

# Psyche

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGENS TIDSKRIFT NO 1/2011



Psykiatriska  
Riksföreningens årskonferens  
7 - 8 april 2011  
Valjevicens Konferens  
i Sölvesborg

## MYCKET VÅLD MEN MEST VÅRD

– svensk nyhetsrapportering om psykiatriområdet



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 2011  
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@figproduction.com, hans@mrda.se

Omslag  
Illustration: Jonas Rahm

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

## Besök på flyktingläger i Moçambique



Av Mikael Nilsson  
Foto: Grace Olsson  
...sid. 4



## Mycket våld men mest vård

Av Ann-Sofie Magnusson  
Foto: Leif Eriksson  
...sid. 8



## Att stödja barn till föräldrar med psykisk ohälsa skapa förståelse tillsammans i stödgrupper

Refererat av Christina Reslegård ...sid. 14

Notiser ...sid. 16

Bokrecensioner ...sid. 18-19



## Att använda hästar i behandlingsarbete

Intervju med Lena Stenvall, mentalskötare  
på Psykiatriska kliniken i Skellefteå.  
Av: Britt-Marie Lindgren ...sid. 20



### ORDFÖRANDE HAR ORDET:

**S**å har vi inlett ett nytt år. Styrelsen träffades för ett par veckor sedan och vi gick igenom verksamhetsberättelsen. Den skall i text beskriva vilken verksamhet Psykiatriska Riksföreningen har. När man är mitt uppe i vardagen så är det lätt att glömma bort vad som hände i går. Man kan konstatera att vi är en väldigt aktiv förening som i mycket hög grad deltar aktivt och leder arbetet som berör sjuksköterskan som är verksam inom det psykiatriska arbetsområdet. Vi har besvarat remisser, deltagit i flera hearings, suttit med i olika arbetsgrupper, samverkat med Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet ett flertal gånger under året, samarbetat med Dagens Medicin vid en konferens, arrangerat Årskonferens i Göteborg och producerat 4 nummer av Psyche. Detta är bara en del av det arbete vi gör. Om vi som nationell yrkesföreningen inte aktivt deltar och är med och påverkar på arenan är det ingen annan som står upp för oss psykiatrisjuksköterskor.

Det är nu bara veckor till årsmötet som hålls i samband med Psykiatriska Riksföreningens Årskonferens som vi i år kommer att ha i Sölvesborg i Blekinge.

Ett utförligt program finns bifogat i detta nummer. Titeln på konferensen är: Att undvika risken för metabolt syndrom- Hälsofrämjande psykiatrisk omvårdnad som komplement och alternativ till psykofarmakologisk behandling. På senare tid har detta syndrom uppmärksammats. Man definierar det som en hormonrubbling och består av en samling riskfaktorer till hjärt-kärlsjukdomar och förstadium till diabetes. Varför tar vi då upp detta? Det har visat sig att många individer med depression, ångest, schizofreni, stressproblematik, och sömnstörningar drabbas av detta. Det finns även studier där psykofarmaka visar sig påverka detta. För att minska riskerna har vi sjuksköterskor en viktig roll i arbetet på detta område. Därför har vi valt det som årets tema. Välkomna till Årskonferensen!

Richard Brodd  
Ordförande  
Psykiatriska Riksföreningen



# Besök på flyktingläger i **Mocambique**

Av Mikael Nilsson Foto: Grace Olsson

I höstas så hade jag förmånen att följa med några erfarna fotografer till Östafrika. Syftet var fram för allt att besöka ett flyktingläger i Mocambique. En av mina medresenärer har besökt lägret flera gånger tidigare och även skrivit en bok om situationen där. *Crianças Refugiadas em Mocambique, Um drama na Africa (Flyktingbarn i Mocambique: ett drama i Africa)*, Boken är på portugisiska och är skriven av Grace Olsson. Nu skulle hon dokumentera ytterligare och kanske ge ut en bok till. Innan avresan hade vi samlat ihop pengar för att köpa ett hus till en flyktingfamilj med 8 barn som hade flytt från kriget i Rwanda för flera år sedan. Nu kunde de inte vända åter då de hade sympatiserat öppet med den förra, störtade regimen. Nu blev det dock inget hus som vi köpte.

På UNHCR:s (FN:s flyktingorgan) flyktinglägret Refugee Center of Maratane, Nampula i Moçambique finns det många människor som tvingats lämna sina hem med kort varsel då soldater närmade sig deras område. Många kommer från Demokratiska Republiken Kongo. Ett land som länge har präglats av strider av etnisk karaktär. Kvinnor har våldtagits i stor omfattning, männen har dödats eller lemlästats och allt fler barn, oftast pojkar, har tvingats bort av från sina hem och föräldrar och tvingas delta i striderna.

Kriget har hållit på i stort sett oavbrutet sedan 60-talet i Kongo.

Dom som har möjlighet flyr från krigszonerna till ett flyktingläger som detta i Moçambique. Till lägret kommer grupper också ifrån Rwanda, Somalia och Sudan. Länder som även de härjats av inbördes strider under många år och som utarmat befolkningen.

UNHCR (*United Nations High Commissioner for Refugees*) har som syfte att bistå flyktingar och asylsökande världen över och har två gånger tilldelats Nobels fredspris.

*Man samarbetar med hjälporganisationer som Röda Korset, Rädda Barnen osv.*

På flyktinglägret bor ca 7000 personer under obestämbar tid. Det man ägde i form av egendom finns i regel inte kvar och framtidsutsikterna ser inte så ljusa ut för dessa flyktingar, som ofta tvingas leva i många år på en förläggning lik denna.

Människorna som finns här har tvingas fly och söka skydd utanför hemlandets gränser har oftast utsatts för svåra stresspåfrestningar, både före och under flykten.

Att komma till ett nytt land innebär att flyktingen måste lära sig att leva i en ny kultur, behärska ett nytt språk samt att lära sig värdlandets normer och kultur

Många har också bevittnat hemskheter innan flykten och ofta förlorat familjemedlemmar och allt vad de äger och har. UNHCR:s personal vittnar om att den psykiska ohälsan på lägret är stor. Säkerligen på samma sätt och i samma omfattning som i våra egna flyktingläger i Sverige.

Då personalen beskriver hur de upplever hur många flyktingar mår så används inte beteck-

ningen PTSD, Post Traumatiskt Stress Syndrom som är ett är ett ångesttillstånd till följd av en svår händelse eller chockartad upplevelse. Antagligen så är man obekant med begreppet. Men de beskriver att många flyktingar har symtom som är identiska med PTSD. Som ex att man återupplever den svåra händelsen gång på gång i plågsamma minnesbilder som framkallar en kraftig oro och rädsla. Att man vaknar på natten av mardrömmar med anknytning till den traumatiska händelsen man varit utsatt för. Vidare så säger de att många är lättirriterade, har koncentrationsproblem och drar sig undan.

Moçambique, som är ett av världens fattigaste länder, har en generös flyktingpolitik och många söker sig därför dit då situationen i hemlandet blivit ohållbar. Ett stort antal kommer med båt norrifrån.

Då vi besökte lägret i oktober förra året så hade det precis anlänt 200 personer från Somalia som tillbringat flera dagar på en båt helt utan mat och vi varnas för att de kan vara lättirriterade och aggressiva innan man hunnit skaffa fram något att äta till dom.

Flyktingfamiljen med 8 barn fick vi träffa utanför lägret. Personalen sa att det är en stor risk för dom om andra flyktingar ser att dom har en nära relation med oss västerlänningar och dom kan då bli rånade i tron att vi skänkt dom något.

Vi hade ju också för avsikt att köpa dom

ett hus som var bättre och större än det dom nu bodde i.

Vi satt med föräldrarna och dom största barnen och diskuterade hur vi skulle göra. I stället för ett hus så önskade man sig något som kunde vara inkomstbringande i framtiden. Det slutade med att vi köpte dom en liten affär, i form av ett gatustånd i stället. Där kunde mannen sälja saker och på så sätt försörja familjen.

Så vi skaffade ett tillstånd för att ha en butik och köpte in ett grundsortiment till honom.

Innan vi fick möjlighet att komma in på lägret så var vi tvungna att ha tillstånd från UNHCR:s lokala myndighet och personligen besöka deras kontor inne i den närmaste staden, Nampula. Efter en del pappersexercis så får vi vårt tillstånd men strax innan vi ger oss av kommer det fram en kvinna som bor på lägret och säger att hon känner igen en av mina med kvinnliga medresenärer. Mycket riktigt, hon har besökt lägret flera gånger förut så det är sannolikt så att de har träffats tidigare. Flyktingkvinnan talar högt och osammanhängande. Personalen på kontoret pekar mot huvudet och menar att det är något fel på henne. Då kvinnan gått därifrån så förklarar man att hon lider av någon psykosjukdom troligtvis.

Jag förklarar att jag arbetar med den kategorin i Sverige som psykiatrisjuksköterska. Personalen ber mig då att prata med kvinnan då vi besöker lägret lite senare på dagen. Dom säger



**”Det finns läkare som undersöker alla nyanlända flyktingar men dessa är hårt belastade och deras möjlighet att hjälpa personer med psykiatriska problem är obefintliga.”**

# ”Likheterna överskuggar kraftigt olikheterna. Dessutom så har vi i vår kultur också en del att lära. Och det är bland annat att leva närmare varandra och att låta alla vara med i samhällsgemenskapen på ett mer självklart sätt, även om man drabbats av psykisk ohälsa.”

att hon aldrig träffat någon som har psykiatrisk utbildning trots att hon varit 7 år i lägret. Det finns läkare som undersöker alla nyanlända flyktingar men dessa är hårt belastade och deras möjlighet att hjälpa personer med psykiatriska problem är obefintliga.

