

Psyche

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN FÖR SJUKSKÖTERS KOR NO 2/2012



**NY ÖVERENSKOMMELSE
MELLAN REGERINGEN OCH SKL
OM PSYKIATRISATSNING**

PSYKIATRISK TVÅNGSVÅRD

KAM- EN ARBETSLEDARMETOD



Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

Ansvarig utgivare
Richard Brodd

Chefredaktör
Hans Bergman

Redaktör
Mikael Nilsson

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

ISSN nr 0283-3468
Bg: 5118-1592

Formgivning/Illustration
Jonas Rahm / MRD AB

Utgivningsplan 2012
1 v12, 2 v24, 3 v37 och nr 4 v49

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, 0708-192 732
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@mrdab.se

Omslag
Foto: Grace Olsson



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

LEDARE

Dags att söka stipendium för år 2012

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



ORDFÖRANDE HAR ORDET:

Jag har tidigare berättat om arbetet jag deltagit i "Bättre vård mindre tvång". Jag har haft en roll som "coach" till team från olika delar i landet. Varje team har under 7-8 månader arbetat med genombrottsmetoden med syfte att minska behov av tvångsåtgärder. Resultatet så här långt från de team som är med är fantastiska. Det är inte stora förändringar som gett resultat utan det är flera men ganska små förändringar som gett stora förbättringar/resultat. Det som är i fokus handlar om ökad delaktighet för patienter och närstående. När tvångsåtgärder faktiskt använts, hur gör man det på ett respektfullt och klokt sätt. Gå in på hemsidan till SKL och sök under "Bättre vård mindre tvång" där kan ni finna de projektrapporter som hitintills är klara. Mer kommer att fyllas på under sommaren och början av hösten. Det är en guldgruva att ösa ur med förbättringar bara klara att användas.

Om någon skulle ha missat det så vill jag igen påminna om möjligheten att på hemmaplan, i Sverige, i Stockholm att delta på Horatio: 2nd European Festival of Psychiatric Nursing. Vi har fått in mer än 150 abstract, intresset är stort från hela världen för att få komma och presentera arbeten. Det är en unik möjlighet att få träffa kolleger från övriga världen. Det är en speciell möjlighet att vi från Sverige visar upp oss och det är en stor chans att få synas i Sverige i media. Min förhoppning är att få se många av er där ute från hela landet.

När jag skriver detta är jag på väg till Bratislava, Slovakien för att delta på ett styrelsemöte med Horatio. Vi är inbjudna av ordförande för den psykiatriska sjuksköterskeföreningen. Representanter från Slovenien och Ungern kommer också att delta. Det händer mycket ute i Europa som påverkar oss och det är en fantastisk möjlighet att kunna få vara med och själv påverka.

Jag önskar er alla en skön sommar! Vi ses till hösten!

Richard Brodd

Ordförande

Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor



Horatio: European Festival of Psychiatric Nursing – in Stockholm

The Festival will be held in Stockholm, the beautiful capital of Sweden in September 20-23, 2012.

The Festival Theme is Vision, Knowledge and Practice in psychiatric and mental health nursing

Join with people from across the world interested in exploring, expanding and building upon the spectrum of what is known about mental health and mental illness; prevention, intervention and research. The intention of this conference is to generate inclusive dialogue and stimulate new conversations on all aspects of mental illness.

We cordially invite you to join us at this unique festival and be part of this emerging, inter-disciplinary field at the 2nd European Festival in Stockholm. We hope that you will take this chance to explore one of the most exciting and wonderful countries in the world.



Stay in touch with us through
the Conference website at
www.psykriks.se

Keynote speakers

- Brenda Happel
- Maritta Välimäki
- Anna Björkdahl
- Shirley Smoyak
- Martin Ward
- Anders Olausson
- John Cutcliffe

There will also be concurrent sessions, workshops and poster exhibition



Festival Patron: H.M. Queen Silvia

©Kungliga Hovstaterna. Foto Paul Hansen.

Registration On-line at: www.psykriks.se

Horatio Festival fees

All payments to be made in Swedish Kronor SEK

| | Early Bird | Standard |
|---|--------------------|------------------|
| Full Conference | Before June 1 2012 | from June 2 2012 |
| Delegate | 4 750 SEK | 5 750 SEK |
| Presenter (discounted) | 4 500 SEK | 5 500 SEK |
| Student (proof of studentship required) | 3 000 SEK | 4 000 SEK |
| Gala Dinner (22th) | 550 SEK | 550 SEK |

The festival fee includes registration for the full conference, conference materials, and lunch on the 21/22/23, refreshments all four days. It does not include travel, accommodation and hotel transfers.

Accommodation

Inclusive of taxes and breakfast, per person per night

| | Single | Double |
|-------------------|-----------|-----------|
| Clarion Stockholm | 1 595 SEK | 1 795 SEK |

Looking forward to seeing you in Stockholm

Richard Brodd
Chair of the organizing committee

Ingela Skärsäter
Chair of the scientific committee



Stay in touch with us through
the Conference website at
www.psykriks.se



Bild från Anneli Jäderholms hemsida www.annelijaderholm.se

En personlig resa in och ut ur psykossjukdom

Av Britt-Marie Lindgren



Anneli Jäderholm är attitydambassadör och hon var den första av fyra föreläsare som talade vid Psykiatriska Riksföreningens årskonferens i Göteborg. Anneli inledde med att försöka sätta in sig själv i ett sammanhang; *”jag kom på att jag stigmatiserade mig själv – jag är schizoaffektiv! Det ledde till att jag fick sätta mig ned och fundera; vem är Anneli Jäderholm?”*. Hon berättar om en lång tidsperiod, 12 år, från slutet psykiatrisk vård till att vara ledare i sitt eget liv! Diagnoserna följde på varandra, polymorf, cykloid psykos, schizoaffektiv och som hon sa, *”snart blir jag bipolär”*. Men Anneli vill berätta att hon är så mycket mer än sina diagnoser, hon har

husbil, hund, sambo, två barn och hon gillar att sticka och fiska.

Anneli berättar att hon tänker prata lite om bemötande utifrån sina erfarenheter från olika psykiatriska kliniker. Hon har omfattande erfarenheter av tvångsvård och är idag väl medveten om att hon behövt det när hon mått som sämst. Då hennes erfarenheter mest har varit av negativ karaktär så vill hon visa på att det går att ge ”god” tvångsvård. Som Anneli säger; *”jag är inte emot tvångsvård, jag vill vara er partner”*. Hon har varit inlagd i slutet psykiatrisk vård vid fem tillfällen och på olika kliniker. Anneli fortsätter med att berätta att april månad är hennes sårbarhetsperiod – då blir hon Jesus. Det är jättejobbigt och det innebär även att hon förlorar sitt kön – hon blir man eftersom alla menar att Jesus är en man. När Anneli var som sämst i sin sjukdom, efter en lång manisk period, så sov hon 17 timmar/dygn under fyra

år. Tröttheten var både relaterad till det maniska tillståndet men också till att hon var kraftigt övermedicinerad. Hon berättar vidare att hon så småningom kom ut ur sin offerroll och blev en auktoritet i sitt eget liv. I dag arbetar Anneli inom hjärnkoll som attitydambassadör, eller som hon säger ”brukarprofessionell”.

(H)järnkoll arbetar med myter, fördomar och felaktiga föreställningar om personer med psykisk ohälsa. Det finns idag ungefär 200 personer som är ambassadörer. De arbetar med att försöka slå hål på myterna om psykisk ohälsa. Vanliga myter är t.ex. det drabbar inte mig, en person med psykisk ohälsa kan inte arbeta och, en person med psykisk ohälsa blir aldrig frisk. En målsättning är att det ska vara lika lätt att säga att *”jag har brutit benet i själen”* som att *”jag har brutit benet i Sälen”*. Anneli talar även om den

situation som personal inom psykiatrisk vård befinner sig i. Hon säger att ibland är det så att personalen inom psykiatri är lika stigmatiserade som patienten. En del vågar inte säga att de arbetar inom psykiatri. Anneli tipsar intresserade att, via www.hjarnkoll.se, ladda ner två befolkningsundersökningar gjorda av CEPI och Novus där bl.a. följande finns att läsa;

- 25 % vill inte arbeta med någon med psykisk ohälsa.
- 36 % tror inte att människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt. 25 % har någon gång sökt professionell hjälp från sjukvården för psykiska problem.
- **70 % tror inte att man kan få hjälp inom psykiatri för psykiska problem.**

Anneli fortsätter sitt föredrag med att påtala att; *”att vara frisk 1999 var något annat än att vara frisk 2012 – det är vi själva som tillsammans sätter normen för vad som är friskt och det förändras hela tiden”*.

Hur är det då att vara föremål för tvångsåtgärder när man mår psykiskt dåligt? Anneli säger *”låt personalen provbälas så kan man få en känsla för hur det är!”*. Ja, Anneli ber oss att komma ihåg att i ett trauma, en tvångssituation, då ”fryser” man bilderna t.ex. att bli bältad. Hon ber oss att tänka oss in i hur det är med alla vårdare som står över en i det läget. Anneli säger att det är mycket viktigt att kommunicera under hela åtgärden – även om det verkar som om personen inte förstår. Det är också mycket viktigt att prata om vad som händer efteråt, i s.k. återkopplande samtal/eftersamtal. Detta för att personen ska få hjälp med att korrigera sina frysta minnen/bilder. Anneli berättar på ett mycket personligt sätt sin egen historia och om sin förståelse av varför det blev så som det blev. Året var 1999 och hela samhället var, som hon säger, lite gränspsykotiskt. Det var ju dags för millennieskifte och allt elände som kunde hända skulle ju hända. Det ena efter det andra skulle krascha, så småningom även Anneli visade det sig. Efter en period med för mycket jobb, skilsmässa, uppbrott från hemmet och tankar om att hon måste ordna upp allting som inte var som det skulle, orkade hon inte längre.

Föreläsning fortsätter med att Anneli berättar om och visar hur hon upplever en bältesläggning, med hjälp av en metafor; *”Bältesläggning är som en korsfästelse utan spik”*. Hon berättar om hur personal ibland argumenterat för bältesläggning med argument som; *”Ja men det hjälper ju – du ligger ju still”*. Hon berättar vidare att hon har behövt gränssättning, men när hon blir bältad så ligger hon stilla och det innebär för henne att psykosymtomen förstärks, en spruta blir den sista sprutan = slutet på livet. Anneli säger att; *”mina problem har suttit i huvudet – jag brukar*

kalla mig själv huvudfoting – det är mitt huvud som är rörligt – kroppens rörlighet är min hjälp... jag behöver hjälp med att få stopp på det som försiggår i huvudet”. Hon behövde gränssättas i sin upplevelse – känslovärld – medan andra behöver kroppslig gränssättning med hjälp av bälte.

Annelis föredrag innehåller en fantastisk blandning av humor och allvar och hon ställer hela tiden frågor samt påtalar behovet av att vi alla behöver förstå mer om hur man kan bli så sjuk?

Hur kan man bli så sjuk att man tror att man är en häst och börjar knapra på blommor? Forska mer, är hennes uppmaning. Den egna magiska världen är logisk för henne *”i min magi är solen min mamma – jag knöt aldrig an till min mamma så som solen är hon både varm och farlig”*. Det handlar om att knäcka koderna – vad vill psykos säga mig? Anneli beskriver sig själv som hudlös när hon mår dåligt och ber oss tänka på vad det innebär för henne att vara tillsammans med 20 andra som mår lite dålig under flera månader. Hon för fram att för henne kanske ett eget rum skulle vara första alternativ innan man använde bältesläggning. Hon menar att allt då kanske skulle klinga av och att hon kanske skulle kunna gränsa av mot de andras känslor. Anneli säger; *”Ingen har någonsin frågat mig om mina tillgångar. Personer med psykisk ohälsa har ofta briljanta idéer men de behöver hjälp med att formulera sig”*.

