



# Psyche

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN FÖR SJUKSKÖTERS KOR NO 1/2012

## **SJÄLVSKADEBETEENDE**

– att sväva mellan hopp och förtvivlan

Upplevelser och interaktion i en vårdkontext

## **BÄTTRE VÅRD, MINDRE TVÅNG**

- om patienterna får vara med och bestämma?

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  
Ikonmålning föreställande Caterina av Siena

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

## Bättre vård, mindre tvång - om patienterna får vara med och bestämma?

Av Eva Andreasson ..... sid. 6



Av Britt-Marie Lindgren ..... sid. 10

## Beardslee familjeintervention – en metod att uppmärksamma barns behov

Av Christina Reslegård ..... sid. 14

## Betydelsen av att omvårdnadshandledning bygger på ett omvårdnadsteoretiskt perspektiv

Av Jörgen Öijervall ..... sid. 16

## Traditionellt sjukdomsfokus och nya psykosociala riktlinjer – var finns psykiatrisjuksköterskan?

Av Henrika Jormfeldt ..... sid. 18

Notiser ..... sid. 22



### ORDFÖRANDE HAR ORDET:

**P**å årsmötet i Göteborg togs beslut om en förändring av föreningens namn. Numera heter vi Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor. Vidare beslutades att vårt engelska namn är: Swedish Association for Psychiatric and Mental Health Nurses.

En bakgrund till tillägget på det svenska namnet är att när vi presenterar föreningens namn i olika sammanhang måste man lägga till att vi är en professionsförening för sjuksköterskor. Med detta blir det enklare och det är naturligt med tillägget. Vi kommer också att ha kvar vår förkortning och logotype; PRF.

Två nya personer valdes in i styrelsen: Maria Åling och Patrik Dahlqvist Jönsson som vi varmt välkomnar. De har skrivit en presentation av sig själva i detta nummer av Psyche. På vår hemsida kan ni läsa mer om de övriga förtroendevalda i PRF.

Jag vill samtidigt passa på att tacka Inger Johansson och Sten-Ola Berdenius för deras insats i styrelsen. Båda lämnade styrelsen av personliga skäl tidigt under hösten 2011.

Styrelsen har diskuterat en hel del kring hur vi som förening i större utsträckning kan ha en dialog med medlemmarna. Vi diskuterade detta vidare med deltagarna på Årskonferensen i Göteborg. Det som styrelsen beslutade var att vi har som ambition att vår hemsida [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se) skall användas mer aktivt och uppdateras oftare. Vi kommer också att skicka ut e-post med förfrågningar om olika saker. Det kan t.ex. vara när vi skall svara på en remiss då vill vi få synpunkter. Om du vet med dig att du inte har lämnat din e-post adress eller byter meddela då detta till medlemsansvarige Susanne Syrén.

Ett annat forum där PRF finns och vill bli mer aktiv är på facebook. Vi har sedan flera år en egen sida där och ser gärna fler som använder sig av denna. Vi har ibland fått frågor från medlemmar som vill höra hur andra har det ute i landet och på vår sida på facebook finns det möjlighet att föra diskussioner, lämna information mm.

Ett av föreningens hittills största arrangemang kommer att gå av stapeln i september: Horatio Festival Stockholm 2012 och jag tror väl att ingen har missat detta. Nu finns det ett gyllene tillfälle att delta på en större konferens som dessutom hålls i Sverige och där arrangören är Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor. Vi vill lyfta fram psykiatrisjuksköterskan. Det skall synas och märkas att vi är en grupp som har en viktig roll, vi är inte en liten grupp i marginalen. Har du inte börjat se på vägar för att ta dig till Stockholm mellan den 20-23 september så är det hög tid nu. Detta är inget som man får missa!

Sist men inte minst vill jag passa på att tacka för att jag fått förtroende att fortsätta arbetet som ordförande i ytterligare två år. Det är med ödmjukhet men också stolthet.

**Richard Brodd**

*Ordförande*

Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor

Ps. Vet ni om att PRF fyller 50 år 2014? Då måste vi fira! Ds.



**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.*



**Keynote speakers**

- Phil Barker
- 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](http://www.psykriks.se)

**Horatio Festival fees**

All payments to be made in Swedish Kronor SEK

Full Conference	Early Bird	Standard
	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](http://www.psykriks.se)



Stay in touch with us through the Conference website at [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se)

# Bättre vård, mindre tvång

- om patienterna får vara  
med och bestämma?



Av Eva Andreasson  
Specialistsjuksköterska/case manager  
NåUt-teamet, Psykiatri Sahlgrenska

Efter många års erfarenhet av arbete med patienter som har psykosjukdom har jag blivit allt mer uppmärksam på hur stigmatiserade och traumatiserade patienter ofta blir av att tvångsvårdas. Tvångsvård skadar patienternas självkänsla. Deras känsla av människovärde får sig en törn. Patienter är oerhört sårbara och utsatta när de vårdas med tvång. Något av det svåraste vi som psykiatripersonal kan göra är att sätta gränser för patienterna med hjälp av tvångsvård och tvångsåtgärder. Det innebär ett verkligt etiskt dilemma; vi vill hjälpa patienten genom att behandla, men samtidigt värna så mycket som möjligt om hans/hennes självbestämmande och integritet. Ofta upplever man, som väl är retrospektivt, att gränssättningen var till gagn för patienten. Men ibland blir det fel, trots goda intentioner.



”Det kan va om vädret, eller sport eller vad som helst. Det tycker jag dom kunde göra mer. Prata med patienterna.”

Utifrån den bakgrunden har jag valt att göra denne studie. Min intention har varit att försöka förbättra vården för de patienter som behöver tvångsvård genom att: få kunskap om hur patienter uppfattar omhändertagandet vid tvångsvård och att sprida den kunskapen, och att studien skulle ligga till grund för utvecklande av en individuell handlingsplan vid eventuell framtida tvångsvård där patienter skulle ges möjlighet att själva formulera hur de vill att vi ska agera om de återinsjuknar i psykos och kanske behöver vård med hjälp av tvång igen.

Få enheter har idag någon skriftlig rutin för att utvärdera tvångsvården. Nya metoder för att bearbeta patienters upplevelse av tvångsvård behövs. Många studier beskriver patienters upplevelser och erfarenheter av tvångsvård, men det är få studier som belyser hur de uppfattar omhändertagandet under tvångsvårdstiden, vilket var syftet med studien.

## Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan

Studien gjordes i samarbete med Ingela Skärsäter, professor i Vårdvetenskap med inriktning på omvårdnad inom Sahlgrenska akademien. Den publicerades 2011 i Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing och har en kvalitativ design med en fenomenografisk analysmetod, eftersom fokus för studien var att ta reda på patienternas uppfattningar av hur det varit för dem att tvångsvårdas. Datainsamlingen gjordes i form av intervjuer vid två olika psykosmottagningar. Tolv patienter som har psykosdiagnos och erfarenhet av tvångsvård intervjuades under 2008-2009.

## Att få det stöd man behöver Att få god omsorg

Patienternas uppfattning var att omhändertagande var gott om personalen var tillförlitliga, uppmärksamma, engagerade och visade omtanke. Jag vet inte om personalen lever kvar i det här, jag vet förr var det bara läkaren som fick prata med patienten ...har jag hört. Det verkar som en del lever kvar i det. Att dom tilltalade en oftare. Det är inte farligt att prata med mig.

Det innebar en trygghet att möta personal som var erfaren, kompetent, bemötte dem med fasthet och stabilitet men som också satte gränser och ställde krav som kändes rimliga. Då uppfattade de att personalen verkligen ville att det ska gå bra för dem. Som det där ät upp dina mediciner om du ska härifrån. Det var rätt så smart. (skratt) ....Då fick dom en öppning där liksom ....och min mat skulle jag äta upp också ....Å bara förstå att det kanske ...kunna komma härifrån på nåt sätt (skratt).

Patienter kände sig stärkta av personal som var uppmuntrande och kunde förmedla hopp. De ville få stöd av personal som förde deras talan, bevakade deras intressen och såg till att de fick vad de behövde. Patienterna uppskattade vardagliga samtal och att få praktiskt stöd. De behövde hjälp med att slappna av och avleda tankar. De mädde bra av att personalen umgicks med dem för att avleda uppmärksamheten på besvärande psykosymtom som de behövde hjälp att bryta. Jag tycker som sagt att dom kunde tilltala mig oftare. Jag tror det är bra om man är inne i sina egna psykotiska tankar, då är det bra att bli lite distraherad ....få lite annat att tänka på....Det behöver inte va om sjukdom. Det kan va om vädret, eller sport eller vad som helst. Det tycker jag dom kunde göra mer. Prata med patienterna.

Information som speglade verkligheten lugnade och gjorde patienterna trygga. Ja, jag var ute med en, på ledsagarpromenad med en skötare. Så hade jag fått för mig att det fanns gaskammare i källaren på psyket, att dom gasade patienterna där. Jag läste att dom gjorde så i Tyskland på början av 40-talet. Men då berättade han att han hade duschat där. Jag duschade där i morse sa han. Det är personalduschar. Jag tyckte att det var bra att han sa det. För en del i sjukvården vill inte prata om vanföreställningarna, dom sopar undan det liksom.

För att kunna ta till sig informationen vad det viktigt att känna till till personalen. Patienterna kände personalens omtanke när de fick praktiskt stöd. Extra förtroende kände patienterna för personal som gav dem mer stöd än vad de förväntade sig att få.

## Att få det skydd man behöver

Patienterna hade behov av att få skydd för att känna sig trygga. De kände sig tryggare om personal som de hade förtroende för var med dem, exempelvis till sjukhuset när de togs in med polis. Deras uppfattning var att tvångsvård kunde vara nödvändig och också uppfattas som ett skydd. Det var därför viktigt att inte avvisas när man söker hjälp i tid.

Patienterna eftersökte möjligheten att utforma en skriftlig plan för patienter som riskerar att bli farliga för sig själv och andra, där det står hur de vill att sjukdomen ska hanteras i form av intagning på sjukhus eller andra aktiviteter som skulle kunna göras för att förhindra tvångsvård.

Tvångsvård och tvångsåtgärder skulle i vissa fall kunna undvikas om patienterna möttes av tålmodig personal som tog sig tid inför tvångsåtgärder. För att förstå och acceptera att ta

# ”Patienterna kan ta ansvar trots att de är tvångsvårdade men de vill bli motiverade och känna sig inbjudna och delaktiga i sin vård.”

emot vård och behandling behövde patienter i det akuta skedet när de är förvirrade och psykotiska, få konkret information, om konsekvenser om de nekade eller erbjudas alternativa lösningar till att hantera sin situation. Att känna tillit till personalen kunde lugna ner hotfulla situationer. Patienter behövde trygghet och närhet till personalen när de utsattes för tvång i form av isolering och mekaniskt tvång.

