 8 år. Han intervjuas

också i filmen, så även en rad andra terapeuter och professorer.

Filmen är uppbyggd av återkommande korta intervjuer med de f.d. patienterna, med sakkunniga och med allmänheten. Detta kan från början upplevas som splittrande, men ger efter hand ett suggestivt och bestående intryck.

En rad enstaka frågor ställs till personer och de svarar med en kort mening på frågor som: ”Vad är schizofreni?”, ”Vad beror schizofreni på?”, ”Vilken behandling ges?”, ”Kan man vara utan medicin?”, ”Kan sjukdomen botas?”.

Svaren är entydiga och traditionella. Filmens budskap är det direkt motsatta.

Filmen gjorde ett starkt intryck på mig och jag kan varmt rekommendera den.



Catherine Pamey



Joanne Greenburg



kognio™
centrum för KBT

Kursutbud våren 2011
Kursort: Lund

Vårens utbildningar

5-dagars introduktionskurs till KBT 28/2 – 4/3

Den uppskattade ”veckokursen” med Egil Linge och Ulla Hoppe

**Kursdag med Anna Kåver - 31:e mars
Om ”Känslor i KBT”**

Grundläggande utbildning i KBT (steg-1)

Start 28:e mars 2011

Mindfulness: ”8-veckorskursen”

med Helena Bjuhr - kursstart: 10:e februari 2011

kursbeskrivning och ansökningsformulär: www.kognio.se
info@kognio.se





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

Styrelsemöte PRF

Den 27-28 november, i ett snörikt Stockholm, hade PRF styrelsemöte. Mötet inleddes med information om att Helena Sergel har meddelat att hon avgår från styrelsen då det för närvarande inte finns tid till det arbetet på grund av studier. Vi önskade Helena lycka till vid lördagens middag.

Dagordningen för styrelsemötet innehöll en mängd punkter som skulle betas av, PRF allt oftare blir tillfrågade om att komma med synpunkter omkring viktiga frågor som rör den psykiatriska vården och psykiatrisjuksköterskans ansvarsområden. Det innebär en del arbete men styrelsen är ense om att det är viktigt att vår delaktighet syns i olika sammanhang. Arbetet med programmet för årskonferensen i april 2011 är i stort sett klart och vi hoppas att det kommer många deltagare.

Under dessa dagar hade vi också två gäster, Inga-Lisa Sigling, representant för valberedningen samt Jonas Rahm, formgivare och illustratör för vår tidning Psyche. Valberedningen har påbörjat sitt arbete inför årsmötet och söker personer som är intresserade av att arbeta i styrelsen. Jonas berättade om sitt arbete i Psyche och styrelsen fick möjlighet att träffa honom och ställa frågor.

Styrelsens arbete framöver kommer till stor del att handla om fortsatt planering av konferenser, marknadsföring av vår förening på olika sätt, öka antalet medlemmar och en ekonomi i balans. Vi kommer även att arbeta för att PRF ska vara en efterfrågad aktör i arbetet kring att förbättra den psykiatriska vården och synliggöra psykiatrisjuksköterskans profession.

Justerare

Bitte Lindgren, Psykiatriska Riksföreningen

Välkomna till Psykiatriska Riksföreningens årskonferens 7 – 8 april 2011 på Valjeviken Konferens i Solvesborg

**Att undvika risken för metabolt syndrom
Hälsofrämjande psykiatrisk omvårdnad som komplement
och alternativ till psykofarmakologisk behandling**

Moderator, Anna Björkdahl, Projektledare Stockholms läns sjukvårdsområde

Fokus – Psykisk ohälsa



” Vid somatiska sjukdomar framkommer ofta existentiella tankar och frågeställningar men också rädsla, ångest och nedstämdhet. Genom mer kunskap om psykisk ohälsa har sjuksköterskorna ett bättre utgångsläge för att möta och bekräfta patienterna.

Ingela Skärsäter, redaktör för Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå



” Idén var en bok som satte patienten som person i centrum, snarare än diagnosen. När jag tog kontakt med Studentlitteratur sammanfördes jag med Ingela Skärsäter och idén om två böcker föddes, en på grundnivå där utgångspunkten är sjuksköterskans omvårdnadsarbete, och en på avancerad nivå som tar sin utgångspunkt i patientens perspektiv. På det viset möjliggörs progression och fördjupning för sjuksköterskestudenten.

Lena Wiklund Gustin, redaktör för Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå.



Läs mer på studentlitteratur.se/psykiskohalsa

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 det!

 **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 funktion!