För mig som åhörare blev Annelis föreläsning en berg- och dalbaneupplevelse och många tankar tumlade runt inom mig. Hennes berättelse innehåller både positiva och negativa erfarenheter och ofta är det väl så att det är de negativa som får störst genomslag – i alla fall är det så för mig. Mot slutet av sin föreläsning tar Anneli upp ett antal frågor som hon vill att vi som personal reflekterar kring som handlar om hur vi/jag bemöter utåtagerande personer.

Frågorna är väl värda att reflektera kring och jag tar med mig dem för att använda vid tillfälle.

Bemötande av utåtagerande individer?

Hur agerar jag?

Hur reagerar jag själv i kris och kaos?

Hur håller jag räddslor i schack?

Kan jag avleda?

Tänker jag på mitt eget kroppsspråk, tonfall och gester?

Signalerar jag lugn, trygghet?

Är jag trygg i min arbetsgrupp?



Catrin Hägerholm

Delprojektledare på Sveriges kommuner och Landsting (SKL) för projektet Bättre vård – mindre tvång

Av Henrika Jormfeldt

Dagsläget i Sverige innebär att det finns uppenbara kvalitetsbrister i den psykiatriska heldygnsvården. Sverige har också fått kritik från Europarådets anti-tortyrkommitte (CPT).

En nationell kartläggning gjord på uppdrag av regeringen har sammanställts av SKL under 2010. Flera förbättringsprojekt har genomförts exempelvis t.ex. Nyckelprojektet. Erfarenhet från förbättringsprojekt i Norge och Danmark finns och en översyn av lagstiftning pågår i Sverige.

Projektet består av tre delar:

1. Kunskap och kompetens, utbildningskoordinator är Susanne Rolfner Suvanto
2. Uppföljning och förbättring av data om tvångsvård och tvångsåtgärder, projektledare och ansvarig för KVÅ är Herman Holm
3. Praktiskt förbättringsarbete och genomföringsprogram, projektledare Catrin Hägerholm

I september 2012 kommer 135 Team att ha gått igenom programmet som har tre huvudmål:

1. Att minska behovet och därmed användandet av tvångsåtgärder
2. Att utveckla kunskapen och förbättra kvaliteten vid användandet av tvångsåtgärder
3. Att förbättra patientens upplevelse av tvångsåtgärder

Praktiskt förbättringsarbete

1. Alla team testar förändringar i liten skala under kort tid
2. Mäter och utvärderar om det leder till förbättringar
3. Träffas på lärandeseminarier och lär av varandra

Projektdesign/BTS Collaborativ, vilket innebär att planera, göra studera och handla (Plan, do, study, act) precis som i en vårdprocess. Detta är samma projektdesign som viktvaiktarna har, vilket innebär att:

1. Erkänna problemet
2. Sätta målet
3. Planera genomförandet
4. Utvärdera måluppfyllse

En viktig faktor är att deltagarna i teamen får möjlighet att träffa sjuksköterskor från andra delar av landet. Teamen har uppföljningssamtal med patienter och personal efter tvångsåtgärd som kan innebära avskiljning, fastspänning och tvångsinjektion. Vidare innebär projektet att verksamheterna arbetar med att:

- Planera samtal med kontaktperson/läkare
- Förkorta tiden i bälte
- Öka begripligheten i samband med tvång hos patienten
- Förbättra miljön i fastspänningsrummet
- Förskriva fysisk aktivitet på recept
- Förbättra säkra rutiner innan under och efter tvångsåtgärder
- Strukturera in och utskrivningssamtal

Sjuksköterskans roll för att minska behovet och därmed användandet av tvångsåtgärder är avgörande och beskrivs bl. a. av Socialstyrelsen, i ICN:s etiska kod för sjuksköterskor och i Kompetensbeskrivningen för specialistutbildad psykiatrisjuksköterska av Psykiatriska riksföreningen och Svensk sjuksköterskeförening.

Catrin Hägerholm avslutar med att påminna om att en bra arbetsmiljö för personalen inte med automatik innebär att vården blir bra för patienten men en bra patientvård däremot alltid innebär arbetsmiljövinster för personalen. Catrin Hägerholm uppmanar oss därför att alltid börja utvecklingsarbete med att förbättra vården för patienterna och lovar därmed att detta kommer att få positiva konsekvenser även för personalens arbetsmiljö.

För mer information besök gärna

www.skl.se/tvangsvard



Britt-Marie Lindgren,
Psykiatrisjuksköterska,
doktor i medicinsk
vetenskap med inriktning
mot omvårdnad, Umeå
Universitet.

Britt-Marie Lindgren

Av Ewa Langerbeck

En programpunkt på årskonferensens eftermiddag var att Britt-Marie Lindgren, Umeå, som nyligen har doktorerat, berättade om sin forskning om självskador och de slutsatser som hon kommit fram till. Hennes föredrag hade titeln;

*”Dom förstår inte, man skär sig ju inte för att man vill dö
man skär sig för att kunna leva...”*

Först fick vi som åhörare lyssna till bakgrundsfakta om självskador och upplägget av de studier Britt-Marie gjort.

Självskador är ett sätt att hantera psykiskt lidande, en del vill likna det vid en copingstrategi. Forskningen har visat att förekomsten är mellan 2-6 % i en normalbefolkning, dock finns det motstridiga uppgifter om könsskillnader berättar Britt-Marie. Självskadebeteende är ingen egen diagnos ännu men föreslås som en egen diagnos i förslaget till DSM -V.

Som flera av oss kanske har erfarenheter av, så upplevs det många gånger som psykiskt plågsamt och jobbigt för all personal att vårda en person med självskadebeteende. Interaktionen mellan vårdare och patient, menar Britt-Marie, är komplex och innehåller mycket konflikter. Därför har också en central fråga i hennes forskning varit, ”Vilka roller tar vi?” För att få hjälp med att besvara den frågan berättade Britt-Marie om hur hon tagit sin utgångspunkt i diskurspsykologin som beskriver

hur en social identitet uppstår hos människan.

Britt-Maries berättade att hennes forskningsupplägg och att avhandlingsarbete har bestått av fyra delstudier;

1. Patientintervjuer
2. Sjuksköterskeintervjuer
3. Intervjuer med närstående till vuxna
4. Observationer av interaktion mellan de som vårdar och den som vårdas

Den fjärde studien utgår från observationer av sex kvinnor på två slutenvårdsavdelningar. In-

teraktionen mellan dessa, andra patienter samt personal har observerats under tre månaders tid, sammanlagt 150 timmar.

De roller som hon såg hos vårdarna var en fostrande respektive en stödjande roll och hos kvinnorna en offer respektive en expert roll.

Britt-Marie beskrev sina forskningsresultat mycket tydligt;

När vårdarna tar en fostrande roll så innebär det konflikter och när kvinnorna tar på sig offerrollen, blir de osäkra på vad som är bra och att de upplever exempelvis att samtal med läkare är en form av belöning. Däremot, om de antar expertrollen, ger det dem en uppfattning om att ”jag själv vet bäst vad jag behöver - jag är expert på mig själv”.

Interaktionen mellan den fostrande vårdaren och kvinnorna som tar på sig offerrollen ger uttryck för hopplöshet. I interaktionen med den stödjande vårdaren ges däremot utrymme för förhandling och hela situationen präglas av väntan. En relation mellan en stödjande vårdare och en patient som antagit expertrollen inger däremot hoppfullhet.

Som psykiatrisjuksköterska satt jag och funderade på hur de kliniska behoven av omvårdnad bör se ut för att tillfredsställa behovet av att ge dessa patienter en god omvårdnad? Britt-Maries forskningsresultat har visat att följande kliniska behov behöver tillfredsställas;

- Handledning, för att personalen inte skall agera ut mot varandra eller patienten.
- Att vårdarna skall ställa öppna frågor och inte vara dömande.
- Att vårdtiden inom slutenvården inte bör domineras av väntan.
- Att vårdavdelningarna skulle behöva en bättre struktur av omvårdnaden.

Det är skakande och arbetsamma berättelser som hon tagit del av genom intervjuerna med de nio kvinnorna, de anhöriga och vårdpersonalen. I intervjuerna med kvinnorna framkommer bl. a att de använde självskadan som en stunds lättnad och handlingen gav dem hopp om att få hjälp. Hoppet och hoppets betydelse, berättade Britt-Marie, har lyst som en röd tråd genom hela hennes forskningsarbete.



Patrik Dahlquist Jönsson

Av Susanne Syrén

Att främja patientens möjligheter att utvecklas som individ – psykiatrisjuksköterskans pedagogiska insatser i omvårdnaden

Ett föredrag av Patrik Dahlquist Jönsson, fil. dr. och verksam som klinisk lektor vid FOUU Halland och vid Högskolan i Halmstad.

Patriks avhandling, med speciellt fokus på hur psykiatrisjuksköterskan pedagogiskt kan vägleda personer med bipolär sjukdom och deras närstående i deras återhämtningsprocess, var grunden för föredraget.

Patrik inleder med att betona att ett stöd till återhämtning behöver ha utgångspunkter i ett helhetsperspektiv och i delaktighet hos både patient och närstående. Patienter med långvariga psykiska funktionshinder behöver lära sig mer om hur de själva och tillsammans med sina nära kan hantera och leva med sjukdomen. Ett samtidigt fokus på familjemedlemmen med sjukdom och de närstående är en förutsättning för att främja hela familjens hälsa. Likväl är delaktigheten en grundförutsättning för dem för att kunna påverka livssituationen och för att leva ett så normalt liv som möjligt. Samarbetet mellan patient, närstående och psykiatrisjuksköterska är således en hörnsten i den utbildningsintervention Patrik förespråkar.

Med utgångspunkt från begreppen complicity och self-management framhåller Patrik betydelsen av att perspektivet för interventioner förskjuts från att ensidigt fokusera patientens följsamhet till behandling och till medicinska råd, till deras förmåga att självständigt kunna hantera symtom, behandling, samt ohälsans fysiska och psykosociala konsekvenser.

Upplevelserna av sjukdom och den sårbarhet

sjukdomen medför, är en väsentlig startpunkt för interventioner. I föredraget får vi exempel på hur patienter kan uttrycka att de ÄR sin sjukdom. Den berg- och dalbana det kan innebära att leva med bipolär sjukdom kan dessutom medföra, att man högst uppe på berget, när kroppen är ”full av sockerdricka” och man kanske köper 7 svarta flyglar istället för ett piano, har svårt att omfatta hur verkligheten ser ut nedanför berget och i det mörker som kan finnas nere i dalen. Ur närståendes perspektiv kan sjukdomen framstå som att leva tillsammans med någon som pendlar mellan att vara ”gudalik och en grå liten mus”.

Ett stöd behöver inriktas på samexistensen av dessa berg och dalar och kontraster men också, på det i tillvaron, som är annat än och mera än sjukdom. Sådana interventioner behöver nödvändigtvis inte vara några ”stora satsningar”, utan istället något som integreras i vardagen.

