

# Psyche

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGENS TIDSKRIFT NO 2/2011

**PSYKIATRISKA  
RIKSFÖRENINGENS  
ÅRSKONFERENS 2011**



# Psykiatriska Riksföreningens årskonferens 2011

...sid. 4 - 9



## Salutogenes i psykiatrisk vård

Av Henrika Jormfeldt ...sid. 10



## Ett självvalt beroende stärker makten över det egna livet och möjliggör ett gott liv med bipolär sjukdom

Av Marie Rusner ...sid. 12

## Bokrecensioner ...sid. 16



## Anna Björkdahl

Av Hans Bergman ...sid. 18

## Notiser ...sid. 22

## Nya i styrelsen ...sid. 23



## ORDFÖRANDE HAR ORDET:

Sommar, sommar, sommar...

Vårterminen har passerat förbi i en rasande fart. Psykiatriska Riksföreningen har i år haft en Årskonferens i Sölvesborg och jag blir lika imponerad varje gång av alla duktiga psykiatrisjuksköterskor, från hela landet, som har så mycket spännande att dela med sig av. Sista dagen kom en värstorm in och drabbade hela södra Sverige och jag vet att många kom hem kraftigt försenade men jag hoppas dagarna var inspirerande och givande. På årsmötet som Susanne Rolfner Suvanto höll i blev det några förändringar i styrelsen. Vill tacka Ann Ingvarsson för allt arbete genom åren som medlemsansvarig och Hans Bergman som Chefredaktör för Psyche. Hans kommer finnas kvar ett tag till i redaktionen. Tre nya personer valdes in. Muhammad Ullah från Göteborg, som varit föreningens revisor i många år. Han kommer att ta över rollen som kassör. Från Skåne: Ewa Langerbeck som kommer att ha ansvaret för vår hemsida och från Småland: Susanne Syrén som tar över som medlemsansvarig. Årsmötet gästades också av Ania Willman ordförande för Svensk Sjuksköterskeförening.

Även om vi har sommaren framför oss och behöver vila oss och ladda inför hösten så måste jag ändå ta upp något viktigt för oss alla. Regeringen och Utbildningsdepartementet har släppt remissen till en ny öppen specialistutbildning för sjuksköterskor. I förslaget finns det ingen nationell samordning på förslag, det är upp till varje enskild arbetsgivare och lärosäte att sätta ihop en utbildning som passar dem. I framtiden kanske titlar som ECT-sjuksköterska eller beroendesjuksköterska finns. Ämnet omvårdnad finns inte med i diskussionerna. Psykiatriska Riksföreningen kommer självklart att svara på remissen och vi vill att alla som har synpunkter på den att höra av sig till oss. Vi ser gärna en dialog med er.

Till sist något glädjande till nytta för alla är vår nya hemsida [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se).

Vi tyckte att det var dags med en uppfräschad sida. Framförallt är den gjort så att vi själva på ett enkelt sätt kan uppdatera innehållet.

Till er alla önskar jag en varm och skön sommar!

Richard Brodd  
Ordförande  
Psykiatriska Riksföreningen

Ansvarig utgivare  
Richard Brodd

Chefredaktör  
Hans Bergman

Redaktör  
Mikael Nilsson

Mail till Psyche:  
[www.psykriks.se](http://www.psykriks.se)  
[richard.brodd@bredband.net](mailto:richard.brodd@bredband.net)  
[hansbergman@telia.com](mailto:hansbergman@telia.com)  
[mikael.nilsson@lthalland.se](mailto:mikael.nilsson@lthalland.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](mailto:richard.brodd@bredband.net)

Annonser  
Gällande annonsering kontakta:  
Richard Brodd  
Oskarsgatan 4, 414 63 Göteborg  
031-240023 b, 0708-192 732  
e-mail: [richard.brodd@bredband.net](mailto: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](mailto:jonas@figproduction.com), [hans@mrdab.se](mailto:hans@mrdab.se)

Omslag  
Foto: Grace Olsson

## Hur blev metabolt syndrom psykiatrins angelägenhet?

Metabolt syndrom betyder att kraftig övervikt föreligger samtidigt med nedsatt glukostolerans/diabetes typ 2, förhöjda blodfetter och högt blodtryck. Tillståndet är förenat med kraftigt ökad risk för hjärt- kärlsjukdom. Psykiatrins patienter är långt mer drabbade än befolkningen i övrigt. För schizofrenipatienter betyder det en två gånger högre risk att dö för tidigt i kardiovaskulär sjukdom och 20-25 års kortare förväntad livslängd i jämförelse med befolkningen i övrigt. Behandling med neuroleptika kan bidra till metabola störningar.

Av Hans Bergman

**D**an Gothefors är psykiater och styrelsemedlem i Psykiatriska Föreningen (läkarnas motsvarighet till Psykiatriska Riksföreningen). Han inledde konferensen med att ställa frågan: Måste den psykiatriska patienten dö i förtid av diabetes eller hjärt-kärlsjukdom? Flertalet patienter som inleder behandling med antipsykotika är unga och utan komplicerande somatisk sjukdom. Primärprevention skall vara åtgärder som avser att förhindra eller uppskjuta ett insjuknande hos friska individer, t ex förhindra uppkomst av diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Primärprevention bör prioriteras för att förhindra lidande och för att förebyggande insatser har störst utsikt att vara framgångsrika, säger riktlinjerna. Viktökning kommer i regel i början av behandlingen och det är därför viktigt att hålla särskild koll på vikten vid insättning av ny medicin. Etablerad viktuppgång är dessutom svårare att komma tillrätta med. Alla patienter som sätts in på neuroleptika skall informeras om riskerna före insättningen. Det är därför självklart att man ganska tidigt ska överväga preparatbyte. Det är förstås också angeläget att inte belasta patienter med ytterligare social stigmatisering genom att göra dem överviktiga.

Somatisk sjukdom/ohälsa försvårar dessutom det psykiatriska behandlingsarbetet. Psykiatriska Föreningen har utarbetat riktlinjer "Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom". Riktlinjerna är framtagna i samarbete med

andra medicinska specialistföreningar. Dokumentet finns på föreningens hemsida: [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se).

Det är klinikledningens ansvar att säkerställa att patienter får en säker vård. Men vad kan den enskilda psykiatrisjuksköterskan göra? Det kan inte hänga på en eller två i personalgruppen utan alla måste arbeta gemensamt mot samma mål, att förebygga risken för metabolt syndrom. Kanske ska en särskilt intresserad sjuksköterska vara den som har samordningsansvaret för mottagningens insatser för att bedriva ett framgångsrikt preventionsarbete?

fetter, vikt och blodtryck bör större vikt läggas på att arbeta långsiktigt med hälsofrämjande arbete kring kost och motion. Att avsätta en del av samtalstiden till att prata om livsstilsförändringar är ett sätt, att arbeta med särskilda hälsosamtal är ett annat, och kanske behöver man göra både och. Ett hälsosamtal genomförs på c:a en timme. En standardiserad och evidensbaserad modell bör användas, t.ex. Hälsokurvan (se [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)). Om utbildning i att använda Hälsokurvan inte finns inom eget landsting kan den erbjudas via FoU-enheten i Jönköping ([www.lj.se/fouenheten](http://www.lj.se/fouenheten), Utbildning).

**"Förutom screening av blodsocker, blodfetter, vikt och blodtryck bör större vikt läggas på att arbeta långsiktigt med hälsofrämjande arbete kring kost och motion."**

Man behöver dessutom hitta bra samarbete med andra vårdgrannar så som till exempel primärvård. Exempel på innovativa grepp kan vara att primärvården kommer till psykiatrin i stället för tvärtom. Somatisk konsultläkare, dietister och diabetessköterskor kan vara till hjälp, eller varför inte anställa en på kliniken? Förutom screening av högt blodsocker, blod-

**Henrika Jormfeldt** föreläste om den ojämlika hälsan: Forskning visar att personer med långvarig psykisk ohälsa inte får tillgång till den somatiska vård de behöver. Behandlingsmålen sätts lägre än för den övriga befolkningen och förskrivningen av blodtryckssänkande och blodfettssänkande medicin är lägre än för patienter utan psykiska funktionshinder. Patienter



## Psykiatriska Riksföreningens årskonferens 2011

Metabolt syndrom reducerar livslängden och försämrar livskvalitén för psykiatriska patienter. Det är därför angeläget för sjuksköterskor att stödja patienter till en bättre somatisk hälsa. För självklart hänger de ihop, kropp och själ. Psykiatriska Riksföreningens årskonferens i början av april handlade därför om att undvika risken för metabolt syndrom.

**K**onferensen hölls på Valjeviken konferens Sölvesborg. Det var genomgående hög kvalitet på föreläsningarna och utmärkt moderator var Anna Björkdahl. Höjdpunkten på konferensen var middag på Valje Herrgård, där man kunde prata och umgås under lättare former. Vistelsen gav möjlighet att röra på sig mellan föreläsningarna med promenader längs havet eller i den omkringliggande bokskogen. Några av oss provade också den sköna poolen. Även om de allra flesta deltagarna var mycket nöjda

finns det alltid saker som kan förbättras och det tar vi till oss. Det är sorgligt att inte fler kan delta i den här typen av evenemang som både är utbildning och samtidigt en stärkande aktivitet för gemenskap och självkänsla. Det är särskilt roligt att det sedan några år tillbaka är sjuksköterskor som är dragplåsten på Psykiatriska Riksföreningens konferenser, inte psykoterapeuter eller läkare. Det är en viktig utveckling och speglar synen på oss själva som yrkesgrupp. Empowerment är minst lika angeläget för våra närmaste

uppdragsgivare – patienterna. En stor del av sjuksköterskans uppgift är att informera och sprida kunskap. Några andra som har i uppdrag att informera är Attitydambassadörerna från Handisam/NSPH som fanns tillgängliga under bägge konferensdagarna. Attitydambassadörerna informerar runt om i landet, bland annat i vården och ute på arbetsplatser. De bidrar med sina erfarenheter och sitt inifrån – perspektiv. De hjälper oss att förstå vad som hjälper.



behöver information och kunskap, men enbart tjat och skrämpropaganda är kanske inte så effektivt. Vid livsstilsrelaterade ohälsa behöver man troligen vara fantasifull och kreativ som sjukvårdspersonal om man skall nå goda resul-

tat. Henrika Jormfeldt har egen erfarenhet av att arbeta med gruppaktiviteter för att stärka patienters hälsa. Utgångspunkten i hennes studiecirkel har varit att patientens nyfikenhet och behov ska styra och att undervisningen

skall vara demokratisk. Såväl kommunpersonal som patienter har tyckt att studiecirkelarna har varit värdefulla.

Många psykiatriska patienter har kognitiva svårigheter och behöver hjälp att komma ihåg information, stöd i att ställa frågor och hjälp att komma ihåg besökstider. De behöver därför stöd vid kontakt med den somatiska vården. Det räcker inte med muntlig hänvisning. Samordnare eller kontaktperson från psykiatrin bör, om patienten så önskar, följa med och se till att patienten får den behandling och de undersökningar som är relevanta. Psykiatrisjuksköterskor med sin särskilda bakgrund är förstas särskilt lämpade för detta.