Vi anländer till lägret och vi rör oss fritt där inne. Vi är de enda vita och märks således rätt tydligt. Det är inte något inhägnat område och ser mer ut som vilken by som helst. Mycket folk av olika etnisk härkomst blandas i lägret. Det finns små butiker som säljer mat och annat som behövs. Alla flyktingar får varje månad en summa att handla för och ett litet hus att bo i. Sedan så får man klara sig själv i stor omfattning. Barnen går i skola från 5 års ålder. Både de och de vuxna får lära sig Moçambiques officiella språk, portugisiska snarast då all undervisning sker på detta språk.

I början så fotograferar vi försiktigt men efterhand så kommer många fram och vill bli plåtade. Oftast så skrattar man hjärtligt då de får se bilderna på sig själva på displayen på kameran

Någon från personalen går och letar efter kvinnan med psykotiska besvär. Hon hittas strax och vi går in i hennes lilla hus, som är mer av hyddkaraktär. Det finns enbart jordgolv och huset är väldigt sparsamt inrett. Det ligger en madrass direkt på golvet. Där sover hon tillsammans med sina två barn. Det finns några trasiga stolar, lite hushållsredskap, inget mer. På vägen hänger en stor affisch med hammaren och skäran och namnet FRELIMO, vilket från början var en marxist-leninistiskt inriktad

befrielseörelse i Moçambique. Nu är Frelimo ett statsbärande politiskt parti i landet.

Vi börjar vårt samtal med tolk. Kvinnan berättar att hon kommer från Rwanda där hennes familj blivit splittrade av rebellerna. En del var döda andra visste hon inte var de befann sig längre. Mycket snart så får jag omtalat för mig om hur hennes röster plågar henne konstant, och om hur hon får sina aggressiva utbrott. Jag kan också tydligt se hur hon drabbats av ofrivilliga tung och läpprörelser, vilket jag tolkar som en biverkan av antipsykosmedicin. Tardiva dyskinesier.

Under vårt samtal så slår det mig att sjukdomen yttrar sig på ett slående likt sätt här, jag känner igen väldigt mycket. Kvinnan berättar också om hur hennes pappa hade en konstig sjukdom, på samma sätt som hon själv har nu.

På min fråga om hon medicineras så tar hon fram en jättestor burk med Tioridazin. Medlet såldes tidigare under varumärket Mallorol, men är avregistrerat på den svenska marknaden sedan 2004 efter rapporter om allvarliga och livsfarliga biverkningar. Bland annat kunde medlet framkalla synskador och diabetes. ”Jag tar lite då och då” blir svaret på min fråga om hur hon tar dessa tabletter.

Det var inte så mycket jag kunde göra annat än att skriva en lapp till någon av de doktorer som arbetar där och föreslå något av de nyare antipsykosläkemedel. Troligtvis så finns det inga ekonomiska möjligheter att skaffa dess. Som alternativ rekommenderade jag någon biverkningsmedicin då hon hade mycket extrapyramidala biverkningar.

Men också vanlig omvårdnad och att hon får delta i den gemenskap som fanns i lägret.

Men på just det området så fick jag intrycket att det var bättre tillgodosett där än vad det många gånger kan vara här. Under vårt timslånga samtal så tittade flera personer in och småpratade och skojade. Jag fick inte intrycket att ensamheten var ett problem på samma nivå som här för personer med samma sjukdom.

Personalen på flyktinglägret frågade om vi inte kunde skicka ner psykiatrisjuksköterskor, psykologer och läkare från Sverige som volontärer och som kan ta sig an att medicinera och att hjälpa flyktingarna att bearbeta sina trauman.

Det skulle säkerligen vara berikande för många utav oss att se en helt annan miljö. Men också att människor är väldigt lika överallt i sitt reaktionssätt världen över. Man oroas för samma saker, sina barn, sin framtid.

Likheterna överskuggar kraftigt olikheterna. Dessutom så har vi i vår kultur också en del att lära. Och det är bland annat att leva närmare varandra och att låta alla vara med i samhällsgemenskapen på ett mer självklart sätt. Även om man drabbats av psykisk ohälsa. Samhället är i många utvecklingsländer inte lika segregerat som här och dom som skiljer sig från mängden blir inte lika marginaliserade. Der finns studier som visar att personer som drabbats av schizofreni har en bättre prognos i u-länder än vad man har i vår värld. Den troliga förklaringen är just att man inte blir isolerad utan deltar i samhällsgemenskapen.



Psykiatriska  
Riksföreningen

## Prenumerera på PSYCHE



Prenumerationspris för 2011 är 400:-/år  
Pris inom Norden 450:-/år, moms ingår med 6 %

Gå till hemsidan för att prenumerera för att skicka in beställning  
eller fyll i talongen nedan och skicka till:  
**Psykiatriska Riksföreningen c/o Brodd**  
Oskarsgatan 4, 414 63 Göteborg.

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



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



Ja, jag vill prenumerera på PSYCHE under hela år 2011

Inom Sverige: 400:-

Utanför Sverige: 450:-

Skicka tidningen Psyche till: .....

Fakturaadress: .....

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

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

E-postadress: .....

# Mycket våld men mest vård

## – svensk nyhetsrapportering om psykiatriområdet

Av Ann-Sofie Magnusson Foto: Leif Eriksson Illustration: Jonas Rahm

Psykiatriområdet uppmärksammades mer i den svenska nyhetsrapporteringen de första åren på 2000-talet jämfört med under tidigt 80-tal.

Fler nyheter från psykiatriområdet handlade om vård och lagstiftning än om våldsbrott. Nyhetsrapporteringen korrelerade på olika sätt med det ”verkliga” psykiatriområdet.



### **Ann-Sofie Magnusson**

- är filosofie doktor i journalistik och masskommunikation.
- disputerade i mars vid JMG, Institutionen för journalistik, medier och kommunikation, Göteborgs universitet.
- arbetar som lärare och forskare vid OHK, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur, vid Högskolan Väst i Trollhättan.
- har en yrkesbakgrund som sjuksköterska och journalist.

Avhandlingen ”**Bilden av psykiatriområdet. Nyhetsrapporteringen i Rapport 1980-2006**” kostar 200 kronor plus moms och porto och kan beställas hos: [majken.johansson@jmg.gu.se](mailto:majken.johansson@jmg.gu.se)

Den här artikeln handlar om svensk nyhetsrapportering från psykiatriområdet, den är skriven utifrån min avhandling ”Bilden av psykiatriområdet. Nyhetsrapporteringen i Rapport 1980-2006”.

Tyngdpunkten i avhandlingen är en undersökning av nyhetsrapporteringen från psykiatriområdet under nära tre decennier. Jag har också gjort intervjuer med journalister om journalistiskt arbete kring psykiatriområdet. I avhandlingen presenteras dessutom resultat från påståenden som ställdes till journalister och allmänhet om psykiatriområdet vid två stora undersökningar 2005. Det handlar dels om den journalistundersökning som gjordes vid JMG, Institutionen för journalistik, medier och kommunikation vid Göteborgs universitet och dels om SOM-institutets<sup>1</sup> undersökning. I avhandlingen undersöks nyhetsrapporteringen, men inte dess effekter. Däremot diskuteras såväl det som föregår den, arbetet och samspelet med källor, som dess möjliga konsekvenser för individ och samhälle.

*I den här artikeln kommer jag att koncentrera mig på att kort beskriva undersökningen av nyhetsrapporteringen och sedan relatera den till samhället.*

### **Varför studera nyhetsrapportering?**

Människor antas i allmänhet få kunskap om sin omgivning genom egna erfarenheter, genom andras berättelser eller genom medier. Det finns olika teorier om hur medier kan påverka individ och samhälle. Det kan till exempel handla

om att människor uppfattar att sådana frågor som medier lyfter upp på sin dagordning är viktiga samhällsfrågor att ha åsikter om. Det kan också handla om att medier påverkar sin omgivning genom sin blotta existens. Människor och organisationer antas då anpassa sig

<sup>1</sup> SOM står för Samhälle, Opinion och Media. SOM-institutet är ett samarbete mellan tre enheter vid Göteborgs universitet (Statsvetenskapliga institutionen, Institutionen för journalistik, medier och kommunikation, JMG, och Centrum för forskning om offentlig sektor, CEFOS).





efter mediernas spelregler för att de vill nå ut genom medierna och därigenom påverka det omgivande samhället.

Tidigare forskning om medier och psykisk sjukdom har oftare förutsatt mediernas effekter än att faktiskt ha undersökt dem även om undantag finns. Det är svårt att studera medieeffekter – inte minst när det gäller långsiktiga effekter. Från andra områden tycks det

### Psykiatriområdet

I Sverige kopplades flera våldsdåd 2003 samman med psykisk ohälsa hos förövarna, inte minst då utrikesminister Anna Lind dödades under pågående valrörelse. Samhällets insatser, vad det gäller vård av psykiskt sjuka, hade då genomgått stora förändringar, från vård på stora sjukhus till en mer samhällsbaserad psykiatri. Utflyttningen från de stora sjukhusen pågick re-

kommunernas ansvar för människor med psykiska sjukdomar.