## Att få hjälp att förstå

Patienterna behövde få både muntlig och skriftlig information för att förstå, dämpa oro och kunna fatta beslut. De behövde få förståelse för varför de tvångsvårdades och vad det exempelvis innebar utifrån ett juridiskt perspektiv. De behövde också i ett tidigt skede förstå och begripa vad som ska hända, få information om sin sjukdom och vilken behandling som fanns tillgänglig för dem, samt information om förväntade biverkningar för att själva bidra till att minimera dem. Informationen måste dock anpassas. För mycket och för tidig information, exempelvis fokus på biverkningar kunde skapa oro och motvilja mot att ta läkemedlen.

De behövde ges tid och möjlighet att regelbundet prata med någon om sina funderingar och ges svar på sina frågor. Rutiner och regler kan för patienterna tyckas obegripliga att förstå och kan behöva förklaras. Även om tvångsvården och tvångsåtgärder uppfattades motiverade, var det viktigt att i efterhand, när situationen lugnat ner sig få prata om vad man upplevt, för att få hjälp att förstå nödvändigheten med tvång. *Jag hade velat prata om det efteråt såklart, men de är ju, det är ju så intensivt allting .... Varför dom gjorde så, om det var av rädsla att jag skulle börja bli... som att jag skulle slå runt omkring mig eller...*

## Att vårdas i en läkande miljö

Patienterna kände trygghet när de hade närhet till personalen men också då deras behov av enskildhet tillgodosågs. *Trygghet, jag vet inte..... nä det är väl just att de finns till hands å att dom syns om nån skulle få nåt anfall.*

Det var meningsfullt för dem att ha något att göra för att slippa tvingas till sysslolöshet. Det var läkande att få hjälp med att komma in i vardagsrutiner i en miljö som är trivsam och hygienisk och att etablera kontakt med andra människor. Det fanns också erfarenheter av att vårdmiljön inte alltid var läkande, exempelvis brister i personalens rutiner och kommunikation satte patienter i kläm.

## Att vårdas med respekt

### Att bli sedd som medmänniska

Patienterna ville slippa känna sig osynliga, inför personalen. De vill bli tagna på allvar men också att bli bemötta med empati och respekt. *Nä, men det var en av personalen. Nu minns jag inte vad han hette, men jag tyckte inte att han var så trevlig. För jag ville helst äta på mitt eget rum ....inte bland dom andra patienterna i början då. Så sa han då. Jasså, sällskapet passar inte, sa han. Det tyckte jag var lite onödigt. Det var ju inte så att jag såg ner på dom andra patienterna. Det var att jag inte mädde så bra. Därför ville jag äta för mig själv.*

De ville inte att det skulle pratas över huvudet på dem utan att de blev mötta som vuxna människor. De ville bli bemötta som vanliga personer fast de var sjuka. *Att man talar ...även om man inte är riktigt frisk, vill man bli tilltalad som en frisk person, tycker jag ....man vill bli tagen på allvar.*

Patienter uppskattade personal som var personliga och kunde använda humor. De ville möta

ärlighet och äkta omtanke, känna sig omtyckta och inte känna sig avvisade om man mötte dem i något annat sammanhang. Patienter erfarenhet var att deras integritet kunde hotas om de behövde gå ut i sällskap av personal eller att hämtas i sitt hem av polis. *Jag var ju väldigt sur på den där sjuksköterskan, stackars sjuksköterskan som skulle följa med mig då liksom va..... Jag trodde det skulle synas att på mig att jag var en sån där tvångsvårdad individ då... jag blev så lättad när hon tog vanliga civila kläder på sig då.*

Patienterna hade erfarenheter av att personalen inte alltid stod på deras sida, viss personal uppfattades som elaka och bemötte dem respektlöst. De upplevde att personalen ibland tog sig fördelar och ibland utnyttjade sin makt för att kränka dem. De vill känna sig rättvist behandlade och att inte personalen utnyttjat deras underläge.

## Att vara självständig

Det är viktigt för patienterna att känna att de till viss del kunde behålla sin självständighet även när de vårdades med tvång. De behöver känna att de har kvar initiativet och att inte personalen bestämmer med än nödvändigt, utan fokuserar på det som är viktigt för hälsan och tillfrisknandet, en kvinna uttryckte det så här: *...Jag fick ju eget rum till att börja med då , ...dom lät väl bli sånt som de inte hade med att göra på nåt sätt. De ägna sig åt att försöka få mig att äta tabletter i stort sätt. Det var bara det liksom.*

De ville inte ha mer hjälp än de behövde och man ville kunna välja när man skulle gå ut och slippa tjat om småsaker, som till exempel klädseeln. För att återfå känslan av självständighet och känna att de återfår sin frihet, är det viktigt för patienterna att få komma ut och lämna avdelningen, även om det sker stegvis, men man vill då kunna välja när man ska gå ut. En kvinna beskriver det så här: *....men från och med den tiden så skulle jag få gå ut. Så jag fick alltså sitta och vänta på att gå ut och promenera för att dom skulle sitta i det här mötet ....*

## Att vara delaktig

Det var viktigt för patienterna att de var delaktiga i sin vård trots att de vårdades under

tvångslag, att personalen uppmärksammade deras ”friska inre kärna”. Det var betydelsefullt att de fick möjlighet att diskutera och föra en öppen dialog, exempelvis om medicinering. Men deras uppfattning är att de behöver motiveras till att bli delaktiga men att de också känner sig inbjudna till att samverka.

Patienter tyckte kontakten med kontaktpersoner var viktig. De uppskattade och tyckte det var viktigt att de har någon att samtala och resonera med. När de mädde bra igen ville de ha möjlighet, att på ett reflektera över tvångsvårdstiden och varför blev intagna för att kunna resonera om hur framtida tvångsvård kan förhindras, en kvinna uttryckte det så här: *Nu kan jag välja, nu kan jag säga att om jag blir sjuk igen så... fast det är inte riktigt klart en, egentligen ändå, jag borde egentligen ta den här diskussionen med Karin, när jag träffar henne. Att om när jag blir sjuk så vill jag att ni gör si och så.*

## Slutsats

Patienter tycker att omhändertagande vid tvångsvård är gott om de uppfattar att personalen vill dem väl, ser deras utsatthet, förmedlar hopp och visar extra omtanke. Det är en omskakande händelse att insjukna i en psykossjukdom och det kan vara svårt för patienten att acceptera sin diagnos och att det finns en risk för ett återinsjuknande. Stigmatisering kan innebära ett hinder för återhämtning. Patienten behöver stöd och hjälp att hantera och acceptera sin situation. Processen för sörjande måste därför ges tid.

Omhändertagandet kan också ge patienterna en känsla av skydd och vila från omvärlden. Information behöver vara anpassad både till form och till tidpunkt för att de ska kunna ta till sig och förstå den. Tvångsåtgärder skulle kunna förhindras, och kränkningen minska, om patienterna får konkret information som visar på konsekvenser och om de får möjlighet att välja mellan alternativa lösningar. Om patienterna får information om vilka ramar som gäller för dem och varför, och därefter ges alternativa lösningar och tid till att hantera sin situation, så kan det förhindra tvång eller minska upplevelsen av kränkning. För att patienten ska bära med sig erfarenheter av att vårdtiden inte varit negativ

krävs att personalen förmår erbjuda en miljö där positiva upplevelser dominerar och de vill slippa tvingas till sysslolöshet.

Patienterna vill slippa känna sig som osynliga och att den kulturella distansen mellan patienter och personal minskas. De vill behålla så mycket som möjligt av sin självständighet och behöver utrymme, tid och eget revir. Patienterna kan ta ansvar trots att de är tvångsvårdade men de vill bli motiverade och känna sig inbjudna och delaktiga i sin vård.

Vi uppmärksammar inte alltid det friska hos patienterna, deras inre resurser. Om patienten får möjlighet att utforma en individuell handlingsplan efter tvångsvårdstidens slut kan den styrkan kanaliseras under tvångsvårdstiden. Det är traumatiskt för många patienter att återknyta till tidigare psykotisk episod. Det kan vara svårt att acceptera att det finns en risk för ett återinsjuknande och kanske tvångsvård igen. Patienten kan behöva tid att acceptera och se nyttan av en sådan plan. Processen för sörjande och acceptans måste ges omtanke och tid.

## En Individuell samarbetsplan

Med stöd av studien har en arbetsgrupp på Psykiatri Psykos, Sahlgrenska Universitetssjukhus utformat en Individuell Samarbetsplan Syftet med samarbetsplanen är att eventuellt kunna förhindra tvångsvård och/eller tvångsåtgärder och att öka patientens möjlighet till delaktighet om tvångsvård behövs och på så sätt stärka känslan av autonomi och integritet.

Den Individuella Samarbetsplanen prövas nu i projektform för att utvärdera hur den fungerar i praktiken. Den består av tre delar. Del 1 är en utvärderingsdel och fungerar som en intervju-mall. Patienten ges här möjlighet att berätta om tvångsvårdstiden, utvärdera upplevelsen och komma med synpunkter till dem som vårdat honom/henne. I Del 2 utforma patienten den individuella samarbetsplanen tillsammans med sin case manager när han/hon är redo att diskutera ett eventuellt återinsjuknande i psykos och behov av vård om insikten brister. I planen formulerar patienten med stöd av vad som framkommit i utvärderingen hur sjukdomen ska hanteras och åtgärder för att förhindra

tvångsvård eller tvångsåtgärder vid ett eventuellt återinsjuknande. Samarbetsplanen aktiveras om patienten återinsjuknar. Del 3 är en utvärdering om planen har använts.

Min förhoppning är att den individuella samarbetsplanen vid tvångsvård inte bara ska öka patienternas delaktighet, utan ge patienterna möjlighet att bearbeta sina upplevelser efter att tvångsvården avslutats. Förhoppningsvis kan en sådan plan även påverka omvårdnaden vid tvångsvård i positiv riktning för de patienter som av olika anledningar inte klarar av att upprätta en sådan plan.

<b>Referenser</b> <div>Kuosmanen L., Hätönen H. &amp; Malkavaara et al. (2007). Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: the patients' perspective. <i>Nursing Ethics</i> 14, 597-607. Lilja L. &amp; Hellzén O. (2008). Former patients´ experience of psychiatric care: A qualitative investigation. <i>Journal of Mental Health Nursing</i> 17, 279-286 Marton F. (1981). Phenomenography: Describing conceptions of the words around us. <i>Instructional Science</i> 10, 177-200. Mueser K.T., Lu W. &amp; Rosenberg et al. (2010). The trauma of psychosis: Posttraumatic stress disorder and recent onset. <i>Schizophrenia reseach</i> 116, 217-227 Olofsson B. &amp; Norberg A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 33, 89-97. Schöder A. Ahlström G. &amp; Larsson Wilde B. (2006). Patients´ perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 15, 93–102</div>
--



# Självskadebeteende

## – att sväva mellan hopp och förtvivlan Upplevelser och interaktion i en vårdkontext



Av Britt-Marie Lindgren

Psykiatrisjuksköterska, doktor i medicinsk vetenskap med inriktning mot omvårdnad, Umeå Universitet.