Det är inte alltid så lätt att motivera människor att ändra sin livsstil, men det kan vara avgörande för deras hälsa. Rökstopp, vikt-nedgång genom ändrade matvanor och ökad regelbunden fysisk aktivitet är förstas den bästa medicinen mot metabolt syndrom. Fysisk aktivitet kan minska risken att insjukna i kardiovaskulär sjukdom med 50 % och minskar risken för diabetes typ2 med mellan 60-70%. Det som i sammanhanget ändå kan vara uppmuntrande är att man vet att även små livsstilsförändringar är bättre än inga, och det kanske är bra att ha delmål med livsstilsförändringar. Det handlar om att till exempel gå ner 5 kilo i vikt, att börja ta kortare promenader på 2 gånger 30 minuter per dag och att röka 5 cigaretter mindre, som en början. Fysisk aktivitet har dessutom en gynnsam effekt på ångest och depression hos patienter med schizofrenidiagnos. Recept på fysisk aktivitet (FaR) kan förskrivas av all legitimerad sjukvårdspersonal. Det görs redan mycket ute på klinikerna men det kan göras mer. Börja därför redan i dag med att tänka ut hur du kan utveckla och förbättra din mottagning eller avdelning. Sök på internet och ta kontakt med andra som har kommit längre. Det gör skillnad för patienterna.

#### Tips på nätet:

Hälsoprojektet i Gävle - Arja Philipsson sjuksköterska: [www.lg.se/folkhalsoenheten](http://www.lg.se/folkhalsoenheten)  
Henrika Jormfeldt - Psykiatriska Riksföreningen: [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se)  
Hälsokurvan - Primärvårdens FoU-enhet i Jönköpings: [www.lj.se/fouenheten](http://www.lj.se/fouenheten)  
Svensk Psykiatri: [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

## Sammanfattning

### Bakgrund

- Metabol störning - såsom viktuppgång, försämrade blodfetter och utveckling av diabetes - är vanligt bland personer med bipolärt syndrom, schizofreni och annan psykosjukdom. Metabol störning ökar risken för framtida hjärt-kärlsjukdom.
- Antipsykotisk medicinering kan bidra till metabol störning.
- Viktuppgång är ett tidigt tecken på metabol störning. Etablerad övervikt är svårbehandlad och bör därför förebyggas. Om viktuppgång ändå sker, t ex efter nyinsättning av antipsykotisk medicinering, ska detta upptäckas tidigt och åtgärder sättas in för att förhindra ytterligare viktuppgång.
- Förskrivande läkare ansvarar för att eventuell metabol störning efter nyinsättning eller byte av antipsykotisk medicinering upptäcks och motverkas. Verksamhetschefen vid den psykiatriska kliniken ansvarar för att fungerande samarbetsformer upprättas med företrädare för andra medicinska specialiteter som kan behöva bidra med kunskap om behandling av metabol störning.

### Förebyggande åtgärder mot viktuppgång

- Medvetandegör för patienten betydelsen av levnadsvanor såsom kosthållning, rökning och fysisk aktivitet för framtida hälsa, förslagsvis genom att psykiatrisjuksköterska genomför strukturerad hälsointervju med kartläggning av riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom samt uppföljande rådgivning om levnadsvanor. Informera gärna även närstående och eventuella boendestödjare.
- Återupprepa denna intervju och rådgivning åtminstone årligen. Vid nyinsättning eller byte av antipsykotisk medicinering bör risk för metabol påverkan vägas in vid val av antipsykotisk medicinering vid sidan av andra kriterier för preparatval (se tabell 2). Speciellt gäller detta för patienter med ärftlighet för eller redan etablerad metabol störning eller hjärt-kärlsjukdom samt för patienter som kan förväntas vara extra känsliga för metabol påverkan, såsom ungdomar.

### Åtgärder vid viktuppgång eller försämrade blodfetter

- Tätare provtagning;
  - fP-glukos 1g/mån,
  - vikt-midjemått 1g/mån,
  - blodfetter 1g/3 mån
- Intensifiera råd om livsstilsförändring och viktreduktion (kost, fysisk aktivitet, rökning) · Överväg byte av antipsykotisk medicinering, se tabell 2.
- Samråd med primärvårdsläkare/internmedicinare/barnläkare; överväg insättande av medicinering mot viktuppgång eller försämrade blodfetter. Överväg remittering. Åtgärder vid försämrade blodsockervärden · Om gränsvärde (fP-glukos 6,1-6,9 mmol/L, ickefastande P-glukos 7,8-11);
  - Upprepa provtagningen, om fortsatt gränsvärde genomför OGTT. Samråd med primärvårdsläkare/internmedicinare/barnläkare. Etablera kontakt med diabetessköterska.
  - Intensifiera råd om livsstilsförändring och viktreduktion (kost, fysisk aktivitet, rökning)
  - Överväg byte av antipsykotisk medicinering, se tabell 2.
- Om diabetes; samråd med primärvårdsläkare/internmedicinare/barnläkare angående remittering för insättande av farmakologisk behandling. Se till att kontakt och uppföljning verkligen blir av!

Kliniska riktlinjer; Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom, Svenska Psykiatriska Föreningen

Kallinge 2011-06-30

## Våra synpunkter av er konferens i Valjeviken den 7-8 april

Vårt arbete med NSPH nätverk har ju inte varit igång så länge i Blekinge och vi blev oerhört stolta när vi blev tillfrågade att vara med på er årskonferens.

Vi tycker det var mycket roligt att vara med och få visa vad vi gör i vårt lilla hörn av landet.

Speciellt intressant var det att få höra alla olika föreläsningar och få träffa alla er fantastiska människor som arbetar med våra målgrupper varje dag och höra era synpunkter från era olika verksamheter

Just att utbyta erfarenheter är mycket viktigt i alla sammanhang.

Temat för konferensen står ju i fokus just nu och det är viktigt för alla att förstå att allting hänger ihop både kropp och själ.

Mår själen dåligt så mår även kroppen dåligt. Det är roligt att höra att man tagit fasta på detta i en del verksamheter och erbjuder andra former av behandling än enbart medicin.

Vi som är insatta vet ju att de behandlingar som innehåller både medicinering, samtal

och kognitiv behandling ger de bästa resultaten. Man får inte heller glömma att det finns väldigt mycket kognitiva hjälpmedel idag som underlättar oerhört i det dagliga livet för våra målgrupper. Vi ser fram emot att få höra mer om ert arbete framöver.

Vänliga hälsningar

Anita Sjö Dahl

Samordnare för NSPH Blekinge



## Omvårdnad är biverkningsfritt

INTERESSANTA ARTIKLAR

RECENSIONER

VÅRD

Bli medlem

2011

FORSKNING

KONFERENSER

NYHETER

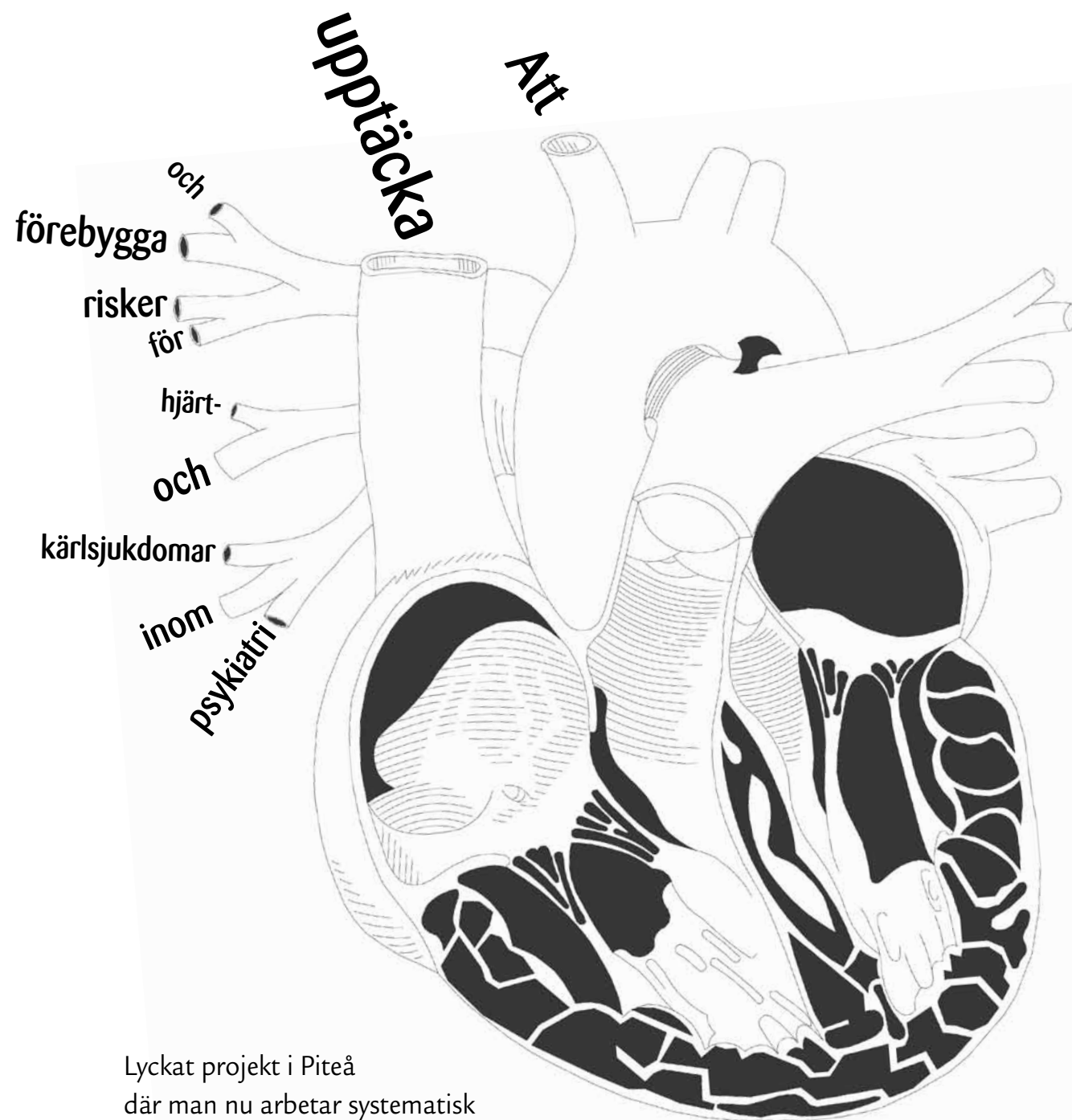
Medlemsavgiften för 2011 är 325:-, är du pensionär eller studerande är priset reducerat till 200:-.

I medlemsavgiften ingår Tidskriften PSYCHE.

Beloppet sätts in på PRF:s BankGiro konto 5118-1592  
Glöm inte att uppgge namn, adress, personnummer och e-postadress.

Vid frågor kontakta medlemsansvarig:

Susanne Syrén Tel: 073-985 27 54, e-post: [susanne.syren@lnu.se](mailto:susanne.syren@lnu.se)



Lyckat projekt i Piteå där man nu arbetar systematisk med att förebygga risk för metabolt syndrom. Här är sjuksköterskan nyckelperson, inte doktorn.

