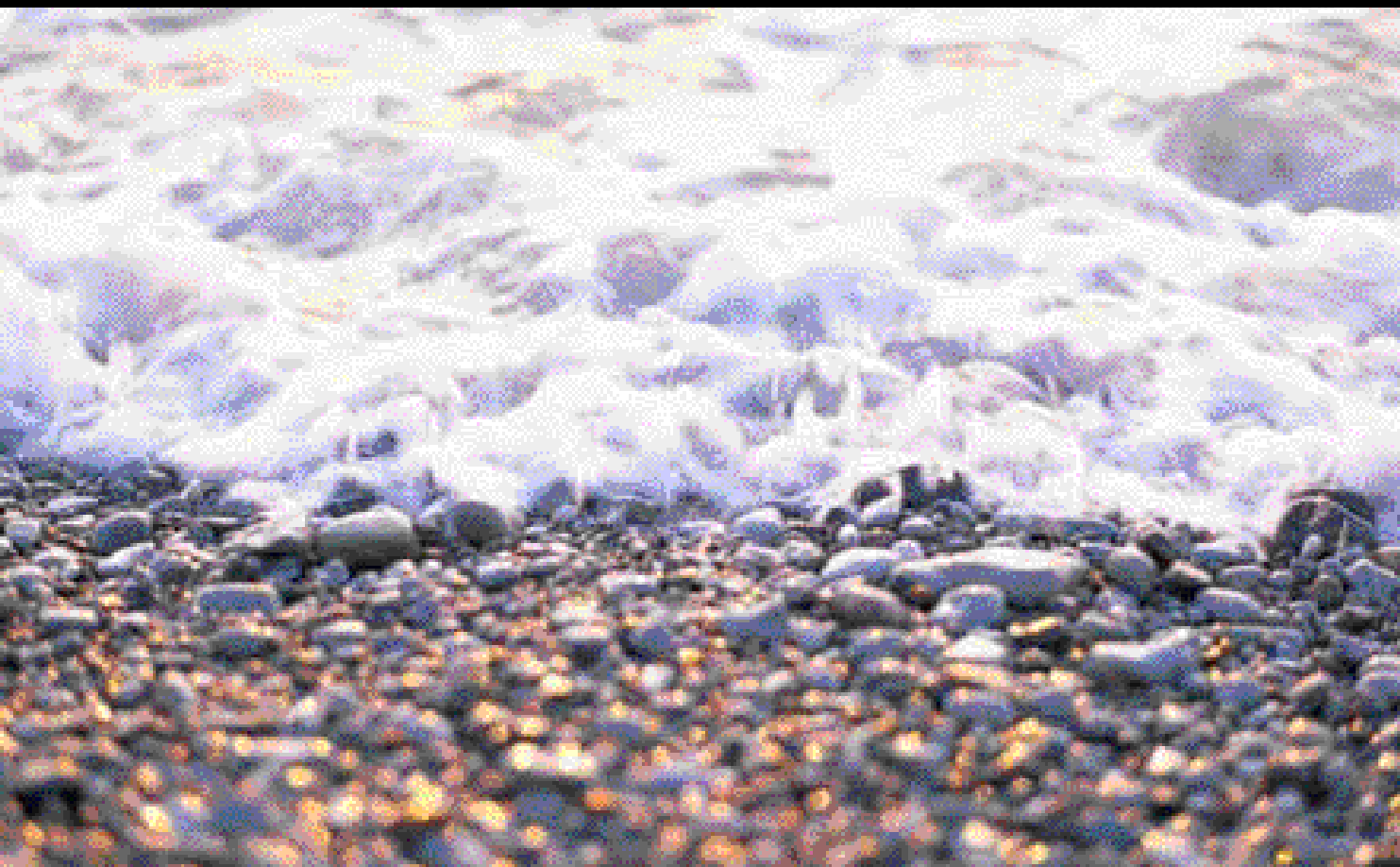


Psykiatri och psykosomatik



KUNSKAPSOMRÅDE INOM SJUKGYMNASTIK





Innehåll

4	SJUKGYMNASTIK INOM PSYKIATRISK VÅRD EN LÄGESRAPPORT DECEMBER 2005
10	FALLBESKRIVNING I
11	FALLBESKRIVNING II
12	FALLBESKRIVNING III
15	SVENSKA DOKTORSAVHANDLINGAR I SJUKGYMNASTIK MED INRIKTNING MOT PSYKIATRI OCH PSYKOSOMATIK
16	BILAGA 1 - ENKÄT
20	BILAGA 2 - DIAGNOSGRUPPER
21	BILAGA 3 - SJUKGYMNASTISKA BEHANDLINGSMETODER
23	BILAGA 4 - UTVÄRDERINGSINSTRUMENT
24	BILAGA 5 - BEHANDLINGSINDIKATION, MÄTMETODER OCH UTVÄRDERINGSINSTRUMENT
25	BILAGA 6 - FÖREKOMST AV SPECIALIST-OCH/ELLER TRAUMAUTBILDADE SJUKGYMNASTER I SVERIGE

Sjukgymnastik inom psykiatrisk vård

En lägesrapport december 2005

SAMMANFATTNING

Sjukgymnasterna bildar en liten yrkesgrupp inom den psykiatriska vården. Det är därför av vikt att göra yrkesgruppen mer känd så att den kompetens som finns kommer patienterna till nytta där den bäst behövs.