Självskadebeteende förekommer i många olika former och det är inget nytt fenomen utan finns beskrivet sedan lång tid tillbaka. Det finns berättelser om helgon som har svultit och torterat sig själva på olika sätt, till exempel Caterina av Siena. I medicinska journaler från 1900-talet finns "nålkvinnor" beskrivna – kvinnorna stack sig själva med nålar, företrädesvis i magen. I dagens samhälle ägnas den kvinnliga såväl som den manliga kroppens utseende stor uppmärksamhet i filmer, mode, reklam osv. Människor påverkas på olika sätt av hur det rådande idealet är i förhållande till den egna kroppen. Självskadebeteende av den typ som jag har undersökt verkar däremot inte vara en reaktion på hur man ska se ut för att passa in. Det handlar snarare om att det inte finns något annat sätt att hårdna ut på. Jag har använt följande definition av självskadebeteende i min avhandling; ett upprepat, impulsivt beteende där hudskada uppstår. Avsikten med handlingen är inte att begå självmord, istället har personen en önskan att lindra ångest.

Upplevelser av självskadebeteende kan beskrivas utifrån olika perspektiv. Studier rapporterar övervägande negativa erfarenheter av vård och bemötande bland personer med självskadebeteende. Anhörigas upplevelser i samband med självskadebeteende är mycket sparsamt beskrivna i litteraturen men det framkommer att föräldrar har begränsade kunskaper om beteendet i sig. De framhåller att det väcker starka negativa känslor när beteendet uppkommer i den egna familjen. Studier visar att psykiatrisjuksköterskor uppfattar självskador som ett komplext beteende. Värdet av engagemang lyfts fram och vidare framkommer den känslomässiga påfrestningen som det innebär att vårda dessa personer och att ständigt bedöma potentiell risk för självskada.

Utifrån den forskning som finns väcktes mitt intresse för hur personer med självskadebeteende, vårdare och närstående upplever den vård och det bemötande som erbjuds/ges. Jag ville också veta mer om vad det är i interaktionen mellan personer med självskadebeteende och deras vårdare som blir så svårt och komplicerat som det beskrivs.

### Avhandlingens syfte

Avhandlingen består av fyra delstudier och det övergripande syftet var att beskriva erfarenheter av vård bland personer med självskadebeteende, professionella vårdare och närstående (föräldrar), samt att belysa tolkningsrepertoarer som konstruerar interaktionen mellan personer med självskadebeteende och deras professionella vårdare.

### Resultat

I **den första studien** belystes upplevelser av vård och bemötande bland personer med självskadebeteende. Nio kvinnor med självskadebeteende, mellan 19 och 35 år (median 25 år) intervjuades och kvinnorna berättade om sina erfarenheter från såväl nationell som internationell vård. De berättade om upplevelser från psykiatrisk slut- och öppenvård, somatisk akutvård samt från socialpsykiatrisk vård. Deras upplevelser handlade om positiva och negativa aspekter av att bli sedd - inte bli sedd, vara värdefull - bli stigmatiserad, ha tillhörighet - vara avskärmad, bli trodd - bli ifrågasatt samt att bli förstådd - inte förstådd. De beskrev sina förväntningar och upplevelser av att bli sedd som en människa

med förmågor, önskingar och behov och inte som en människa med bara svårigheter. De kände sig förstärkta när personalen utforskade orsaker till självskadebeteende och frågade om deras mående, när personalen talade öppet om självskadehändelsen likväl som när personalen uppmuntrade andra, mer hälsosamma sätt, att uttrycka sina behov. Kvinnorna beskrev att de kände sig bekräftade när personalen trodde på dem och när de förmedlade att det kan bli bättre. Sådana erfarenheter ingav hopp. En kvinna berättade;

*"Ja, dom har tålmod och dom har varit, det har varit skönt därför att dom har varit övertygade om att...också att man kommer att förändra, att saker och ting kommer att bli bättre och sådana saker."*

Kvinnorna upplevde att självskadebeteende ofta bedömdes som negativt och som en sjukdom. De beskrev att personalen visade bristande respekt för dem och upplevde att de blev behandlade som objekt, en sak utan själ, vilket upplevdes som en "professionell" stigmatisering. De upplevde att stigmatiseringen dominerade vilket bidrog till känslor av skam, misstroende och att inte bli tagen på allvar samt att bli sedd som "ett hopplöst fall".

Som en kvinna uttryckte det;

*"Jag menar om dom ska hjälpa själva tvivlar på en redan när man kommer, då känns det inte som att det ger mig så mycket mer tro på mig själv heller."*

Kvinnorna upplevde att de inte blev trodda när personal undvek att tala om självskadebeteende, som om beteendet skulle "smitta" andra människor, "talar man inte om det så finns det inte". Erfarenheter som upplevdes otillfredsställande ingav hopplöshet.

Resultaten visade en paradox. Å ena sidan insåg kvinnorna att samhället i stort anser att självskadebeteende är ett oacceptabelt sätt att hantera psykiskt lidande, å andra sidan upplevde kvinnorna att självskadandet var det som gjorde det möjligt att överleva - ett sätt att inge sig själv hopp.

**Nästa delstudie** handlade om att belysa upplevelser av att vårda personer med självskadebete-

ende i psykiatrisk slutenvård. Sex sjuksköterskor, tre kvinnor och tre män mellan 27 och 53 år intervjuades. Sjuksköterskorna upplevde att när de kunde balansera och sätta gränser i vården av personer med självskadebeteende var vårdandet en positiv utmaning. De beskrev en förståelse, ett engagemang, en hoppfullhet och en känsla av att kunna hjälpa. En sjuksköterska sa;

*"Möjligheten finns alltid, det finns inget fall som är för svårt. Det är ju så man måste tänka."*

De beskrev svårigheter likväl som strategier för att kunna hantera sina egna känslor när de till exempel skulle sköta om sår efter en självskadehändelse. Behovet av att lyckas balansera mellan att ta hand om kvinnans sår och samtidigt inte ge särskild uppmärksamhet till den självskadande handlingen upplevdes tillfredsställande. Sjuksköterskorna lyfte fram behovet av stöd från kollegor och arbetsledning. De beskrev känslor av att inte känna sig ensamma, kunna dela känslor och att bli bekräftade av kollegor. Behovet av handledning och även debriefing vid särskilda händelser betonades. Sjuksköterskorna beskrev en vision av hur vården av personer med självskadebeteende skulle kunna vara. De som arbetade skulle ha en förståelse för kvinnorna och deras självskadebeteende, de skulle erbjuda vård på små enheter utan att blanda patienter med olika problem. Deras vision var en vård med tillräckliga ekonomiska resurser, välutbildad personal och tillräckligt med tid för den vård man ville erbjuda.

Sjuksköterskorna beskrev även vården av personer med självskadebeteende som en belastning. De kände sig maktlösa och tyngda när de inte kunde identifiera och tillfredsställa kvinnornas behov av vård. Betydande upplevelser var sjuksköterskornas rädsla, osäkerhet, maktlöshet och hopplöshet. En sjuksköterska berättade;

*"Jaa, någon form av hopplöshet ... alltså det första jag tänker på ... är faktiskt livet så meningslöst så man måste börja karva på sig själv? Finns det inget, alltså har man ingenting utanför det som kan ... bidra till livslust på något sätt? Det tycker jag är hopplöst, det tänker jag alltid."*

Upplevelser av att hela tiden behöva vara på sin vakt, att risken för att en allvarlig, ibland

dödlig, självskada skulle inträffa fanns hela tiden. Det medförde känslor av frustration och ilska gentemot kvinnorna och sjuksköterskorna beskrev självskadebeteendet som en kraftfull aggressiv handling riktad mot andra människor. De berättade om situationer när de bevittnat hur deras kollegor ibland tappat kontrollen över sig själva till exempel genom att skrika till personen som skadat sig själv, ta ett hårt tag om personens arm eller genom att förödmjuka personen. Sjuksköterskorna beskrev kvinnorna som manipulativa, att kvinnorna kunde vilseleda dem och att de kände sig lurade. De beskrev också en känsla av att vara övergiven av såväl kollegor, som arbetsledning och organisation. Sjuksköterskorna beskrev även sin brist på förståelse för kvinnornas problem och de upplevde en brist på kunskap om hur de skulle vårda dem. Kvinnornas problem upplevdes som ändlösa vilket ingav hopplöshet.

**Den tredje delstudien** föräldrars erfarenheter av professionell vård och vårdare bland föräldrar till en person med självskadebeteende. Fem mammor och en styvpappa, mellan 45 och 55 år ombads att berätta om sina erfarenheter. Föräldrarna berättade om erfarenheter från öppen respektive slutna barn-, ungdoms- och vuxenpsykiatrisk vård, somatisk akutvård samt från primärvård. Erfarenheten av professionell vård och vårdare bland föräldrar till vuxna döttrar med självskadebeteende utgjordes av fyra teman; ”vara fångad i en situation utan återvändo”, ”sitta på de anklagades bänk”, ”famla i mörker” samt ” hitta gnistor av hopp”. Vara fångad i en situation utan återvändo handlade om föräldrar som hela tiden sökte svar, hjälp och stöd åt sin dotter. De önskade att ”bara vara föräldrar” till sina döttrar men upplevde samtidigt att de var tvungna att kompensera en undermålig vård. Att vara fångad i en situation utan återvändo ingav hopplöshet hos föräldrarna. En av dem sade;

”Ja, alltså...jag vill ha hopp, jag vill ha... (börjar gråta). Jag vill känna att det finns en lösning och att hon kan få det...”

Sitta på de anklagades bänk handlade om att känna sig värdelös och totalt misslyckad som förälder. Det handlade också om att känna sig ”nedbruten” som förälder när personal bakta-

lade föräldrarna i samtal med deras döttrar. Famla i mörker handlade om att känna sig osynlig, vara förvirrad och vilse samt att förhandla och överbrygga klyftor mellan alla inblandade parter. Föräldrarna fann även gnistor av hopp när de kände sig värdefulla, blev lyssnade på och upplevde lindring vilket ingav hopp.