Av Johan Bergstedt och Carin Nordberg

**F**rågeställningen hur vi skulle hantera ökade risker för hjärt- och kärlsjukdomar vid läkemedelsbehandling av psykisk ohälsa startade hos oss 2007. Genom ett gemensamt projekt tillsammans med medicin- och rehabiliteringskliniken

och primärvården i Piteå Älvdal påbörjade vi bygget av en modell för samarbete kring patienternas kroppsliga hälsa. I projektet gjordes en noggrann kartläggning av kroppsligt status och provtagning. Medicinöverläkare Arne Zing-

mark gjorde de medicinska riskbedömningarna och var även den som remitterade patienten till primärvården. Vi lade stor vikt vid att samverka med patientens nätverk då erfarenheten visade att den som tillbringar mest tid med patienten var den som bäst kunde stödja livsstilsförändringarna över längre tid.

**Metoden under projektet bestod huvudsakligen av fyra delar:**

- Strukturerad intervju
- Provtagning
- Somatisk riskbedömning
- Intervention

**Enkla råd om kost och motion**

Redan vid den inledande intervjun med patienten så gav vi enkla råd om livsstilsförändringar vad gäller motion, kost, tobak och alkohol. Under arbetets gång kopplades nätverket kring patienten in. Nyckelpersoner är anhöriga, kontaktpersoner, boendestödare eller annan kommunal personal, förvaltare, stödpersoner, distriktssjuksköterskor och läkare.

**Hantera avvikande provsvar**

Redan efter några träffar med somatiska konsulten, överläkare Arne Zingmark, så lärde vi oss snabbt vad han ville att vi skulle göra så fortsättningsvis var alla omprover genomförda när konsultationen gjordes. – Som somatisk konsult kom jag till ”dukat bord”, kommenterade han glatt. I genomsnitt avsatte den somatiska konsulten två timmar var 14:e dag till detta arbete. Tyvärr kunde vi konstatera att många avvikande provsvar före projektet var lämnade utan åtgärd. Varför såg vi inte kroppen? Mest nedslående är förekomsten av patologisk glukosomsättning som vi fann hos 39,2% av projektets deltagare som behandlades med Clozapin eller Olanzapin.

Patienterna inom psykiatri har rätt till den

bästa vården vilket för oss innebar fortsatt samarbete mellan psykiatri, medicinkliniken och primärvården även nu när projektet är över.

**Små steg i rätt riktning**

Riskerna för hjärt- och kärlsjukdomar går att förebygga. Att förmedla det positiva budskapet till patienten är centralt. Det handlar om att ta små steg i rätt riktning. Resultatet från projektet visade att efter ett år var samtliga parametrar oförändrade eller förbättrade. Störst effekt har noterats vad gäller midja, vikt och diastoliskt blodtryck.

**Viktigt med tydlig ansvarsfördelning**

Tydligheten är en av framgångsfaktorerna i samarbetet kring patienterna. Vid Piteå Älvdals sjukhus så är rollerna mellan de samverkande aktörerna väl utmejslade. Vi slipper diskussion som annars kan uppstå om vem som ska ta ansvar för vad.

**Införande av nya klinikerutiner**

Projektet avslutades våren 2010 och som ett resultat av projektet infördes klinikerutiner hur vi ska arbeta strukturerat med att förebygga och upptäcka risker för hjärt- och kärlsjukdomar.

**Budskap**

Den höga dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar hos svårt psykiskt sjuka går att påverka

- **Psykiatri har huvudansvaret för att upptäcka och förebygga kardiovaskulära avvikelser**
- **Läkarna är viktiga men nyckelperson är sjuksköterskan som kan och ska ta ett stort ansvar**
- **Etablera förtroendefullt samarbete med primärvården och medicinkliniken**
- **Somatiska bedömningar måste ske integrerat med den psykiatriska bedömningen**

**”Psykiatri har huvudansvaret för att upptäcka och förebygga kardiovaskulära avvikelser.”**





# Salutogenes i psykiatrisk vård

## - psykiatrisjuksköterskans utmaning

Av Henrika Jormfeldt

### Två kontrasterande paradigmer

Det kan vara värdefullt att belysa de två huvudsakliga kontrasterande paradigmen som finns i psykiatrisk vård och psykiatrisk omvårdnad, samt hur dessa båda paradigmer står i relation till vår tids evidensbegrepp. Det (patogena) medicinska perspektivet och det hälsofrämjande (salutogena) omvårdnadsperspektivet är två perspektiv som grundar sig på helt olika grundläggande vetenskapsperspektiv. De båda perspektivens olikheter finns på flera olika vetenskapliga nivåer och visar sig på flera sätt. Den ontologiska nivån handlar till exempel om vad hälsa och sjukdom är, den epistemologiska nivån handlar om vad kunskap är och vad som kan betraktas som sanning medan den metodologiska nivån fokuserar på hur vetenskaplig kunskap på bästa sätt genereras. I det medicinska paradigmet betraktas hälsa som frånvaro av sjukdom och sjukdom bör behandlas med medicin som reducerar sjukdomssymtom objektivt mätbart.

Inom det humanistiska paradigmet betraktas hälsa som personlig utveckling och subjektivt välbefinnande oberoende av sjukdom, vilket främjas huvudsakligen genom sociala processer människor emellan. I vår kultur har positiva dimensioner av hälsa traditionellt betraktats som mjukvara som inte lämpar sig för mätningar och statistiska analyser, medan frånvaro av sjukdomssymtom betraktats som mätbart och därmed användbart för statistiska analyser. Information som går att kvantifiera räknas som en riktig grund för vetenskaplig evidens medan kvalitativ information inte tillskrivs samma vetenskapliga värde i vår tids vetenskapliga tradition som tydligt domineras av det medicinska paradigmet. Med utgångspunkten att psykiatrisk omvårdnad i huvudsak syftar till att främja subjektivt upplevd hälsa hos personer som vårdas i psykiatrisk hälso- och sjukvård, är det inte tillräckligt att utvärdera vårdinsatser i form av frånvaro av psykiatriska symtom. Det finns följaktligen en

paradox i den evidensbaserade kliniska psykiatriska verksamheten. Den psykiatriska vårdens evidensbas fokuserar huvudsakligen på symtomlindring medan vårdens huvudsakliga målsättning ofta beskrivs som subjektivt upplevd hälsa och välbefinnande. Detta förhållande medför att de kriterier för vårdkvalitet som utvärderas i psykiatrisk vård inte alltid överensstämmer med vårdens huvudsakliga målsättning.

### Hälsofrämjande omvårdnad

Allt hälsofrämjande arbete påverkas av hur vi definierar hälsa. Utan att begreppet hälsa är klart definierat utifrån dess positiva dimensioner finns svårigheter att använda hälsa för att utvärdera hur effektiva olika omvårdnadsinsatser är i den psykiatriska vården. Utifrån ett patologiskt medicinskt synsätt är psykiatriska symtom tecken på en dysfunktion i hjärnan. Med ett medicinskt perspektiv är en rimlig intervention att förskriva en medicin för att balansera denna dysfunktion i hjärnan. Denna intervention ses då ofta samtidigt som hälsofrämjande eftersom den negativa definitionen av hälsa beskrivs som just frånvaro av sjukdomssymtom. I enlighet med det medicinska perspektivet används ofta begreppet remission för att utvärdera behandlingsframgång hos personer med schizofreni eller bipolär diagnos. Med hjälp av begreppet remission mäts patientens psykiatriska hälsotillstånd utifrån antagandet att frånvaro av symtom är en förutsättning för återhämtning och ett fungerande vardagsliv. Utifrån ett salutogent hälsoperspektiv ses individen som en hel person i relation till sin omgivning med bland annat sociala relationer, kulturella och ekonomiska förutsättningar. Personen ses också i ett tidsmässigt sammanhang med ett förflutet och en framtid, med erfarenheter och förhoppningar, som har stor inverkan på stressnivåer och emotionellt stämningsläge. Dagens hälso- och sjukvård tycks ta för givet att interventioner som är avsedda att lindra symtom automatiskt också främjar individuell hälsa. Mycket klinisk erfarenhet talar dock för att så inte alltid är fallet. Frånvaro av symtom löser inte automatiskt svårigheter som är relaterade till negativa erfarenheter, ojämlika relationer, stigmatisering, utanförskap och knappa ekonomiska förutsättningar. Däremot har goda psykosociala förhållanden ofta en mycket positiv inverkan på människors hälsa.

Hälsofrämjande psykosociala insatser lindrar sjukdomssymtom i betydligt högre utsträckning än vad medicinska symtomlindrande insatser främjar hälsa.

### Klinisk relevans

Utifrån ett medicinskt perspektiv får personer som diagnostiseras med schizofreni information om att den sjukdom de drabbats av är kronisk och obotlig. Samtidigt beskrivs det som mycket viktigt att följa den medicinska behandlingen, eftersom medicinering ses som den grundläggande och mest framgångsrika behandlingsformen för att lindra och reducera psykotiska symtom

### Hälsa som kvalitetsindikator i omvårdnad

Inom hälso- och sjukvården har det traditionellt varit vanligare att mäta frånvaro av sjukdom än positiva dimensioner av subjektivt upplevd hälsa. Det övergripande målet med psykiatrisk omvårdnad är att främja patienters subjektivt upplevda hälsa, och en viktig del i vårdens kvalitetsssäkring är att utvärdera i vilken utsträckning detta mål uppnåtts. Ju otydligare hälsobegrepp som används i psykiatrisk hälso- och sjukvård, desto mer används mer tydligt definierade begrepp för att utvärdera vårdens effektivitet. Konsekvensen av detta är att det är den negativa dimensionen

”Inom hälso- och sjukvården har det traditionellt varit vanligare att mäta frånvaro av sjukdom än positiva dimensioner av subjektivt upplevd hälsa.”

i samband med diagnosen schizofreni. Denna behandlingsstrategi medför ofta att symtomen till viss del lindras men det stora flertalet patienter är beroende av medicinering under mycket lång tid. Trots behandlingen kvarstår dock den ökade sårbarheten och risken att återinsjukna vid påfrestningar i livet finns kvar medan den psykosociala situationen i stort är oförändrad. Utifrån ett salutogent hälsoperspektiv fungerar personens egna individuella målsättningar och preferenser som ledstjärna för vårdens mål och innehåll. Processen mot att uppnå sina egna personliga mål betraktas, ur detta perspektiv, som den viktigaste förutsättningen för återhämtning från psykisk ohälsa oberoende av specifika symtom och funktionshinder. En intervention som syftar till att stödja personen att uppnå sina egna personliga målsättningar kan bidra till ökad hälsa och välbefinnande. Om och när medicinering används utifrån ett salutogent hälsoperspektiv, är det för att stödja personen i processen att nå sina individuella målsättningar. Enbart medicinering är ur ett salutogent perspektiv mycket sällan ett fullgott behandlingsalternativ.

av hälsa, frånvaro av sjukdom, som används som bas för vår starkt värderade evidens. Hög grad av evidens relateras till betydande och snar förändring i direkt samband med en intervention. I detta sammanhang underskattas ofta värdet av icke farmakologiska insatser eftersom dessa i regel består av bestående personliga utvecklingsprocesser över tid. Som grund för klinisk omvårdnad behövs därför en omvårdnadsvetenskap som vilar på en gedigen humanistisk kunskapsgrund utifrån ett individperspektiv. Hälsa är i hög grad överensstämmande med självkänsla och i mindre grad med frånvaro av psykiatriska symtom. Symtomlindring är följaktligen inte tillräcklig som huvudsaklig målsättning i psykiatrisk vård och omvårdnad. Psykiatrisk omvårdnad behöver byggas med hjälp av insatser, relationer och miljöer som stärker individens självkänsla och självständiga beslutsförmåga. Subjektivt värderad hälsa är en av de viktigaste kvalitetsindikatorerna i psykiatrisk vård oberoende av diagnos, symtom eller funktionshinder. Utmaningen för oss psykiatrisjuksköterskor är att skapa en gedigen ”evidensbas” för denna humanistiska kunskap.