Kunskapsområdet sjukgymnastisk vid psykisk ohälsa är tillämpligt vid såväl hantering av stressrelaterad ohälsa som inom psykiatrisk vård. Den evidens som finns i området är grundad på svensk och skandinavisk forskning. Svensk sjukgymnastik har här varit världsledande i utvecklingen. Utvärderingsmetoder och behandlingsmetoder är dokumenterade i avhandlingsarbeten sedan 1980-talet och metoderna sprids över världen. Med sjukgymnastik påverkas symptomutveckling av främst ångest och depression genom kroppsterapi och anpassad fysisk träning. Detta ger hälsoeffekter och motverkar den passiva livsstil som präglar ett liv styrt av psykisk ohälsa.

Behandlingsarbetet är inriktat mot ökad kroppskännetend och att erövra en såväl realistisk som positiv upplevelse av kroppen och kroppens signaler. Att få bättre kontakt med kroppen är en väg till större oberoende och empowerment för den enskilde patienten vars liv ofta präglas av ångest och funktionssvikt av olika slag. Behandlingsarbetet bedrivs enskilt eller i grupp och syftar till ökat kropsmedvetande och förbättrad kroppslig funktion.

Fysisk aktivitet kan ibland ersätta medicinering vid såväl ångest som depression. Sjukgymnaster kan vara en resurs i suicidförebyggande verksamheter. En ökad användning av sjukgymnasterna inom vård och behandling av psykisk ohälsa torde kunna innebära minskade kostnader för samhället och minskat lidande för patienten.

BAKGRUND

Under hösten 2004 kallades representanter för Legitimerade sjukgymnasters Riksförbund, LSR, till information om Nationell Psykiatrisamordning, dess uppdrag och genomförande. De för psykiatrisk verksamhet aktuella fackförbunden uppmanades att höra av sig med ”goda exempel” och med information av vikt för utredningens genomförande.

Som konsekvens av detta möte har sjukgymnastikens yrkesförhållanden inom psykiatrisk vård kartlagts. Frågeställningar om bemanning, arbetsmetoder, utvärderingsinstrument och evidens inom området har skickats ut via Sektionen för psykiatri och psykosomatik inom Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (Bilaga 1). Enkätsvaren ligger till grund för nedanstående sammanställning utöver de fakta som förbundet tagit fram.

SJUKGYMNASTENS KUNSKAPSOMRÅDE

Sjukgymnastens yrkesområde är främst inriktat på människans funktion med kropp och rörelse i fokus. Sjukgymnasten har en gedigen kunskap i anatomi och fysiologi samt om hur den friska människans rörelseförmåga förändras vid sjukdom eller skada. Återuppträning efter sjukdom och skada är sjukgymnastens arbetsområde liksom att finna alternativa strategier för att fysiskt och mentalt fungera i vardagen trots förändrad funktion. Hur människan upplever sin kropp är grundläggande för hennes välmående och upplevda hälsa. Sjukgymnaster är den behandlande yrkesgrupp som systematiskt fokuserar på individens upplevelse av sin kropp i vila och aktivitet.

Grundutbildad sjukgymnast

Grundutbildningen i sjukgymnastik omfattar tre års högskolestudier i disciplinen fysioterapi/sjukgymnastik. Utbildningen är såväl teoretisk som praktiskt förankrad. Praktiken är handledd och äger rum inom sjukgymnasters olika verksamhetsområden.

I sjukgymnastens grundutbildning ingår bl a utbildning/undervisning i ämnet psykiatri och i de sjukgymnastiska arbetssätten fysisk träning, kroppskännedomsträning samt spänningsreglering. Sjukgymnasten får även en orientering i bedömnings- och utvärderingsmetoder specifika för den psykiatriska sjukgymnastiken. Emellertid får studenterna idag ringa praktisk undervisning vid psykiatrisk klinik.

Specialistkompetent sjukgymnast med inriktning mot psykiatri och psykosomatik

Socialstyrelsen förespråkar i sina allmänna råd om kompetenskrav för sjukgymnaster (SOSFS 1998:14), att ”Vissa patienter behöver sjukgymnastiska insatser som förutsätter att den legitimerade sjukgymnasten har en områdes-specifik kompetens. För att tillgodose dessa patienters behov bör det finnas sjukgymnaster med specialisering, dvs adekvat vidareutbildning och klinisk erfarenhet från det aktuella verksamhetsområdet. Följande patientgrupper avses: - patienter med psykisk ohälsa eller psykosomatiska problem”.

Sedan 1996 utfärdas Specialistkompetens av Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund. För specialistkompetens i psykiatri och psykosomatik krävs utöver grundutbildning, minst fem års klinisk erfarenhet varav tre år under handledning inom specialiteten, magisterexamen samt vetenskaplig presentation inom specialistområdet.

Verksamhetsområde

Sjukgymnaster finns anställda inom vuxenpsykiatrisk slutenvård och inom 12 av de 66 Barnpsykiatriska mottagningarna (BUP). Ett fåtal sjukgymnaster i landet, verksamma som privatpraktiserande sjukgymnaster med offentlig finansiering, vänder sig specifikt till patienter med psykiatriska diagnoser. Sjukgymnaster med psykiatrisk kompetens finns, utöver ovanstående områden, även inom den specialiserade vården för traumatiserade patienter som t ex flykting- och tortyrmottagningar.