Under 1980-talet pågick utflyttningen från de stora sjukhusen. Det första sjukhuset som stängdes helt var Sundby sjukhus i Strängnäs, vilket stängdes 1987. En uppföljning av hur de gått för de före detta patienterna presenterades på 1990-talet visade på ökad dödlighet och kriminalitet. Kritiken då handlade om att avvecklingen hade gått för fort. Den så kallade psykiatrireformen, som började gälla 1995, får förstås mot bakgrund av dessa förändringar, samt andra som inte låter sig beskrivas här. Poängen är att psykiatrireformen är en del i en långsiktig process, där mycket har hänt såväl före som efter, men det är också så att psykiatrireformen har fått uppmärksamhet och kanske också tydliggjort förändringarna.

Psykiatriområdet hade alltså genomgått stora förändringar under många år. Detta var en utgångspunkt för undersökningen av nyhetsrapporteringen om psykiatriområdet. En andra utgångspunkt för avhandlingsarbetet var att psykiatriområdet är ett komplext område som omfattar många olika aspekter kring psykisk sjukdom. Med psykiatriområdet avser jag psykisk sjukdom ur olika aspekter, både när det gäller ett individperspektiv och när det handlar om samhällsfrågor.

Detta gav således vid handen att jag ville studera svensk nyhetsrapportering i en tid av stora samhällsförändringar och göra det ur ett såväl långsiktigt tidsperspektiv som ett brett innehållsmässigt perspektiv.

### Nyhetsstudien

Nyhetsrapporteringen existerar inte i ett vakuum, den påverkas av saker inom och utanför redaktionerna.

För att kunna studera nyhetsrapporteringen omfattande och över en period av 27 år gjordes en kvantitativ innehållsanalys av nyhetsprogrammet Rapport i Sveriges Television. Den dagliga nyhetsrapporteringen studerades utifrån programprotokoll för respektive sändning. Rapport betecknas som "Sveriges största nyhetsmedium"; programmet har flest tittare och når grupper som i mindre utsträckning tar

# "Nyhetsrapporteringen existerar inte i ett vakuum, den påverkas av saker inom och utanför redaktionerna."

ändå som om man kan anta att medier kan påverka människor genom att lyfta upp vissa frågor och också att medier påverkar genom sin blotta existens.

När det gäller psykisk sjukdom och samhällets insatser för att möta behov vid psykisk sjukdom tycks nyhetsrapporteringen väcka reaktioner. I debatter och inlägg kommenteras nyhetsrapporteringen och utifrån enskilda artiklar eller nyhetsinslag antas då slutsatser om nyhetsrapporteringen kunna dras generellt. Ibland hörs uttalanden som: "Det skrivs bara om psykisk sjukdom när det handlar om våldsbrott" och "Det är bara våld och elände som intresserar journalister".

I mitt avhandlingsarbete har jag undersökt 27 års nyhetsrapportering (utifrån exemplet Rapport i Sveriges Television). Jag har också intervjuat journalister om deras arbete. Jag anser att det är viktigt att beskriva och diskutera svensk nyhetsrapportering om psykiatriområdet i sammanhang; i relation till samhället och till nyhetsgenren.

dan på 1980-talet. Olika utredningar hade visat på bristande samverkan mellan psykiatri och socialtjänst och att människor så att säga föll mellan stolarna. Psykiatrireformen sades ibland ha lett till att människor levde vind för våg ute på gatorna istället för att få vård på sjukhus. Men psykiatrireformen skärpte kommunernas ansvar för vård, stöd och sysselsättning för människor med omfattande och långvariga psykiska funktionsnedsättningar.

Förändringarna som svensk psykiatri har genomgått liknar förändringar som skett på många håll i västvärlden. Institutionsvården hade byggts ut men kritik mot den förekom såväl inom som utanför psykiatrin. Under 1960- och 70-talen kritiserades institutionsvård bland annat för att förvärra symptom och försvåra återanpassning till samhället. Svenska Socialstyrelsen påpekade 1980 i *Riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård* att det var olämpligt att vårda människor avskiljda från samhället. Samma år antogs en ny socialtjänstlag, som började gälla 1982. I den nya socialtjänstlagen betonades

del av andra medier. Dessutom har Rapport till övervägande del behållit sin form under perioden. Programmet har till exempel hela tiden varit en halv timma långt; så om en fråga får större utrymme innebär det således att något annat får mindre.

Undersökningen av Rapport under 27 år visar att psykiatriområdet över tid förekommer oftare, får större utrymme och oftare blir toppnyhet de första åren på 2000-talet än på 1980-talet. Många av de viktiga samhällsförändringarna som skett under perioden uppmärksammas, som utflyttningen från de stora sjukhusen, kommunernas ansvar och psykiatrireformen. Nyheter som handlar om vård och insatser är den typ av innehåll som är vanligast förekommande. Sådana nyhetsinslag kan handla om såväl tillgång till vårdplatser som nya behandlingsmetoder.

Resultaten kan sammanfattas i tre perioder. Åren 1980-1987 förekom i genomsnitt 12 inslag per år om psykiatriområdet, inslagen var i genomsnitt 128 sekunder och 6 % presenterades som toppnyhet (första nyheten i en sändning och/eller nyheter som presenteras kort inledningsvis i programmet). Åren 1988-2001 förekommer i genomsnitt 24 inslag per år, de är i genomsnitt 134 sekunder och 29 % presenteras som toppnyhet. Åren 2002-2006 handlade i genomsnitt 50 inslag per år om psykiatriområdet, alltså ungefär ett per vecka.

Inslagen var i genomsnitt 135 sekunder och 46 %, nästan hälften, presenterades som toppnyhet.

Eftersom de tre måtten jag nämner (hur ofta en fråga förekommer, vilket utrymme den får och om den ges uppmärksamhet som toppnyhet) är kopplat till en frågas nyhetsvärde, menar jag att psykiatriområdets nyhetsvärde har ökat över perioden.

Finns det något fog i uttalandena om att det bara är våld och elände? Det finns ett gammalt talesätt som säger att "hund bet man är ingen nyhet, man bet hund är det". I detta ligger att händelser som anses ha ett nyhetsvärde ofta är oväntade. De är också ofta dramatiska, har betydelse för många, kopplas till politiker eller andra elitpersoner med mera. Detta bör man ha i åtanke eftersom det gäller nyhetsjourna-

listik generellt. Man skall också ha i åtanke att granskningsidealet är starkt bland svenska journalister.

När det gäller nyhetsrapporteringen om psykiatriområdet 1980-2006 handlar 40 % om vård och lagstiftning, 28 % om våldsdåd och rättsprocesser, 8 % fokuserar på psykisk sjukdom och 4 % handlar om självskadebeteende medan 20 % huvudsakligen handlar om andra saker men med koppling till psykisk sjukdom. Inslag som handlar om vård och våld kan ibland följas åt.

Det kan handla om uppföljningar efter våldsbrott begångna av en person som har en psykisk sjukdom och där samhällets insatser följs upp. På 1980-talet förekom det också uppföljningar efter att missförhållanden på sjukhus uppmärksammats. Såväl inslag om vård som om våld ökar över tid, men trenden är stadigast för inslag om vård.

En skillnad mellan de två typerna av huvudinnehåll som kan vara av intresse att uppmärksamma är att vård får mer utrymme i

blir. Nästan fyra av tio nyheter om våld och rättsprocesser presenteras som toppnyheter medan ungefär tre av tio nyheter om vård och lagstiftning gör det. När det handlar om vem som kommer till tals i nyhetsrapporteringen om psykiatriområdet finns det en grupp som dominerar och det är psykiatriker. Var femte intervjuperson i Rapportens inslag om psykiatri 1980-2006 är psykiatriker. Men mångfalden bland intervjupersoner ökar över tid.

En huvudindelning av intervjupersoner gjordes efter grupperna privatpersoner, professionsföreträdare och samhällsföreträdare. Sett över alla 27 åren utgör professionsföreträdare, till vilka ju psykiatriker räknas, 47 % bland intervjupersonerna, samhällsföreträdarna 32 % och privatpersonerna 21 %.

Åren 1980-1987 utgör professionsföreträdarna 64 %, samhällsföreträdarna 19 % och privatpersonerna 17 %. Åren 1988-2001 har privatpersonerna ökat sin andel till 28 %.

Åren 2002-2006 är det samhällsföreträdarna

**”På 1980-talet förekom det också uppföljningar efter att missförhållanden på sjukhus uppmärksammats. Såväl inslag om vård som om våld ökar över tid, men trenden är stadigast för inslag om vård.”**

sändningstiderna. Inslag med koppling till våld kan vara korta telegramnyheter om att det i samband med rättegång beslutats att någon skall genomgå rättspsykiatrisk undersökning. En annan sak gäller toppnyheter. De flesta iftning. Men eftersom det är den vanligaste typen av innehåll ligger det nära till hands. Däremot blir nyheter med koppling till våld i större andel toppnyheter än vad nyheter om vård

som ökar andelsmässigt och nu är den största gruppen; 41 % är samhällsföreträdare, medan professionsföreträdarna utgör 36 % och privatpersonerna 23 %. Bland samhällsföreträdarna kommer politiker fram i högre utsträckning under den senare perioden. Även företrädarna för rättsväsende är en stor grupp bland samhällsföreträdare som intervjuas om psykiatriområdet. Det skall dock påpekas att alla grupperna



# ”Att politiker framträder stärker frågans nyhetsvärde, när nyhetsvärdet ökar blir frågan mer synlig, allmänheten uppfattar den som viktigare, politiker behöver därför agera och så vidare i ett tänkbart scenario.”