# Ett självvalt beroende stärker makten över det egna livet och möjliggör ett gott liv med bipolär sjukdom

- En populärvetenskaplig sammanfattning av studien ”A dependence that empowers – the meaning of the conditions that enable a good life with bipolar disorder”<sup>1</sup>. Fullständig forskningsgenomgång, forskningsfrågor, beskrivning av urval, forskningsmetod, analys, resultat och diskussion finns tillgänglig i originalartikeln. Artikeln är relaterad till en tidigare studie<sup>2</sup> om den existentiella innebörden av att leva med bipolär sjukdom. En populärvetenskaplig sammanfattning av den studien finns publicerad i tidskriften Psyche 4/10. Just nu pågår två studier som undersöker livssituation och behov hos närstående till personer med bipolär sjukdom.

Av Marie Rusner



Marie Rusner

Doktorand i vårdvetenskap, MSc, Psykiatrijukskötarska, Inst. för vårdvetenskap, Högskolan i Borås, Inst. för hälso- och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet, Forskningsledare Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås

## Bakgrund

Tidigare forskning om bipolär sjukdom betonar behovet av ytterligare forskning om den komplexa livssituation som personer med bipolär sjukdom befinner sig i, framförallt när det gäller att förstå och hantera livet. Existentiella frågor behöver bearbetas eftersom det finns en större intensitet och spänning i känslor och erfarenheter hos personer med bipolär sjukdom än hos andra. Det innebär en ständigt pågående kamp 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. Livet med bipolär sjukdom präglas av att sjukdomen är sammanflätad med den person man är, vilket ytterligare komplicerar tillvaron. Tidigare livserfarenheter och framtida förväntningar på livet har en större betydelse för det dagliga livet. Det finns även en brist på forskning utifrån erfarenheter hos dem som faktiskt lever med bipolär sjukdom – både för patienter och närstående. Ett problem som uppmärksammas i tidigare forskning är att det finns ett gap mellan uttalade vårdbehov och den vård som erbjuds. Syftet med denna studie är därför att beskriva vad som möjliggör ett gott liv med bipolär sjukdom.

<sup>1</sup> 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. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5, 46-53. [www.ijqhw.net/index.php/qhw/issue/view/428](http://www.ijqhw.net/index.php/qhw/issue/view/428)

<sup>2</sup> 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.

## Forskningsansats

Studien har en reflekterande livsvärldsansats<sup>3</sup> 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 vad som behövs för ett gott liv med bipolär sjukdom. Data har insamlats genom öppna intervjuer och har analyserats genom en fenomenologisk innebördsanalys och med en forskande hållning utifrån den valda forskningsansatsen. 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 beskriver hur det undersökta fenomenet är och inte vad informanterna säger om det. Forskningen har också ett vårdvetenskapligt perspektiv<sup>4</sup> och vill därför bidra med kunskap om bipolär sjukdom, som kan förbättra vården för personer med bipolär sjukdom.

## Resultat

Resultatet för vad som möjliggör ett gott liv med bipolär sjukdom presenteras i två delar. Först presenteras den centrala (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 centrala betydelsen i fem undergrupper. Direkta citat är kursiverade.

## Ett självvalt beroende som stärker makten över det egna livet - den centrala betydelsen av vad som möjliggör ett gott liv med bipolär sjukdom

Ett gott liv med bipolär sjukdom beror på att man kan påverka det egna livet och leva i samklang med den person man är. Ett självvalt

beroende stärker makten över det egna livet och skyddar mot förlust av kontroll. Ett gott liv med bipolär sjukdom **beror även på** att det finns ett stöd som möter hela livssituationen. Ett självvalt beroende är den goda jordmån som möjliggör ett gott liv med bipolär sjukdom.

## 2. Att skydda sig själv från att få slut på energi

Att leva med bipolär sjukdom innebär en ständig uppmärksamhet på egna tankar, känslor och sinnesupplevelser för att försöka förstå på vilket sätt man kan lita på sig själv och ha förtroende

**”Det är en vändpunkt att inse att man behöver välja att involvera andra människor i sin hälsoprocess och att acceptera vissa begränsningar för att därigenom få ökad makt och kontroll över det egna livet.”**

## 1. En vändpunkt

Förändring från maktlöshet till framtidstro beror på en insikt om att livet är ett liv med bipolär sjukdom och att det innefattar ett visst ökat beroende. Det är en vändpunkt att inse att man behöver välja att involvera andra människor i sin hälsoprocess och att acceptera vissa begränsningar för att därigenom få ökad makt och kontroll över det egna livet. Att få en diagnos är ofta första steget mot en sådan vändpunkt. Det innebär en bekräftelse på en underliggande aning om att *något är fel* och ger även en känsla av tillhörighet och en upplevelse av att känna sig mindre ensam. Vändpunkten ser olika ut för olika personer men den handlar om öppenhet för förändring. En sådan öppenhet kommer inifrån, den kan inte påtvingas någon. Den handlar framförallt om att det egna lidandet eller påfrestningar för familjen när en viss gräns för vad man vill stå ut med. Det är en process över tid att bli mer och mer ärlig gentemot både sig själv och andra om hur livet är och att man behöver stöd. Ett hopp om möjlighet till ett liv som är värt att levas bidrar till en sådan öppenhet för förändring och ökar motivationen för att acceptera begränsningar.

för den egna bedömnings- och urskiljningsförmågan. Den ständiga tankeprocessen tar mycket energi och innebär att det blir mindre energi kvar för resten av livet. Att välja att göra sig beroende av en energisparande struktur förenklar därför livet och medför en minskad inre stress. Att prioritera det som är mest betydelsefullt samt att göra sig beroende av en daglig struktur innebär en ökad kontroll över tillgången till energi och ett skydd mot att få slut på energi. *Jag måste göra val hela tiden, hela tiden göra val. Men fick jag välja så skulle jag varken äta eller duscha eller göra nåt av de där tråkiga vardagssysslorna utan ägna den kraften åt annat. Men samtidigt så måste man ju göra det och då får jag försaka nånting annat.* Att välja regelbundenhet och struktur när det gäller sömn, fysisk aktivitet och mat ökar möjligheten att kunna genomföra det man planerar. Att vila innebär även att skydda sig från att få slut på energi. Det kan handla om att vila från en intensiv tankevärld, från intryck, från känslomässig stress och ibland även vardagssysslor. Vila kan ibland även innebära ett skydd mot kaos genom struktur, förutsägbarhet och vila från alla sorters krav på en psykiatrisk heldygnsvård men även att sova.

<sup>3</sup> Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

<sup>4</sup> Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

### 3. Att vara behövd

Upplevelsen av att vara behövd har en djupgående inverkan på livet. Ansvar är en av förutsättningarna för varaktigt förändring. Att vara behövd av sina barn kan ge den motivation som behövs för att överväga att acceptera vissa begränsningar men även för att fortsätta leva när allt känns hoppläst. *Det kändes så, ja, jag ville inte leva längre. Jag gick och funderade på hur jag skulle bära mig åt men så tänkte jag såhär att jag har ju två barn, jag kan ju inte göra det, det går inte, då har de ju ingen mamma.* Att vara behövd av sitt barn kan göra det möjligt att gå upp ur sängen och ge sitt barn frukost fast man egentligen inte orkar liksom att fokusera i en period av känslomässigt och tankemässigt kaos. I en sådan situation är det nödvändigt att ha tillgång till stöd och hjälp av tillförlitliga andra som kan ta över ansvaret för barnen om det skulle behövas. Att vara behövd, uppskattad och delaktig på en arbetsplats innebär en hjälp att övervinna svårigheter som har att göra med bipolär sjukdom och ett skydd mot att förlora kontrollen. Arbetsprestationen för en person med bipolär sjukdom kan variera mellan att ibland vara mycket hög men vid andra tillfällen låg. Därför behöver arbetssituationen vara anpassad till att arbetsprestationen varierar. Det innebär ökade problem då aktuella sjukskrivningsregler i Sverige fokuserar på bedömning av arbetsförmåga i andel procent över tid. Balanserade krav, flexibilitet för extra stöd i vissa situationer liksom en förstående och välkomnande attityd från chef och arbetskamrater förbättrar arbetsprestationen för personer med bipolär sjukdom.

### 4. Att vara sig själv genom tillförlitliga andra

Att välja ett beroende av tillförlitliga andra personer, både privata och professionella, innebär att möjliggöra för sig själv att behålla kontrollen över sitt liv och att leva i samklang med den man är, till och med i perioder då verklighetsförankringen sviktar. En god professionell vårdrelation innebär ett skydd från den dagliga kampen att hålla ihop livet. Det är en trygg plats för att bearbeta smärtsamma erfarenheter och rädsla inför framtiden. I en sådan vårdrelation är det möjligt att göra insikter som till exempel att man

behöver vara mer öppen mot sina närstående om hur livet med bipolär sjukdom verkligen är och att man behöver involvera dem i större utsträckning i kampen att behålla stabilitet i livet. Ord, tankar och åsikter från personen man litar på kan möjliggöra goda bedömningar av egna tankar, känslor, och sinnesupplevelser. *Och det är väl det som är min trygghet också att jag ringer henne direkt när det uppstår nånting och då kan jag liksom få bort det ur skallen.* (Int: Så det blir bättre efter endast ett samtal?) *Ja, det är tillräckligt. Jag mår bättre.* (Int: Det vänder direkt?)

*Jaja, men det är ju tankefallor som hon hjälper mig med. Och efter telefonsamtalet så kan jag ju känna det att det är ju enkelt och banalt så det borde jag själv kunna liksom räkna ut eller liksom tänka till men det kan jag inte utan jag fastnar i det. Det behöver inte va så invecklat och krångligt och hon får mig helt på andra tankar.* Att lämna över rätten till tillförlitliga personer att ta över ansvar för att besluta om vård och medicinering när man själv inte klarar det innebär paradoxalt nog att behålla kontrollen över det egna livet. Det förutsätter tillit, ärlighet och en på förhand tydlig skriftlig överenskommelse av vad som inkluderas i överenskommelsen liksom vetskapen om att den kan ändras vid ett senare tillfälle. En sådan överenskommelse gör livet lugnare och tryggare. Ärlig och rak kommunikation om hur man uppfattas är en förutsättning för förändring. På samma sätt som beroende av tillförlitliga personer innebär ökad makt över livet kan beroende av otillförlitliga personer vara destruktivt och istället innebära en ökad osäkerhet liksom sämre självkontroll.