Eftersom utbildningsinterventioner och dess psykosociala betydelse i samband med bipolär sjukdom, inte var studerade i en svensk kontext, så var det i fokus för Patriks avhandling. Kvalitativa intervjuer, om hur det är att leva

med bipolär sjukdom och som närstående, samt självskattningsinstrument innan och efter utbildningsinsatsen låg som grund i studien.

Patrik fann bland annat, att man i familjerna kämpade med osäkerhet och begränsningar; med självstigmatisering och stigmatisering från andra; med återkommande funktionsmässiga såväl som sociala avbrott i tillvaron; att hantera stress; med en längtan efter ett liv utan rädsla och begränsningar, samt med att ta sig vidare från osäkerhet till förståelse av livssituationen med sjukdomen.

Interventionen hade ett personcentrerat fokus och grundades i antagandet att kommunikation, samarbete och diskussion, mellan personer med bipolär sjukdom, deras närstående och psykiatrisjuksköterskor kan möjliggöra utveckling av kunskap och kapacitet. Utgångspunkten vid de tio träffarna då interventionen genomfördes var varje deltagares egna förutsättningar och behov, utifrån innebörderna av att leva med bipolär sjukdom och som närstående till någon med sjukdomen. Vid varje träff gavs information, diskuterades och reflekterades kring livet med bipolär sjukdom utifrån ämnen, så som fakta om sjukdomen och tidiga varningstecken, information om behandling, stress- och ångesthantering och avslappningsövningar genomfördes.

De självskattningsinstrument som användes i studien visade att Interventionen ledde till att personerna med sjukdomen stärkte sin sociala förmåga och blev bättre på att hantera stress och att ta hand om sin hälsa. Både de drabbade och deras närstående fick en bättre kunskap om sin situation och utvecklade strategier de kunde använda i sin vardag. Dessutom visade utbildningsinterventionen visade även nytta för de närstående i form av reducerad stress och bibehållna sociala funktioner.

Patrik betonar avslutningsvis personcentrerings betydelse i arbetet med att främja hälsa. Dessutom framhåller han att den specialistutbildade sjuksköterskan inom psykiatrisk vård, har de pedagogiska kunskaper som krävs för att vägleda personer med bipolär sjukdom och deras närstående till self-management.

Patriks avhandling, *Living with Bipolar Disorder - The experiences of the persons affected and their family members, and the outcomes of educational interventions, 2010*, finns att hitta i sin helhet genom länken:

<http://gupea.ub.gu.se/handle/2077/22944>

Psykiatrisk tvångsvård

Av Mikael Nilsson

Psykiatrisk tvångsvård har hamnat i fokus den senaste tiden. Fram för allt beroende på att betänkandet från Psykiatrilagsutredningen offentliggjordes i början på april. Regeringen beslutade för några år sedan att tillsätta en utredning som såg över LPT och LRV och man ville ha ett nytt förslag på lagstiftningen inom området.

Som vi tidigare kunnat läsa om i Psyche så har dessutom SKL gjort en jättesatsning på Genombrottsprojektet ”Bättre vård – mindre tvång” där nu över 100 olika verksamheter inom den psykiatriska heldygnsvården i Sverige deltagit. Ungefär var tredje avdelning totalt sett. Nu i sista omgången så deltar även den avdelningen där jag själv arbetar, Avd 23 i Varberg. Man har i projektet sett över sina rutiner för att försöka reducera antalet tvångsåtgärder. Men också att, i de fall där tvångsåtgärder varit helt nödvändiga, utföra dessa på ett så bra och etiskt sätt som möjligt.

Vidare så sitter det en arbetsgrupp på initiativ från Svenska Psykiatriska Föreningen, som utvecklar riktlinjer för tvångsvård. Ordförande är Tuula Wallsten, psykiatriker från Västerås. Gruppen består i övrigt av representanter för olika inriktningar inom psykiatrin: läkare, skötare och arbetsterapeuter. För oss sjuksköterskor är Anna

Björkdahl med och undertecknad deltar också som representant för Psykiatriska riksföreningen. Vidare finns även deltagare från Socialstyrelsen och SKL. Gruppen bildades för drygt ett år sedan och resultatet kommer förhoppningsvis att vara klart för publicering innan detta årets slut. Målsättningen är att göra en guideline för hur man hanterar tvångsvård från början till slut.

Vad kom då regeringens utredare fram till och vilka reaktioner har deras förslag väckt inom professionen och brukarorganisationer?

Man föreslår att nuvarande två tvångsvårdslagar, LPT och LRV, upphävs och att lagstiftningen för den psykiatriska tvångsvården samlas i en ny lag. Vidare föreslår man att lagen om rättspsykiatrisk vård ska upphöra. Förslaget innebär att alla som är tillräkneliga ska dömas till fängelse, men att de under fängelsevistelsen ska få vård om så behövs.

I den nya lagstiftningen ska det tydligt framgå vilka tvångsåtgärder som får användas inom den psykiatriska tvångsvården och under vilka förutsättningar tvång får användas. I syfte att skapa en bättre kontroll över användandet av tvångsåtgärder ska det även inrättas en särskild nämnd som ska ha till uppgift att i vissa undantagsfall meddela tillstånd till tvångsåtgärder som går utöver det som sägs i lagen.

Den rättspsykiatriska vården skall enligt förslaget avskaffas som påföljd. I stället ska man ta hänsyn till behovet av psykiatrisk vård i samband med verkställigheten av påföljden. Förslagen innebär också att en gärningsman som bedöms ha varit otillräknelig vid gärningen inte ska kunna dömas för brott. Utredningens betänkande som har presenterats för socialminister Göran Haggglund slår fast att en person som är i behov av psykiatrisk tvångsvård inte får tas in på kriminalvårdsanstalt så länge vården pågår. Skillnaden mot i dag är att när vården anses vara avslutad, så ska personen överföras till fängelse för att

avsluta strafftiden enligt vanliga regler. I princip kan ett helt fängelsestraff avtjänas inom den rättspsykiatriska vården.

Mottagandet har i huvudsak varit kritiskt mot förslaget. Mikael Rying, kriminolog vid Mittuniversitetet i Sundsvall, säger i SVD: ”Det handlar inte om att jag är för lindrigare straff, men rimligen bör dessa människor vårdas där det finns bäst kompetens. Kriminalvården klarar helt enkelt inte av att ta hand om dessa människor”.

RSMH intar också en kritisk hållning till förslaget: *Det förekommer idag betydligt mer tvång och restriktioner än vad som är nödvändigt för god vård inom psykiatrin. Bidragande orsaker till detta är bristen på insyn, en svag patientgrupp, slentrian inom professionen och en lagstiftning och praxis som inte stödjer att alternativ till tvång och restriktioner främjas och i det individuella fallet görs tillgängliga. Vi uppfattar inte att utredningens förslag möter upp i dessa problemområden*, säger Jimmie Trevett, förbundsordförande i RSMH.

Förslaget ska komma ut på remiss och när dessa har gått igenom så är vi säkerligen ett par år framåt i tiden. De kliniska riktlinjerna kommer inte att vänta så länge, utan de blir skriva efter de lagar och regler som gäller idag. Troligtvis så kan även de till allra största delen anpassas till den nya lagen som vi troligtvis inte ser helt färdig förrän år 2016.

Riktlinjerna som håller på att utvecklas av nämnda grupp har sina rötter i ett arbete som gjorts av EUNOMIA-projektet. (EUROPEAN Evaluation of Coercive Measures in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice). Detta på uppdrag från EU.

Projektet omfattade 13 olika kliniker från 12 olika länder. Alla EU-länder utom Israel. Ifrån Sverige deltog Örebro län. Målsättningen var att ta fram förslag till gemensamma Europeiska Riktlinjer för de tvångsåtgärder som definierats d.v.s. tvångsintagning, konvertering från frivillig vård till tvångsvård, tvångsmedicinering, fastspänning och avskiljning. I det fortsatta arbetet så har vi haft detta Eunomia dokumentet som grund.

Historiskt sett har vi ifrån samhällets sida haft möjlighet, att med lagens hjälp, vårda människor mot deras egen vilja. Lagarna har successivt humaniserats och mer och mer har fokus lagts på att göra den drabbade personen mer delaktig i sin behandling. Även om den sker mot dennas egen vilja. Stråvan skall alltid vara att vårdandet skall övergå i frivillighet enligt HSL. Numera anser

”Det förekommer idag betydligt mer tvång och restriktioner än vad som är nödvändigt för god vård inom psykiatrin.”

Jimmie Trevett, förbundsordförande i RSMH.

vi (förhoppningsvis) att det är självklart att en vårdplan upprättas tillsammans med patienten och att dennes behov och önsningar medräknas och att man försöker få målen att harmonisera med både patienten och vårdens intentioner.

Gruppens arbete kommer att infatta hela processen från det att vårdintyg skrivs och att patienten kommer in i heldygnsvården till vilka roller de olika befattningshavarna har.

Exempelvis så föreslår man i dokumentet att det är den läkare som beslutat om en tvångsåtgärd, exempelvis en tvångsinjektion, är den personen som meddelar patienten sitt beslut. Det blir då förhoppningsvis tydligt för vederbörande att detta är ett beslut som står fast och skall genomföras.

På avd 23 har vi dessutom praktiserat detta inom ramen för Genombrottsprojektet och våra erfarenheter är mycket goda. Dock är inte underlaget så stort ännu, men i de 5 fall där beslutande läkare informerat så har det i samtliga fall gått väldigt lugnt tillväga då injektionen väl skett. Inget bråk eller motstånd som krävt mer personal.

Arbetsgruppen under ledning av Tuula Wallsten kommer också att belysa genusperspektivet. Behandlar vi män och kvinnor olika och vad är grunden till det i så fall? Exempelvis kan nämnas att då vi tittade på statistik ifrån psykiatriska kliniken i Varberg så upptäckte vi att kvinnor med schizofreni vårdades ungefär dubbelt så lång tid inom heldygnsvården än männen. Då är både HSL och LPT vårdade patienter medräknande. Gruppen kommer också att titta närmare på barnperspektivet.

Det finns en studie som heter ”Kön och behandling inom tvångsvård”. Det är en studie av hur vården organiseras med avseende på genus. Den är gjord inom SIS av Leili Laanemets och Arne Kristiansen och den visar intressanta resultat.

När det gäller rutinerna på avdelningen och själva utförandet av tvångsåtgärderna så har sjuksköterskan en central roll. Oftast är det hon/han som rapporterar till läkaren om patientens status och att det eventuellt kan bli fråga om någon tvångsinsats för läkaren att besluta om. Sjuksköterskan har också en viktig uppgift i att dokumentera adekvata händelser som underlag.

I dokumentet står det att ansvarig läkare bör vara med vid tvångsåtgärdens utförande. Vid själva genomförandet så är det sjuksköterskan som i regel för befälet. Det skall på förhand vara klart för alla inblandade vilka roller man som personal har så att det sker så lugnt och värdigt som möjligt.

Endast ansvarig sjuksköterska kommunicerar med patienten och förklarar hur man går till väga vid exempelvis en tvångsinjektion. Viktigt att tänka på är att den utsatta patienten inte skall behöva exponera sig inför sina medpatienter på avdelningen. Därför måste vi vara noga med att spärra av avdelningen om det är någon som är motvillig till insatsen.

Handhavandet i efterspelet vid tvångsåtgärder skall alltid vara, att även om patienten inte gett sitt samtycke till tvångsåtgärden, så är det viktigt att följa upp situationen. Det bör ske så snart det är möjligt och med en strukturerad frågemall där vederbörande får chansen att uttrycka sig om hur han/hon upplevde det hela och där vi från vården förklarar varför vi agerade så som vi gjorde.