Primärvårdens tilltagande vårdansvar för personer med depressions- och ångestsjukdomar innebär att det även i primärvården finns ett ökande behov av sjukgymnaster specialiserade inom psykiatrisk och psykosomatisk vård.

Diagnosgrupper

Sjukgymnasten möter patienter med de flesta av den psykiatriska vårdens diagnoser. Ångest, depression och smärta är ofta förekommande symtom oavsett diagnos. Patienter som får sjukgymnastisk behandling återfinns inom diagnosgrupperna depression, förstämningssyndrom, utmattningsdepression, ångestsyndrom, fobier, maladaptiv stress, post traumatisk stress disorder, somatoforma och dissociativa syndrom, ätstörningssjukdomar, tvångssyndrom, självskadande beteende, psykosjukdomar och personlighetsstörningar. Personer med neuropsykiatriska sjukdomar samt beroendeproblematik förekommer också bland de patienter som sjukgymnasten möter och behandlar (Bilaga 2).

Bemanning

Sjukgymnasterna utgör en liten personalgrupp inom den psykiatriska vården. Endast yrkesgruppen undersköterskor understiger sjukgymnasterna i antal. Enligt Landstingsförbundets statistik 2004 finns det 224 ”årsarbetstjänster för sjukgymnast”. Denna siffra skall jämföras med 8038 mentalskötare, 5515 sjuksköterskor, 1931 läkare, 1756 läkarsekreterare, 1935 psykologer och 461 arbetsterapeuter samt ca 600 administratörer.

YRKESGRUPPENS DILEMMA

Enkätundersökningen i samband med Nationell psykiatrisamordning innehöll kommentarer från sjukgymnaster verksamma inom den psykiatriska vården. Där diskuteras återkommande att ”kroppen som grund för att uppleva livet” inte tillräckligt uppmärksammas av personal och organisation. Denna omständighet kontrasteras med att sjukgymnasterna själva, i kontakten med patienten, betonar vikten av ”kroppen som upplevelse” som förutsättning för positiva behandlingsresultat.

Den specifika kompetens som sjukgymnasten tillför den psykiatriska vården handlar till stor del om att sjukgymnasten ger patienten tillgång till att trivas med och i sin kropp. Lika viktigt i behandling är emellertid att fokusera på att återerövra kontrollen över den egna kroppen och över sviktande kropps-funktioner.

Med bemanningstalen som grund blir det tydligt att sjukgymnastens insats spelar en underordnad roll och tillmäts liten betydelse i dagens psykiatriska verksamhet. Med nuvarande resurser kan flertalet patienterna ingalunda erbjudas sjukgymnastisk vård och behandling. Detta är beklagligt.

EVIDENS / BEHANDLINGSEFFEKTER

Såväl doktorsavhandlingar som magisterarbeten har frambringats inom det psykiatriska kunskapsfältet sedan mitten av 1980-talet. Fem sjukgymnastiska avhandlingar är specifikt inriktade på psykiatrisk vård och behandling (se sid 15). Avhandlingarna har haft en klinisk inriktning och omfattat såväl utveckling av utvärderingsinstrument som utvärdering av behandlingsmetoder för stora patientgrupper inom psykiatrisk vård. De dryga tjugotal sjukgymnaster som hittills beviljats specialistkompetens i sjukgymnastik med inriktning mot psykiatri och psykosomatik har skrivit sina avhandlingar eller magisterarbeten om psykiatrisk vård eller om den psykiatriska patientgruppen inom primärvården.

Sjukgymnastens behandlings- och utvärderingsmetoder är baserade på funktionsdiagnoser. Dessa är både tillämpbara i, och utvärderade inom, den psykiatriska vården. Medicinska diagnoskriterier har begränsad relevans för funktionsdiagnosen och den sjukgymnastiska åtgärden.

Det finns alltså tillräcklig evidens för reliabla och valida utvärderingsinstrument vid behandling med sjukgymnastik av patienter med schizofreni, affektiva sjukdomar, ångestsjukdomar, ätstörningssjukdomar, suicidbedömning och långvariga smärttillstånd.

Positiv effekt av sjukgymnastisk behandling är symtomreduktion, ökad social och fysisk funktion samt höjd livskvalitet. Hittills finns publicerade studier om behandling av patienter med ätstörningsproblematik, psykosjukdomar, affektiva sjukdomar, ångestsjukdomar, övergreppsproblematik, långvariga bäckensmärter, somatoforma syndrom, personlighetsstörningar, Gilles de Tourette's syndrom, depression med ångest samt vid oklara smärttillstånd i det muskuloskeletala systemet.

Sjukgymnastens behandling ger, uttryckt i andra termer, dokumenterad positiv effekt på såväl kroppsfunction och kroppsstruktur som på aktivitets- och delaktighetsnivå.

BEHANDLINGSSARBETET

Grundantagandet för sjukgymnastiskt behandlingsarbete är att ohälsa är förbundet med bristande kontakt med och kunskap om den egna kroppen. Positiv erfarenhet av kroppen samt förmåga att tolka kroppens signaler är bristfälligt utvecklade. Sjukgymnastens kompetens och kunskap om förutsättningarna för den friska kroppens funktion kompletteras med hennes/hans kunskap om konsekvenser av psykiska funktionsstörningar och av störningar i rörelsesystemet. Perspektivet är salutogent, dvs behandlingsarbetet fokuserar på det som bidrar till hälsa, patientens kompetenser.