### 5. Personliga landmärken

Att navigera genom livet med hjälp av personliga landmärken innebär tryggheten att kunna behålla makt och kontroll i livet. Möjlighet att analysera tidigare erfarenheter, att förstå tidiga tecken på ohälsa, till en personligt anpassad läkemedelsdos samt att ha ett sammanhang där man kan uttrycka känslor är sådana personliga landmärken. Insikt om att upplevelser av personliga meddelanden exempel via radio eller tv inte var sanna innebär att det är lättare att stå emot liknande upplevelser i framtiden. Tidig upptäckt av individuella tecken på för-

sämring i hälsan innebär att det blir möjligt att vidta åtgärder för att förhindra den oönskade utvecklingen. Det ger hopp och minskar känslan av maktlöshet. Att involvera närstående i denna process ökar sannolikheten att behålla kontrollen ytterligare. *Ja, det handlar ju om att jag en längre tid ligger vaken på nätterna då och är ute och går otroligt tidigt med hunden för att hinna med. Går upp klockan fem på morgonen för att hinna med allt och tar på mig väldigt mycket grejer, och mina funderingar håller jag för mig själv då.* Att använda adekvata läkemedel vid bipolär sjukdom innebär en ökad kontroll över livet. Läkemedel skyddar mot extrem nedstämdhet och extrem avsaknad av fokus. En förutsättning för att läkemedel ska upplevas som en hjälp är emellertid att dosen är anpassad på ett sätt som innebär att känslolivet inte trycks undan. En särskild känslighet kombinerat med en ökad omfångsrikedom i erfandet hos personer med bipolär sjukdom innebär ett starkt behov av att förstå och hantera känslor. Att uttrycka känslor genom olika konstater innebär därför en ökad känslomässig stabilitet och ett ökat välmående.

### Övergripande slutsatser av studiens resultat

Resultatet visar att ett självvalt beroende möjliggör ett gott liv med bipolär sjukdom, eftersom det stärker möjligheten till makt och kontroll i livet. God vård innebär mer än separata stödåtgärder. Därför behövs ett holistiskt perspektiv på vård vid bipolär sjukdom, som lyfter fram vikten av att möta behov som är relaterade till hela livssituationen. En förändrad inställning till beroende, så som det beskrivs i denna studie, kan underlätta för personer med bipolär sjukdom och deras närstående. Vården rekommenderas att arbeta för att stärka viktiga sociala relationer och sammanhang för personer med bipolär sjukdom samt att arbeta för ett mer flexibelt sjukersättningsystem som är anpassat till vad det innebär att leva med bipolär sjukdom.



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: .....







**Titel:** 12 verktyg i KBT. Från teori till färdighet

**Författare:** Steven James Linton och Ida Flink

I den flod av KBT-böcker som väller fram över oss (och varav många liknar varandra intill förväxling) finns det en bok som på ett sätt särskiljer sig:

12 verktyg i KBT tar verkligen sin utgångspunkt i den så omtalade verktygs-lådan som vi anser oss ha inom KBT. Här listas tolv olika verktyg eller metoder som man kan använda sig av i en psykoterapi eller i annan form av KBT-behandling.

Bokens indelning följer nära den gång och de steg som en behandling innehåller. Första delen har rubriken Engagera klienten och innehåller verktygen god kommunikation, psykoedukation, mål utifrån värderingar och hemuppgifter. Andra delen heter Skapa förändring och innehåller verktygen problemlösning, avslappning, beteendeaktivering, beteendexperiment, exponering och medveten närvaro. Den tredje och avslutande delen heter Främja fortsatta framsteg och innehåller verktygen förebygga och hantera motgångar och vidmakthålla framsteg.

Således ett pedagogiskt upplägg där man som behandlare kan använda sig av

alla verktygen eller välja de som passar i det enskilda fallet. Varje kapitel innehåller en beskrivning av verktyget och dess forskningsstöd samt en beskrivning av hur det kan användas. Ett rollspel ingår också i varje kapitel där terapeuten kan öva på sin färdighet.

Ibland som läsare kan jag tycka att det pedagogiska upplägget som KBT-böcker ofta har gör dem lite svårlästa och tråkiga om man läser från pärm till pärm. Även denna innehåller mycket upprepningar och de olika kapitlen liknar varandra. Kanske fungerar den bäst som uppslagsbok där man kan läsa tillämpliga delar vid olika tillfällen t ex när behandlingen stoppat upp.

De verktyg boken beskriver kan sägas vara de som ingår i "basarsenalen" och används kontinuerligt om inte i varje behandling så åtminstone i de flesta. Upplägget gör att man som läsare verkligen kan uppleva sig följa en behandling från början till avslut. Det blir också tydligt hur det ena steget följer på det andra och hur viktigt det är både för klient och behandlare att förstå och kunna förklara mening med

**Förlag:** Natur och Kultur

**Recensent:** Christina Reslegård

användandet av en specifik metodik.

Boken är ett tillskott som färdighetsträning för terapeuter och andra behandlare. Det är svårt att bli en skicklig behandlare i praktiken och kliniken. Skicklighet innefattar (som författarna påpekar) att förstå varför metoden bör fungera, vem och vilket problem den riktar sig till och hur den ska användas.

Boken avslutas med ett kort informativt kapitel om olika metoder man kan använda sig av som terapeut för att utvärdera sina behandlingar och öka sin skicklighet. Detta kapitel är värdefullt då det betonar att utveckling, och därmed skicklighet, ständigt måste förbättras via handledning, fortbildning, kollegiala granskningar osv.

Steven James Linton är leg psykolog, leg psykoterapeut och professor i klinisk psykologi. Han är författare till ett flertal böcker bl. a om sömnsvårigheter och smärtproblematik. Ida Flink är leg psykolog och doktorand i hälsopsykologi. Båda är verksamma vid Center for Health and Medical Psychology (CHAMP), Örebro Universitet.

**Titel:** Omvårdnadsdiagnoser enligt Nanda

– definitioner och klassifikation 2009-2011

**Författare:** T. Heather Herdman (red.) Nanda International

**Förlag:** Studentlitteratur

**Recensent:** Henrika Jormfeldt

Den officiella definitionen av en omvårdnadsdiagnos är "En klinisk värdering av en individs, familjs eller grupps reaktion på verkliga eller potentiella hälsoproblem/livsprocesser". En omvårdnadsdiagnos är grunden för valet av omvårdnadsåtgärder för att nå resultat som ligger inom sjuksköterskans ansvarsområde. För att skapa en diagnos är det nödvändigt att överväga alla de sju axlarna i den multiaxiella strukturen i NANDA-1:s taxonomi II. I boken finns en tydlig beskrivning av hur det går till att skapa en omvårdnadsdiagnos och följer man denna instruktion är man välkommen att skapa och lämna in omvårdnadsdiagnoser till NANDA. Omvårdnadsdiagnoser är indelade i 13 olika domäner som innefattar bl.a. områden som hälsofrämjande, nutrition och elimination samt självuppfattning, roller/ relationer, sexualitet, välbefinnande och

växande/utveckling. Inom varje domän delas de olika omvårdnadsdiagnoserna in i klasser. Nanda international är en medlemsstyrd organisation med visionen att vara en global kraft för utveckling och användning av standardiserad omvårdnadsterminologi för att förbättra hälso- och sjukvård för alla människor. I inbjudan till sjuksköterskor att gå med i Nanda International står att läsa: "Ord är kraftfulla. De låter oss kommunicera idéer och erfarenheter till andra så att de kan dela vår förståelse. Omvårdnadsdiagnoser är ett exempel på en kraftfull och precis terminologi som belyser och ger synlighet i det unika bidraget från omvårdnad till global hälsa. Omvårdnadsdiagnoser kommunicerar de professionella bedömningar som sjuksköterskor gör varje dag till våra patienter, till våra kollegor, medlemmar av andra discipliner och allmänheten. De är

våra ord." Boken avslutas med en termlista med definitioner av ord och begrepp som omvårdnadsdiagnos, hälsofrämjande omvårdnadsdiagnos, riskdiagnos, syndrom, välbefinnandediagnos med flera. Med all säkerhet är denna tydligt definierade och välstrukturerade klassifikation av omvårdnadsdiagnoser just det redskap som omvårdnadsvetenskapen behöver för att skapa en gedigen kunskapsbas för tillstånd och åtgärder som är relevanta för omvårdnad. Detta är med andra ord ett viktigt led i att sätta ord på den tysta kunskap som omvårdnaden sedan länge utgjort. Det är näst intill omöjligt att i en kort bokrecension återge det gedigna innehåll som finns i boken. Den som är intresserad bör för att bilda sig en rättvisande uppfattning läsa boken själv. För mer information och för ansökan om medlemskap, besök NANDAS webbplats, [www.nanda.org](http://www.nanda.org).

**Titel:** Normalt? Från vainsinnesdåd till vardagspsykos

**Författare:** David Eberhard

**Förlag:** Bladh & Bladh

**Recensent:** Sebastian Gabrielsson

**Proffstyckaren** och psykiatern David Eberhard har i denna sin tredje bok tagit sig an psykiatri och psykisk sjukdom med ambitionen att på ett lättbegripligt och underhållande sätt sprida kunskap och därmed minska människors rädsla.

Psykiatrins problem är enligt författaren att den inte gör det den ska, vilket är att behandla psykisk sjukdom och ingenting annat. Psykisk sjukdom är i sin tur sådant som låter sig diagnostiseras och behandlas av psykiatrin. Punkt. Utifrån detta kan människor delas in i normala och onormala, sådana det finns hopp för och sådana som är hopplösa, sådana som kan utkrävas ansvar för sina handlingar, sådana som kan ursäktas och sådana som bara kan föraktas.

Jag slås av hur enkelt Eberhards arbete som psykiater måste vara. Har patienten ett behandlingsbart psykiatriskt tillstånd? Om ja, sätt in adekvat behandling. Om nej, tack och hej. Den presumtive patienten som faller utanför ramen får istället lov att snacka med en kompis, skärpa sig, bita ihop, härda ut och lära sig att livet inte är en dans på rosor. Om sedan den presumtiva patienten saknar vänner, inte

klarar av att skärpa sig och härda ut eller inte förmår se den värdefulla lärdomen i motgången är det inte psykiatrins fel. Om den presumtive patienten på grund av psykiatrins avvisande känner sig kränkt eller tappar det lilla hopp som fanns, då är inte heller det psykiatrins ansvar. Och om den presumtive patienten som en följd av allt detta tar sitt liv eller drämmer en plank i huvudet på första bästa medmänniska, ja det var ju tråkigt men även då står psykiatrin utan skuld.

Om det finns ett högre syfte med boken än att marknadsföra nästa föreläsningsturné går detta förlorat bland alla provokationer och anekdoter. Åtminstone är det jag tar med mig inte en trovärdig analys av psykiatrins svårigheter eller ett hoppfullt budskap om psykiatrins möjligheter. Istället kvarstår en förundran över hur Eberhard kan komma fram till att ensamma, döende cancersjuka människor bör ges amfetamin så att de blir glada, tvivel på sanningshalten i att en man hade stoppat upp 39 gräddsniopor i baken och en skamkänsla över att författaren på ett raljerande sätt lämnar ut före detta patienter för att belysa sina poänger.

Behållningen av boken är att den tvingar mig att reflektera över vad det är som gör att jag oftast inte delar Eberhards analys av vare sig psykiatrins problem eller lösningen på dessa. En grundläggande skillnad handlar om huruvida det faktum att den ena parten har ett ansvar friar den andre från ansvar, eller om det är så att psykiatrin alltid har ett ansvar i mötet med de människor som söker sig till den. En annan handlar om ifall vissa människor föds och förblir onda eller om det alltid kan finnas ett hopp om förändring. En tredje rör frågan om psykisk sjukdom bara är det objektiva mätbara och av psykiatrin definierade, eller om människors subjektiva upplevelse av ohälsa faktiskt också kan och bör inkluderas i psykiatrins uppdrag.