(professionsföreträdare, samhällsföreträdare och privatpersoner) ökar i absoluta tal period för period, det är alltså fler som kommer till tals i psykiatrinyheter.

Med tanke på att denna artikel publiceras i en tidning för sjuksköterskor verksamma inom psykiatrisk vård vore det naturligtvis intressant att kunna redogöra specifikt för er som yrkesgrupp. Men det kan jag inte göra eftersom jag inte har undersökt sjuksköterskor speciellt. Sjuksköterskor kan ju finnas i flera olika positioner, som terapeuter, chefer, fackliga företrädare och så vidare. Där sjuksköterskor presenterats som just sjuksköterskor har de ingått i gruppen hälso- och sjukvårdspersonal, vilken kan inkludera skötare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter med flera men inte läkare, socionomer, terapeuter och psykologer. Gruppen utgör 8 % bland intervjupersonerna som är professionsföreträdare 1980-2006. Den minskar andelsmässigt period för period. Endast 3 % av professionsföreträdarna 2002-2006 tillhör denna grupp.

När det gäller vem inslagen handlar om är det intressant att notera att nyhetsinslagen tycks handla om urskiljbara individer med psykisk sjukdom i betydligt högre utsträckning än en oidentifierbar grupp ”dom psykiskt sjuka”. Och detta blir än tydligare över tid.

## Nyhetsrapporteringen och ”verkligheten”

Varför förekommer psykiatriområdet mer i nyhetsrapporteringen i slutet av undersökningsperioden än i dess början? Ett enkelt och rakt svar kan jag inte ge, men det är troligt att förändringen sker genom samverkande faktorer i samhället och inom journalistiken.

Viktiga händelser som skett i samhället under de nästan tre decennier som undersöks före-

kommer i nyhetsrapporteringen. Utflyttning från de gamla mentalsjukhusen, nya boendeformer, psykiatireformen, psykiatrisamordnarens arbete med mera får utrymme.

Men det centrala i psykiatriområdet är psykisk sjukdom och det omtalas oftare och mer uttalat i nyhetsrapporteringen sett över tid. Har det skett en förändring i samhället som kan förklara detta? Mår svenska folket sämre?

Jag har tittat på uppgifter från Statistiska centralbyråns undersökningar av levnadsförhållanden och från Försäkringskassan och finner ett motsvarande mönster. Det är vanligare att svenskarna svarar att de upplevt ångslan, oro och ångest 2002-2006 än tidigare och psykiska sjukdomar utgör en större andel som orsak till sjukskrivningar längre än två månader. Såväl människors egna upplevelser som offentlig statistik visar på ökad psykisk ohälsa hos befolkningen. Vad står detta för? Betyder det att människor faktiskt mår sämre psykiskt, att det blivit mer tillåtet att tala om sin psykiska ohälsa eller att lidandet fått en förklaringsram i form av psykisk sjukdom i större utsträckning än tidigare? Oavsett vilket, så lever inte nyhetsrapporteringen och det verkliga psykiatriområdet i skilda världar.

Hur den förändrade nyhetsrapporteringen påverkar samhället har jag inte studerat. Men med utgångspunkt att medierna påverkar allmänheten, genom vilka samhällsfrågor de uppmärksammar, finns det anledning att tro att psykiatriområdet blivit en viktigare samhällsfråga för allmänheten att ha åsikter om. Det har också gått att se att politiker blivit mer framträdande i nyhetsrapporteringen om psykiatriområdet. Att politiker framträder stärker frågans nyhetsvärde, när nyhetsvärdet ökar blir frågan mer synlig, allmänheten uppfattar den som viktigare, politiker behöver därför agera och så vidare i ett tänkbart scenario.

I intervjuer med journalister om hur det är att arbeta med psykiatriområdet framkommer något som jag uppfattar kan leda till ett journalistiskt dilemma. Journalisterna säger å ena sidan att det är viktigt att uppmärksamma psykiatriområdet (även om de gör det utifrån en journalistisk bedömning). Genom att låta människor, med psykisk sjukdom, träda fram på samma sätt som andra intervjupersoner med bild och namn när de berättar sin historia kan man nyansera, informera, avdramatisera och ge hopp. Men journalisterna säger också att det är viktigt att vara varsam med ovana intervjupersoner och att det kan finnas särskilda hänsyn att ta när det gäller personer med psykisk sjukdom. Konsekvensen av detta kan vara att å ena sidan har man en möjlighet att nyansera bilden genom att publicera, men samtidigt riskera obehag som publicering kan leda till, å andra sidan kan man avstå från att publicera men man missar då möjligheten att bidra till att avdramatisera...

Något som har förvånat mig under de år som jag har arbetat med denna forskning är att det finns människor, utanför medierna men inom psykiatriområdet, som vill påverka medierapporteringen utan att sätta sig in i den problematik som finns. Jag uppfattar det som olyckligt av flera skäl. Ett skäl är att man kanske därigenom missar en konstruktiv diskussion som skulle kunna vara givande åt båda håll. Ett annat skäl är att man kanske lägger extra börda på människor med psykiska sjukdomar genom att säga att nyhetsrapporteringen kring psykisk sjukdom ofta handlar om negativa saker, när det snarare handlar om en nyhetskontext.

Psykiatriområdet är komplext. Inom journalistik är det inte alltid heller självklart vad som är rätt eller fel. Just därför tror jag att det är bra utgångspunkt för att diskutera, och kanske utveckla, journalistik och journalistiskt arbete.

Journalistik är inte fiktion utan handlar om verkligheten. Den skapas genom att urval görs kring innehåll och presentationssätt. ”Allt” kan inte komma med. Det är ju så vi hanterar verkligheten. Vi väljer vissa delar, därav till exempel att medierna kan påverka genom att lyfta vissa frågor på sin dagordning. Men det samma gäller ju också när vi berättar för någon annat om något som vi varit med om eller gjort. Och det gäller också denna artikel om min avhandling.



Psykiatriska  
Riksföreningen

## Omvårdnad är biverkningsfritt

INTERESSANTA ARTIKLAR

RECENSIONER

VÅRD

**Bli medlem**

**2011**

FORSKNING

KONFERENSER

NYHETER

Medlemsavgiften för 2011 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: 070-826 11 43, e-post: [ann.ingvarsson@spray.se](mailto:ann.ingvarsson@spray.se)

---

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

# Att stödja barn till föräldrar med psykisk ohälsa skapa förståelse tillsammans i stödgrupper

Refererat av Christina Reslegård



Bitta Söderblom är forskollärare, socialarbetare och socialpsykolog. Efter många år inom såväl förskola som socialtjänst har hon sedan 2002 huvudsakligen arbetat i Helsingforsregionen med olika barnprojekt vilkas fokus varit att stödja barnfamiljer i en situation då föräldern har en psykisk ohälsa. Inom ramen för sitt arbete har hon utvecklat en stödgruppsmodell för barnfamiljer i vilken barnet och föräldern deltar tillsammans (parallella grupper). Bitta är utbildad kliniker och utbildare i Beardslees familjeintervention. Idag deltar hon som föreläsare vid ett flertal olika utbildningar. Härtill fungerar hon som handledare och utbildare för processinriktade gruppledarutbildningar i såväl Finland som Sverige.

I oktober kom Bitta till Östersund för en föreläsning i regi av Familjeterapiföreningens regi. Föreläsningen samlade ett hundratal deltagare från olika verksamheter.

Bitta menar att det är hjälpsamt att förstå psykisk ohälsa som något som specifikt påverkar den insjuknades interaktionsförmåga och sensitivitet. Det är alltså inte fråga om odugliga och dåliga föräldrar vilket föräldrarna hon möter ofta är rädda för att få höra eftersom de själva tänker de tankarna om sig själva.

Psykisk ohälsa kan medföra känslomässiga, funktionsmässiga och kognitiva förändringar hos den som drabbas. Konsekvenserna i familjerna kan vara att:

- uttrycken för kärlek minskar vilket gör anknytningen lidande
- föräldrafokuset avtar vilket lämnar barnen osedda och barnens bekymmer ohörda
- samvaron förändras, dialogen tystnar
- familjeatmosfären blir konfliktladdad och spänd
- rutiner rubbas, vardagen blir oförutsägbar och otrygg
- känslan av delaktighet och gemenskap hotas
- tiggande och tystnad som leder till missförstånd och feltolkning, problem blir svåra att lösa, känslorna är så starka att "möten" blir svåra
- isolering såväl inom familjen som utåt i familjens vanliga nätverk

Barnet lämnas med tunga emotioner som osäkerhet och otrygghet. Oro, rädsla och ångest förekommer ofta. Barnet känner ilska och hemlig vrede samt sorg och hjälplöshet. Skuld och skam tär på barnets självkänsla och självbild.

Barnet tar ofta ansvar och försöker att på olika sätt ta del i bördan som föräldern bär. Anpassning sker på olika sätt t ex genom att anpassa sitt eget beteende till föräldrarnas humör eller "pigga upp" och trösta föräldern. Barnet stödjer sin förälder genom att vara "översnäll" och duktig och försöker vara till så lite besvär som möjligt. Det är vanligt att barnet tar ansvar för alla hemsysslor. Barnet väljer ofta mellan att alltid finnas till hands hemma eller att undvika tillvaron hemma så mycket som möjligt t ex genom fritidsaktiviteter eller att vara hemma hos kompisar.