Sammantaget kan man tolka föräldrarnas berättelser som ett gisslandrama. Föräldrarnas erfarenheter, initialt hjälpsökande och fyllda med hopp, vändes till att vara fångad i en situation utan återvändo. I denna situation var deras

		Kvinnor med självskadebeteende	
		Offer	Expert
Personal	Fostrare	Fostrare och Offer -	Fostrare och Expert -
	Stödjare	Stödjare och Offer -	Stödjare och Expert +

dotter gisslan och föräldrarna till en dotter i en gisslansituation betalade en känslomässig lösensumma när de mötte en undermålig och ibland fientlig vård. Föräldrarna ”betalade” den känslomässiga lösensumman när de satt på de anklagades bänk, blev anklagade och ”nedbrutna”, likväl som när de famlade i mörkret och kändes sig osynliga, förvirrade och vilsna. Föräldrarnas djupa engagemang i vården av en dotter som lider var en outhärdlig situation som måste lösas, vilket innebar att det var bättre att acceptera en undermålig vård än att vara utan vård. Situationer förekom när föräldrarna sökte lösningar i olika riktningar. Genom att, både muntligt och i handling, inom familjen såväl som mellan vårdare och olika myndighetsnivåer, förhandla och överbrygga klyftor försökte föräldrarna göra situationen mer hanterbar. Mer vilsamma situationer förekom, som välkomna pauser, vilka erbjöd en stunds lindring för föräldrarna. Situationer som upplevdes möjliga att förstå och som löstes på ett mer rofyllt sätt ingav hopp om dotterns tillfrisknande.

I **den fjärde delstudien** belystes interaktionen mellan en kvinna med självskadebeteende och personal. Deltagande observationer samt informella intervjuer genomfördes med sex kvinnor med självskadebeteende vilka vårdades vid två psykiatriska slutenvårdsavdelningar och per-

sonalen. Det som tillsammans konstruerade interaktionen för personalen var en fostrande och en stödjande roll. För kvinnorna med självskadebeteende dominerade en offer och en expert roll. Kvinnorna likväl som personalen positionerade sig och positionerades i interaktionen med varandra. De intog en ”jämlig” position, en underordnad position eller/och en överordnad position. Tabellen nedan visar en översikt av de roller som konstruerar interaktionen och om interaktionen upplevs positiv eller negativ.

Interaktionen mellan en fostrande personal och en kvinna som offer eller expert beskrevs som övervägande otillfredsställande för båda parter. Oflexibla regler på vårdavdelningen, bristande respekt för varandra likväl som en icke-lyssnande hållning bidrog till den otillfredsställande interaktionen. Interaktionen mellan en stödjande personal och en kvinna som offer stärkte kvinnans underordnade position och möjliggjorde för henne, och för personalen, att ”gömma sig” bakom regler och begränsningar. Interaktionen mellan dessa roller var komplicerad och ingav hopplöshet bland deltagarna. Ett exempel på hur utelämnad och osäker kvinnan kunde bli visas här;

*SJUJSKÖTERSKAN: Hej, du hade sökt mig, ska vi sätta oss?*

*DONNA: Jag har jättemycket impulser [att skära sig] .....Hur var det på rondan? Skulle jag få prata med en doktor?*

*SJUJSKÖTERSKAN: Om allt går bra i helgen så, efter helgen får du prata med en doktor.*

*DONNA: Vad ska gå bra? Om jag har mycket impulser, ska jag säga det eller ska jag vara tyst?*

*Vad är det som är bra?*

Interaktionen mellan en stödjande personal och en kvinna som var expert beskrevs som mer ”jämlig” och mer tillfredsställande. Den interaktionen karaktäriserades av en känsla av

gemenskap. Det var viktigt att bemöta varandra med respekt och att ta hänsyn till kvinnornas egen styrka, möjligheter, kunskap om sig själv samt att lyfta fram hennes rätt att identifiera och uttrycka sina behov. Interaktionen mellan dessa roller var tillfredsställande och främjade hopp bland deltagarna. Ett exempel på en tillfredsställande interaktion visas här;

*FIA: Men.....jag har insett att jag liksom //...nej men jag klär mig efter vädret ....inte efter att jag vill dölja något för någon annan....*

*VÅRDAREN: Precis....*

*FIA: Om det inte är //typ....att man har nygjort någonting.....men när det bara är ärr liksom då....det vet jag att det måste jag ju leva med resten av mitt liv säkert.....om .....och även om det går att fixa till så kommer det ju att synas att det är ju inte vanlig hud liksom...// [Pratar om hur ärran ser ut efter en plastikoperation]*

*VÅRDAREN: Mm....fast ärran är ju dina krigsskador....är det inte det....om man ser det så.....?*

*FIA: Jo....*

Sammanfattningsvis, hopp och hopplöshet visade sig vara en röd tråd genom delstudierna. Alla deltagare upplevde och uttryckte hopp och hopplöshet på olika sätt. Kvinnorna svävade mellan känslor av hopp och hopplöshet, med önskningar om hjälp och stöd men deras erfarenheter av vård ingav hopplöshet. Kvinnorna använde självskada som en hanteringsstrategi och som ett sätt att inge sig själva hopp. Föräldrarna hade initialt ett förtroende för vården och hade förhoppningar om hjälp, men deras erfarenheter av att möta en undermålig vård ingav istället en känsla av hopplöshet. Föräldrarna betalade en känslomässig lösensumma när de accepterade en dålig vård för sin dotter. Personalen kände sig frustrerade, arga och maktlösa och deras syn på självskadebeteende som något ändlöst ingav hopplöshet. Men de kämpade å andra sidan för att se kvinnornas förmågor, inte bara deras svårigheter och de försökte förstå självskadebeteendet. Personal som var övertygade om att det var möjligt att sluta skada sig och lämna det bakom sig lyckades inge sig själva, föräldrarna och kvinnorna med självskadebeteende hopp.

#### Slutsatser och kliniska implikationer

Avhandlingen har bidragit till en ökad förståelse för de upplevelser och den komplicerade interaktionen mellan kvinnor med självskade-

## ”Paradoxalt nog så verkar självskadebeteende vara ett sätt att kommunicera och att trösta sig själv, vidare ett livsuppehållande beteende, ett sätt att inge sig själv hopp.”

beteende, föräldrar och personal. Paradoxalt nog så verkar självskadebeteende vara ett sätt att kommunicera och att trösta sig själv, vidare ett livsuppehållande beteende, ett sätt att inge sig själv hopp. Den vård som erbjuds inom psykiatrisk slutenvård domineras av medicinska åtgärder där fokus ligger på beslut som läkare ska ta om medicinering, permissioner osv. Det innebar många gånger att den tid som man vistas på vårdavdelningen domineras av väntan på beslut. Det är min övertygelse att åtminstone en del av de beskrivna och observerade meningsskiljaktigheterna som uppstod mellan kvinnorna och vårdarna skulle kunna undvikas. Ett mer strukturerat innehåll i den slutna psykiatriska vården, med regelbundna tider för till exempel fysisk aktivitet och dagliga samtal, skulle bidra till minskad tid för väntan och ett mer meningsfullt innehåll. Betydelsen av personal som lyssnar och försöker förstå personen som skadar sig och närstående är tydlig. Genom att ställa öppna frågor och tala på ett icke dömande sätt, samt genom att lyssna och visa ett genuint intresse för personens upplevelser, kan personal förmedla hopp.

Den psykiatriska omvårdnaden skulle kunna utvecklas genom att t.ex. använda ”Tidvattenmodellen” som utarbetats av Barker och Buchanan-Barker. Det är ett sätt att arbeta och tänka kring vilken typ av stöd som behövs för att en person med självskadebeteende kan gå vidare mot återhämtning. Modellen använder tidvatten som en metafor för levd erfarenhet, livet som ebb och flod, konstant föränderligt och fullt av möjligheter. Två grundläggande antaganden ligger till grund för modellen: människor är sin historia och förändring är konstant. En viktig ingrediens är att använda ett vardagligt språk specifikt för varje enskild person. Arbetsättet är strukturerat och personalen arbetar tillsammans med personen i behov av hjälp. Bedömningar och vårdplaner skrivs med personens egna ord och signeras av personen själv och av personal.

Omvårdnadsinterventioner som avser att förhindra självskadebeteende t.ex. övervakning, konsekvenser vid självskadeincident osv. har visat sig vara verkningslösa. Kliniska rikt-

linjer utvecklade i Storbritannien förespråkar arbete med ”riskreduktion” till personer med långvarigt självskadebeteende (exklusive överdoseringar av läkemedel) där man bedömer att personen har svårt att, på en gång, sluta skada sig. Det betyder att man arbetar med metoder som innebär att personen ska kunna skada sig själv men på ett ”säkrare”, mindre farligt sätt. Riskreduktion innehåller psykopedagogiska inslag samt psykologiskt och socialt stöd utifrån de behov som personen själv beskriver.

Föräldrarna berättade om sin utsatta position och om sina erfarenheter från kontakter med vården. Betydelsen av att möta en vårdare som såg föräldern som en resurs och bjöd in till deltagande kunde genom sitt arbetssätt ge stöd och inge hopp till föräldern. Det kan ibland vara svårt att inbjuda närstående till att vara delaktiga i den anhöriges vård, särskilt om den som vårdas inte själv tillåter det. Oavsett så skulle en mer öppen dialog mellan vårdare, den som vårdas och närstående kunna bidra till ett bättre samarbete dem emellan.

Som tidigare beskrivits så upplever vårdpersonal vården av personer med självskadebeteende som mycket komplicerat och svårt. Flera av dem som ingick i delstudierna påtalade behovet av handledning. Genom att erbjuda vårdpersonal handledning i sitt arbete skulle man kunna avlasta en del av den börda som vårdarna beskrev.

#### Litteraturlästips om du vill läsa mera

- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2004) Beyond empowerment: Reversing the story teller. *Mental Health Practice*, 7, 18-20.
- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2010) The Tidal Model of mental health recovery and reclamation: application in acute care settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 171-180.
- Johansson, A. (2010). Självskada. En etnologisk studie av mening och identitet i berättelser om skärande. Institutionen för kultur- och mediavetenskaper, Umeå Universitet: Umeå.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2004) Self-harm: the short-term physical and psychosocial management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. *Clinical Guideline 16*, National Institute for Clinical Excellence: London.
- O'Donovan, A. (2007). Pragmatism rules: the intervention and prevention strategies used by psychiatric nurses working with non-suicidal self-harming individuals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 64-71.
- Pembroke, L. (2006) Limiting the damage. *Mental Health Today*, (April), 27-29.