Även om boken kanske kan bidra till att minska allmänhetens rädsla för att provocerat attackerats av människor med psykisk sjukdom föder den hos mig en annan rädsla. Rädslan för den av Eberhard omhuldade enögda psykiatri som med sin objektiva blick skiljer friskt från sjukt samtidigt som det mänskliga lidandet förringas och förlöjligas.

**Titel:** Psykiatri för baspersonal – Kunskap för en evidensbaserad praktik

**Författare:** Red: Ljungqvist, I och Jenner, H.

**Förlag:** Gothia förlag AB, 2009

**Recensent:** Monica Caesar

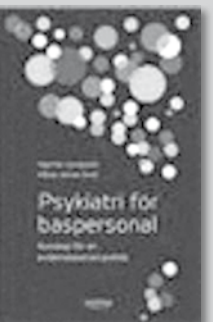
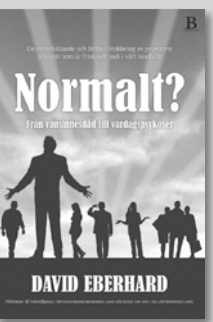
**Länge innehöll** läroböcker i psykiatri ändlösa beskrivningar av olika psykiska sjukdomstillstånd och i bästa fall något om hur dessa medicinskt kunde behandlas. Så kom en period på 80- och 90-talet med produktion av läroböcker i psykiatrisk omvårdnad där psykiatrin som begrepp hölls tillbaka en hel del. I "Psykiatri för baspersonal" får evidensbegreppet en framträdande plats. Håkan Jenner, professor i pedagogik och en av de två redaktörerna för boken, beskriver begreppet evidensbaserad verksamhet som en "sammanvägning av vetenskap, professionell erfarenhet och yrkeskunskap samt patientens/klientens behov och önskemål". Denna beskrivning täcker hela innehållet i boken, författad av ett femtontal yrkesutövare som i var sitt kapitel skriver om livet i och omkring människor med ett psykiskt

funktionshinder samt om hur man som baspersonal kan bidra till lindring eller tillfrisknande vid dessa tillstånd.

Etiska aspekter berörs i boken liksom stigmatisering. Alain Topor fördjupar sig i begreppet återhämtning (som här inte direkt betyder återhämtning utan snarare att finna vägen till sig själv och få makt över sitt liv). Även patienter och lagstiftare har fått utrymme i boken som innehåller mycket om hjälpinsatser på olika nivåer. Författarna har bifogat föredömligt omfattande referens- och litteraturlistor till sina kapitel, den som vill fördjupa sig vidare har mycket att bita i.

Man kan bli lite vilseledd av bokytteln. Psykiatri ser man inte mycket av i boken, och ska väl inte göra det heller. Men det är en mycket användbar handbok för just

baspersonal på det psykiatriska vård- och stödområdet. Studieanvisningen i slutet av boken ger gott stoff för vidare diskussioner i arbetsgrupperna. Det ges utrymme för alldeles för få sådana nuförtiden, men de är nog så viktiga! Boken är faktpäckad men ändå lättläst. Lite trist kanske i vissa avsnitt, men hur kan man göra litteratur av detta slag lite mera underhållande? Med några bilder, någon kort prosatext kanske man skulle kunna lyfta den ytterligare. Den är hur som helst god nog i denna tappning.



# Anna Björkdahl



Jag har länge velat intervju Anna Björkdahl. När vi av en händelse möttes på ett tåg hem från Skåne i april fick jag äntligen chansen. Det blev ett långt samtal om lusten till kunskap. – Det är väl min natur att vilja lära mig saker, säger Anna som troligen är en av Sveriges mest kända psykiatrisjuksköterskor. Här är hennes psykiatriska historia, so far!

Av Hans Bergman

**A**nna började sin karriär som vårdbiträde i mitten av 80-talet. Det var långvård av den gamla industriella modellen med 60 patienter på en avdelning. – Jag gillade att jobba där men jag ville bli undersköterska, lägga om sår, spola katetrar och andra spännande saker.

– Undersköterskorna var ju idoler bland biträdena, så när jag hörde talas om att man kunde få jobba som undersköterska om man gick en tre terminer lång skötartutbildning hoppade jag förstås på det.

Utbildningen på vårdgymnasiet var bra, tyckte Anna och gick tillbaka till långvården där hon stortrivdes, men bara efter ett halvår ringde en kompis som jobbade på Långbro och frågade om hon inte ville komma och jobba som skötare på psykiatrien. – Nej, aldrig i livet, är du galen, sa jag när hon ringde. Men Anna behövde en lägenhet och på den tiden kunde man få hyra personallägenheter om man jobbade i Landstinget. Tre rum och kök i Fruängen lockade. Det blev bye, bye till långvården. – Så kom jag in i psykiatri. Jag var inte alls intresserad utan jag liksom halkade in. Jag jobbade ett år på den där psykiatriska avdelningen. Det var som ett semesterhem i jämförelse med långvården, mycket tätare med personal. Här kunde patienterna äta själv och alla var uppegående. Man kanske skulle duscha 10 patienter en morgon i stället för 48. Samtidigt gnällde personalen där, de visste inte hur bra de hade det.

– När jag hade jobbat där ett år kom en skötare

från parallellavdelningen och berättade att nu var sista chansen att få gå psykiatrisjuksköterskeutbildningen med full lön. Man är ju dum om man inte hoppar på det, tänkte jag. Så därför blev jag psyksyrra, det var aldrig ett aktivt val. Utbildningen var då på 80-poäng. Många i kursen gick vidare och kompletterade ett år extra till allmänsyrra. – Jag hann aldrig med det. Ungefär samtidigt som jag blev färdig syrra kom sektoriseringen. Det var omkring 1990. Mitt första syrrajobb var på en psykosavdelning på SöS. Jag lärde mig mycket där och det var en bra skola att börja med. Man hade namnbricka med både för- och efternamn samt yrkestitel. Det var självklart. När jag två år senare började på en allmänpsykiavdelning på Huddinge blev jag inkallad till avdelningsföreståndaren som sa att jag av säkerhetsskäl måste ändra min namnskyld. Skriv bara Anna, sa hon! Allt annat sågs som illojalt mot kollegorna. Här rådde en annan kultur. Tradition styr, inte logik.

## Berätta om Psyk-VIPS!

– Det kom en förfrågan från PRF om Psyk-VIPS. Det var inte bara det att det skulle skrivas en bok, det fanns också ett behov av att försöka hitta en konsensus i landet om hur VIPS skulle användas i psykiatri. Och pengar fanns så att Anna kunde vara tjänstledig för projektet. Ingall Rahm Hallberg var handledare. – Om jag visste hur jobbigt det skulle bli hade jag aldrig börjat. Det var enormt omfattande. Jag tror att vi annonserade i Psyche

att nu gör vi en landsomfattande studie och det går bra att anmäla intressegrupper. Vi fick ihop omkring 55 arbetsgrupper. Det enda kravet var att man skulle ha någon slags erfarenhet av att använda VIPS. Skötare kunde vara med i grupperna men de skulle ledas av en sjuksköterska. Vi gick tillväga så att vi gjorde en så kallad Delphi-studie som innebär att man söker konsensus genom ett upprepat antal enkäter. Den första enkäten var på över tjugo sidor, suck! Studien blev så omfattande på grund av metodologin. En sida för varje ett sökord. Resten av boken med omvårdnadsdiagnostik och åtgärder kom ifrån Anna själv. Det var endast förklarings-texten till sökorden som skulle ändras, inte själva sökorden. Efter tre rundor med enkäter som dragits i alla grupperna runt om i Sverige och var det klart. – Som tur var så hade jag en kompis som var arbetslös då och som därför kunde hjälpa mig att mata in svaren från enkäterna. När boken blev klar var SSF och PRF enstämiga – Nu ska du ut på turné för att ”launcha” boken! Det blev ett otroligt positivt gensvar. Folk förstod ute på golvet att det var konsensus i nationen. Psyk-VIPS täckte alla specialiteter, allt från den tyngsta rättspsykiatri till lättaste trivselpsykiatri, och många gick och väntade på boken. – Jag var redan i Björvells stall. Plötsligt kom en massa beställningar på Psyk-VIPS kurser till Catrin Björvell som bokade mig. Det var ett par år med mycket vind i seglen, berättar Anna. – Det var en superskola att träffa andra och utbyta erfarenheter då jag var ute på turné. Anna testade också mycket av Psyk-VIPS i sin egen verksamhet, att göra omvårdnadsplaner med svårt sjuka personer.

## När var du på Hammarbo?

– Min dåvarande man hade startat upp Hammarbo. Jag sa väldigt tydligt från början att jag inte tänker jobba där. Det blir inte bra att jobba med den man är gift med, särskilt inte när det var han som var chef. Hur det än är så blev det så. Hammarbo var ett behandlingshem för patienter med komplex problematik. De flesta hade vid sidan av psykiska besvär också problem med missbruk och kriminalitet och många hade tidigare avverkat ett flertal andra behandlingshem och vårdinrättningar. Trots att många hade ett dögert våldsregister bakom sig förekom sällan våld. Eftersom det drevs i privat regi fick man inte använda tvångsåtgärder. – Majoriteten

var nog på LRV när de kom dit, och då var de där på någon slags långpermission men hade fortfarande hemvist på sin hemklinik. – Det var otroligt bra för mig att jobba där, säger Anna som stannade i sex år på Hammarbo. Det var väldigt miljöterapeutiskt inriktat, man lagade käk och städade ihop. Det var långa behandlingstider och arbetet blev därför väldigt relationsbaserat.

– Man måste vara en som inte kan låta bli lockelsen att bygga äkta relationer, att man låter sig bli berörd på riktigt, säger hon om sjuksköterskeyrket. – Med så där långa vårdtider är man ju skadad om man inte bygger riktiga relationer.

”Man måste vara en som inte kan låta bli lockelsen att bygga äkta relationer, att man låter sig bli berörd på riktigt.”

## Efter Hammarbo då?

– Allt är Catrin Hägerholms fel. Hon jobbade kvar på Huddinge. Så ringde hon en dag och sa att nu har vi två PIVA avdelningar som håller på att gå under. Det var en situation med mycket våld, tvångsåtgärder och hyrsyrror. Hon hade föreslagit klinikledningen att de skulle kontakta mig. De ville att jag skulle gå in och bli projektledare under två år. – Och jag har en förfärlig dragning till svåra uppdrag, så efter mycket tjat kunde jag inte motstå erbjudandet. Jag hade ritat ihop lite villkor inför anställningsintervjun, bland annat att jag inte skall vara underställd någon annan än klinikchefen. Och så blev det - klinikchefen sa ja till allt och Anna behövde aldrig använda sina villkor.