Barnet uppmärksammar sällan oss professionella i sin nöd direkt så vi måste vara mycket uppmärksamma på deras små men viktiga varningssignaler (bygger på Glistrup, 2005):

- ofta lätthanterliga barn som inte gör väsen av sig
- ibland ledsna barn som tenderar att isolera sig
- ibland utåtagerande och konfliktskapande barn
- något barn kan vara överkänsligt och ha lätt att ta till gråt
- ofta har barn psykosomatiska symtom
- barn med koncentrations- och skolproblem
- ibland barn med sömn- och matrubbingar
- ibland barn vars utveckling stagnerar

## Barnets coping befrämjas av:

- goda och stödjande familjerelationer, gemenskap och delaktighet
- trygghet och flyt i vardagen; rutiner och ritualer
- fungerande kontakt med dagis, förskola och skola
- fritidssysselsättningar och hobbies som ger glädje, samhörighet och vuxenstöd
- nära vänner och kompisar med möjlighet till umgänge
- nätverk med aktivt umgänge utanför familjen med möjlighet till stöd för egen del

Bitta betonar att det alltid är viktigt för oss som möter familjerna att komma ihåg att föräldrar vill sina barns bästa, att de gör så gott de kan. Föräldrarna är ofta oroade över sin egen och sin familjs situation men känner sig osäkra på vad de kan göra för att stödja barnen. Tystnaden som kan prägla familjernas samvaro kan böttna i en tanke om att barn inte skall belastas med "vuxnas bekymmer". Tiggandet utanför familjen, i nätverket, kan böttna i en strävan att skydda barnets och familjens integritet, skydda barnet från stigma. Det är heller inte ovanligt att föräldern inte vill avslöja något om sin situation som följd av rädsla för att bli stämplad som en dålig förälder. Oro för att barnen tas ifrån familjen kan även det orsaka ett förnekande och hindra ett sökande av stöd.

Under föreläsningens senare del berättar Bitta Söderblom om sitt arbete i "Barnkraftsgruppen" i Helsingfors. Gruppverksamhetens syfte är att skapa förståelse mellan barn och föräldrar i en gemensam process.

## För vem?

Målgruppen för interventionen är föräldern som insjuknat och eventuellt barnets andra förälder (eller den insjuknade förälderns partner). I första hand har man arbetat med föräldrar som har en affektiv sjukdom.

I barngruppen sätter man samman grupper om sex till åtta barn. Åldersspannet bör inte vara mer än två – tre år. Syskon välkomnas om det bedöms vara gynnsamt för familjen.

## Med vem?

Två gruppleddare i såväl barn- som föräldragruppen. Ansvaret för gruppverksamheten delas

multiprofessionellt i samarbete mellan olika organisationer: Vuxenpsykiatri, socialtjänst, BUP, skola och förskola. De som leder grupperna kan vara sjuksköterskor, psykiater, socialarbetare, socionomer, psykologer eller förskolelärare. Ledarutbildning finns men det krävs kunskap om tänkesätt och erfarenhet av arbete med barn, med grupper och gruppinterventioner och/eller inom psykiatri.

## Hur?

Gruppinterventionen består av:

*Två inledande samtal var familj för sig, samtalen leds av två gruppleddare.*

*Tio parallella stödgruppsträffar, varav tre gemensamma träffar för barn- och föräldragruppen.*

*Utvärderande samtal, varje familj för sig. Barnets frågor sätts i fokus vid denna familjesittning som leds av två gruppleddare.*

## Uppföljning

Utgångspunkterna för arbetet i stödgrupperna är föräldrarnas motivation och vilja till förändring. Det är en parallell process vilket betyder att barnet inte kan delta utan sin förälder. Målsättningen är att befästa och stärka skyddande processer både inom och utom familjen. Verksamheten har en aktivitets- och lekinriktning men är en väl planerad och målinriktad verksamhet. Psykoedukation sker vid behov men verksamheten är orienterad mot dialog. Det viktigaste i verksamheten är stödet från dem som befinner sig i liknande situationer. Den sammanvävda processen ger en känsla av att "vi är här tillsammans". Känslan skapas av gemensamma träffar, korta besök i varandras grupper och gemensamma uppgifter. Föräldragruppen tar del av barngruppens tema och uppgifter; vad vi gör, hur vi gör och varför vi gör det (insiktsskapande).

Barngruppens frågor överläts till föräldragruppen vilket öppnar upp en möjlighet till samtal i vardagen. Arbets sättet stärker tilliten till familjens inneboende expertis och tilltron till föräldern vilja att samtala om sin ohälsa.

Bitta Söderblom avslutar sin mycket intressanta föreläsningdag med egna tankar om interventionen. Hon menar då att föräldrarnas engagemang möjliggör systemisk förändring. Vardagen är en rik miljö för små men betydelsefulla positiva möjligheter till helande och utveckling. Tio träffar åstadkommer inte underverk men är "good enough" för de flesta. Verksamheten fungerar också som ett såll där man identifierar

**"Arbets sättet stärker tilliten till familjens inneboende expertis och tilltron till föräldern vilja att samtala om sin ohälsa."**

familjer i behov av mera stöd. Det multiprofessionella samarbetet över organisationsgränserna gör att det inte krävs alltför stor insats från en enskild "aktör" men det tillför också ett multiprofessionellt kunnande. Stödgrupperna utgör en positiv hjälpinsats med klar struktur vilket ger trygghet.

Prevention kräver ett omfattande nytänkande. Det är lätt hänt att barn i riskzonen inte uppmärksammas på grund av att de inte ännu visar några symtom. Men vi måste investera i de barn som ännu inte behöver vård. Att vänta till dess att barnet utvecklat symtom är att vänta för länge. Barn som befinner sig i riskzonen är allas vårt ansvarsområde. En del av oss har ett rekryterings- och remitteringsansvar, andra har ett ansvar för själva insatserna. Preventiva insatser är inte till glädje ifall familjerna inte aktivt rekryteras eller ifall de inte aktivt erbjuds till familjerna.

Problem och svårigheter finns i varje familj. De är inte hinder för utveckling om vi gemensamt söker lösningar på dem (Solantaus).



## 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  
070-826 11 43  
ann.ingvarsson@spray.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  
Gyllenstengsgatan 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 63 54 a  
073-660 17 25  
rose-marie.bjorklund@vgregion.se

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

Marie-Louise Wallberg  
Mariehemsvägen 158  
906 60 Umeå  
Tlf bostad: 090-19 85 43  
Tlf arbete: 090-785 65 67  
marielouise.wallberg@vll.se

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

## REVISORER

Ordinarie  
Ingemar 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

# Styrelsemöte

## 29-30 januari 2011

Första styrelsemötet för året hölls 29 – 30 januari i Stockholm.

En stor del av lördagen ägnades åt att gå igenom ett digert diarium med flera inbjudningar till konferenser, hearings samt förfrågningar om föreningens synpunkter i olika aktuella frågor rörande psykiatriområdet. Det känns mycket stimulerande att PRF allt oftare ses som den naturliga remissinstansen när det gäller professionsfrågor. Arbetet med forskarnätverket ger våra svar tyngd och på så sätt hoppas och tror vi i styrelsen att arbetet i PRF kommer att märkas än mer framöver.

Förutom diariet så präglades styrelsemötet av två viktiga händelser som ligger framför oss. Den första är årskonferensen den 7 – 8 april på Valjevikkens konferensgård i Sölvesborg och i samband med konferensen, PRF:s årsmöte. Programmet för konferensen hittar ni i inbjudan som följer med det här numret av Psyche och vi hoppas såklart att så många som möjligt skall ta chansen och komma dit för två intressanta och spännande dagar. Till årsmötet så kan vi redan nu avslöja att föreningens ekonomi för första gången på många år ser riktigt bra ut, men som sagt mer om detta på årsmötet.

Den andra stora händelsen, som tog mycket tid på styrelsemötet, var planeringen inför HORATIO 2012 i Stockholm, 19 – 23 september. Då hoppas vi att psykiatrisjuksköterskor från hela Europa kommer till Stockholm för att vara med på workshops, lyssna på spännande föreläsare och delta i diverse olika social events. Det här arrangemanget kommer att kräva en stor arbetsinsats inte bara från oss i styrelsen utan alla inom PRF som känner sig manade är välkomna att vara med i planeringen. Ett sätt att visa sitt intresse kan vara att ta kontakt med någon i styrelsen via mail eller telefon, ett annat är att prata med oss direkt på årskonferensen.

På styrelsemötet hann vi också diskutera en hel del kring hur vi marknadsför föreningen och hur vi informerar våra medlemmar om arbetet som görs i styrelsen. Ett sätt är information via vår hemsida och styrelsen beslutade därför att förändra och förbättra densamma, så håll utkik under kommande månad för då hoppas vi att allt skall vara på plats.

Justerare  
Sten Ola Berdenius, Psykiatriska Riksföreningen

## Aktuella konferenser

### Psykiatridagarna 2011 CKU

När: **30-31 mars**

Var: Lokal meddelas senare

Info: cku.se

### Seminarium om MBT i grupp Svenska föreningen för Gruppsykoterapi & Grupputveckling

När: **18 mars**

Var: Psykoterapisällskapet i Stockholm

Info: anna.m.bang@comhem.se

### Att undvika risken för metabolt syndrom Psykiatriska Riksföreningens årskonferens

När: **7-8 april**

Var: Valjevikkens konferens i Sölvesborg

Info: psykriks.se





# Psykiatriska Riksföreningen gratulerar!

Av: Henrika Jormfeldt

Patrik Dahlqvist Jönsson försvarade sin avhandling "Living with Bipolar Disorder – The experiences of the persons affected and their family members, and the outcomes of educational interventions" vid Sahlgrenska Akademin den 16 december 2010.