# Beardslee familjeintervention

## – en metod att uppmärksamma barns behov



Av Christina Reslegård  
leg sjuksköterska med specialistutbildning i psykiatri,  
leg psykoterapeut med kognitiv inriktning

Behovet av stöd för barn i familjer där det förekommer missbruk eller psykisk sjukdom är stort. Det har vi väl alla i vården alltid vetat om, eller hur? Vem som ska uppmärksamma barnen och ta ansvar för deras behov har väl ofta däremot varit oklart. Patienten har vi tagit hand om inom hälso- och sjukvården men närstående har vi ofta tyckt varit ”någon annans” ansvar.

**1** januari 2010 skärptes Hälso- och sjukvårdslagen och den nya paragrafen innebär att vi är skyldiga att särskilt beakta barns behov av stöd när en förälder som barnet bor ihop med:

- har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning.
- har en allvarlig sjukdom eller skada
- är missbrukare av alkohol eller annat beroende framkallande medel

En metod för att arbeta med familjer där barn behöver stöd utifrån en förälders sjukdom är Beardslees familjeintervention.

Insatsen är ursprungligen utvecklad av William Beardslee, professor i psykiatri vid Harvard Medical School. Utvecklingen av metoden har pågått sedan 1980-talet. I Sverige introducerades metoden 2004 vid psykiatriska kliniken i Skellefteå. Initialt arbetade man med familjer där en av föräldrarna led av depression.

**”Syftet med familjeinterventionen är ytterst att minska barnens risk att själva insjukna genom att öka barnens förståelse för förälderns sjukdom, öka kommunikation inom familjen om sjukdomen, främja föräldraskapet och öka föräldrarnas medvetenhet om andra skyddande faktorer.”**

Insatsen är menad att öppna upp samtal om förälderns sjukdom i familjen, stärka föräldraskapet och främja en positiv utveckling hos barnen. Beardslees familjeintervention är ursprungligen utvecklad för familjer med barn (8-15 år). Insatsen ska inte ges vid akuta kriser, vid familjevåld eller vid pågående missbruk. Metoden förutsätter att föräldern har sjukdomsinsikt eller kan förstå att sjukdomen påverkar barnen.

Syftet med familjeinterventionen är ytterst att minska barnens risk att själva insjukna genom att öka barnens förståelse för förälderns sjukdom, öka kommunikation inom familjen om sjukdomen, främja föräldraskapet och öka föräldrarnas medvetenhet om andra skyddande faktorer. Syftet på kort sikt är att barnets situation ska bli uppmärksammas, att barnets oro ska minska och att föräldrarnas oro och skuld känslor ska minska.

Hur gör man då? Vid de första två träffarna berättar föräldrarna bland annat om sin sjukdomshistoria i familjen och om sin syn på hur barnen kan ha upplevt sjukdomen. Sedan genomförs individuella barnintervjuer där man samtalar om barnens upplevelse av föräldrarnas sjukdom, hur barnet bland annat har det i skolan och med vänner. Man hjälper barnet att förbereda sig för familjesamtalen. Vid ett fjärde samtal diskuterar föräldrarna barnens situation, stödjande och skyddande faktorer för barnet och planerar av familjesamtal. Därefter genomförs familjesamtal där familjemedlemmarna uppmunt-

ras att tala om sådant som kommit upp under tidigare träffar. Det sista tillfället är ett uppföljande samtal en månad senare där man diskuterar måluppfyllelse och eventuellt planerar för en nätverksträff.

Utbildning i metoden har genomförts på flera ställen i landet efter introduktionen av metoden i Skellefteå i mitten av 2000-talet. Bland annat Örebro, Östhammar och Östersund har haft utbildningar, samt flera orter som inte börjar på Ö! Det är inte nödvändigt att ha tidigare erfarenhet av att arbeta med barn och ingen terapeututbildning krävs. Det finns ingen licens för metoden, men för att använda den i sitt arbete bör man ha genomgått utbildningen. Inom ramen för utbildningen genomförs interventioner under handledning. Interventionen kan användas av olika yrkesgrupper vilket är en stor fördel då man kan främja samarbete över yrkesgränser och man kan också möta patienten med familj där de befinner sig, till exempel i primärvård.

Västerbotten läns landsting är ett av de landsting som använt familjeinterventionen längst. Eldsjälar har varit Hannele Rehnberg, psykiatrisjuksköterska, leg familjeterapeut och Heljä Pihkala, överläkare i psykiatri. Heljä Pihkala har också disputerat i ämnet med en avhandling som lades fram vid Umeå universitet. Avhandlingen visade att Beardslee familjeintervention är framgångsrik. 91 % av föräldrarna och 71 % av barnen i de undersökta familjerna (117 föräldrar och 89 barn) tyckte att erfarenheterna av samtalen var goda. Skuld-känslorna minskade bland 89 % av barnen som tidigare hade känt skuld och sju av tio barn tyckte att de fick ökad kunskap om förälderns sjukdom. Föräldrarnas oro för barnen minskade också.

Min personliga reflektion efter att ha gått utbildningen (tio dagar varav fem dagar handledning) och gjort några interventioner är att interventionen känns enkel att ta till sig. Utifrån att man jobbar efter en strukturerad manual känns den lätt att komma igång med. Den stora fördelen är att den kan användas på så olika ställen, i så många olika sammanhang. Här kan vi slippa det ständiga remitterandet till andra instanser och behålla familjerna i en miljö de är bekanta med. Under tiden man håller på får man också fler och fler idéer kring hur interventionen kan användas till exempel ”omvända interventioner” om det är ett barn som är den identifierade patienten, inom den palliativa vården där en förälders förestående bortgång är svår att prata om osv.....

En annan stor fördel är det uttalade syftet att stärka föräldraskapet. Vi tar genom interventionen inte bara barnens behov på allvar utan också föräldrarnas oro.

## Psykiatriska Riksföreningens Årskonferens 2012

Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor arrangerade den 23 februari årskonferens för en mindre men naggande god skara. Efter en inledning av ordförande Richard Brodd så tog dagens moderator, Professor Ingela Skärsäter, Sahlgrenska akademien i Göteborg över taktpinnen som moderator och presenterade de intressanta föredragen under dagen.

**Å**rskonferensen avslutades med en gruppdiskussion utifrån fem aktuella frågeställningar för den förestående revideringen av kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård. Deltagarna delades in i 5 olika grupper för att diskutera följande fem frågeställningar. Fyra av grupperna lämnade in de skriftliga reflektionerna de hann med i gruppdiskussionerna. De frågeställningar som diskuterades redovisas nedan gruppvis vid respektive fråga.

Vad skiljer den grundutbildade sjuksköterskan från den specialistutbildade sjuksköterskan i psykiatrisk vård? Grupp 1 förtydligade att den specialistutbildade psykiatrisjuksköterskan har högre och mer fördjupad kompetens liksom större förmåga till analys och abstraktion. De nämnde också ökad förmåga att ta ansvar och att säga nej utifrån en kompetent bedömning. De jämför de detta med skillnaden mellan underläkare och specialitäläkare. De beskrev också att en viktig skillnad var den större förmågan att tillämpa och utöva forskning och större förmåga till självständigt arbete utifrån en utvidgad referensram. Grupp 2 beskrev kort och gott ökad kompetens av modeller och teoriförankring. Grupp 3 tänkte sig att specialistsjuksköterskan har fördjupad kunskap om psykisk ohälsa och andra kliniska ”glasögon”. Mer utvecklingsbe nägen utifrån en vetenskaplig och evidensbaserad grund. Grupp 4 påtalade generella problemen med bristande fördjupning i psykiatrisk omvårdnad.

Vilken/vilka funktioner har sjuksköterskan i framtidens psykiatriska hälso- och sjukvård? Grupp 1 beskrev specialistsjuksköterskans högre grad av pedagogiskt arbete större inriktning på förebyggande hälsoarbete. Liksom högre grad av självständiga bedömningar av patientens helhetssituation och högre grad av förmåga till ledarskap och administration kopplat till en högre självkänsla som yrkeskår. Grupp 2 beskrev specialistsjuksköterskans ökad förmåga till delaktighet och samarbete med primärvård samt övriga samhället. Grupp 3 beskrev även de specialistsjuksköterskans förmåga till ökat samarbete med primärvård och kommunerna.

Hur kan vi tydliggöra psykiatrisjuksköterskans självständiga yrkesansvar? Grupp 1 förtydligade att vi måste kunna artikulera oss på ett självklart sätt i alla möjliga situationer genom att få möjlighet att träffas och diskutera yrkesroll och yrkesansvar på arbetsplatser, i utbildningssammanhang och mellan kollegor. Grupp 2 beskrev vikten av att stärka och förtydliga kompetensbeskrivningen. Grupp 3 tydliggjorde vikten av att definiera skillnaden mellan sjuksköterskans och den specialist utbildade psykiatrisjuksköterskans ansvar juridiskt. Grupp 4 poängterade att både yrkesansvar, definition och titel är otydligt.

Frågeställningen Hur kan vi förtydliga progressionen i kompetensnivån inom olika områden (t ex. patientutbildning, medicinsk uppföljning, delaktighet, samverkan osv.)? hann grupperna inte bearbeta under den begränsade tiden som diskussionen pågick. De hann inte heller diskutera och sammanfatta några visioner kring psykiatrisjuksköterskans framtid. Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor vill uppmanera alla medlemmar att aktivt ta del i dessa diskussioner och fylla på med det som inte hanns med under konferensen. Besök gärna [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se) eller sök upp Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor på Facebook och fortsätt diskussionen i vår grupp där.

Mer ingående rapporter från de föredrag som presenterades kommer i nästa nummer av Psyche.



# Betydelsen av att omvårdnadshandledning bygger på ett omvårdnadsteoretiskt perspektiv



Av Jörgen Öijervall

Specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård, universitetsadjunkt, Högskolan i Halmstad, omvårdnadshandledare  
Jorgen.oijervall@hh.se

Reflektioner från arbetet med magisteruppsatsen ”Främjande faktorer för professionell utveckling i processororienterad omvårdnadshandledning i grupp. - Sjuksköterskors erfarenheter ett år efter avslutad sjuksköterskeutbildning”.

Med studenthandledning för sjuksköterskor kan man avse två olika huvudtyper av handledning. Dels kan man syfta på den handledning som studenten får i verksamhetsförlagd utbildning (VFU) under sin utbildning till sjuksköterska eller specialistsjuksköterska. I denna typ av handledning kan handledaren och studenten tillsammans planera hur handledningen ska läggas upp, utifrån de möten och arbetsuppgifter som sker under VFU-perioden, och utifrån denna grund skapa tid för reflektion under studentens VFU. Handledningen bestäms på så vis i hög

grad av händelser och möten som studenten stöter på under sin VFU. Den andra typen av handledning åsyftar yrkesmässig omvårdnadshandledning i grupp för sjuksköterskestudenter. Handledningen erhålls från lärare vid högskolan och/eller från huvudhandledare inom psykiatrisk vårdverksamhet där syftet i högre grad blir att konkretisera den teoretiska kunskapsbas som förmedlas under utbildningen. Detta syfte kan exempelvis uppnås genom att lyfta fram specifika fenomen som utmärker psykiatrisk omvårdnad utifrån studenternas erfarenhet, för att belysa och reflektera över dessa utifrån ett omvårdnadsteoretiskt perspektiv.