## Hur blev de här avdelningarna?

Projektet varade i två år. Under den tiden slog man ihop två avdelningar till en. Catrin Hägerholm blev så småningom chef för avdelningen och hon har en stor del i att det blev så bra. – Vi var inne på samma spår, hon och jag. Någon-

stans i den där PIVA-perioden följde ett nästan mytiskt halvår där allt funkade perfekt. – Du vet, vi hade våra riktlinjer och vi hade våra primary nursing-grupper. Det innebar ju att om jag kom på morgonen till exempel så kunde det vara så att en syrra i en sån här nursing-grupp stod och duschade en paranoid patient, du vet i svetten och ångan och skiten, samtidigt som en skötare gick runt med provtagningsvagnen för det hade i den gruppen bestämts, att det var den vettigaste arbetsfördelningen utifrån de patienter man hade inne just då. Det var såå roligt! Projektet tog slut, viktiga människor slutade men avdelningen

fortsatte att utvecklas genom starka förvaltare som Catrin Hägerholm och Nina Back. – Bland annat så vet jag att man utvecklade ett system med småronder i stället för en lång sitttrond där man bara sitter och pratar i evigheter. Det fanns också en erfarenhet att frustration och våld kan uppkomma på grund av att patienter svävar i ovisshet kring till exempel medicinering, frigång och läkarsamtal. Det gick till så att på morgonen så gick man runt och frågade alla patienter om de önskade läkarsamtal. Om de ville det så meddelades samtidigt vilken tid det skulle bli samt i vilket rum rondens skulle äga rum och vilka som skulle vara med. – Det blev väldigt bra.

Efter projektet fortsatte Anna att jobba som allmän vårdutvecklare på Huddingekliniken ett antal år. – Jag tror att ett av mina krav vid projektanställningen var att min anställning skulle övergå i en tillsvidareanställning, säger Anna och det låter enkelt när hon talar om det. – Jag hade ett himla bra jobb att gå ifrån där på Hammarbo så jag behövde liksom inte riktigt det där PIVA-projektjobbet. Jag skulle gärna INTE



få det samtidigt som jag var väldigt dragen till att få det...

#### **Berätta om hot- och våldsforskningen!**

– I samband med att jag blev doktorand fick Tom Palmstierna med mig i en internationell tvärprofessionell forskningsgrupp med EU-anslag om hot- och våldsforskning i psykiatri. Gruppen

## **”Vi kommer att rikta in oss på väldigt golvnära projekt, inte utveckla teorier eller jobba med begreppsanalyser. Det får andra göra.”**

ses ungefär två gånger per år. – När jag kom med där gick det upp för mig att det inte fanns någon modell på Huddinge för hot och våld, och det blev lite pinsamt när man hade seminarium där. Jag förstod väldigt snabbt från den här europeiska gruppen att det är ganska normalt om man har stor klinik så har man valt ett uttalat sätt att arbeta med hot- och våldsfrågor. Det kändes lite skämmigt och jag kände att vi ligger på stenåldern när de gäller de här frågorna så då måste jag se till att vi får en bra modell till Huddinge. Genom den här gruppen träffade jag en kille från en högsäkerhetsavdelning för rättspsykiatri i Bergen. När han berättade hur de lagt upp sin undervisning så kände jag att det där vill jag hänga på. Jag åkte dit och tittade på deras modell och frågade om de ville komma och hjälpa mig att göra något liknande i Stockholm, och det ville de gärna. – De var väldigt hjälpsamma. Så utvecklades Bergenmodellen på Huddinge där den funnits sedan 2005. Det som funkar på golvet känns bäst snarare än idealistiska modeller, menar Anna. – Erfarenheterna från PIVA-projektet har jag matat in i modellen. I dialog med personalen från Bergen har jag lagt till en del och gjort min egen variant. De har också velat lägga till en del av det till sin modell.

#### **När visste du att du ville doktorera?**

– Det var nog där i svallvågorna efter PIVA-projektet. Jag hade en del sjuksköterskor omkring mig på den kliniken som hade gått in i ett doktorandskap. Vi hade en bra FoU-grupp med många bra syrror som peppade varandra. Även vissa personer i klinikledningen har varit väldigt peppande.

#### **Och nu är du på SLSO (Stockholms läns sjukvårdsområde).**

##### **Hur hamnade du där?**

– Vi behövde pengar för att pröva och utveckla Bergenmodellen på Huddingekliniken men där fanns inga pengar just då. Min närmsta chef på FoU hade kontakter uppåt i Landstinget och hade hört talas om att det fanns andra pengar i Landstinget som låg och skvalpade, på så sätt fick SLSO vetskap om vad vi gjorde på Huddinge. De sa att vi kunde få pengarna för att testa det här på Huddinge som ett slags pilotprojekt, och om det föll väl ut så visste man att det fanns en efterfrågan på övriga psykkliniker att hitta något slags gemensamt ramverk för hot- och våldsprevention. När vi så kunde redovisa goda resultat så föll det ut nya pengar med villkoret att utveckla Bergenmodellen på andra psykkliniker i Stockholm som var intresserade. På det sättet blev jag tillfrågad om jag ville komma in på SLSO och vara spindeln i nätet när det här växte till någonting större.

#### **Så du fick ett rum där på SLSO?**

– Nej där är det kontorslandskap, man får en kvarts cubicle, skrattar Anna. Det är nära till alla och plötsligt sitter sjukvårdsdirektören tio

meter bort. Just det visade sig vara viktigt för han inbjöds att delta i ett av våra träningsläger och höll efteråt ett rungande brandtal om vikten av det vi gjorde och hur stolt han var och dessutom skickade han ut ett mail nästa dag till alla klinikchefer om att han hade varit på ett fantastiskt träningsläger. Det har varit viktigt för skjutsen vi har fått i Stockholmsområdet. Anna har i sin tjänst kunnat göra sitt doktorandarbete på 20 % och hon disputerade i november. – Tanken är att jag skall fortsätta med att vara spindeln i nätet för Bergenmodellen på 50 %. Resten av sin tid planerar hon att ägna åt sitt nya projekt, att bygga upp ett FoU-center för klinisk psykiatrisk omvårdnad på KI/SLSO. Det skall ligga som ett eget programområdena under CPF (Centrum för Psykiatrforskning).

Ett uppdrag i detta är att fånga upp magisterutbildade syrror och de som är sugna på forskarutbildning. Akut suicid, och hot och våld är två säkra spår för forskningen. – Vi behöver samarbeta med andra programområden. Vi kommer att rikta in oss på väldigt golvnära projekt, inte utveckla teorier eller jobba med begreppsanalyser. Det får andra göra. Tanken är att vi ska suga upp behoven genom att stå med ett ben i klinisk verksamhet och ett i forskning. Om man skall vara med så måste man också jobba minst en månad om året som klinisk sjuksköterska. Anna skrattar och säger:

– Jag kommer att bli helt livsfarlig och får väl hänga i kjolarna på ungdomarna ute på avdelningarna.

#### **Är det något du tycker är besvärligt med omvårdnad, som begrepp?**

– Jag tror jag har utvecklat en ganska kraftigt allergi mot till exempel vissa föredrag som jag hör som är väldigt stark vårdvetenskapligt förankrade inom vissa strömningar... Jag har svårt för det! Förnuftet säger: det kan nog vara klokt men inte för mig... Jag blir imponerad när forskare kan släppa högtravande och svårbegripliga begrepp till förmån för ett språk och fokus som också fungerar i det konkreta, golvnära omvårdnadsarbetet. Men teoretiska referensramar är jätteviktigt!

# *Dags att söka stipendium för år 2011*

**Styrelsen behandlar** stipendieansökningar två gånger per år, i januari och september. Ansökan ska vara styrelsen tillhanda senast den 15 januari respektive 15 augusti. Som medlem sedan minst ett år i Psykiatriska Riksföreningen kan du söka stipendium. Ändamålet ska vara att främja forskning, utveckling och utbildning inom psykiatrisjuksköterskans område eller att främja psykiatrisjuksköterskans yrkesfunktion. Ansökan ska vara skriftlig och innehålla namn, personnummer, adress och för vilket ändamål stipendiet söks. Vidare ska ansökan innehålla en specificerad kostnadsberäkning och om man sökt andra bidrag eller stipendier. Gäller det en kurs ska kopia på kursprogrammet biläggas ansökan. Dessutom ska ansökan innehålla förslag till spridning av inhämtade kunskaper, exempelvis artikel i Psyche, seminarium eller bidrag till studiedagar. Vid ej genomförd aktivitet ska erhållet belopp återbetalas. Stipendier kan inte sökas för av Psykiatriska Riksföreningen anordnade kurser/konferenser.

Välkommen med din stipendieansökan!

**Richard Brodd**  
Oskarsgatan 4  
414 63 Göteborg  
Tlf bostad: 031-24 00 23  
Tlf Mobil 0708 – 19 27 32  
richard.brodd@bredband.net





## 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@thalland.se

Chefredaktör  
Sten Ola Berdenius  
Psykos Öppenvård Hisingen  
Polstjärnegatan 6, plan 4  
417 56 Göteborg  
031-65 31 77 a  
076-845 88 68  
sten.ola.berdenius@vregion.se

Sekreterare  
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

Kassör  
Muhammad Ullah  
Psykos Öppenvård Hisingen  
Sagogången 57  
422 55 Hisingen Backa  
031-52 65 79 b  
070-208 09 46  
muhammad.ullah@vregion.se

Inger Johansson  
Östra Storgatan 159  
554 52 Jönköping  
Tfn bostad: 036-712 29  
Mobil: 0706-52 52 72  
inger.johansson@his.se

Hemsidan  
Ewa Langerbeck  
Backens Gärd  
Borrbackevägen 175  
218 74 Tygelsjö  
070- 546 83 73  
ewa.langerbeck@lund.se

Medlemsansvarig  
Susanne Syrén  
Norra Hagby 434  
388 94 Vassmolösa  
073-985 27 54  
susanne.syren@lnu.se

## LOKALA REDAKTÖRER

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

Hans Bergman  
hansbergman@telia.com

Mikael Nilsson  
Nyens väg 26  
432 53 Varberg  
0340-48 13 93 b  
mikael.nilsson@lthalland.se

## VALBEREDNING

Ann Ingvarsson  
Östersjövägen 282  
295 91 Bromölla  
070-826 11 43  
ann.ingvarsson@spray.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@vl.se

Mikael Nilsson  
Nyens väg 26  
432 53 Varberg  
0340-48 13 93 b  
mikael.nilsson@lthalland.se

## REVISORER

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

Henrik Gregemark  
Hornsgatan 139,  
117 28 Stockholm.  
08-658 32 41 b  
08-587 315 12 a  
henrik.gregemark@sll.se

Suppleant  
Christina Reslegård

Suppleant  
Ulf Rogberg

## Rapport från Styrelsemötet 6-8 maj i Göteborg

Arbetsårets första möte med den nyvalda styrelsen hölls i ett sommarfagert Göteborg där öppenvårdsmottagningen på Polstjärnegatan, Sten-Ola Berdenius arbetsplats, lånat ut en trevlig lokal till oss.

Tre dagar, enbart för styrelsemöte, låter ambitiöst men på söndagen kunde vi konstatera att tiden behövs för vi hade många viktiga ärenden att diskutera. Vi startade med att ordförande gick igenom ett större antal skrivelser, referat och protokoll som inkommit till föreningen sedan föregående möte. En av dessa var en inbjudan om deltagande från Socialdepartementet den 31 maj för förutsättningslösa diskussioner med representanter från olika organisationer beträffande regeringens tidigare och kommande satsningar inom psykiatri och psykisk hälsa. Vi beslöt att två representanter från vår styrelse skall närvara.