Effekter av medicinering i samband med psykisk ohälsa och dess effekter på rörelsesystemet ingår också i sjukgymnastens kunskapsområde.

Den sjukgymnastiska behandlingen innefattar såväl individuella möten som gruppbehandling. Den påverkar såväl symtomutveckling som livsstil. Sjukgymnasten inom psykiatri använder sig av skilda kroppsterapeutiska metoder, t ex olika former av kroppskännedomshandling, anpassad fysisk träning, avspänning, meditation, taichi, qigong, massage och beröring. Bassängräning och styrketräning samt ofta återkommande undervisning om

kroppens funktion är andra viktiga inslag i behandlingen. I sjukgymnastens behandlingsarbete ingår även att förmedla kunskap om hälsa/ohälsa i relation till kroppslig och psykisk funktion samt livsstilens påverkan på hälsotillståndet (Bilaga 3).

Den psykiatriskt specialiserade sjukgymnasten fokuserar särskilt på patientens upplevelser av och med kroppen, av dennes upplevda och faktiska fysiska förmåga och hur han/hon förmår skapa mening (med livet) utifrån iakttagelser under den kroppsliga behandlingen.

UTBILDNING I SKATTNING OCH UTVÄRDERING

Flertalet sjukgymnaster har vidareutbildning i skattning med Body Awareness Scale (BAS, BARS) eller Resursorienterad Kroppsundersökning (ROK, RSKU m fl beteckningar). Några sjukgymnaster använder Intervjuskala för Kroppsjaget (ISK) som är en vidareutveckling av BAS, BAS-Hälsa eller Body Attitude Test (BAT). Samtliga skalor är reliabilitets- och/eller validitetstestade och alla är konstruerade av och för sjukgymnaster (Bilaga 4 och 5).

ANDRA KOMPLETTERANDE UTBILDNINGAR

Utöver vidareutbildning inom kroppsterapi och/eller behandlingsmetodik är Steg 1 kompetens (grundläggande psykoterapeutisk utbildning) eller motsvarande en vanlig kompletterande kompetensnivå. Ett litet antal sjukgymnaster har även förvärvat psykoterapeutisk kompetens (sk Steg 2 kompetens). Några sjukgymnaster är vidareutbildade i dansterapi, bildterapi och ridterapi och använder kombinationen i sitt vardagliga arbete med att förmedla ökat kroppsmedvetande till patienten.

Ett trettiotal sjukgymnaster är vidareutbildade inom traumaterapi. Dessa återfinns företrädesvis i storstädernas närområde (Bilaga 6).

GODA FÖREBILDER

Det finns flera exempel på hur sjukgymnasten inom den psykiatriska vården har tillämpat sin kunskap på ett föredömligt sätt. Således framhålls den psykiatriska vården som bedrivs på Danderyds sjukhus, ätstörningsvården vid barnpsykiatriska kliniken i Lund, ASTA teamets i Umeå verksamhet för kvinnor utsatta för övergrepp samt ridterapiverksamheten i Östersund som exempel på verksamheter där sjukgymnasten starkt bidrar till den psykiatriska vårdens goda insatser.

Behandlingsmetoder och bemötandepprinciper som har utvecklats inom

psykiatrisk vård har alltmer börjat tillämpas inom den somatiska vården. Nya områden där kroppskännedomsbehandling väckt intresse och uppmärksamhet är vården av patienter med IBS (Irritable Bowel Syndrome) vid Östra Sjukhuset i Göteborg och rehabilitering av lårbensamputerade patienter vid Lund universitetsklinik. Verksamheterna är dokumenterade i vetenskapliga studier.

Några exempel på tillämpning av psykiatrisk sjukgymnastik

Fallbeskrivning I

En 40-årig brandman, gift, med två minderåriga barn, är remitterad från VC till psykiatriska öppenvårdsmottagningen.

Sökte tre år tidigare vårdcentralen för ångest och oro. Fick behandling och stöd-kontakt i primärvården. Helt sjukskriven sedan 2 år. Med tilltagande och accelererande symptom remitteras han till psykiatrisk öppen vård för vidare behandling av stark ångest med andnöd och svimningskänsla. Medicinerar med höga doser Sobril och Stesolid sedan en tid tillbaka.

Funktionsproblemen definieras som; ångest, övervikt, passiv livsstil, hjärtneuros, dåligt självförtroende samt social fobi.

Behandlingsåtgärder: Avgiftning via nedtrappning av medicin. Kroppskännedoms-träning och anpassad fysisk träning blir det huvudsakliga behandlingstilltaget. Syftet är att öka kroppsmedvetenhet, lära sig tolka kroppens signaler, återerövra förlorad kondition samt få tillbaka tilliten till den egna kroppen och till egen förmåga. Återfinna lust och rörelseglädje.

Förlopp: Doserade dagliga promenader ger efter hand ökad kondition och reducerar därmed hjärtklappningen. Samtidig individuell behandling med kroppskännedom ger förståelse för hur och när symtom uppkommer samt ger redskap för att påverka symtomen.