## Hej Patrik, Psykiatriska Riksföreningen gratulerar till din avhandling!

### Vilken är din titel och arbetsplats?

FoU-strateg & Leg. Sjuksköterska, PhD, Psykiatri i södra Halland. Gäst lärare vid institutet för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet.

Psykiatriska kliniken  
SE 301 85, Halmstad  
Tfn: 035-13 19 88, 070-320 66 51  
E-mail: patrik.dahlqvist-jonsson@regionholland.se

### Hur känns det nu?

Jag känner stolthet, glädje och en stor lättnad. Det har varit en stor upplevelse att få färdigställa avhandlingen, offentligt försvara den och att mötas av det intresse som finns kring detta så viktiga ämne. Jag känner också stor tacksamhet till alla som gjort denna avhandling möjlig och som har stöttat mig på vägen.

### Vad heter avhandlingen?

Living with Bipolar Disorder - The experiences of the persons affected and their family members, and the outcomes of educational interventions

### Vad handlar den om?

Avhandlingen handlar om vad bipolär sjukdom och dess konsekvenser innebär för det dagliga livet utifrån personer som drabbats och deras familj eller närståendes erfarenheter. Därutöver har även betydelsen av utbildningsinterventio-

ner i psykiatrisk öppenvård med fokus på att stärka dessa personers förmåga att hantera sin vardag studerats.

### Om du skulle sammanfatta dina viktigaste resultat...

Utbildning har betydelse för personer med bipolär sjukdom och deras familjers i deras strävan mot en hanterbar vardag.

Resultaten av avhandlingen belyser en krävande process för att försöka förstå, acceptera och hanterade förändringar som drabbar personer med bipolär sjukdom, som försvåras av okunskap och existerande fördomar om psykisk sjukdom. Den osäkerhet de drabbade personerna kände kring sin förmåga att hantera sjukdomen och styra över sitt liv ledde till en känsla av hopplöshet inför framtiden, vilket var särskilt tydligt bland de yngre personerna. Familjemedlemmarnas situation präglades av ett starkt engagemang och en känsla av ansvar för personen som var sjuk, men också av en ensam och tuff kamp som begränsar deras möjlighet till ett bra liv för egen del. Med ökad kunskap om sjukdomen och dess konsekvenser, förhoppningar om att situationen kan förbättras i framtiden och känsla av att vara en del av en gemenskap så kan dessa personers dagliga liv underlättas. Avhandlingen visar också att genom en sjuksköterskeledd utbildning tillsammans med andra personer med sjukdomen respektive andra närstående kan deltagarnas kunskap om hur och förmåga att hantera sin vardag och hälsa främjas – en starkt self-management förmåga. Utbildningsinterventionerna i avhandlingen bygger på samarbete och ett

genuint intresse för personen med sjukdomen och familjens perspektiv på sjukdomen, där kommunikationen, dialogen och det ömsesidiga lärandet betonas. Resultaten visade på lovande och långsiktiga resultat där de av bipolär sjukdom drabbade personerna stärkte sin förmåga att hantera stress och sin sociala funktion. Familjemedlemmarna upplevde sin situation mer begriplig och mindre stressfull och kunde dessutom bibehålla sina sociala funktioner.

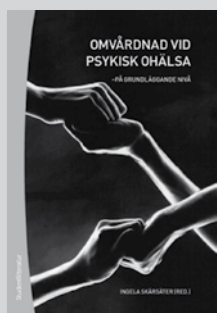
### Hur kan man använda resultaten?

För att kunna möta de behov som finns hos dessa personer med bipolär sjukdom och deras familjer så behöver hälso- och sjukvården utgå från personcentrerad vård som tar hänsyn till hur hela deras liv påverkas av sjukdomen. Resultaten av denna avhandling kan användas för att skapa en bättre förståelse för dessa personer och deras behov. Dessutom påvisar de positiva effekterna av utbildningsinterventionerna att pedagogiska insatser som stöd för att återupprätta och behålla viktiga vardagsfunktioner utgör en viktig del av framtida psykiatrisk vård och behöver vidareutvecklas.

### Vad gör du härnäst?

Jag planerar bland annat att fortsätta med studier som kan komplettera de resultat som framkommit i min avhandling vad gäller personer med bipolär sjukdom och deras familjers self-management förmåga under olika perioder av sjukdomen och varierande.

I övrigt ser jag fram emot mer kvalitetstid tillsammans med min familj.



**Titel:** Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå

**Författare:** Redaktör Ingela Skärsäter

**Förlag:** Studentlitteratur

**Recensent:** Richard Brodd

**Omvårdnad vid psykisk ohälsa** är skriven av 21 författare och innehåller 20 kapitel. Systematiskt kan man på ett överskådligt sätt läsa om de vanligast förekommande sjukdomstillstånden som förekommer vid psykisk ohälsa. Vad som är glädjande är att man får tillgång till så mycket HUR – kunskap, det vill säga hur praktiserar man omvårdnad vid dessa sjukdomstillstånd. Hur gör man för att hjälpa individen? De båda böckerna har gemensamma beröringspunkter och fungerar

utmärkt att läsas tillsammans. Det finns hänvisningar som t.ex. kan handla om ett avsnitt i boken på den grundläggande nivån kan fördjupas i ett kapitel i boken på avancerad nivå. Korsvis kan man följaktligen i boken på avancerad nivå finna referenser till tillstånd som förklaras i boken på grundläggande nivå. Det finns också som med många moderna läroböcker vidare referenser till material som finns på internet. Något annat som är glädjande med boken på grundnivå

är att den innehåller kapitel med ämnen som är väldigt viktiga och fyller en stor plats vid omvårdnad vid psykisk ohälsa. Exempelvis ett kapitel som handlar om brukarperspektivet som tar upp bemötande, återhämtning och inflytande. Andra kapitel som handlar om vårdarens attityder och stigmatisering, familj- och barnperspektiv och vårdmiljö innehåller mycket bra material.



**Titel:** Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå

**Författare:** Redaktör Lena Wiklund Gustin

**Förlag:** Studentlitteratur

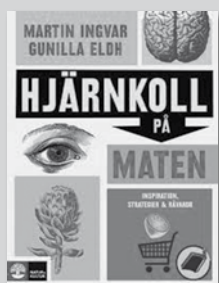
**Recensent:** Richard Brodd

**Vårdande vid psykisk ohälsa** är skriven av 14 författare och innehåller också den 20 kapitel. Hela boken har en utgångspunkt ifrån patientens perspektiv. Boken inleder med ett historiskt perspektiv för att sedan övergå i att från aktuell forskning presentera, diskutera och reflektera begrepp som: hälsofrämjande arbete, lidande, andliga behov, sorg och många fler. De olika områdena presenteras i många fall med motsatsbegrepp som makt – maktlöshet, hopp – hopplöshet, beroende – frihet, värdighet – skam. Många av dessa begrepp är mycket

centrala i omvårdnad och genom att fördjupa sig i dessa inom området den psykiska ohälsan som man har gjort i denna bok ger läsaren stor tillgång och förståelse för vad omvårdnad på avancerad nivå handlar om och som skiljer sig från den på grundläggande nivå. Förmågan till reflektion som är så viktig för personer som arbetar inom hälso- och sjukvården och många av författarna själva använder i sitt kapitel är bra.

Böcker, speciellt läroböcker som är moderna, på svenska och skrivna av

författare i Sverige inom området omvårdnad vid psykisk ohälsa är ovanligt och välkommet. Det finns läroböcker på engelska som är värdefulla men det blir inte samma sak när de är på svenska och exempel är utformade för svenska förhållanden. Man kan hoppas att detta öppnar för möjligheten till fortsatt utgivning av böcker på detta område som i första hand riktar sig till sjuksköterskor. Till sist vill jag ge beröm till Anette Nordin som gjort oerhört vackra och passande illustrationer till boken på avancerad nivå.



**Titel:** Hjärnkoll på maten

**Författare:** Martin Ingvar och Gunilla Eldh

**Förlag:** Natur och Kultur

**Recensent:** Hans Bergman

**Sedan några år** tillbaka handlar allt om hjärnan: hur vi kan förstå vår hjärna, hur vi kan utveckla den och hur vi kan ta hand om den bättre. Hjärnan är kort sagt ”inne”. Nu tillägnas även kokböckerna hjärnan, och det är därför inte så konstigt att flera av dem är skriva av läkare. Ett exempel på detta är boken Hjärnkoll på maten, skriven av Martin Ingvar, läkare och hjärnforskare, tillsammans med Gunilla Eldh som är erfaren

medicinjournalist, bland annat på DN. Hjärnkoll på maten är både en kokbok och samtidigt en guide till hur vi genom kunskapen om vad vår kropp behöver kan ändra vårt beteende till att äta mer hälsosamt. Mat – KBT kanske man skulle kunna kalla det. Budskapet i boken är att våra matvanor styrs av hjärnans belöningssystem. Det gäller därför att ligga steget före och undvika fällorna i vardagen då blodsockret sjunker och

stressen sätter in. Att göra långkok och planera för morgondagens måltider kräver kunskap och planering. Författarna har tänkt på detta och lovar heller ingen quick-fix utan belyser olika svårigheter som till exempel risker i matbutiken då vi handlar mat. Vissa saker i boken känns väldigt elementära samtidigt som det finns ett och annat nytt att hämta, både vad gäller näringslära och tips för hemma-kocken. I stället för att peka på

alla förbud har man valt att lägga tonvikt vid det positiva: yttre och inre skönhet hos naturliga livsmedel som frukt och grönsaker är exempel på vad som kan förstärka våra val. Försjuksköterskor som träffar patienter i riskzonen att utveckla

metabolt syndrom kan boken säkert vara en inspirationskälla, om inte annat så genom att själv bli inspirerad till egna bättre vanor. Det låter lite pråktigt och vid första anblicken kan Hjärnkoll på maten till och med kännas lite provo-

cerande men den är enkel och lättläst med recept på god och lättlagad mat. För det är genom att laga mat på bra råvaror, motionera regelbundet, sova lagom mycket på natten och stressa mindre som vi kan nå våra hälsomål.