Omvårdnadshandledning har beskrivits som en pedagogisk process där erfarenheter från vård systematiseras i en kontinuerlig och metodisk lärandeprocess.

Det är av stor betydelse att lyfta fram olika perspektiv på lärande eftersom perspektivet på inläring i hög grad påverkar hur omvårdnadshandledningen genomförs. Ett objektivistiskt inläringsspektiv innebär att sjuksköterskan överför sin kunskap till studenten och att studenten på så vis lär sig genom att ta efter sjuksköterskan. Ett konstruktivistiskt perspektiv på inläring innebär att sjuksköterskan understödjer studentens eget lärande och inhämtande av kunskap. Det senare lämpar sig bäst för omvårdnadshandledning eftersom detta perspektiv innebär ett gemensamt lärande och att ny kunskap skapas. För att handledande sjuksköterskor ska kunna handleda utifrån ett konstruktivistiskt perspektiv krävs förmåga att

skapa sådana relationer att handledningen kan möta enskilda studenters kunskaper, färdigheter och behov. Likaså krävs en omvårdnadsteoretisk grund och en pedagogisk kunskap.

Konfluent pedagogik beskrivs som en arbetsmetod med fokus på att förena intellektuella, känslomässiga och psykomotoriska inlärningsprocesser i handledning. Grunden i detta arbetsätt är att individen upptäcker nya perspektiv på innehållet i sin livsvärld, en personlig process där andra kan stödja upptäckandet av de nya insikterna. Metoden bygger på öppen systemteori, vilket innebär att ett system bara kan växa och utvecklas i ett öppet samspel med sin omvärld. Ett annat centralt begrepp i detta perspektiv är reflektion. Teoretiskt kan reflektion förstås som att det aktuella problemet ofta upplevs som ”en röra” och att den berörde individen måste skapa en grund för att problemet ska kunna formuleras utifrån den egna verkligheten. Reflektionen innebär att ta ett steg tillbaka, för att se och tänka över sin egen förståelse, för att få perspektiv på situationen. Ett sätt att understödja reflektion är att använda sig av det så kallade sokratiska samtalet, vilket innebär att dialogen är central liksom att handledaren visar vilja att lära sig något av studenten.

En central fråga är hur vi på bästa sätt kan stödja studenter under deras VFU inom psykiatrisk hälso- och sjukvård. Denna fråga är angelägen dels för att studenterna behöver kunna förstå komplexa sammanhang och dessutom kunna generalisera sina kunskaper i nya situationer som färdiga sjuksköterskor i varierande

kontexter. Den erfarenhetsbaserade kunskapen hos studenten behöver speglas mot ett omvårdnadsteoretiskt perspektiv för att en sådan utveckling ska skapas. Psykiatrisk omvårdnad är en vetenskaplig disciplin som ska utövas i den kliniska verksamheten utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Att tillägna sig förmåga att tillämpa teoretisk kunskap i klinisk praktisk omvårdnad är en komplex process som kräver stöd, reflektion och tid. Att utifrån omvårdnadsteoretiska texter kunna utveckla omvårdnaden systematiskt mot en patientcentrerad vård med ett hälsofrämjande förhållningssätt, kräver ett lärande som förutsätter en kombination av intellektuella, känslomässiga såväl som psykomotoriska inlärningsprocesser. Omvårdnadshandledning kan i denna komplexa process vara ett stöd i sjuksköterskans professionella utveckling. Flera studier visar att studenter upplever handledning positivt, både den typ av handledning, som sker i grupp under studenternas VFU och den typen av handledning som bedrivs av handledare på lärosätet. Studenter har beskrivit behov av avlastning och forum för att diskutera verksamhetsförlagda undervisningssituationer. I ett sådant forum finns möjligheter att bistå studenterna genom att stödja dem i att integrera de teoretiska kunskaperna med de praktiska. I processororienterad omvårdnadshandledning i grupp ska det finnas en teoretisk referensram, som är relaterad till omvårdnad och människans levnadsvillkor.

Ytterligare en positiv effekt av omvårdnadshandledningen är att studenterna utvecklar ett gemensamt språk kring omvårdnad. Genom att reflektera konkreta situationer i relation till det teoretiska perspektivet blir de mer medvetna om patienternas behov och livsvärld. Denna ökade medvetenhet främjar studenternas möjligheter att respektera patienters och närståendes beslut, autonomi och integritet i det kliniska arbetet. För studenter kan handledning ge en inre guide till en etisk och reflekterad hållning i arbetet med patienter och närstående. I omvårdnadsteorin finns även stöd för hur sjuksköterskan i sin profession kan se på begreppen hälsa, sjukdom och vård. Genom att dela erfarenheter och bibringa en teoretisk dimension till de praktiska erfarenheterna kan sjuksköterskor öka sin kunskap om hur resultat från omvårdnadsforskning kan förstås och tillämpas. Det är av stor vikt att sjuksköterskestudenter under sin utbildning får möjlighet till reflektion som ett sätt att integrera teori och praktik i praktiska vårdarbetet. Den arena för

denna typ av reflektion, som omvårdnadshandledning utgör ger studenterna möjlighet att rusta sig för att kunna möta de utmaningar som den färdiga sjuksköterskans arbete innebär. Reflektion ger en ökad självförståelse och medvetenhet om vilken värdfilosofi man som sjuksköterska stödjer sig på i utförandet av omvårdnad av patienter och närstående. Följden blir en ökad handlingsberedskap i nya vårdssituationer. Studenter har beskrivit att de upplever att samtalet som sker under omvårdnadshandledning i grupp kan vara relaterade till omvårdnadsteori men att detta inte uttrycks i ord utan är mer underförstått i samtalet. Det finns troligen ett omvårdnadsteoretiskt tänkande, men studenternas utsagor tyder på att det inte lyfts fram tillräckligt tydligt i omvårdnadshandledningen. Det har också beskrivits att alla omvårdnadshandledare inte har en tillräckligt tydlig omvårdnadsteoretisk grund, vilket kan resultera i att det centrala omvårdnads-perspektivet blir otydligt i relation till patienter, närstående och andra professioner. Handledaren har ett tydligt ansvar för att förtydliga det teoretiska perspektivet för att öka studenternas möjligheter att integrera teori och praktik. Den psykiatriska omvårdnaden är en evidensbaserad verksamhet och sjuksköterskans centrala ansvar är att integrera det praktiska omvårdnadsarbetet med en omvårdnadsteoretisk förståelsegrund. Det omvårdnadsteoretiska perspektivet har flera syften, däribland att öka patientsäkerheten i omvårdnadsarbetet, förtydliga sjuksköterskans profession och omvårdnaden liksom att skapa grund för forskning och generera ny kunskap.

För psykiatrisjuksköterskan är det ofta en vardaglig handling att handleda studenter i grund och vidareutbildningen. Detta sker ofta utifrån en, i huvudsak, erfarenhetsbaserad grund som hjälper studenten att få förklaring till den komplexitet den möter i sin praktik. Men för att studenten ska kunna integrera intellektuella, känslomässiga såväl som psykomotoriska processer i sitt lärande behövs även stöd att förankra sina erfarenheter i det teoretiska perspektivet. Det är en utmaning för handledaren att fördjupa sig i omvårdnadsteoretiska kunskaper och att verbalisera dessa i omvårdnadshandledning. Handledare behöver fördjupa sina teoretiska kunskaper i omvårdnad för att kunna integrera det teoretiska perspektivet i samtalen i omvårdnadshandledningen. Handledarens utmaning är att utifrån en klinisk fråga kunna översätta eller levandegöra teoriska begrepp. Studentens berättelse ska formuleras i ord för att via reflektion leda till ökad förståelse och förtrogenhetskunskap. Ett ökat samarbete mellan den kliniska verksamheten och lärosätet kan utgöra ett stöd för handledare i psykiatrisk omvårdnad. Det är också av stor betydelse att verksamheten stödjer handledande sjuksköterskor i att skapa tid och arenor för att fördjupa sina kunskaper. Lärosätet behöver ta ansvar för att delta i denna samverkan eftersom samarbete kring arenor med gemensamma mål är betydelsefullt. Ett sådant samarbete får positiva konsekvenser för både sjuksköterskor och studenter. Men framförallt så medför handledning med en tydlig grund i det omvårdnadsteoretiska perspektivet möjligheter att utveckla och förbättra vården för patienter och närstående.

## Referenser

Andrews, M., & Roberts, D. (2003). Supporting student nurses learning in and through clinical practice: the role of the clinical guide. *Nurse Education Today*, 23: 474-481.

Arvidsson, B., Löfgren, H., & Fridlund, B. (2001). Psychiatric nurses' conceptions of how group supervision programme in nursing care influences their professional competence: A 4-year follow-up study. *Journal of Nursing Management*, 9:161-171.

Berg, A., & Kisthinos, M. (2007). Are supervisors using theoretical perspectives in their work? A descriptive survey among Swedish-approved clinical supervisors. *Journal of Nursing Management*, 15: 853-861

Berg, G.V., & Sarvimaki, A. (2003). A holistic-existential approach to health promotion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17 (4):384-391.

Berggren, I., Bégat, I., & Severinsson, E. (2002). Australian clinical nurse supervisors' ethical decision-making style. *Nursing and Health Sciences*, 4: 15-23.

Holm, A-C., Lantz, I., & Severinsson, E. (1998). Nursing students' experiences of the effects of continual process-oriented group supervision. *Journal of Nursing Management*, 6 :105-113.

Kangasneimi, K., Ahonen, S-A., Liikainen, E., & Utrianen, K. (2011). Health Science students' conception of group supervision. *Nurse Education today*, 31: 179-183.

Landmark, T.H., Hansen, G., Bjones, I., & Böhrer, A. (2003). Clinical supervision-factor defined by nurses as influential upon the development and skills in supervision. *Journal of Clinical Nursing*, 12:834-841

Magnusson, S., Lützen, K., & Severinsson, E. (2002) The influence of clinical supervision on ethical issues in home care of people with mental illness in Sweden. *Journal of Nursing Management*, 10 (1): 37-45.

Tveiten, S. (2003). Yrkesmässig handledning - mer än bara ord. (Birgitta Amstrand, översättning.). Lund: Studentlitteratur.

Schön, D. (1991) *The Reflective Practitioner, how professionals think in action.* Cornwall: Ashgate Publishing Ltd.