Den individuella behandlingen byts efterhand ut mot gruppbehandling och den sociala fobin minskar. Patienten slutar medicinera efter ca två månader.

Efter tio månader är han symtomfri, är åter i arbete och har bytt jobb. Efter sexton månader avslutas kontakten eftersom patienten anser sig må bra.

Patienten behandlades 1 gång per vecka individuellt under ca fyra månader, därefter gruppbehandling 1 gång per vecka. Sammanlagt hade han 15 individuella behandlingar och 17 gruppbehandlingar.

Ekonomisk betydelse: Den direkta kostnaden för den sjukgymnastiska behandlingsinsatsen understiger kostnaderna för patientens årslånga medicinkonsumtion. Återgång till arbete efter två års sjukskrivning är en stor vinst.

Fallbeskrivning II

35-årig kvinna som remitteras till psykiatrisk öppenvård och därefter till sjukgymnast under diagnosen reaktiv depression med panikångest och sociala fobier. Hon har problem med spänningar i axlar/nacke och medicinerar med Panodil mot ryggsmärtor. Har flera gånger åkt in akut med ambulans för sina hjärtsymtom. Alla undersökningar visar att det inte är ”något fel på hennes hjärta”.

Funktionsproblem: Kan inte vara ensam, kan inte lämna hemmet utan sällskap, kan inte vara stilla, ständig hjärtklappning samt kramp i vänster sida. Har molande smärta i nacke och axlar samt i ländryggen, dessutom nedstämdhet, koncentrationssvårigheter och självmordstankar samt ständig ångest.

Behandlingsåtgärder: Balansträning, kroppskännedomsträning samt promenader i syfte att öka kontrollen över kroppen, påverka symtomens frekvens och reducera symtomutlösande faktorer.

Förlopp: Efter fyra gångers kroppskännedomsträning har hon slutat medicinera mot sina smärtor. Efter två månader är ryggsmärtorna borta. Efter sex månader handlar hon själv i affärer och kan klara av att maken reser bort. Har genomfört gruppbehandling som resulterat i förbättrat självförtroende och ökad självständighet.

Sjukvårdskonsumtion: Individuell behandling 1 gång per vecka i fem månader (20 gånger) + 10 gånger i gruppbehandling.

Under de sju månader som hon har behandlats har hennes hjärtsymtom

försvunnit liksom hennes smärtproblem och sociala fobier. Inga incidenter med ambulansfärder för hjärtsymtom har uppstått under eller efter behandlingstiden.

Ekonomisk betydelse: Kostnaderna för tre av patientens ambulanstransporter till sjukhuset samt akut hjärtsjukvård i samband med ångestfallen överstiger avsevärt landstingets kostnad för den sjukgymnastiska behandlingsinsatsen.

Fallbeskrivning III

Trettiofemårig kvinna med diagnos schizofreni. Behandlas i öppen vård och önskar själv behandling med kroppskännedomsträning efter att ha mött behandlingsformen i samband med anhörigs sjukdomsperiod.

Funktionsproblem: Har ångest, spänningshuvudvärk, migrän och tidvis magkatarr. Har ständiga katastrofkänslor och generaliserad ångest. Svårt att upprätthålla kontakten i påbörjade behandlingar. Är stel i rörelserna, saknar förmåga att slappna av och är ständigt vaksam. Kräver stort personligt avstånd till andra människor som upplevs hotfulla.

Behandlingsåtgärder: Kroppskännedomsträning med syfte att kunna relatera till kroppen som en ”trygg plats att vara i”. På sikt reducera spänningar, öka spontanitet i rörelsemönstret och skapa bättre tillit till den egna kroppen och dess funktion.

Förlopp: År 1, behandling 1 gång per vecka – patienten skaffar hund efter det första året.

År 2, behandling var annan vecka – rädsla och ångest har minskat liksom olika psykosomatiska symtom.

År 3, behandling 1 gång per månad – efterfrågar regelbunden veckoverksamhet ”för att det känns viktigt”, har nu lust att relatera till andra människor.

Ekonomisk betydelse: Farmakologisk behandling har varit stabil under behandlingsperioden och patienten har blivit mer positivt inställd till sin nödvändiga medicinering. Avstått från att påbörja nya psykoterapeutiska behandlingar.

SLUTKOMMENTAR

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund ser det som angeläget att sjukgymnasters kunskapsområde i utökad omfattning kan bli tillgänglig för patienter inom den psykiatriska vården. Den stigande psykiska ohälsan kräver ett nyttjande av alla tillgängliga evidensbaserade resurser. Utifrån den kompetens som sjukgymnasten besitter anser vi att sjukgymnasterna inom psykiatrisk och psykosomatisk vård är en grundligt utnyttjad yrkesgrupp. Att inte använda denna redan existerande resurs kan knappast vara i linje med effektivitetskrav i svensk sjukvård.