# Ny förståelse av suicidala patienter

Jan Beskow, pensionerad psykiater  
V ordf i SuicidPrevention i Väst, SPIV.

Suicidalitet medför stort lidande. För den suicidala personen själv och för dennes närstående. Personal inom psykiatri gör en beundransvärd insats och räddar många liv. Trots detta kan man känna sig plågsamt otillräcklig.

**F**rågorna kring suicidalitet är också många. Ett suicid kommer ofta så plötsligt även hos patienter man känner väl. I DSM-systemet anges suicidalitet som symptom på depression eller borderlinepersonlighetsstörning. Fast alla vet att suicid inträffar vid alla typer av psykiska störningar.

I behandling måste man ha en vetenskapligt grundad teori om det tillstånd man ska behandla. Detta är nödvändigt för att ha distans och kunna förbättra sina metoder. Om psykiska sjukdomar finns många sådana teorier. Men suicidalitet är ingen psykisk sjukdom.

Socialstyrelsen skriver om suicidalitet i sina riktlinjer för ångest och depression, men inget om bemötande och behandling. Vårdprogram brukar ange allmänna riktlinjer för den terapeutiska relationen: var en god lyssnare, behandla klienten med respekt, samarbeta med honom/henne. Men inget specifikt om suicidala patienter.

Bristen på goda teorier om suicidalitet och

behandling av suicidala patienter håller nu på att fyllas. Forskare inspirerade av kognitiv psykoterapi har gjort viktiga rön. Tyvärr tillämpas de ännu ganska sällan i Sverige.

Det är t ex nödvändigt att skilja naturlig, funktionell suicidalitet med överlevnadsvärde från dysfunktionell, patologisk suicidalitet. Normalt fungerar suicidalitet både som en plan B, som frigör energi, och som ett sätt att påskynda problemlösningar. Avgörande är när och hur den normala suicidaliteten övergår i mer eller mindre livsfarlig psykopatologi. Denna fråga bör stå i centrum för den professionella analysen.

Normal suicidalitet ökar sannolikheten för en god problemlösning. Misslyckas denna kan patienten börja oroa sig framåt (worrying) och bakåt (älda), använda dysfunktionella tankestrategier, bearbeta den kommande suicidhandlingen i bilder (imaging), utforma planer för metod, tid och plats etc. Till sist finns en färdig suicidal plan. Denna kan utlösas blixtnabbt även av

banala triggers och åstadkomma en psykisk olyckshändelse.

Suicidalitet kan präglas av PTSD, ångest, depression och psykos. Det intressanta är att dessa inte helt överensstämmer med motsvarande sjukdomskategorier. Var och en av dem kan förekomma vid samma psykiska störning. Patologisk suicidalitet är en egen störning som tar sig olika former i olika sammanhang.

Man börjar nu också kunna urskilja olika medfödda eller tidigt förvärvade mönster som krockar vid svåra påfrestningar och då kan befrämja uppkomsten av suicidala tillstånd.

Detta är nödvändiga kunskaper för var och en som möter suicidala patienter. De luckor som finns kan delvis fyllas av kurser arrangerade av adSapiens i Göteborg. Se annons på annan plats detta nummer.

Att använda

# hästar

## i behandlingsarbete

Intervju med Lena Stenvall, mentalskötare på Psykiatriska kliniken i Skellefteå.

Av Britt-Marie Lindgren Foto: Carina Kvist

### Hur blev ni intresserade av att använda hästar i patientarbete?

Det hela startade 1995 när jag var med och bildade en förening som skulle starta en ridskola och då kom givetvis frågan upp om handikapp och ridning. Det traditionella är ju att man tänker på människor inom omsorgen och somatiskt handikappade. Då tänkte jag - vi jobbar ju åt psykiatrin så jag tror att vi ska ta och byta fokus. Det visade sig att det inte var så jättelätt. Det tog ända till 1998, då var jag tjänstledig ett år och gick en småföretagarutbildning med inriktningen att försöka hitta hur det skulle kunna se ut och om man skulle kunna använda hästar och den miljön till återhämtning.

Ungefär samtidigt som jag höll på med det här så jobbade jag på rehab med patienter som led av psykoser. Jag var på en föreläsning där det var någon som sa "mitt jobb är egentligen att hjälpa den här gruppen att orka vara här och nu, att orka vara med, och skapa förutsättningar för det". Sedan så var det en kompis till mig som sa att "den enda gången som jag är här och nu, är i stallet för då är man tvungen att vara här och nu, för hästarna kan inget annat. Ska jag rida och sitter och tänker på något annat så funkar det inte".

Då tänkte jag att om det finns en grupp som har svårt med det och det finns en miljö och en plats där förutsättningarna är goda så kanske man skulle försöka få ihop det, så startade det.

### Hur klarade ni av att driva igenom projektet?

Ja, på den tiden så var det jag, och jag fick vara

tjänstledig via kunskapslyftet som fanns då. Jag kunde ta reda på vad det fanns för intresse och sätta mig in i det här området. Hur skulle man kunna använda det här? Vad skulle man kunna ta från traditionell ridning som skulle kunna passa och vad är det vi ska lämna för något? Jag fick ägna tid åt det, det är det som är det svåra. Jag tror att det är många som vet att man kan må bra av än det ena, än det andra, men att få tid till det och faktiskt sammanställa, det är väl det som är det svåra.

När sedan projektet, som jag hade då under det året, föll väl ut så gick vi till fritidsnämnden och sa "Ni har glömt bort en grupp och det handlar om psykiskt funktionshindrade. Ni gör ingenting för dem vad det gäller fritidssektorn".

Likt en kameleont så förvandlades vi till en fritidsaktivitet, allt för att få pengar, men syftet har alltid varit behandlingsinriktningen: att hjälpa till med det som den här gruppen har svårt för, att stötta de delarna.

Mellan 1999-2001 sökte jag pengar till ett projekt tillsammans med en kollega, ett Dagmar projekt där vi fick pengar för ett år på heltid. Jag jobbade 75 % under ett och ett halvt år, därför att ett år är ganska kort tid om man ska titta på förändringar för den här gruppen. Vi sammanställde en rapport och när den var färdig så la vi fram den till klinikledningsgruppen och sa "Nu har vi haft projekt i alla möjliga former och allt visar på att det är bra, så antingen slutar vi med det eller också så får ni införliva det i verksamheten", och så blev det.

I början höll vi till på ridhuset och köpte tjänsten under ett antal år och sedan kom Marica

med in i bilden. Hon är jätteduktig med hästar och vi kunde låta henne sköta hästhållningen, tidigare hade vi utbildade instruktörer som höll i den biten. Efter ett tag så blev vi otroligt begränsade i att bara hålla på med ridskolehästar, de rids bara på och vi ville kunna göra mer saker med våra hästar.

Då blev det så att först fick vi en häst, Vivaldi, en före detta travare som på intet sätt var optimal som terapihäst med sin bakgrund, men en jättetrevlig häst. Sedan så fick vi en häst till och vi försökte sammanställa styrkor och svagheter med dem. Vi begränsades av att de hade en bakgrund som travare, de vill springa så fort de kan i näsans riktning. Det var inte riktigt det vi var ute efter, och det var inte riktigt schysst mot hästarna heller. Då fick vi möjlighet att köpa in vår första egna häst och sedan har det följts av två till så att vi har tre hästar nu.

Vi hyr in dem i ett privatstall, vi är ju beroende av att någon tar hand om dem på helger. Vi vill att hästarna ska gå på lösdrift, alltså vara ute dygnet runt, och vi vill att hästarnas liv ska vara ett så gott hästliv som möjligt. Vi vill ha närhet till naturen så att vi kan komma ut fort i naturen när vi jobbar, det är en stor del i den här typen av behandling. Därför så har vi hästarna i privatstall en par kilometer från kliniken.

### Vilken kunskap fanns på området?

Jag hittade en pytteliten blänkare i en tidning om att det fanns en kvinna som hade haft ett projekt som rörde hästar och personer med åttstörningar. Vi var sedan själva med i tidningen ridsport under det här första året då jag var tjänstledig. Då hade



jag faktiskt skrivit att om det är någon som är intresserad att jobba med det här så hör av er. En kvinna i Östersund hörde av sig och berättade att hon ett halvt år tidigare hade startat en liknande verksamhet som vår vid deras psykiatriska klinik. Vi har haft mycket kontakt och idag är vi väldigt goda vänner. Det var inte så lätt där när man var ensam och skulle förklara det här med hästarna för någon som kanske är hästrädd. På den tiden så var jag inte speciellt duktig på att koppla ihop det med våra vanliga uppdrag här. För det är det som man ofta gör fel, man försöker berätta hur fantastisk hästen är istället för att man tar vilken metod som helst och berättar hur man kan koppla hästarna till de traditionella metoderna vi har. Hästen kan fungera som en katalysator till dem. Om man tar t ex KBT så några centrala begrepp är det här med utmaning, learning by doing, och lärandet. Det har man automatiskt bara man håller på med hästar, man måste lära sig, hästar tycker om att man tar på dem på det här sättet osv. Så vi har blivit mycket bättre på att vara tydliga med hur vi använder hästarna i psykiatriskt behandlingsarbete.