Severinsson, E. (2001). Confirmation, Meaning and Self-awareness as core concept of the nursing supervision model. *Nursing Ethics*, 8(1):35-41.

Swallow, V., & Coates, M. (2004). Flexible education for new nursing roles: reflections on two approaches. *Nurse Education in Practice*, 4 (1) :53-59.

# Traditionellt sjukdomsfokus och nya psykosociala riktlinjer

– var finns psykiatrisjuksköterskan?



Av Henrika Jormfeldt

Psykiatrisjuksköterska, doktor i medicinsk vetenskap, universitetslektor vid Högskolan i Halmstad

Om psykiatrisjuksköterskans roll i implementeringen av Socialstyrelsens riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd

**K**riterierna för en profession är att den 1) vilar på vetenskaplig grund i form av ett eget kunskapsområde, 2) leder till legitimation, 3) följer etiska regler, 4) är autonom, 5) värderas högt av samhället och 6) tillhör en nationell organisation. Specialistsjuksköterskans profession uppfyller alla dessa kriterier.

Kvalitet i den egna professionen handlar om att öppna upp för samarbete och kommunikation mellan olika yrken och professioner, och inte om att monopolisera det egna kompetensområdet (Nolin, 2008). Specialistsjuksköterskans huvudsakliga arbetsområden består av omvårdnadens teori och praktik, forskning, utveckling och utbildning samt ledarskap. Specialistsjuksköterskan har i sin profession ansvar för att identifiera om-

råden som behöver förbättras samt säkerställa god och säker vård. Den specialistutbildade psykiatrisjuksköterskans ansvarsområde nämns sällan eller aldrig i samband med att förutsättningarna för implementeringen av de psykosociala riktlinjerna diskuteras. Implementering av socialstyrelsens evidensbaserade riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är ett viktigt utvecklingsområde. Implementeringen riskerar dock att inte få avsedd genomslagskraft på grund av att sjukvårdshuvudmännens och professionernas ansvarsområden avseende psykosociala insatser är otydligt definierade.

Socialstyrelsens riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni förväntas stimulera samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten genom att skapa en gemensam kunskapsbas (Flyckt m fl., 2011). En förutsättning för att uppnå helhet och god effekt inom riktlinjernas samtliga områden beskrivs vara att verksamheterna samverkar, samordnar och bidrar med kompetens. Flera av de psykosociala insatser som rekommenderas i riktlinjerna finns inte tillgängliga inom psykiatrin eller socialtjänsten. Många av de insatser som ges i dag förmodas inte ha stöd i forskningsresultat (Flyckt m fl., 2011). Hittills har de psykosociala behandlingsmetoderna för att uppnå symtomlindring och förbättrad social funktion varit dåligt definierade. Bristen på datakällor gör att det i dag inte går att på nationell nivå följa upp om enskilda individer får tillgång till de åtgärder som Socialstyrelsen rekommenderar. Detta har fått till följd att olika traditioner har utvecklats.

”Psyisk ohälsa är därmed inte enbart psykisk utan i allra högsta grad något som påverkar livets alla områden. Den yttrar sig i individens hela situation såväl psykiskt som fysiskt, socialt, ekonomiskt och inte minst som förkortad medellivslängd.”

Personer med schizofreni eller psykosdiagnos har ofta behov av åtgärder från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst. Ett gemensamt ansvar kan lätt tolkas som att ingen har det egentliga ansvaret. Att förutsätta att samverkan fungerar eller att tro att samverkan kommer att stimuleras av sig själv är inte tillräckligt. Det är nödvändigt att vidta åtgärder för att förtydliga vars och ens ansvar hos de olika huvudmännen. Uppdrag och ansvarsfördelning är tydliga och väl inarbetade både inom regioner/landstings och inom kommunernas verksamheter då det gäller den typ av insatser som vilar på psykiatriska bedömningar baserade på ett traditionellt biomedicinskt sjukdomsperspektiv. Formerna för individuellt anpassade hälsofrämjande psykosociala insatser är mer otydliga och kan lätt bli föremål för tolkningar, vilket kan leda till att viktiga behov hos enskilda inte tillgodoses inom ramen för något av huvudmännens ansvarsområden. I dagsläget har personer med psykiska funktionshinder som schizofreni och bipolär sjukdom en betydligt ökad risk att utveckla metabolt syndrom, kardiovaskulära sjukdomar

och diabetes typ 2. Forskning visar också att personer med varaktiga psykiska funktionshinder löper nästan 2 ggr så stor risk att dö en för tidig död i kardiovaskulära sjukdomar jämfört med övriga befolkningen (De Hert m fl., 2009, Ösby m fl., 2000). Medellivslängden för dessa personer är statistiskt förkortad med 25 upp till 30 år jämfört med övriga befolkningen (Newcomer, 2007). Psyisk ohälsa är därmed inte enbart psykisk utan i allra högsta grad något som påverkar livets alla områden. Den yttrar sig i individens hela situation såväl psykiskt som fysiskt, socialt, ekonomiskt och inte minst som förkortad medellivslängd. I en uppföljning av utvecklingen sedan psykiatrireformen, som genomfördes 1995, hade endast 8 procent arbete på öppna marknaden och nästan 60 procent saknade daglig sysselsättning.

I riktlinjerna förespråkas insatser som är lämpliga att studera med randomiserad kontrollerad studiedesign. Flera av de åtgärder som rekommenderas är nya för svensk hälso- och sjukvård och socialtjänst, och det finns ett behov av att stödja införandet (Flyckt m fl., 2011). Huvudfokus i utvärderingen av implementeringen förläggs till frågeställningar kring tillgång till, respektive avsaknad av ifall evidensbaserade insatser erbjuds. Viktiga faktorer för återhämtning som exempelvis relationer, arbetsallians, privatekonomi mm som inte kan studeras med denna typ av studiedesign beaktas inte. Riktlinjerna berör inte läkemedel eftersom riktlinjer för behandling med antipsykotiska läkemedel har funnits sedan 1997 och uppdaterats flera gånger. Ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst definieras inte och psykosociala insatser är inte kopplade

18 ● PSYCHE 1 / 2012

# ”I vår kultur betonas ett naturvetenskapligt biomedicinskt sjukdoms perspektiv på bekostnad av ett humanistiskt hälsoperspektiv.”

till specifika professioner på samma sätt som exempelvis läkemedelsbehandling är tydligt kopplad till läkarens funktion. Utifrån sjukvårdshuvudmännens traditionella sjukdomsfokuserade ansvarområden är det tydligt att psykiatrin ansvarar för de medicinska och akuta insatserna medan kommunerna ansvarar för de dagliga insatserna. När det gäller psykosociala insatser utifrån holistiskt hälsoperspektiv är gränserna för sjukvårdshuvudmännens ansvarområden mycket svårare att urskilja. Ytterligare en svårighet med insatserna i de psykosociala riktlinjerna är att de ska genomföras i det dagliga livet, i förebyggande och rehabiliterande syfte, utifrån en evidensbas som kräver relativt ny kompetens på tämligen hög nivå.

I vår kultur betonas ett naturvetenskapligt biomedicinskt sjukdoms perspektiv på bekostnad av ett humanistiskt hälsoperspektiv. På de tre vetenskapsteoretiska nivåerna bestäms vad schizofreni är, vilka frågeställningar kring schizofreni som är viktiga att belysa och vilka metoder som ska användas för att ta fram tillförlitlig kunskap. Ofta kan man läsa att schizofreni har bio-psyko-sociala förklaringsfaktorer. I ramverket kring Socialstyrelsens riktlinjer för psykosociala insatser konstateras dock att den medicinska behandlingen är basen i vården av personer med schizofreni. Kunskapen om psykosociala insatser vid schizofreni har inhämtats företrädesvis med kvantitativa metoder i stora populationer, medan kvalitativa faktorer som inte kan studeras med denna typ av studiedesign inte getts samma utrymme i riktlinjerna. Riktlinjerna bygger trots sin psykosociala inriktning på

ett tydligt kvantitativt vetenskapsteoretiskt perspektiv som lämpar sig bäst för undersökningar utifrån ett biomedicinskt sjukdoms perspektiv. Det i sin tur gynnar en fortsatt stark betoning av ett medicinskt perspektiv på schizofreni och dess behandling utifrån rådande vetenskapsteoretiskt perspektiv. Skillnader mellan de olika perspektiven kan synas onödiga att diskutera eftersom det viktiga är att olika professioner och organisationer samverkar för att personer med schizofreni ska få de bästa förutsättningarna för att leva ett gott liv. Men det biomedicinska sjukdoms perspektivet får helt andra konsekvenser på många områden i samhället jämfört med ett holistiskt hälsoperspektiv. Det biomedicinska perspektivet bygger på kunskap om sjukdomen schizofreni, dess biologiska orsaker och behandling. Fokus förläggs på symtomet och den sjuka delen av människan samt på strategier för att öka följsamhet till läkarens ordination. Vården inriktas på att bota och förebygga återfall i sjukdomen.

Neuroleptika blockerar dopaminreceptorerna i hjärnan. Optimal antipsykotisk effekt utan extrapyramidal påverkan anses uppnådd vid en receptorblockad på mellan 70 – 80 %. Många patienter i Sverige har alltför höga doser med en nästan 100 % receptorblockad vilket medför att personen helt saknar förmåga att uppleva glädje, motivation eller hopp inför framtiden. (Farde, 1996). Högre receptorblockad än de rekommenderade 70 – 80 % ger inte bättre antipsykotisk effekt men kraftigt ökade biverkningar som försvårar rehabilitering och kan omöjliggöra psykosociala insatser. Trots

läkemedelsbehandling kvarstår i de flesta fall både funktionsnedsättningen och många av de psykotiska symtomen. Med de befintliga antipsykotiska läkemedlen behandlas positiva symtom, men de negativa och kognitiva symtomen påverkas inte nämnvärt. Studier visar också att endast en tredjedel av patienterna med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd uppnår remission, vilket är den medicinska definitionen på behandlingssvar (Linszen m fl., 2001). Denna dystra statistik till trots är det medicinska perspektivet tydligt då medicinering i riktlinjerna beskrivs som basen i behandlingen. Viktiga obesvarade frågeställningar beskrivs vara vilka målsättningar som ska uppnås med så kallade ”additiva metoder” och hur förbättring ska definieras.