Målsättningen är att patienter inte ska behöva hysa agg till psykiatrin eller andra myndigheter pga. av att vi utför dessa åtgärder. Vi vill ha en patient som fortsätter sin behandling inom öppenvårdspsykiatrin så länge han eller hon behöver det. Det vi sår inom heldygnsvården skördar man många gånger inom öppenvården. Respekt och värdighet ska vara ledord vid tvång i vården.



De tre personerna på bilden är några av medlemmarna i gruppen som utarbetar guide-lines, för att användas vid tvångsåtgärder inom psykiatrin. Från vänster Mikael Nilsson, avdelningschef och sjuksköterska. Psykiatrin i Halland. Tuula Wallsten, chefläkare/överläkare landstinget Västmanland. Herman Holm, Överläkare, Psykiatri Skåne.

Minnesanteckningar från psykiatrisymposium

Piperska muren Stockholm 9-10 maj 2012

Av Henrika Jormfeldt

Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor har för andra året i rad bidragit med moderator på ett av spåren vid det årligen, av Conductive arrangerade, psykiatrisymposium i Stockholm. Detta år bidrog Psykiatriska Riksföreningen med moderator på spår 3 Psykos och schizofreni.

Konferensen inleddes med *Jörgen Herlofsson, leg läkare specialist i allmänpsykiatri*, beskrivning av DSM-V med presentationen ”Senaste nytt inom DSM-V – hur påverkas du av de nya kriterierna?” och därefter höll *Socialminister Göran Hägglund* anförandet ”Framtidens psykiatri- så ser regeringens visioner ut”. Han talade sig varm för satsningar på barn och ungdomar, arbete, sysselsättning, utbildning och forskning samt kvalitet och utveckling. Problemet med att allmänheten är rädd för personer med psykisk sjukdom beskrevs, liksom vikten av att påverka attityder till psykisk ohälsa. Staten kan inte göra allt och ett stort ansvar vilar på kommuner och landsting. Kostnadsökningarna för allmän hälso- och sjukvård är mycket större än de kostnadsökningar som skett inom psykiatrisk hälso- och sjukvård under de senaste 10 åren. Socialminister Göran Hägglund avslutar med att beskriva två huvudsakliga utmaningar att förbättra:

1. Förbättra samverkan mellan kommuner och landsting
2. Minska den höga andelen psykisk ohälsa bland barn och ungdomar.

Första talaren på spår tre Psykos och schizofreni är *Lena Flyckt, Docent och överläkare vid Norra Stockholms psykiatri*. Hon inleder med att beskriva diagnosen schizofreni.

Incidensen för schizofreni är 15 per 100 000 personer och år och prevalensen är 456 per 100 000 invånare, skillnaderna mellan olika geografiska områden är stora beroende på socioeko-

nomiska faktorer. Schizofreni är en ny diagnos och fanns inte beskriven före slutet på 1800 talet men symtombilden har förändrats sedan dess, exempelvis är katatoni inte längre så vanligt. 1,4 ggr fler män än kvinnor drabbas och kvinnor har mer affektiva symtom medan män har mer negativa symtom. Dessa skillnader beaktas inte tillräckligt vid förskrivning av läkemedel och forskning mm. Diagnosen har frånvaro av specifika tecken och klara avgränsningar mot andra sjukdomar, vilket kan påverka validitet och reliabilitet med allvarliga konsekvenser. Skillnaden mellan vanföreställningssyndrom och schizofreni är att personer med vanföreställningssyndrom inte har funktionsnedsättningar i samma utsträckning som personer med schizofreni. En diagnos ska vara välgrundad och behöver få ta tid att ställa. Det är också viktigt att involvera patienten i skattningar som ett sätt att ge feedback. Kortison och vissa betablockerare kan provocera fram eller bidra till psykosgenombrott. Metabol uppföljning ska ske varje halvår och oftare och i kombination med åtgärd vid viktuppgång. Samordnad vårdplan är mycket viktigt även då patienten inte tvångsvårdas. Mer än hälften av patienterna med schizofreni har mer än ett antipsykotiskt läkemedel ofta med precis samma verkningmekanism, det är också mycket vanligt med överbehandling. Haldol bör undvikas i synnerhet till äldre. Två tredjedelar av patienter med schizofrenidiagnos har kvarvarande symtom trots läkemedelsbehandling därför är psykosociala insatser av mycket stor betydelse. Under

presentationen poängteras att vi bör fokusera mycket mer av vår behandling på psykosociala insatser. De insatser som idag är relativt vanliga men som enligt evidens bör göras endast i undantagsfall är villkorat boende, rehabilitering enligt trappstegsmodellen och traditionell psykoterapi utan fokus på beteendeförändring. KBT i grupp får genomföras endast efter etiskt tillstånd. Det är av stor vikt att vården inte utförs paternalistiskt och betydelsen av den närmaste kontaktpersonen måste uppgraderas. Denna person bör ha tolkningsföreträde i vårdens planering med anledning av den nära relationen till patienten. Som avslutning beskrivs vikten av att beakta närståendes situation. Studier visar att närstående lägger i genomsnitt mer än 22 timmar i veckan på att stödja sina drabbade anhöriga och mer än 10 % av sin inkomst på att stödja sina drabbade nära och kära.

Nästa presentation på spår tre bjöd *psykolog Kristina Stjärnlöf* och *enhetschef Åsa Wicklen* på. Deras presentation hade titeln ”*Tidig intervention och hur insjuknade ser ut hos ungdomar*”. De beskrev olika typer av insjuknade exempelvis snabbt insjuknade eller långsamt insjuknade ur ett kliniskt perspektiv med tonvikt på den medicinska delen av behandlingen.

Dagens sista talare på spår 3 var *Per Allard docent, överläkare äldrepyskiatriska enheten, NUS, Umeå och institutionen för klinisk vetenskap/enheten för psykiatri, Umeå universitet*. Vid denna presentation

ställdes frågan ”Äldre med psykosjukdom – en bortglömd grupp? Bland annat beskrevs att många personer med schizofreni dör i ensamhet och att dödligheten bland personer med psykosjukdom är 2-3 gånger högre än i befolkningen. Livslängden är statistiskt förkortad med 25 år. En tredjedel av alla patienter med schizofreni är över 60 år och 15-20 av dessa är totalt hjälpberoende. En relativt stor andel drabbas av psykosjukdom i hög ålder, främst kvinnor. Det är viktigt att arbeta utifrån helhetssyn med anhörigkontakt och strukturerad systematisk utredning liksom att samverka över gränser.

Eftersom författare och teologie doktor *Ann Heberlein* av personliga skäl inte medverkade under konferensen så avslutades dagen kl. 17.00 och deltagarna fick istället författarens bok ”*Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva*”

Morgonens keynote speaker under konferensens andra dag var *regeringens tidigare särskilde utredare av den framtida missbruks- och beroendevården, Gerhard Larsson*, med presentationen ”*Psykiatri och beroende av alkohol, narkotika, läkemedel eller dopingpreparat idag och imorgon*”. Vikten av att ansvarsfördelningen förtydligas i lagstiftning beskrevs. Landstingen får i denna förtydligade lagstiftning ansvaret för behandling och utredning av behandlingsbehov, vilka ska genomföras tvärprofessionellt tillsammans med den enskilde. Det är få kommuner som skapat spetskompetens för att hjälpa barn och ungdomar som hamnat i någon form av missbruk. Tvångsvård brister idag bl. a. då det finns flera olika typer av tvångsvårdslagar och nytt lagförslag kommer att medföra att all psykiatrisk tvångsvård, eventuellt exklusive rättspsykiatrisk vård, kommer att bli en fråga för en och samma lag.

Förste talaren på spår 3 under konferensens andra dag var *Gunilla Cruse doktor i medicinsk vetenskap och processledare för ACT-teamet i Malmö*. Hon presenterade ett föredrag om ”Missbruk och beroende hos personer med svår psykisk sjukdom”. Det finns flera olika förklaringsmodeller till att psykisk ohälsa och missbruksproblematik ofta uppträder hos en och samma person. Olika orsakssammanhang beskrevs och en orsak kan vara att missbruk leder till psykisk sjukdom, en

”Olika orsakssammanhang beskrevs och en orsak kan vara att missbruk leder till psykisk sjukdom, en annan kan vara att psykisk sjukdom kan leda till missbruk.”

Gunilla Cruse doktor i medicinsk vetenskap och processledare för ACT-teamet i Malmö.

annan kan vara att psykisk sjukdom kan leda till missbruk. En tredje förklaring skulle kunna vara att det finns en gemensam orsak som orsakar både missbruk och psykisk sjukdom som exempelvis begåvningshandikapp eller låg självkänsla. Riskbruk är vanligt och kan enkelt åtgärdas med hjälp av att använda korta och enkla frågeformulär med ca 10 frågor som exempelvis AUDIT (för alkohol) eller DUDIT (för droger). Det beskrivs som avgörande att ha ett aktivt förhållningssätt i psykosvården. Delaktighet, acceptans och långa behandlingskontakter samt att man som patienten blir respekterad som den unika person man är främjar återhämtning. Insatserna ska också vara skräddarsydda och integrerade för att skapa allians med patienten. Viktigt att involvera familj och nätverk som resurs med positivt givande och tagande. POM-teamet i Malmö ställer inga krav på nykterhet eller drogfrihet eller ens vilja att bli drogfri. Trots detta (eller kanske på grund av) ses förbättring på flera områden vid 3, 5 och 10 års uppföljningar. Många av patienterna var rädda för att utveckla kroppslig ohälsa vilket kan bli en bra drivkraft och motivation för livsstilsförändringar.

Urban Ösby, överläkare med forskningsanknytning till KI i Solna beskrev vikten av ”Att förebygga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom”. Han berättade bl. a. att dödligheten vid schizofreni och bipolär sjukdom är förhöjd med ca 2,5 ggr jämfört med befolkningen liksom att många fler avlider i somatisk sjuklighet än av suicid.

Tomas Gustavsson legitimerad psykolog och Daniel Lindqvist legitimerad läkare och specialist i psykiatri på privata Psykiatripartners i Helsingborg. Det är viktigt att ta reda på vilken funktion ett beteende

fyller utifrån ett inlärningsteoretiskt perspektiv. Bättre att träffas och öva i den vanliga miljön än att komma till mottagningen. Intensivbehandling i hemmet i två till tre veckor erbjuds under sommarmånaderna då utrymme finns i personalens arbetsbelastning. Viktigt med balans mellan struktur och balans. I genomförda utvärderingar har verksamheten förskrivit en tredjedel neuroleptika och en tredjedel SSRI preparat samt 35% mindre slutenvård än vårdgrannarna enligt data från region Skåne. Verksamheten behöver bli bättre på att avsluta patienter för att kunna erbjuda fler vård, utveckla Case Management och förbättra dialog med avdelning och delaktighet i slutenvård samt samarbete med socialförvaltningen. Mer information finns på www.psykiatripartners.se

Psykiatrisymposium avslutades med en paneldiskussion under ledning av *Mårten Gerle, psykiater, medicinskt sakkunnig, Socialstyrelsen*, på temat ”Hur kan psykiatri förhindra självmord under vårdtiden?” Övriga medverkande var *Överläkare Anders Albinsson, Växjö, Margit Ferm ordförande i SPES-kretsen i Jönköpings län och leg läkare, specialist i psykiatri, Susanne Ringskog Vagnhammar*. Vikten av ett personligt bemötande och engagemang i suicidpreventionen framkom. Vidare poängterade alla talare i paneldebatten klart att det är en otjänst mot en suicidal person att förmedla att psykiatri kan fränta personen sitt eget ansvar, att värna om sitt eget liv särskilt vid mild och måttlig depression med suicidalitet.