**”Mitt jobb är egentligen att hjälpa den här gruppen att orka vara här och nu, att orka vara med, och skapa förutsättningar för det”**

#### **Hur fick ni med er chefer och arbetskamrater?**

För det första så tror jag att det var avgörande att jag fick vara tjänstledig, att jag inte har tagit tid av verksamheten. Det är ju slitigt framför allt för ens kollegor som får jobba åt en när man är ute och gör någonting som kanske, i allas ögon, inte heller är så viktigt. För det andra har vi försökt att vara noga med att dokumentera och utvärdera så att vi har kunnat visa på någonting som hör till psykiatrin och inte visa att de har blivit så duktiga ryttare. Det är inte därför man är där. Sedan så har vi en klinikledning, eller

överhuvudtaget så har vi en klinik som inte är så gammal. Vi har inte så mycket av ”jamen så här har vi alltid gjort”. Vi har ett gott samarbete med kommunen och det tror jag också hör till, vi började samarbeta för vad skulle vi annars göra. Det fanns inga upptrampade stigar, vi har gjort dem tillsammans. Sedan är det naturligtvis så att vår chef är väldigt pigg på nya idéer. Det är fantastiskt trevligt och samtidigt är det skört när det hänger på en person. Det är så skört mellan det att man får igenom projektet och att det är borta om det hänger på en person.

Men en nytänkande chef och sedan, så här i

backspiegeln så tror jag att jag gjorde mycket i rätt ordning, vi smög igång, vi dokumenterade, vi hjälptes åt och det skrevs en uppsats om projektet så att det också förankrades teoretiskt, det tror jag var viktigt.

**Hur tänker ni nu kring att komma**

**och berätta om er verksamhet på Psykiatriska Riksföreningens årskonferens?**

Jamen det ska naturligtvis bli jätteroligt. Det är många som frågar efter att vi ska komma och berätta men de är på något sätt redan frälsta hästmänniskor.

Därför känns det jätteroligt att få komma och prata inom sitt eget område för det är ju ändå här som vi hoppas och tänker att vi gör någon nytta och en skillnad. Så det känns spännande och jätteroligt, det gör det.

10-11 maj 2011 Stockholm  
**Psykiatri Symposium**  
conductive  
22 TALARPUNKTER – 2 DAGAR – 3 PARALLELLA SPÅR

**Det senaste om:**

- *Suicidologi*
- *Samsjuklighet & komorbiditet*
- *Neuropsykiatriska funktionshinder*
- *Ångest, depression och bipolär*
- *Psykos och schizofreni*

**Från  
1995 kr  
per dag!**



Psykiatriska Riksföreningen

IPULS har granskat och godkänt denna utbildning. Fullständig utbildningsbeskrivning finns på [www.ipuls.se](http://www.ipuls.se) (IPULS-nr:20100459).

*Medlemmar i PRF erhåller 30% rabatt på konferensen!  
Uppge VIP PRF vid bokning*

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

[bokning@conductive.se](mailto:bokning@conductive.se)

08-670 84 80

SUICIDPREVENTION I VÄST



**Suicidprevention ur kognitivt perspektiv**

3–5, 26, 27 maj samt 16 nov 2011

**Kursledare** Jan Beskow

**Nästa kursstart** 26 sept 2011

*ad* Sapiens

EVIDENS.

Tävling

# De **30** första som varvar 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](http://www.psykriks.se)**

Psykiatriska Riksföreningen, Richard Brodd



Ja, jag vill bli/värva en medlem i Psykiatriska Riksförbundet, och få tidningen Psyche på köpet.

Skicka tidningen Psyche till:.....

Fakturaadress:.....

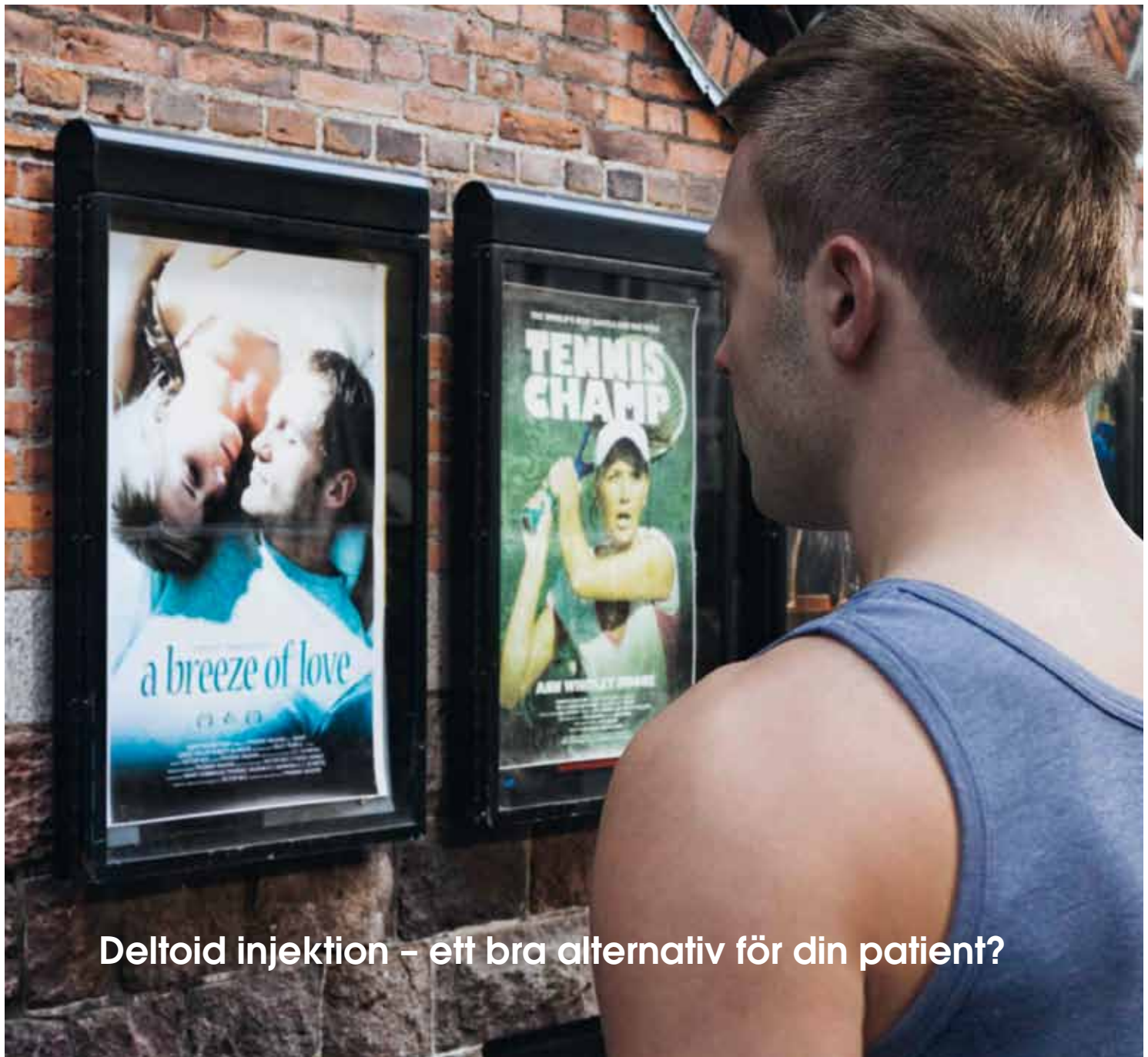
Ansvar/kostnadställe/referens motsvarande:.....

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

E-postadress: .....

Janssen-Cilag AB

Janssen  
PHARMACEUTICAL COMPANIES  
OF Johnson & Johnson



Deltoid injektion – ett bra alternativ för din patient?

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

**Risperdal<sup>®</sup> CONSTA<sup>®</sup>**  
risperidon

**Risperdal<sup>®</sup> Consta<sup>®</sup>** (risperidon) är ett neuroleptikum med ATC-kod N05AX08. Risperdal<sup>®</sup> Consta<sup>®</sup> är indicerat för underhållsbehandling av schizofreni till patienter som för närvarande stabiliserats med perorala antipsykotika. Det är receptbelagt och ingår i läkemedelsförmånen. **Risperdal<sup>®</sup> Consta<sup>®</sup> doseras varannan vecka och finns i följande styrkor och förpackningar:** Pulver och vätska till injektionsvätska, depotsuspension: 25 mg, 37,5 mg, 50 mg.

**Pris:** 25 mg kostar 1124 kr, 37,5 mg 1662,50 kr, resp 50 mg 2201 kr. Kör förmåga och användning av maskiner: Risperdal<sup>®</sup> Consta<sup>®</sup> kan hos vissa personer försämma reaktionsförmågan, vilket man bör tänka på vid tillfällen då skärpt uppmärksamhet krävs, t ex vid bilkörning. **Informationen sammanställd februari 2011.** Läs mer på: [www.risperdalconsta.se](http://www.risperdalconsta.se)