Ekonomi gick igenom och vi kunde konstatera att medlemsantalet minskat med ett 80 tal. Detta är oroväckande då hela vår verksamhet vilar på intresserade och engagerade medlemmar. Vi måste med förenade krafter marknadsföra vår förening på utbildningar, kurser, kliniker och andra platser där sjuksköterskor inom det psykiatriska arbetsfältet träffas. En viktig plats har också vår webbsida som beräknas vara klar under våren. Denna är

tänkt att var en viktig, lättillgänglig portal för medlemmar och andra intresserade, innehållande både fakta, länksamling och nyheter. Mera information om hemsidan kommer efter sommaren.

En stor utmaning för föreningen är den planerade "Horatifestivalen" i Stockholm 2012, då föreningen är värdar för nätverkets andra festival. Detta åtagande gör att ingen övrig seminarieverksamhet förutom Årsmöteskonferensen den 23/2 i Göteborg, under temat sjuksköterskans yrkesroll, planeras för 2012.

Vi ägnade också en hel del tid till att planera det interna styrelsearbetet och fördela kommande arbetsuppgifter inom styrelsen. Ett stort och viktigt arbete är att besvara frågor eller vara remissinstans till olika utredningar, att synas och delta i olika sammanhang, ansvara för tidningen, forskarnätverket och medlemskontakterna och att vara föreningens ansikte utåt. Det är viktigt för vår profession, att vi är med och påverkar och stödjer utvecklingen av psykiatrisjuksköterskans yrkesroll, kan påverka beslutsfattare och vara delaktiga i den pågående samhällsdebatten.

Justerare  
Ewa Langerbeck, Psykiatriska Riksföreningen

## Rapport från PRF Styrelsemöte i april

Den 6 april, precis i anslutning till årskonferensen, hade Psykiatriska Riksföreningen styrelsemöte i ett vårligt men blåsigt Sölvesborg. Mötet hölls i den lokal som hade förberetts för den stundande konferensen och stämningen präglades lite av det faktum att det var sista styrelsemötet för två av våra styrelseledamöter Hans Bergman och Ann Ingvarsson. Hans har varit Psyches chefredaktör på ett mycket förtjänstfullt sätt under flera år och Ann har varit styrelsens medlemsansvariga ledamot som fått alla att känna sig välkomna lika länge. Det känns alltid lite speciellt att avsluta ett väl fungerande samarbete samtidigt som det förstås är både positivt och spännande att inleda nya samarbetsrelationer.

Dagordningen för styrelsemötet innehöll i vanlig ordning en gedigen mängd punkter av olika komplexitetsgrad som skulle behandlas. En hel del av styrelsemötet fokuserades av förklarliga skäl på den stundande årskonferensen där de sista små planeringsdetaljerna färdigställdes. Styrelsemötet fick inför det stundande årsmötet besök av föreningens två revisorer Ingemar Wänebring och Muhammad

Ullah. De gav styrelsen det lugnade förhandsbeskedet att föreningens ekonomi skötts och redovisats på ett tillfredställande sätt. I likhet med övriga styrelsemöten fokuserades en del av tiden på att diskutera marknadsföring för att öka antalet medlemmar i vår förening. Ett förslag var att föreningen bör fokusera på ett mindre antal för psykiatrisjuksköterskor väsentliga områden i syfte att attrahera medlemmar och synliggöra psykiatrisjuksköterskans profession och yrkeskårens betydelse för patientsäkerhet och kvalitet i vården. En viktig del i detta arbete är det fortsatta arbetet med att skapa ekonomiska förutsättningar för att arbeta fram kliniska riktlinjer för omvårdnad i syfte att förebygga och hantera metabolt syndrom hos personer med psykisk ohälsa i samarbete med en mängd andra föreningar. Styrelsemötet avslutades med ett härligt dopp i simbassängen på Valjevikens aktivitetscenter i Sölvesborg.

Justerare, Henrika Jormfeldt, Psykiatriska Riksföreningen

## Nya i styrelsen



## Ewa Langerbeck

Som nyinvald i PRF:s styrelse har jag fått möjligheten att presentera mig och berätta vad jag arbetar med och hur jag ser på frågan om hur vi tillsammans kan utveckla vår förening och vårt inflytande i förslag och beslut som rör vårt verksamhetsområde Psykiatri. Redan under min utbildningstid på 1970-talet väcktes mitt intresse för det psykiatriska verksamhetsfältet och efter att en kort tid som nyfärdig jobbat inom den somatiska akutsjukvården valde jag att börja arbeta inom akutpsykiatri. Min yrkesverksamhet sträcker sig över trettio år och rymmer allt från Mentalsjukhusets sluta värld, fördjupade studier, undervisning och lång erfarenhet som chef och ledare för olika psykiatriska verksamheter till mitt arbete idag, som MAS inom Socialpsykiatri i Lund. Ett spännande arbete som sträcker sig över ett stort fält, där samverkan över gränser och individens behov av stöd är i centrum. Ibland är det lätt att glömma att psykiatrin, sedan psykiatrireformen år 1995 genomgått många och stora genomgripande förändringar men också att mycket återstår att arbeta med. Detta visas inte minst genom Miltonprojektet och Nationell psykiatrisamordnings fortsatta arbete. Som medlem i PRF:s styrelse vill jag gärna verka för att sprida kunskap och intresse bland våra medlemmar om hur den samhällsinriktade psykiatrin som finns i brukarens psykosociala miljö kan fungera och förbättras för att underlätta för den som har en psykisk funktionsnedsättning att leva ett gott liv. Jag tror att PRF tillsammans med brukare, närstående och intresseföreningar kan vara med att påverka utvecklingen så att personer med psykisk funktionsnedsättning får en större delaktighet i hela vårt samhälle.

För att ladda mina batterier njuter jag av att vara på landet med min familj, praktiskt arbete i trädgården, långa promenader med mina hundar och vistelser i skog och mark.



## Susanne Syrén

Jag är född och uppvuxen i Karlskrona. Efter en kort sejour i Katrineholm bodde jag i Skåne, utanför Malmö tills jag 1997 flyttade till Kalmar. Idag bor jag ute på landsbygden, två mil söder om Kalmar, tillsammans med min sambo och våra två katter.

Mitt första arbete inom psykiatrisk vård var som skötare på Malmö Östra sjukhus – för över trettio år sedan! År 1990 var jag färdig med min utbildning till sjuksköterska med inriktning psykiatrisk vård. Efter vidare kurser i omvårdnad och en magisteruppsats, lämnade jag år 2001 vården och började arbeta på Högskolan i Kalmar. Idag medverkar jag i grundutbildningen till sjuksköterska och i specialistutbildningen till sjuksköterska i psykiatrisk vård, vid Linnéuniversitetet.

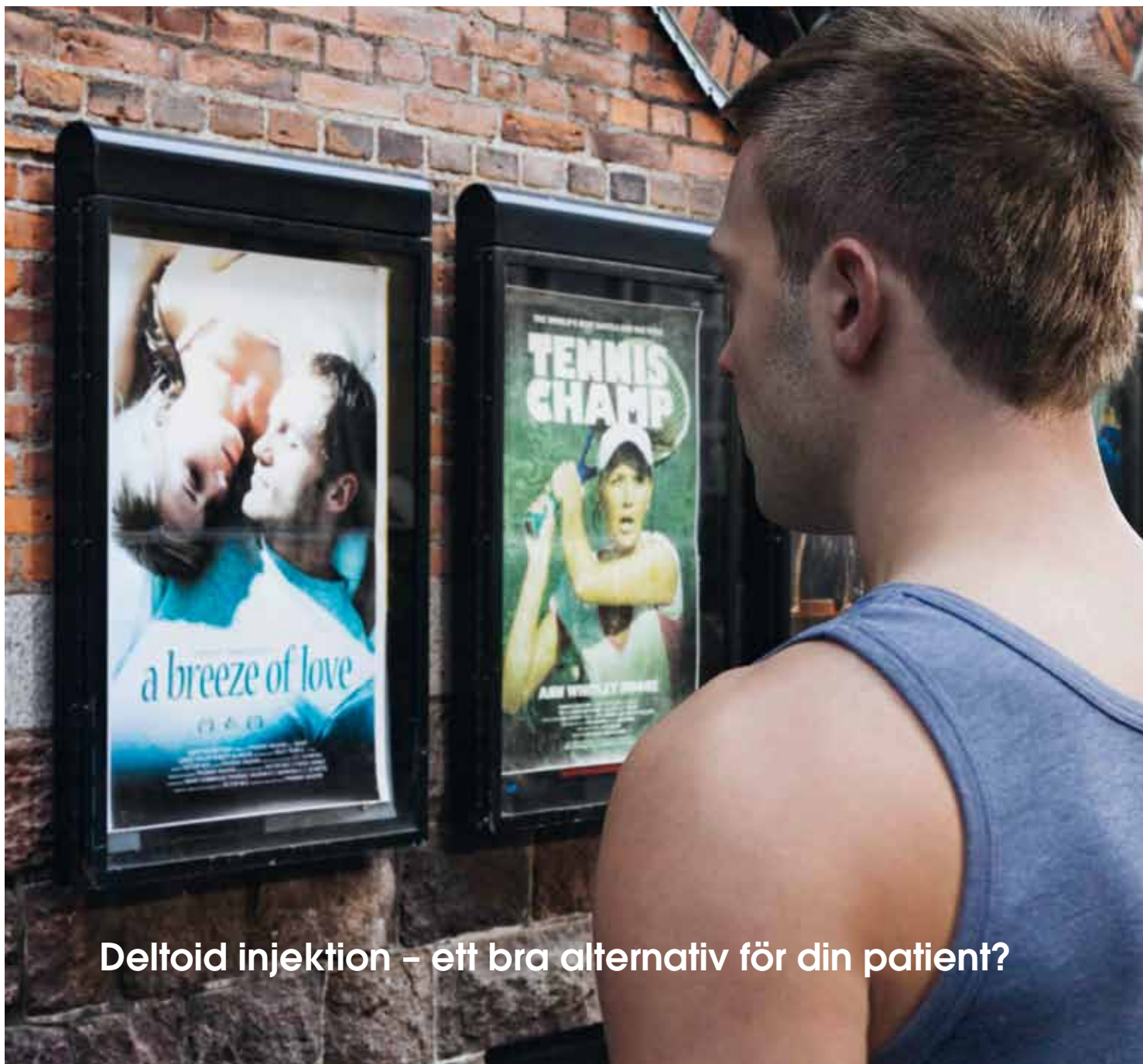
Jag disputerade år 2010 med avhandlingen Det utsagda och ohörsammade lidandet - tillvaron för personer med långvarig psykosjukdom och deras närstående. Avhandlingen sammanfattar på sätt och vis vad jag menar är angeläget i den psykiatriska vården - Att inte låta diagnostiska instrument, standardiserade behandlings- och vårdplaner, m.m. skymma de centrala utgångspunkterna för den psykiatriska vården, den enskilda människans egna erfarenheter och beskrivningar av vad psykisk ohälsa och hälsa är. Den som genom sin utbildning, är bäst rustad för att förvalta detta perspektiv, det är sjuksköterskan utbildad i psykiatrisk vård.

Jag är jätteglad över detta styrelseuppdrag, jag är nämligen övertygad om att Psykiatriska Riksföreningen är en viktig sammanlutning, för att påverka och fortsatt tydliggöra den funktion och det ansvarsområde sjuksköterskan i psykiatrisk vård har.



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)