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund
Stockholm den 15 december 2005

Margareta Håkanson

Leg sjukgymnast, MSc, Specialist i sjukgymnastik med inriktning mot psykiatri och psykosomatik

Professionsansvarig, LSR

Monica Mattsson

Leg sjukgymnast, Med Dr, Specialist i sjukgymnastik med inriktning mot psykiatri och psykosomatik

Ordförande, Sektionen för psykiatri och psykosomatik, LSR

Mer information om sjukgymnastförbundet finner du på
www.sjukgymnastforbundet.se

Mer information om LRS's sektion för psykiatri och psykosomatik finner du på
www.lsrpsyk.se

Svenska doktorsavhandlingar i sjukgymnastik med inriktning mot psykiatri och psykosomatik

Gertrud Roxendahl

Body awareness therapy and the body awareness scale - treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy, 1985

Monica Mattsson

Body Awareness - applications in physiotherapy, 1998

Susanne Rosberg

Kropp, varande och mening i ett sjukgymnastiskt perspektiv, 2000

Eva Britt Malmgren-Olsson

Health problems and treatment effects in patients with non-specific musculoskeletal disorders, 2001

Amanda Lundvik Gyllensten

Basic Body Awareness Therapy, 2001

Catharina Sjö Dahl-Hammarlund

Gait re-education in transfemoral amputees. The training programme, gait analysis, oxygen consumption and coping, 2004

Sjukgymnastik inom psykiatrisk vård – kartläggning av LSR dec 2004

Enkät till sektionsmedlemmar - Sektionen för psykiatri och psykosomatik

Besvara följande frågeområden:

I. Hur arbetar sjukgymnasten i den psykiatriska vårdorganisationen?

Anpassas användningen av den enskilda sjukgymnasten till den aktuella organisationens behov eller utifrån individens reella kompetens?

Det finns ingen enhetlig självklar roll för sjukgymnasten i psykiatrin och ingen officiell beskrivning av funktion och kompetens. Behöver detta formuleras?

Under många år har vi kämpat för att synas och bekräftas i den psykiatriska organisationen. Trots detta så finns vi idag sparsamt med i de dokument beträffande vad som kännetecknar god psykiatrisk vård.

Är det en önskvärd roll att sjukgymnasten är en del i den psykiatriska vården? Hjälper hon/han till med att uppnå ”bästa vård med minsta insats”?

Varför tycker vi att sjukgymnastens kunskap är nödvändig inom psykiatrins vårdform? För vem är den i så fall nödvändig? Hur synliggörs den? Kan den vårdinsats som sjukgymnasten står för utföras av annan personalkategori?

Om Nej – varför inte?

”Sjukgymnasten utgår från resursbedömning och fokuserar på det fungerande”, påstås det. Stämmer detta? Är det faktum att utgångspunkten ofta är funktion och inte dysfunktion ett av problemen med att räknas som resurs? Kan det vara så att vi har olika mål med patientbehandlingarna beroende på om vi ser dysfunktion eller funktion som utgångspunkt?

2. Den "somatiska" ohälsan

Psykospatienter har stora problem även med somatisk hälsa, som hjärt- kärl sjukdomar, övervikt, smärtproblematik. Vad är den sjukgymnastiska huvuduppgiften inom psykosvården? Somatiska svårigheter och problem möter vi mer eller mindre inom all psykiatrisk vård. Är detta ett arbetsfält för den psykiatriskt arbetande sjukgymnasten?

3. Samtalet och kroppen

I psykiatrin finns traditionellt en övertro på samtalet som den helande länken. Det kroppsliga distanseras och diskvalificeras. Är detta generellt sjukgymnasters åsikter? Blir sjukgymnaster som skaffar psykoterapeutisk kompetens en andra rangens samtalare i andra yrkesgruppers ögon? I så fall kanske yrkesgruppen därför blir onödig? Eller är det enda vägen till acceptans i en samtalskultur? Är det möjligen så att i det sjukgymnastiska arbetet behövs en vidgad psykologisk/ psykoterapeutisk kompetens för att bemöta och fånga upp de reaktioner som aktiveras i den kroppsliga behandlingen?

4. Psykiatrisk rehabilitering

Ofta ser man ingen struktur för den enskilde och heller ingen ledning av de rehabiliterande insatserna. Positivt exempel – Hälsonätet för personer med lättare psykisk ohälsa jobbar utifrån "personlig coach". Skulle detta vara en roll för sjukgymnaster? Vem är mest lämpad att coacha en person med psykiatrisk problematik? Kan det vara yrkesoberoende eller skall det utgå från patientens behov? En period är kanske den sociala problematiken viktigast, en annan är den kroppsliga funktionen i fokus och sjukgymnasten en resurs.

5. Teamarbetet

Hur fungerar detta för sjukgymnasten? Många yrkeskategorier är nöjda. Vad säger sjukgymnasterna? Är detta ett forum för att dela ut remisser till den som bäst har tid under veckan eller är teamet ett nav för att ge parallella och integrerande insatser till patientens bästa?

6. Varför är sjukgymnasten i psykiatri viktig?

Vilka är argumenten?

Några synpunkter:

- Hjälper patienten (åter)erövra respekten för de egna behoven genom att uppfatta signalerna i den egna kroppen
 - Bekräftar respekten för det kroppsliga
 - Sjukgymnasten får TA i och beröra patienten
 - Får ibland se patienten avklädd – ”som hon är”
 - Betraktar och speglar patientens rörelsemönster och rörelsevanor
 - Ger förståelse för symtomuppkomst och dess personliga mening
 - Erbjuder möjlighet till gruppbehandlingar, med eller utan samverkan med andra yrkesgrupper
 - Ger verktyg till egenvård och autonomi. Alternativ till beroende (av vårdpersoner eller kemikalier)
- (Fler och andra alternativ finns säkert?)