Efter två dagar fullspäckade med kunskaps-tillskott var både deltagare och arrangörer fulla av lärdom och i behov av välförtjänt vila.



Ing-Marie Wieselgren, handläggare SKL



Mikael Malm, handläggare SKL

Ny överenskommelse mellan regeringen och SKL om psykiatrisatsning

Den 25 maj blev det klart med ny överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om stöd till riktade insatser för att förbättra vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa, sjukdom och funktionsnedsättning. Överenskommelsen gäller för åren 2012-2014 och omfattar för innevarande år 2012 456,5 mnkr. Avsikten är att motsvarande överenskommelser ska ingås även för 2013 och 2014. Medlen i överenskommelserna tas från det utgiftskonto på ca 870 mnkr som regeringen årligen avser att avsätta 2012-2014 i syfte att förbättra vården och omsorgen om personer med psykisk ohälsa, sjukdom och funktionsnedsättning.

Förutom ett antal utvecklingsprojekt som stöd för ett långsiktigt förbättringsarbete innehåller också överenskommelsen ett förslag på inrättande av en nationell samordningsfunktion. Det övergripande syftet med den nationella samordningen är att utifrån ett gemensamt ansvarstagande från regeringens och SKL:s sida skapa bästa möjliga förutsättningar för resursutnyttjande, implementering och fortsatt kvalitetsutveckling inom området.

Konstruktionen i överenskommelsen bygger på en prestationsbaserad modell där syftet är att genom ekonomiska incitament och med patientens behov i centrum, uppmuntra, stimulera, stärka och intensifiera utvecklingsarbetet i landstingen och kommunerna. Med tanke på att halva året redan har gått handlar prestationerna och utvecklingsarbetet för 2012 mycket om att bygga förutsättningar och strukturer för ett fortsatt mer långsiktigt arbete under de kommande åren 2013-2014.

Både regeringen och SKL har också tagit fram långsiktiga handlingsplaner mot psykisk ohälsa. SKL:s handlingsplan "En långsiktig gemensam handlingsplan för psykisk hälsa" antogs av dess styrelse 25 maj och anger inriktningen för arbetet under 2012-2016. Både regeringens och SKL:s handlingsplan prioriterar främst två grupper: Dels barn och unga som ligger i farozonen för att drabbas av psykisk ohälsa, dels personer som redan har svåra psykiatriska problem.

Huvudprinciper

Kritiken mot psykiatrisatsningar under åren 2007-2011 var bl.a. att det var splittrat, kortsiktigt och för bristfälligt samordnat. Inför de kommande åren är därför intentionen från såväl Socialdepartementet som SKL att satsningarna mer ska präglas av samordning, förutsägbarhet och långsiktighet. Med prestationsbaserade medel som en pådrivande kraft kan bra intentioner och goda utvecklingsarbeten i kommuner och landsting

stimuleras och skapa förbättringar som kan göra skillnad för våra patienter och brukare – utan att för den skull detaljstyra och riskera att slå sönder det som fungerar. Modellen med prestationsbaserade medel ger också en större frihet för respektive huvudman att själva utifrån lokala förutsättningar och behov avgöra vad medlen ska användas till.

Målgrupper för satsningen

SKL och regeringen har enats om att det ska vara särskilt fokus på två målgrupper:

- Barn och unga mellan 0-25 år som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa och sjukdom
- Personer med allvarlig psykisk sjukdom och långvarig psykisk funktionsnedsättning

Att dessa målgrupper är prioriterade handlar om behovet att kraftsamla och särskild angeläget att åstadkomma förändringar just för dessa målgrupper.

Insatser som syftar till att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga och att förbättra vården och omsorgen till barn och unga med psykisk ohälsa måste vara prioriterade, då det kan vara ett avgörande hinder i barns och ungas personliga utveckling och möjligheter till etablering i samhället. Det finns således stora vinster med att så tidigt som möjligt identifiera och hantera psykisk ohälsa hos barn och unga.

Personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik har trots ansträngningar de senaste decennierna fortfarande en utsatt livssituation med ökad kroppslig ohälsa, kortare medellivslängd, lägre sysselsättningsgrad och stort utanförskap. För den gruppen handlar det om att erbjuda samordnade, lättillgängliga och effektiva vård- och omsorgsinsatser som syftar till att öka funktionsförmågan, minska den kroppsliga ohälsan och öka delaktigheten i samhället, t.ex. genom insatser som ökar möjligheterna till meningsfull sysselsättning och ett arbete.

Stöd till ett långsiktigt utvecklingsarbete

Årets överenskommelse består delvis av ett antal utvecklingsprojekt riktade till de prioriterade målgrupperna och till det arbetet avsätts 105 mnkr för 2012. Utvecklingsarbetet syftar till att stödja kommuner och landsting i arbetet med att skapa hållbara strukturer för kontinuerligt

"Det som tillkommer är utveckling av Internetbaserade former för stöd och behandling."

förbättringsarbete och utveckling av verksamheterna. Arbetet kommer att drivas och samordnas från SKL men i huvudsak ske ute i kommuner och landsting.

Målet är att de strategier och verksamheter som är framgångsrika ska bli en integrerad del av landstingens och kommunernas ordinarie verksamhet. Projekten ska även fungera som ett stöd i det fortsatta utvecklingsarbetet och prestationsmålen för överenskommelserna under åren 2013 och 2014. Utvecklingsarbetena under 2012 kan ses som en vidareutveckling av det arbete som pågått och pågår inom ramen för tidigare överenskommelser mellan SKL och regeringen som t.ex. Psynk-projektet, *Bättre vård – mindre tvång*, *Kvalitetsregister och Självskadebeteendeprojektet*. Det som tillkommer är utveckling av Internetbaserade former för stöd och behandling. För att läsa mer om de olika utvecklingsarbetena hänvisas till fulltextversionen av överenskommelsen.

Prestationsbaserad ersättning

Större delen av de medel som avsätts för 2012 och framåt ska fördelas enligt en prestations- och resultatbaserad modell där krav och mål successivt höjs. Medlen fördelas till kommuner och landsting baserat på antalet invånare inom respektive län. För 2012 handlar det om 350 mnkr som kommer att fördelas lika till kommuner och landsting. För att ha möjlighet att delta i tilldelningen av de prestationsbaserade medlen ska länets kommuner och landsting uppfylla vissa grundläggande krav. Under förutsättning att dessa grundläggande krav är uppfyllda har kommunerna och landstingen möjlighet att få ta del av de prestationsbaserade stimulansmedlen. Medelstildelningen utgår dels från prestationsmål inom området barn och unga, dels från prestationsmål inom området personer med omfattande eller komplicerad problematik. För att läsa mer om grundkraven och de olika prestationsmålen hänvisas till fulltextversionen av överenskommelsen.

Samordningsfunktion

En nationell samordningsfunktion inrättas med syfte att genom ett gemensamt ansvarstagande från Socialdepartementet och SKL sida skapa bästa möjliga förutsättningar för en positiv utveckling inom området. SKL bidrar bl.a. till samordning av genomförandet av de insatser som sker i kommuner och landsting samt skapa möjligheter för erfarenhetsutbyte mellan kommuner och landsting. Arbetet ska ske i samverkan med organisationer som företräder patienter, brukare och anhöriga och i samråd med aktuella myndigheter. Den nationella samordningsfunktionen kommer från statlig sida att ledas av *Anders Printz*, idag avdelningschef vid Socialstyrelsen. Motsvarande roll hos SKL får *Ing-Marie Wieselgren*, som redan idag arbetar där med psykiatrifrågor.

Utbetalning av medel

Pengarna kommer att betalas ut till de kommuner och landsting som uppfyller grundkraven och prestationsmålen och betalas ut i slutet av året efter godkännande av Socialstyrelsen.

SKL kommer att lägga ut tydliga instruktioner och stöd till kommuner och landsting kring hur man ska göra för att uppnå målen och kunna ta del av medlen.

Ing-Marie Wieselgren säger: *Vår uppgift är att hjälpa våra medlemmar, det vill säga kommuner och landsting, att klara att göra de förändringar som krävs för stimulansmedel men samtidigt framför allt att accelerera takten i förbättringsarbetet så att verksamheterna kan ge bättre vård och stöd. Vi som jobbar med psykiatrifrågor på SKL ska göra vårt yttersta för att det utvecklingsstöd som ges kommer att beakta de olika förutsättningar som råder i kommuner och landsting.*

För mer information hänvisas till:

www.skl.se/psykiskhalsa

www.skl.se/psynk

www.regeringen.se



KAM- en arbetsledarmetod

Av Anders Modin, avdelningschef

Bakgrunden till att arbetsledarmetoden KAM (Kvalitativ Arbetsledande Målstyrning) skapades var ett förändringsarbete med samma namn under 2007 på en av avdelningarna, Rättspsykiatri Västmanland i Sala. Jag blev avdelningschef i september 2006. Under mina första månader som avdelningschef såg jag de negativa effekterna av en vårdavdelning utan ledning och styrning. Dessutom fanns det ingen etablerad sjuksköterskegrupp på avdelning. Vad jag och projektets sjuksköterskor upptäckte när vi satte igång förändringsarbetet i början på 2007 var att frånvaron av en sjuksköterskegrupp hade skapat oönskade effekter på alla nivåer och områden av avdelningsarbetet. Vi insåg att målsättningen med att etablera en sjuksköterskegrupp var första steget i ett omfattande förändringsarbete, där projektets tidsram på ett år bara var början på en process som fortfarande pågår och som egentligen inte har något slut.

Under projektets gång växte en arbetsledarmetod fram som ger förutsättningarna för styrning och ledning på alla nivåer och områden av avdelningsarbetet. Jag i egenskap av avdel-

ningschef och avdelningens sjuksköterskor träffas en gång varannan vecka, dessa återkopplingar schemaläggs och har hög prioritet. Inför varje återkoppling lämnas en skriftlig redogörelse för

vårdlagens utveckling. Arbetsledargruppen fokuserar sitt arbete på tre nivåer - individnivå, vårdlagsnivå och avdelningsnivå. På grund av tidigare brist på ledning, styrning och struktur av vårdlagsarbetet var det från början naturligt att fokusera förändringsarbetet på skötargruppens utveckling och inte i första hand på patienternas utveckling.

I april 2011 flyttade vi in i en nybyggd klinik samtidigt infördes KAM-metoden på alla 4 avdelningarna. KAM är instrumentet som ska skapa en modern vårdkultur på nya kliniken. Tidigare utan en arbetsledarmetod utvecklades de fyra avdelningar på ett godtyckligt sätt. Utan någon styrning och ledning blev det fyra olika kulturer som spretade åt olika håll.