7. Finns det visioner för hur sjukgymnastiken kan utvecklas inom psykiatri?

Är vi en underutnyttjad eller felutnyttjad resurs? Ger vi livsstilspåverkan och redskap för att öka förmågan att relatera till andra? Är det något speciellt med det kroppsorienterade mötet? Skiljer den interaktionen sig från andra möten inom vården? Eller vad gör vi?

8. Förslag till forskningsområden?

- Fysisk träning och medicinbehov?
- BK och medicinbehov?
- Kroppsorienterad behandling och identitet
- Avspänning på annat sätt än BK och PDK kontra medicinbehov
- Långtidsuppföljning av patienter som arbetar med sjukgymnast avseende medicinering och sjukvårdskonsumtion

9. Barnpsykiatri och sjukgymnastik

Enligt en Lundaundersökning 2001 används sjukgymnastresurs vid 12 av 66 BUP kliniker. Varför är sjukgymnasten en mer självklar resurs för vuxna personer inom psykiatrisk vård men inte inom BUP? Är det en sund användning av en knapp resurs?

10. Självgranskning

Hur korrelerar vi behovet av sjukgymnastik inom psykiatrin med vårt intresse av att få jobba på ett stimulerande sätt? Jobbar vi med ”rätt patienter”? Använder vi adekvata metoder? Skall vi ge individuell insiktsterapi eller livslust i grupp via fysisk aktivitet eller kombinerar vi det på ett resurseffektivt sätt? Hur tar vi reda på detta?

11. Prioritering

Vi skall och gör hela tiden val och prioriteringar. Vilka normer följer vi när vi prioriterar? Vem och vad styr prioriteringarna för våra insatser?

12. Angelägna behov

Vad behöver vi göra nu för att lyfta fram våra insatser?

Att beskriv välfungerande exempel är mycket önskvärt!

Var uppfattar vi att det är problem? – utifrån uppdraget dvs patientens goda vård.

Socialstyrelsen efterlyser sjukgymnaster med speciell kunskap om psykisk ohälsa. Sjukgymnasterna inom psykiatrin har på ett påtagligt sätt bidragit till den psykiatriska/psykosomatiska sjukgymnastikens formulering av teori och metod. Hur kan vi fortsätta med detta?

Sjukgymnastik inom psykiatrisk vård – kartläggning LSR 2004

DIAGNOSER HOS PATIENTER SOM BEHANDLAS AV SJUKGYMNASTER INOM PSYKIATRISK VÅRD DEC 2004

- Depression
- Förstämningssyndrom
- Utmattningsdepression
- Ångestsyndrom
- Fobier
- Maladaptiv stress
- Post traumatisk stress disorder
- Somatoforma och dissociativa syndrom
- Ätstörningssjukdomar
- Tvångssyndrom
- Självskadebeteende
- Psykossjukdomar
- Personlighetsstörningar
- Beroendeproblematik

Sjukgymnastik inom psykiatrisk vård – kartläggning LSR 2004

SJUKGYMNASTISKA BEHANDLINGSMETODER INOM PSYKIATRI OCH PSYKOSOMATIK

Specifika kroppsterapeutiska metoder

- Basal kroppskänedom
- Psykodynamisk kroppsterapi
- Psykomotorisk behandling
- Bodyamics
- Chocktraumaterapi
- Kroppsorienterade psykoterapi enligt Downing

Pedagogiska metoder

- Feldenkrais/awareness throught movement
- Hälsoedukativa grupper
- Pedagogisk undervisning om kropp och funktion
- Psykodynamiska behandlingsmetoder / icke verbala övningar

Rörelsebehandling

- Kroppsmedvetandeövningar
- Rytms och rörelsegrupp
- Tai chi
- Qi gong

Spänningsreglerande behandlingsmetoder utöver ovanstående

- Fysisk träning
- Autogen träning enligt Schultz
- Progressiv avspänning enligt Jacobssen
- Fyrpunktsavspänning enligt Westin
- Meditation
- Andningsövningar

Anpassad fysisk aktivitet

- Konditionsträning
- Styrketräning
- Återhämningsgrupper

Beröring

- Massage
- Annan beröringsterapi

Kombinationsbehandling med annan terapi

- Bildterapi
- Dansterapi
- Hydroterapi
- Ridterapi
- Samtalsterapi

Relevanta somatiska behandlingsstrategier

- Smärtlindring
 - bl a akupunktur, TENS
- Specifik styrketräning
- Rörelseträning
 - samt specifika sjukgymnastiska åtgärder vid somatisk sjukdom

Sjukgymnastik inom psykiatrisk vård – kartläggning LSR 2004

**SJUKGYMNASTISKA UTVÄRDERINGSINSTRUMENT FÖR RESURSBEDÖMNING
SAMT BEDÖMNING AV KROPPSMEDVETANDE**

INSTRUMENTETS NAMN	UTVECKLAT AV	ÅR	VALIDITET	RELIABILITET
Body Awareness Scale (BAS)	Roxendal	1987	ja	ja
BAS-H (hälsa)	Roxendal, Ryding och Rudebeck	2000	ja	nej
Intervjuskala kroppsupplevelse (ISK)	Roxendal, Nordwall	1997		ja
Kroppsbildsundersökning	Bunkan	1996	nej	nej
Resursorienterad kroppsundersökning ROK, RSKU m fl beteckningar	Bunkan	2004	ja	ja
Body Awareness Rating Scale (BARS)	Skatteboe	2000		ja
ANDRA UTVÄRDERINGSINSTRUMENT ÖVERSATTA OCH/ELLER ANVÄNDA AV SJUKGYMNASTER				
Body Awareness Test	Probst Översatt till svenska	1998 2000	ja	ja
EGON	Russel/Slade	1973	ja	ja
Draw a person	Macover	1948	nej	nej

Ovanstående bedömnings/utvärderingsinstrument används regelmässigt inom den psykiatriska sjukgymnastiken. Därutöver brukas gängse sjukgymnastiska bedömningsinstrument för att skatta kondition, styrka, livskvalitet, självförtroende och coping.

Sjukgymnastik inom psykiatrisk vård – kartläggning LSR 2004

**UNDERSÖKNINGS- OCH BEHANDLINGSINDIKATIONER,
METODER FÖR ATT MÄTA EFFEKT AV SJUKGYMNASTISKA ÅTGÄRDER
SAMT VANLIGA UTVÄRDERINGSINSTRUMENT I KLINISKT ARBETE**

BEHANDLINGSINDIKATION	MÄTMETODER	UTVÄRDERINGSINSTRUMENT, frekvent använda
Resursbedömning	Sjukgymnastiska utvärderingsinstrument	Resursorienterad kroppsundersökning, (ROK, RSKU m fl), Body Awareness Scale, BAS Body Awareness Scale – Health, BAS-H Intervju Skala Kroppsupplevelse, ISK
Förändra kroppsmedvetande	Sjukgymnastiska utvärderingsinstrument	BAS, ISK, Kroppsbilds undersökning enl Bunkan, Draw a person, BAT, EGON
Fysisk aktivering	Sjukgymnastiska utvärderingsinstrument Fysiologiska mätmetoder	Borgs upplevelseskala, test av gånghastighet resp muskelstyrka mm Cykelergometritest, syreupptagningsförmåga (VO ₂)
Spänningsreglering	Sjukgymnastiska utvärderingsinstrument Psykometriska test	ROK, BAS, Muskelpalpation Psykometriska test med muskelspännings item
Ångestreducering	Psykometriska test	Ångest och depressionsskalor Livskvalitetsskalor (QOL instrument) Välbefinnandeinstrument
Kroppsinriktad psykoterapi	Sjukgymnastiska utvärderingsinstrument Psykometriska test	ROK, BAS Symtomskalor och/eller välbefinnandeinstrument Livskvalitetsskalor

Sjukgymnastik inom psykiatrisk vård – kartläggning LSR januari 2005

**GEOGRAFISK SPRIDNING AV SJUKGYMNASTER
SPECIALISTKOMPETENTA OCH/ELLER MED VIDAREUTBILDNING
I TRAUMATERAPI 2005**

Region Skåne	7
Landstinget Kronoberg	1
Västra Götaland	10
Landstinget Halland	1
Landstinget Värmland	1
Landstinget i Östergötland	1
Stockholms läns landsting	8
Landstinget i Uppsala län	2
Västerbottens läns landsting	2
Landstinget i Västernorrland	1
Landstinget Gävleborg	1

Sjukgymnasterna är mestadels anställda inom offentlig öppen psykiatrisk vård, men ett par är egna företagare eller återfinns vid tortyr-, kris- och traumacentrer inom privat och offentlig vård.

LEGITIMERADE SJUKGYMNASTERS RIKSFÖRBUND
Box 3196 103 63 STOCKHOLM TEL 08-567 06 100 FAX 08-567 06 199
KANSLI@LSR.SE WWW.SJUKGYMNASTFORBUNDET.SE
SEKTIONEN FÖR PSYKIATRI OCH PSYKOSOMATIK WWW.LSRPSYK.SE

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund ser det som angeläget att sjukgymnasters kunskapsområde i utökad omfattning kan bli tillgänglig för patienter inom den psykiatriska vården. Den stigande psykiska ohälsan kräver ett nyttjande av alla tillgängliga evidensbaserade resurser. Utifrån den kompetens som sjukgymnasten besitter anser vi att sjukgymnasterna inom psykiatrisk och psykosomatisk vård är en grundligt utnyttjad yrkesgrupp. Att inte använda denna redan existerande resurs kan knappast vara i linje med effektivitetskrav i svensk sjukvård.

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund
Stockholm den 15 december 2005

Margareta Håkanson

*Leg sjukgymnast, MSc, Specialist i sjukgymnastik med inriktning mot psykiatri och psykosomatik
Professionsansvarig, LSR*

Monica Mattsson

*Leg sjukgymnast, Med Dr, Specialist i sjukgymnastik med inriktning mot psykiatri och psykosomatik
Ordförande, Sektionen för psykiatri och psykosomatik, LSR*

KUNSKAPSOMRÅDE INOM SJUKGYMNASTIK

Sveriges sjukgymnaster

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund
Box 3196 103 63 Stockholm Tel 08-567 06 100 Fax 08-567 06 199
kansli@lsr.se www.sjukgymnastforbundet.se www.lsrpsyk.se