Klinikens ledningsgrupp tar strategiska beslut och konkretiserar verksamhetens vision. Ledningsgruppen jobbar med de målsättningar som kommer från förvaltnings- och landstingsnivå, i förlängningen politikerna således svenska folket. Avdelningschefen förverkligar målsättningarna och visionen tillsammans med sjuksköterskorna på avdelningen. Tidigare var avdelningschefen själv i att förankra och levandegöra dessa målsättningar på avdelningsnivå. Med KAM skapas en arbetsledargrupp på avdelningsnivå. De stora områdena som t.ex. arbetsmiljö, vårdutveckling och kvalitetssäkring säkerställs i arbetsledargruppen på avdelningen. Sjuksköterskorna tar med målsättningarna ut till sina vårdlag. Kedjan är fulländad, från politikerna ned till dem som står patienterna närmast, skötargruppen. På vårdlagskonferenser diskuteras de beslut som kommer från politikerna. Lika viktigt med flödet av information åt andra hållet från skötargruppen till enhetens ledningsgrupp och vidare. Denna besluts- och informationskedja skapar en pulserande och sund organisation. Innan KAM fanns det ingen struktur och metod för att implementera målsättningar och kompetens på avdelningsnivå.

Grundidén är att identifiera potential hos personalen, bejaka det som fungerar och ge alternativa lösningar. Aldrig vara negativ utan ha en grundinställning som handlar om att alla gör så gott de kan efter sina förutsättningar och att när något inte fungerar handlar det uteslutande om systemfel och inte om den enskilde individen. Skynda långsamt, små steg i taget, inte ta något för givet utan följa upp saker och ting både en, två och tre gånger. Pedagogiskt tänkande, att kontinuerligt förklara allt man som arbetsledare

”Grundidén är att identifiera potential hos personalen, bejaka det som fungerar och ge alternativa lösningar.”

gör och över tid ge skötarna fler och efter kunskapsnivån adekvata arbetsuppgifter för att på det sättet skapa möjlighet till utveckling. KAM skapar dessutom helt nya förutsättningar för sjuksköterskan att utvecklas och på ett professionellt sätt hantera sin arbetsledarfunktion. Det skapas en plattform för sjuksköterskorna att på ett mer strukturerat och kontrollerat sätt utföra sina komplexa arbetsuppgifter än tidigare. Metoden ger möjlighet att utveckla vården och är i sin utformning ett bra forum för att ta till sig ny vårdvetenskaplig kunskap.

En effekt av KAM är att lösningarna som finns längst ute närmast patienten identifieras, således att vårdlagen och skötarnas kreativitet tas tillvara. I KAM strukturen ges en möjlighet att växa och att bli självständig i sin yrkesroll oavsett om du är chef, sjuksköterska eller skötare. Arbetsledargruppen på avdelningen dokumenterar allt som diskuteras och beslutas, det skapas ett tydligt forum för ledning, styrning och kvalitetssäkring på alla områden och nivåer av avdelningsarbetet. Det skapas en vårdkultur som präglas av trygghet och självständighet. En tydlig struktur som inom ramarna av den strukturen skapar en stor frihet. KAM ger förutsättningarna att vårda vårdarna på ett sådant sätt att vårdarna kan vårda patienterna.

Jag som avdelningschef ansvarar för avdelningens arbetsledargrupps agenda. Det är avdelningschefen som ansvarar och styr arbetet i arbetsledargruppens återkopplingar. Det är i återkopplingarna som chefen kan förverkliga sina ledarskapsvisioner och verksamhetens mål. Viktigt med dokumentation och att få sjuksköterskorna att växa i arbetsledarrollen. En viktig faktor för gott resultat är att arbetsledargruppen visar en enad front utåt när det gäller att för-

verkliga beslut och visioner. Det handlat mycket om att motivera och handleda sin personal, både sjuksköterskor och skötare, i att ta ansvar utifrån sitt rättspsykiatriska uppdrag och sin yrkesroll. Att besluts- och informationskedjan i organisationen är intakt skapar förbättringar på alla nivåer. En effekt av KAM som jag tidigare nämnt är att det skapas en dokumentation kring avdelningsarbetets alla nivåer och områden som tidigare inte fanns.

Det har visat sig att metoden påvisar positiva resultat på olika områden, allt från den psykosociala arbetsmiljön till mer delaktighet för patienten. Jag påstår att KAM innebär en förbättring för patienten, närstående, medarbetare och samtliga yrkesgrupper inom verksamheten. KAM är också en garant för att det rättspsykiatriska vårdteamet ska fungera. Viktigt att komma ihåg att omvårdnaden är en kompetens av flera när det gäller rättspsykiatrisk vård. KAM är en hjälp att stärka ”omvårdnaden på vårdvetenskaplig grund” i det paradigmskifte som nu sker i vården. Nu ska vi inte försvara ”omvårdnaden på vårdvetenskaplig grund” längre utan nu ska vi visa de goda effekterna av ”god omvårdnad på vårdvetenskaplig grund”. Jag är övertygad om att arbetsledarmetoden KAM kan användas i andra kontext än just Rättspsykiatri. Metoden är mer en generell arbetsledarmetod än att den skulle vara begränsad inom något speciellt område. Avslutningsvis menar jag att KAM är en effektiv metod för att säkerställa ett gott bemötande och en god vård för våra patienter.

Jag tilldelades Landstinget Västmanlands Vårdstipendium 2008 för förändringsarbetet KAM. 2011 var jag en av tre nominerade till SalusAnsvars Vårddpris för arbetsledarmetoden KAM.

Rapport från Lust & Kunskap i Örebro

Av Britt-Marie Lindgren

Lena-Marie Klingvall inledde konferensen med skönsång ”Thank you for the music” och därefter hälsade SSF:s ordförande Anja Willman alla välkomna! Temat för konferensen var ”Avancerad omvårdnad i ett mångkulturellt sammanhang” och Anja problematiserade det faktum att Sverige idag inte prioriterar specialiserad omvårdnad, utan att regeringen företrädesvis satsar sina resurser för att utbilda fler sjuksköterskor på grundnivå.

Anja talade vidare om begreppet kultur och vad det kan betyda, är det enbart relaterat till etniskt ursprung eller är det mer än så? Kulturbegreppet bör kanske förstås mer som en socioekonomisk process som hela tiden omförhandlas. En viktig fråga blir då för oss psykiatrisjuksköterskor – hur ser den psykiatriska kulturen ut?

Efter sitt anförande delade Anja Willman ut SSF:s pris (30 000 kr) till yngre doktorander. Priset delades ut till Filippa Venturas ombud Maria Brovall. Filippa Ventura är Leg. specialistsjuksköterska i onkologisk vård och hon tilldelades priset för sitt avhandlingsarbete som handlar om personcentrerad vård för kvinnor med bröstcancer. Lena-Marie Klingvall bjöd därefter på ytterligare sång ”You raise me up”.

Dagarna innehöll sedan flera huvudtalare och också olika spår med kortare föredrag. Det varvades även med fikapaus och ett något längre lunchavbrott än vanligt så att deltagarna skulle kunna gå runt bland utställarna.

Marit Kirkevoll, Universitetet i Oslo, var en av dessa huvudtalare och hon inledde med att ställa frågan – vem har ansvaret för omvårdnaden? Varför är det nödvändigt att ställa sig den frågan – hon visar på en artikel i British Medical Journal (Editorial BMJ 3.6. 2011 Tony Delamothe 2011, 342:d3416). Marit menar att det är bekymmersamt att BMJ tar sig rätten att skriva om omvårdnad så som de gör i denna editorial. Marit belyste att ansvaret för omvårdnaden finns på flera olika nivåer; en politisk nivå, som i sig innehåller olika nivåer, ansvarar för beställningen och att skapa förutsättningar. Ytterligare en ansvarsnivå är chefer, även här på flera nivåer, som ansvarar för att skapa nödvändiga förutsättningar, organisatoriskt osv. Sjuksköterskor och omvårdnadspersonal ansvarar för genomförandet av omvårdnaden

– vem har då ansvaret, alla eller ingen? Vem är egentligen ansvarig för vad? ”Det omvända ansvaret” trycks ner i en nivå under den förra och det i sin tur innebär att det är de anhöriga som får ta mer och mer ansvar – de förväntas ta ansvaret fast de inte har ett egentligt ansvar.

Marit lyfte fram att vi som sjuksköterskor måste ta vårt ansvar för helheten – samordning – god medicinsk behandling, akut och rehabilitering – ett bra ställe att leva på. Hon menar vidare att omvårdnad och omsorg är utmanande terräng och ställer frågan om vilka förutsättningar har/behövs för att sjuksköterskor ska kunna ta ansvaret? Här lyfte Marit upp betydelsen av en välutbildad klinisk personal – inte bara att chefer ska ha en hög utbildning utan att den kliniska personalen ska ha en akademiskt tillräckligt hög kunskap för att kunna ta ansvaret. Kompetensen är grundläggande för vilket ansvar man kan ta – och det krävs både kompetens i händerna och kompetens i huvudet! Kompetens är avhängigt kontext och situation och Marit problematiserade att den minst utbildade personalen anställs för att ta hand om de svårast sjuka (jämför psykiatri och äldreomsorg) var inom respektive disciplin behöver man den högsta kompetensen?

Marit fortsatte med att ställa ytterligare frågor om t ex. avancerade kliniska sjuksköterskor – en nödvändig resurs i framtiden? Kompetens är en avgörande förutsättning för att kunna ta ansvar och ”Frontline workers” – vad måste de kunna? Kliniskt ledarskap är en förutsättning men vad innebär kliniskt ledarskap? Hon menade att det innebär att man har ämneskompetens, både medicinsk och att omvårdnadskompetens är avgörande för förebyggande, hälsofrämjande och prevention. Marit avslutade sitt intressanta föredrag med att ställa följande frågor; Kan vi vända på den

omvända ansvarspyramiden? Kan vi få den politiska ledningen att ta sitt ansvar?

Som vanligt vid Lust & Kunskap så domineras inte innehållet av psykiatriska omvårdnadsfrågor men den är likväl en konferens som är värd att närvara vid.

Ett föredrag med koppling till psykiatrisk omvårdnad hölls av Arja Philipsson, sjuksköterska vid folkhälsoenheten i Gävle. Föredraget hade titeln ”Fokus på det friska även om man har en psykisk sjukdom” och det handlade om samverkan mellan vuxenpsykiatri, primärvård och folkhälsoenheten. En avgränsning i projektet var att man fokuserade på den fysiska hälsan för patienter med schizofreni – eller annan psykossjukdom. I projektet arbetade man hälsofrämjande utifrån de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande åtgärder (2011). Man arbetade med sjuksköterskors hälsosamtal om levnadsvanor (program finns på hemsidan, landstinget Gävleborg, folkhälsoenheten) och det innehåller en inbjudan till hälsosamtal; enkät, provtagning, riskpoängberäkning, motiverande samtal och informationsmaterial (99 % av de kallade kommer till samtal med ifyllt enkät). Det fanns även ett åtgärdsprogram med återbesök, stresshantering, tobaksavvänjning, fysisk aktivitet på recept (FAR) osv. Föredraget var intressant men klingade lite oroväckande då man framhöll att typen av psykofarmaka inte hade någon betydelse för utvecklingen av metabola syndrom. Vidare sades inte ett ord om kliniska riktlinjer vid metabola syndrom. Positivt var ändå att man kallade dessa patienter till primärvården och genomförde samtalen där, precis som man gör med alla andra.

PRF:s monter under dagarna två bemannades av Richard Brodd och undertecknad och många var de som stannade upp och pratade med oss. Vi kopplade även upp en dator vid vår monter så att vi kunde visa vår hemsida. Vi informerade även om den kommande Horatiofestivalen och uppmanade alla att planera in den i sina kalendrar. Då vi var uppkopplade direkt på vår hemsida så kunde även några deltagare anmäla sig på plats som nya medlemmar – väldigt roligt!



Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor FÖRTROENDEVALDA

STYRELSE
Ordförande
Richard Brodd
Oskarsgatan 4
414 63 Göteborg
031-24 00 23 b
031-343 82 18 a
0708-192732
richard.brodd@vgregion.net

Vice ordf
Henrika Jormfeldt
Bräddared
310 38 Simlångsdalen
035-72 016
070-355 55 43
henrika.jormfeldt@lthalland.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@vgregion.se

Ledamot
Patrik Dahlqvist Jönsson
FoUU Halland Halmstad,
30185 Halmstad
035-13 10 95
070-320 66 51
Patrik.Dahlqvist-Jonsson@regionhalland.se

Ledamot
Maria Åling
alim@rkh.se
08-58751689
070-8474406

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

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

PSYCHE 2012
Chefredaktör Psyche
Hans Bergman
hansbergman@telia.com

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

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

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

Ordinarie
Ulf Rogberg
ulf.rogberg@lj.se

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

Suppleant
Jörgen Öjervall
jorgen.ojervall@hh.se

VALBEREDNING
Samankallande
Ros-Marie Björklund
031-343 63 54 a
073-660 17 25 a
076-262 67 84 p
rose-marie.bjorklund@vgregion.se

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

Inga-Lisa Sigling
Karlavägen 41
186 46 Vallentuna.
08-511 720 32 b

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

NOTISER

Rapport från styrelsemöte i Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor

Arets tredje styrelsemöte, den 28-29/4, hölls i ett Göteborg som visade oss att det nu är vår! På grund av sjukdom och andra förhinder var vi enbart fyra styrelseledamöter på plats både lördag och söndag men genom medverkan vid en av de två dagarna och via telefonkontakt så kunde vi fullfölja alla dagordningens punkter.

Under styrelsemötet tydliggjordes att PRF medverkar i flera projekt av betydelse för den psykiatriska vårdens utveckling. Vi är med och påverkar inom områden som berör både specialiserad vård och samhällsbaserad vård och inom områden som omfattar både yngre och äldres psykiska hälsa. Vi är nu dessutom i inledningsfasen av en revidering av kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor i psykiatrisk vård.

Vi är alla medvetna om att tvärprofessionell samverkan inom vården är av grundläggande betydelse för vårdens kvalitet. Vi kan dock konstatera att formerna för samverkan kan behöva utvecklas ytterligare, till exempel mellan distriktsköterskor och sjuksköterskor i psykiatrisk vård, som ju träffar samma patienter men under olika skeden i vårdprocessen. I linje med detta, träffade vi under helgen distriktsköterskeföreningens ordförande Kristina Hesslund, för att diskutera hur ett samarbete våra föreningar emellan kan se ut. Kristina och vår ordförande Richard Brodd kommer att arbeta vidare med detta och i höst presentera sina idéer för våra respektive styrelser.

Susanne Syrén, Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor

I förra numret skrev jag en artikel om Beardslee familjeintervention som är en manualiserad metod för att, under en begränsad tid, arbeta med familjer där någon av föräldrarna har psykisk ohälsa av något slag.

Syftet med interventionen är att sätta barnen i fokus, öka förståelse familjemedlemmar emellan samt att stärka föräldraskapet. Artikeln finns på sidan 14 i Psyche nr 1/2012.

Under våren tilldelades William R. Beardslee utmärkelsen World of Children Award 2012. Han får priset för sina banbrytande, evidensbaserade studier som har visat på betydelsen av tidiga interventioner när det gäller att förebygga affektiva sjukdomar hos barn som har en förhöjd risk att drabbas av sådan ohälsa.

Hans mångåriga arbete omfattar över 200 vetenskapliga artiklar och två böcker. Hans intresseområde sträcker sig från vad som gör det möjligt för medborgarrättskampar att fortsätta sin kamp till hur föräldrar och vårdnadshavare kan hjälpa familjer att komma vidare efter depressionssjukdom.

Priset delades ut av Judge Baker Children´s center (JBCC) som bildades 1917 med syfte att förbättra tillvaron för barn med psykisk ohälsa som begränsar deras utveckling och potential.

Christina Reslegård

Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor gratulerar:



Anna Thurang

disputerade vid Linnéuniversitet, den 13/4 2012

Hej Anna, Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor gratulerar till din avhandling!

Vilken är din titel och arbetsplats?

Jag arbetar på Beroendecentrum Stockholm, som vårdutvecklare med inriktning mot bland annat medarbetarnas kompetensutveckling, vårdplanering, dokumentation...

Hur känns det nu?

Det känns skönt att vara klar med avhandlingen och börja arbeta med att implementera resultaten i vården.

Vad heter avhandlingen?

Vardagslivet och vårdandet för kvinnor och män med alkoholberoende.

Vad handlar den om?

Den handlar om alkoholberoende kvinnor och

mäns egna erfarenheter av att leva med och vårdas för sitt alkoholberoende.

Om du skulle sammanfatta dina viktigaste resultat...

Oj, vad svårt, men här kommer ett försök:

Avhandlingens resultat visar att livssituationen för dessa kvinnor och män är mycket komplex och sårbar, vilket försvårar deras möjligheter att nå hälsa och välbefinnande. Både kvinnorna och männen kände utanförskap i relation till andra och ett främlingskap inför sig själva. De försökte skapa en livssituation där de kunde förhålla sig till främlingskapet och samtidigt hantera sitt vardagliga liv. För kvinnorna visade sig detta främst genom självakttagelser och försök att agera "normalt" genom olika strategier, som att hålla upp en fasad för andra och att hemlighålla sitt alkoholberoende. Kvinnorna utövade också en extrem självkontroll för att inte ge efter för alkoholbegäret.

Männen å sin sida anpassade sig till ett mer begränsat liv men också genom att med makt, kraft och kontroll hålla sig aktiverade. Männen tog också risker för att kunna hantera sitt vardagliga liv, till exempel genom att sätta sig själv i första rummet och bryta löften till nära och kära. Dessa sätt att hantera livet på, gav männen och kvinnorna visst välbefinnande. Sådana upplevelser av välbefinnande var dock flyktiga och livet som alkoholberoende innebar alltjämt mer lidande än välbefinnande.

Avhandlingen visar att kvinnorna och männen är i behov av en strukturerad vård av professionella vårdare, vilka är kunniga och bekräftar dem som människor. Att vårdare ger utrymme till att relationen mellan sig och den alkoholberoende mannen eller kvinnan präglas av mellanmänsklighet och ömsesidighet är av stor betydelse. För kvinnorna innebar en sådan relation möjlighet till vila och ett överlämnande av ansvar till vårdaren men också till reflektion över sitt liv tillsammans med honom/henne. För männen innebar relationen med vårdaren företrädesvis ett skyddsnät att falla tillbaka till vid de tillfällen då de inte kunde lita på sin egen förmåga till kontroll. Vårdaren blev en person som männen kunde lämna över tyglarna till och någon som de tillät sig styras av. Det framkom också, att när kvinnorna och männen utvecklade ett relationellt ansvar, gentemot sig själv och vårdaren, förhindrade detta återfall och bidrog till att de fortsatte sin vård.

Hur kan man använda resultaten?

Resultaten kan hjälpa vårdare att bättre förstå alkoholberoende människors livssituation och individuella behov av vård. Om vården organiseras så att dessa kvinnor och män kontinuerligt får möta professionella vårdgivare som är tillgängliga, stödjande och riktade mot deras vardag, kan den kontroll och struktur som finns i vården överföras till deras eget vardagsliv, vilket ökar deras välbefinnande.

Vad gör du härnäst?

Renoverar en liten gård på Gotland ...



Mats Ewertzon

disputerade vid Örebro universitet, den 26/3 2012.

Hej Mats, Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor gratulerar till din avhandling!

Vilken är din titel och arbetsplats?

Jag är vikarierande lektor vid Institutionen för vårdvetenskap vid Ersta Sköndal högskola.

Hur känns det nu?

Det känns bra att doktorandtiden är över, även om det varit en mycket lärorik och inspirerande tid. Det är också skönt att de studier som ingår i avhandlingen alla är publicerade, vilket gör att jag nu har tid och kan blicka framåt och planera för fortsatt forskning inom området. Det är också väldigt givande att jag från flera håll blivit inbjuden till att presentera resultaten i min avhandling till kliniskt verksamma personer, vilket ger mig inspiration och förhoppning om att resultaten också kan vara av värde att omsättas i klinisk praxis.

Vad heter avhandlingen?

Familjemedlem till person med psykosjukdom: Bemötande och utanförskap i psykiatrisk vård.

Vad handlar den om?

Min forskning handlar om situationen för familjemedlemmar till person med psykosjukdom, med särskilt fokus på deras kontakt med psy-

kiatrisk vård; hur de upplever vårdpersonalens bemötande och eventuell känsla av utanförskap till vården.

Jag har utifrån tidigare forskning och teoretiska förståelseramar utvecklat ett frågeformulär som ger möjlighet att söka svar på frågor som:

- Hur närstående upplever vårdpersonalens bemötande
- Eventuell känsla av utanförskap
- Samband mellan bemötande och utanförskap
- Hur betydelsefullt bemötandet är för närstående
- Vilken överensstämmelse som finns mellan hur betydelsefullt bemötandet är och hur det faktiskt upplevs
- Vad som kännetecknar ett betydelsefullt bemötande

Utifrån frågeformuläret har jag sökt svar på dessa frågor i ett brett geografiskt perspektiv i Sverige, 70 familjemedlemmar från 38 platser i landet besvarade frågeformuläret.

Min forskning handlar också om att vara syskon till person med psykosjukdom och vilken betydelse det kan innebära att delta i psykopedagogisk grupp för syskon med liknande erfarenheter.

Om du skulle sammanfatta dina viktigaste resultat...

Ett viktigt syfte med mina studier var att utveckla ett frågeformulär som möjliggör att undersöka de frågor som avhandlingen avsåg. Frågeformuläret bedömdes vara användbart, med både en teoretisk och empirisk förankring, och vara valitt och reliabelt avseende målgruppen. Men frågeformuläret skall vidareutvecklas att även omfatta ytterligare en kategori, kontinuitetens betydelse i mötet med vårdpersonal. Deltagarnas skattning gav också stöd för ett teoretiskt samband mellan hur de upplevde vårdpersonalens bemötande och känsla av utanförskap. De teoretiska utgångspunkterna svarade väl mot vad deltagarna studien betraktade som betydelsefullt bemötande, det vill säga öppenhet, bekräftelse och samverkan. I många fall hade deltagarna upplevt ett bemötande som till viss del eller inte alls kännetecknades av öppenhet, bekräftelse och samverkan. Likväl som de i många fall till viss del eller helt och hållet hade en känsla av utanförskap i förhållande till vården. Resultatet visade också den komplexa situation det kan innebära att vara syskon till person med psykosjukdom. Att som syskon, delta i en psykopedagogisk grupp, kan vara av betydelse; både för att få kunskap men också för att inte känna sig så ensam i sin situation.

Hur kan man använda resultaten?

För att tillgodose närståendes behov kan det vara av betydelse, att i den psykiatriska verksamheten, diskutera de aspekter av bemötande som definierats i avhandlingen och hur de kan implementeras i klinisk praxis. Frågeformuläret kan vara av värde att använda i kliniskt utvecklingsarbete men också i forskning. I avhandlingen finns också utgångspunkter för stödinsatser till olika målgrupper av närstående, såsom exempelvis syskon.

Vad gör du härnäst?

Förutom mitt arbete som lärare planerar jag några egna studier och kommer också att medverka i studier i samarbete med andra forskare inom området.

Jag vill också tacka Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor för uppvakningen vid min disputation, tack för den vackra blomman.



Titel: Hemligheten – från ögonkast till varaktig relation
Författare: Dan Josefsson och Egil Linge
Förlag: Natur & Kultur
Recensent: Christina Reslegård

Boken är omtalad och diskuterad och recensionen kommer sent. I debatten har den framställts som svaret (eller åtminstone ett svar) på varför långvariga relationer är svåra att upprätthålla. Ett psykoterapeutiskt svar utifrån en psykologisk teori. Boken är skriven av psykoterapeuten Egil Linge och hans tidigare klient; journalisten Dan Josefsson. Efter läsningen är jag något besviken på att man inte får en berättelse, en historia ur ett mer personligt perspektiv än det som boken har.

Nåväl; boken är skriven utifrån två utgångspunkter. Den första är att människor behöver nära och varaktiga relationer för att må bra och utvecklas samt att ingen egentligen behöver leva sitt liv ensam. Boken är uppdelad i två delar; där man i den första delen får kunskap om hur kärlek och relationsbyggande fungerar och i den andra blir presenterad för ”verktyg” för tillämpning. Författarna betonar att varje människa har sin egen relationsmodell som grundläggs i tidig barndom och som



Titel: Den mörka hemligheten – att lämna det förflutna bakom sig och skapa ett tryggare liv
Författare: Dan Josefsson och Egil Linge
Förlag: Natur & Kultur
Recensent: Christina Reslegård

Denna bok är en fristående fortsättning på den bok som recenseras här ovan. Förvisso går den att läsa med behållning även om man inte läst Hemligheten men den största behållningen får man nog ändå om man läser den innan. Speciellt om man har begränsad kunskap om anknytningsteori och teorin bakom kognitiv beteendeterapi.

Egil Linge berör redan i förordet det faktum att framgången för kognitiv beteendeterapi har gjort att pendeln svängt alltför långt i riktning mot en ståndpunkt där barndomens betydelse för vårt mående i vuxen ålder tillmätts alltför liten betydelse. Detta gäller både bland psykoterapeuter och bland medborgarna i allmänhet. Om vi ska må bra måste det förflutna vara integrerat i nuet. Basta!

De anknytningsmodeller (trygg, otrygg/undvikande och otrygg/ambiva-

ledan formar och styr oss gällande alla de relationer vi befinner oss i eller strävar efter. Alla våra relationsmodeller har det gemensamt att de syftar till att skaffa oss maximal närhet till andra. Som en teoretisk grund i resonemangen i boken löper anknytningsteorin som man beskriver och förklarar på ett lättfattligt och enkelt sätt.

Anknytningsteorin lanserades av John Bowlby som var brittisk psykoanalytiker och barnpsykiater. Han bedrev forskning på barn som separerades från föräldrar (och andra viktiga anknytningspersoner) under framför allt andra världskriget. Utifrån dessa barns lidande (trots fullgott praktiskt omhändertagande) formulerade han sin teori om olika modeller för anknytning (trygg, otrygg/ undvikande samt otrygg/ ambivalent). Bowlbys arbete, som presenterades 1950, stred mot vad man tidigare ansett och han kritiserades inledningsvis hårt. Senare forskning som t ex Mary Ainsworths kända Strange situation-experiment bekräftade dock hans teori

kompletteras i denna bok med den desorganiserade anknytningsmodell som man identifierade i samband med Mary Ainsworths ”Strange – situation – experiment”. Det var barn som i försökssituationen reagerade på ett sätt som inte gick att kategorisera under de beteckningar som användes. Orsaken till den desorganiserade anknytningen som man ser anses vara svårigheter med tidig anknytning till viktiga vårdnadshavare alternativt traumatisering senare under uppväxten.

I boken varvas teoretiska resonemang med fallbeskrivningar och praktiska råd.

I boken lanseras begreppen överlevnadsperson och vardagsperson som tydliggör vilka delar av vår personlighet som styr i olika situationer och som både ger oss det vi vill ha men också hindrar oss från att få det vi vill ha. När överlevnadspersonen styr väljer vi beteenden som

och numera har anknytningsmodellen stor betydelse i den moderna psykoterapi.

Boken innehåller talrika berättelser som sammanställts från människor som gått i psykoterapi hos Egil Linge. Detta underlättar förståelsen för hur svårigheter uppstår när vi möter varandra och inleder en relation.

De ”verktyg” som presenteras är klassiska redskap som är hämtade ur KBT:s verktygslåda. De utgår från noggranna situationsanalyser. Här finns bland annat gör - tvärtom- metoden, bilfärden, willingness samt mindfulness. Verktygen presenteras konkret och pedagogiskt och sambanden mellan tankar, känslor och beteenden blir lätta att förstå.

Boken avslutas med en omfattande lista med lästips.

En fristående bok av samma författare om desorganiserad anknytning recenseras nedan.

bekräftar vår modell av relationer och som ger lättnad på kort sikt.

Även i denna bok finns en verktygslåda från KBT. Det handlar om att lära sig att stanna upp och tänka, utmana sina kontrollbeteenden, hitta sig egen vilja, börja prata om vad man känner. Man tar också upp sådant som att skapa en grundläggande struktur för livet och vardagen som handlar om kost, motion, sömn och andra levnadsvanor. Även detta sådant som kanske inte betonats i tillräcklig grad inom psykoterapiens utövande men som känns viktigt utifrån ett omvårdnadsperspektiv.

Jag har haft nytta av båda böckerna både som sjuksköterska och psykoterapeut. Jag har kopierat vissa delar för att använda i praktiskt patientarbete men också gett böckerna som litteraturtips när jag tyckt att det passat.



Titel: Psykiatri Själ – kropp – samhälle
Författare: Finn Skåderud, Svein Haugsgjerd, Erik Stänicke
Förlag: Liber förlag
Recensent: Ewa Langerbeck

Boken som gavs ut i norsk upplaga 2009, är en grundläggande lärobok i psykiatri författad av Finn Skåderud, psykiatriker och professor i psykiatri. Svein Haugsgjerd, psykiatriker och psykoanalytiker och Erik Stänicke som är psykolog och forskare inom barn- och ungdomspsykiatri. Dessutom förekommer i den svenska upplagan flera medförfattare och faktagranskare.

Författarnas ambition att förmedla kunskap om och förståelse för både psykisk hälsa och ämnet psykiatri gör att boken är väl genomarbetad. Den är indelad i tre huvuddelar, och börjar med att definiera vad psykisk ohälsa är. Därefter beskrivs psykiatriens arbetsfält och olika kunskapsstraditioner, kompetensutveck-



Titel: Mellan äldreomsorg och psykiatri- om vård och bemötande av äldre med psykisk ohälsa
Författare: Susanne Rolfner Suvanto
Förlag: GOTHIA förlag 2012
Recensent: Ewa Langerbeck

Psykisk ohälsa är minst lika vanligt hos äldre som hos yngre och många äldre, ca 12 %, enligt Socialstyrelsen lider av depression. Fullbordade självmord är vanligast, uträknat per 100 000 invånare, hos män över 65 år. Detta och mycket mera är de fakta som Susanne Rolfner Suvanto tar fasta på och diskuterar betydelsen av i sin mycket välskrivna, inspirerande och lättillgängliga bok, om psykisk ohälsa hos äldre.

Hur möter vi äldre med psykisk sjukdom eller ohälsa i den kommunala vården och omsorgen? Vilka fördomar och föreställningar finns och hur skall vi bära oss åt för att bli bättre? Redan i förordet informeras läsaren om att boken de håller i sin hand är en grundläggande bok i konsten att möta äldre med psykisk ohälsa. Mot den bakgrunden ges också en

översiktlig bild av åldrandet och psykiska sjukdomar där behoven av insatser inte med självklarhet följs av en diagnos utan det är de individuella behoven som styr. I kapitlet, behov som utmanar, diskuteras olika behovs- och problemområden som sömnstörningar, oro och ångest samtidigt med tips och råd hur personalen kan bemöta dessa. Läsaren får även en inblick i det svåra samtalet, om självmordstankar och livsleda men också hur vi kan bearbeta att ett självmord skett. Översiktligt ges läsaren en introduktion till de lagar som styr, Socialtjänstlagen, LSS och Hälso- och sjukvårdslagen. Författaren beskriver också vad som krävs för att bli vårdad mot sin vilja enligt LPT. Bokens två sista kapitel ägnas åt etik och värdegrund samt hur det är att vara anhörig eller närstående

försöka uppnå idag och i framtiden.

Jag upplever att en av bokens största förtjänster är dess grundlighet och det nyanserade angreppssätt som författarna har tagit. Den innehåller fakta, allmänna reflektioner och kritiskt tänkande ur såväl ett naturvetenskapligt som ett humanistiskt synsätt.

En omfattande litteraturlista, ett sakregister samt personregister finns som avslutning. Boken torde fungera bra både som studielitteratur på grundläggande vård- och omsorgsutbildningar inom det psykiatriska arbetsfältet och som uppslagsbok för den som har ett mera allmänt intresse för ämnet.

till en person med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. Författaren ger många illustrativa exempel på fallbeskrivningar som gör att även den oinvidde kan känna igen sig. Bokens starka inriktning på bemötandefrågor i vanliga vårdssituationer gör den extra värdefull för arbetsgrupper inom både socialtjänst och hemsjukvård/hemtjänst och socialpsykiatri. Att varje kapitel avslutas med diskussionsfrågor är suveränt som hjälp till en arbets- eller studiegrupp för att tillsammans ventilera dessa ofta svåra men engagerande frågor. De avslutande sidorna med tips för vidare läsning och fördjupning förhöjer bokens värde ytterligare.

till en person med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning.

Författaren ger många illustrativa exempel på fallbeskrivningar som gör att även den oinvidde kan känna igen sig. Bokens starka inriktning på bemötandefrågor i vanliga vårdssituationer gör den extra värdefull för arbetsgrupper inom både socialtjänst och hemsjukvård/hemtjänst och socialpsykiatri. Att varje kapitel avslutas med diskussionsfrågor är suveränt som hjälp till en arbets- eller studiegrupp för att tillsammans ventilera dessa ofta svåra men engagerande frågor. De avslutande sidorna med tips för vidare läsning och fördjupning förhöjer bokens värde ytterligare.

Posttidning B

Psyche c/o Susanne Syrén
Norra Hagby 434
388 94 Vassmolösa

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

RF
Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

Invitation



Horatio: European Festival of Psychiatric Nursing – in Stockholm

The Festival will be held in Stockholm, the beautiful capital of Sweden in September 20-23, 2012.

The Festival Theme is Vision, Knowledge and Practice in psychiatric and mental health nursing

Join with people from across the world interested in exploring, expanding and building upon the spectrum of what is known about mental health and mental illness; prevention, intervention and research. The intention of this conference is to generate inclusive dialogue and stimulate new conversations on all aspects of mental illness.

We cordially invite you to join us at this unique festival and be part of this emerging, inter-disciplinary field at the 2nd European Festival in Stockholm. We hope that you will take this chance to explore one of the most exciting and wonderful countries in the world.



©Kungliga Horatona. Foto Paul Hansen.

Festival Patron: H.M Queen Silvia



Stay in touch with us through
the Conference website at
www.psykriks.se