Det humanistiska hälsoperspektivet fokuserar på ett kontinuumssynsätt som betonar individens utveckling och mognad. Perspektivet koncentreras på människan i hennes sammanhang och bygger på kunskap om hälsa och friskfaktorer som delat beslutsfattande. Vården inriktas på att främja hälsa och personlig förmåga att hantera sin situation. Specialistsjuksköterskan har kompetens att göra bedömningar av komplexa omvårdnadsbehov och ta hänsyn till medicinska aspekter. Den specialistutbildade psykiatrisjuksköterskan har kompetens att bedöma om en patients oro och rastlöshet är kopplad till patientens aktuella sinnesstämning eller till läkemedelsbiverkningar. Psykiatrisjuksköterskan har befogenhet att, tillsammans med patient, närstående och andra vårdgivare, upprätta omvårdnadsplan och genomföra interventioner som gynnar patientens hälsotillstånd och stärker patientens egenvårdande förmåga. Den specialistutbildade psykiatrisjuksköterskan har därmed den nyckelkompetens som utgör förutsättningen för att underlätta samverkan mellan de olika sjukvårdshuvudmännen med bibehållen per-

soncentrering i vårdens planering. Likaså är verksamhetsutveckling, dokumentation och uppföljning utifrån både kvalitativa och kvantitativa utvärderingstraditioner centrala delar i psykiatrisjuksköterskans funktionsområde.

Vad som krävs för att lyckas med imple-

menteringen av Socialstyrelsens riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är obestridligt. Skapa de organisatoriska förutsättningarna för den specialistutbildade psykiatrisjuksköterskan att ansvara för planering och genomförande av

samordnade psykosociala insatser vid schizofreni, utifrån sitt kompetensområde omvårdnad, på samma sätt som det är självklart att läkaren utifrån sitt medicinska ansvar ordinerar medicinsk behandling.

## Psykiatri Symposium

conductive

Konferens i Stockholm 9-10 maj 2012

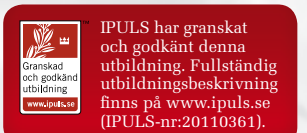
### DET SENASTE OM:

- *Neuropsykiatriska funktionshinder*
- *Affektiva och dissociativa störningar*
- *Psykos och schizofreni*
- *Missbruk, riskbruk och beroende*
- *Samsjuklighet*

Medlemmar i PRF  
erhåller 15% rabatt  
på konferensen!  
ANGE VIP PRF VID BOKNING



Psykiatriska Riksföreningen



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



GRUNDAT  
1974

Vasagatan 16  
411 24 Göteborg

## GÖTEBORGS PSYKOTERAPI INSTITUT

Anordnar i

Stockholm, Göteborg och Malmö med start april/maj 2012:

Grundläggande utbildning  
i psykoanalytisk teori och praktik

031-711 97 51 [www.gpsi.se](http://www.gpsi.se)

### Referenser:

De Hert M., Schreurs V., Vancampfort D., & Van Winkel R. (2009). Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry*, 8, 15-22.

Farde L, Suhara T, Halldin C, et al. (1996). PET study of the M1-agonists xanomeline and butylthio-TZTP in monkey and man. *Dementia*, 7, 187-95.

Flyckt, L., Persson, L., Rydell, P., Hansson, L., Gustafsson, C., & Weilandt, L. (2011).

Psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Ett så normalt liv som möjligt - målet i nya nationella riktlinjer. *Läkartidningen* 108, 1627- 1630. Tillgänglig 120127 på: [www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/16863/LKT1135s1627\\_1630.pdf](http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/16863/LKT1135s1627_1630.pdf)

Linszen, D., Dingemans, P., & Lenior, M. (2001). Early intervention and a five year follow up in young adults with a short

duration of untreated psychosis: ethical implications. *Schizophrenia Research*, 51, 55-61.

Newcomer, J.W. (2007). Metabolic syndrome and mental illness. *American Journal of Managed Care*, 13, 170-177.

Nolin, J. (2008). Science for the professions. Report no. 4. Borås: Borås högskola.

Ösby, U., Correia, N., Brandt, L., Ekblom, A. & Sparen P. (2000). Time trends in schi-

zophrenia mortality in Stockholm County. *British Medical Journal*, 321, 19-26.



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  
Bråddared  
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  
Sagögången 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 Gård  
Borrbäckevägen 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 Wanebring  
Ulvhallavägen 8  
564 36 Bankeryd  
036-30 78 58 b  
036-32 31 40 a  
ingemar.wanebring@ltjkgg.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

## Rapport från Vårdförbundets arbetsgrupp Vård och hälsa för äldre 2011-11-29

Av Ewa Langerbeck

Vårdförbundets kongress beslutade 2011 om att bilda en arbetsgrupp som skall arbeta med att fördjupa och utveckla de program/dokument som tidigare är framtagna för att möta framtidens syn och behov av vård och hälsa för äldre.

planeringen finns förutom bildandet av arbetsgruppen, ett möte med regeringens Äldresamordnare Eva Bågenholm. Gruppens långsiktiga målsättningar är bl. a. att arbeta fram en struktur för äldreomsorg, att sammanställa en skrift/stöddokument angående kommunaliseringen av hemsjukvården samt översyn av dokumentet från Vårdförbundet och SFS ”Tio punkter, för en god och säker hemsjukvård för äldre personer”

Ett uppstartsmöte hölls i november under ledning av Förbundsombudsman Ulla Falk. Medverkade gjorde representanter från föreningen Medicinskt ansvariga sjuksköterskor tfordförande Märten Davidsson, Karin Jisborg Hultgren vice ordförande Vårdförbundet Kronoberg, Turid Hansson Vårdförbundet Västernorrland, Kristina Hesslund Ordförande i Distriktsköterskeföreningen, Mats Runsten Vårdförbundet Skåne samt vidtecknad från PRF.

Arbetsgruppen diskuterade frågor som, Hur kan vi åstadkomma en samlad och jämlik äldreomsorg i en tid av stigande fragmentisering hos huvudmännen? Hur skall en bra vårdssituation se ut för en äldre person? Hur skulle ett fungerande samarbete över huvudmannagränser kunna se ut?

Arbetsgruppen kom fram till behovet av att knyta ihop olika pågående projekt till att omfatta hälsofrågor i allmänhet för de äldre, detta för att få möjlighet att påverka beslutsfattare på både lokal- och nationell nivå. Gemensamt diskuterades bl. a. tillgången till strukturerad hälsorådgivning, vilken kunskap har professionen och inom vilka hälsoområden behövs sjuksköterskans specifika kunskap och omvårdnadskompetens? Vidare diskuterades målet att nå en jämlik vård. Detta mål anger behov av att utveckla hälsoprogram som berör alla livsområden och kräver i sin tur forskning som kan visa på brister såväl som på vinster. En målsättning borde kunna vara att utarbeta kvalitetsindikatorer och kriterier för äldres hälsa och vårdmiljö. De områden som arbetsgruppen såg som mest eftersatt idag och vill sätta fokus på, är de mest sjuka äldre, de multisjuka och äldres upplevda hälsa och livskvalitet.

Arbetet kommer att fortsätta under våren och jag återkommer med ytterligare rapporter.

## Regeringsuppdrag

2011 togs beslut på ett regeringssammanträde att tillsätta en utredning om stärkt ställning för patienten genom en ny patentlagstiftning. Utredningen har fått namnet Patientmaktutredningen.

Ordförande för utredningen är Johan Assarsson, tidigare regiondirektör i Västra Götalandsregionen. Gruppen består av ett antal utnämnda experter däribland Vårdförbundets ordförande Sineva Ribeiro och Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskors ordförande Richard Brodd.

Det som förväntas är att förslag på hur patientens ställning inom och inflytande över hälso- och sjukvården kan stärkas. En utgångspunkt för utredarens arbete ska vara att förbättra förutsättningarna för en god och jämlik vård. Utredaren skall bl.a. föreslå hur

- Vården kan ges på mer likvärdiga villkor
- Patientens valmöjligheter i vården kan stärkas ytterligare
- Patientens behov av stöd, råd och information bör hanteras inom ramen för vårdgarantin och det fria vårdvalet.
- Berörda myndigheter bör arbeta för att stärka patientens ställning, och
- Informationsutbytet mellan patient och vårdgivare kan underlättas och utvecklas

Utredningen skall också lämna förslag på en ny patentlagstiftning där bestämmelser med betydelse för patientens ställning samlas.

Ett delbetänkande skall presenteras senast den 30 juni 2012. Slutredovisning med förslag till ny patient lag skall vara klart senast den 1 januari 2013.

## Nya i styrelsen



Patrik Dahlqvist Jönsson  
Ledamot i styrelsen för  
Psykiatriska Riksföreningen

Hj, mitt namn är Patrik Dahlqvist Jönsson och jag är ny ledamot i styrelsen för Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskor. Jag är en stolt psykiatrisjuksköterska som växt upp i Övertorneå i Tornedalen och som nu bor utanför Halmstad tillsammans med min fru och två döttrar. Min kliniska bakgrund har jag vid den psykiatriska verksamheten i Halmstad där jag arbetat inom såväl heldygnsvården som öppenvården sedan slutet av 90-talet. 2010 disputerade jag vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa/Vårdalinsitutet, Göteborgs universitet, med min avhandling: Living with bipolar disorder - The experiences of the persons affected and their family members, and the outcomes of educational interventions. Jag har nyligen haft en deltidsanställning som gästlärare vid specialistutbildningen i psykiatrisk omvårdnad i Göteborg, och är nu Klinisk lektor inom hälso- och sjukvården i region Halland samt högskolan i Halmstad.

Genom det förtroende jag fått som invald i styrelsen hoppas jag kunna medverka till att utveckla och stärka den psykiatriska specialistsjuksköterskan status, roll och ansvarsområde.

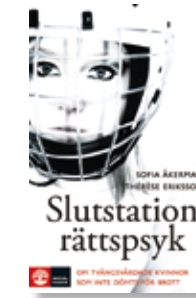


Maria Åling  
Ledamot i styrelsen för  
Psykiatriska Riksföreningen

Jag har arbetat inom missbruksvård, psykosvård, äldrevård och barn- och ungdomspsykiatri. Är idag verksam som adjunkt på Grundutbildningen för sjuksköterskor vid Röda Korsets Högskola och kursansvarig för psykiatriavsnittet. Jag hoppas på att under detta år bli antagen som doktorand. Mitt forskningsområde är sjuksköterskans journalföring inom den psykiatriska vården och planen är implementering av NANDA -I diagnostisering.

Hoppas genom mitt styrelsearbete att kunna arbeta för en utveckling av psykiatrisjuksköterskans roll. Jag har också ett stort intresse för utbildningsfrågor såväl för grund- som specialistnivå. Jag läser gärna deckare och ägnar mycket tid åt min lilla trädgård och mitt växthus. Min favoritid på året är skördetiden och tiden för svamplockning som jag gärna använder tillsammans med min dotter och mina tre dotterdöttrar.

## RECENSIONER



## Titel:

Slutstation rättspsyk:  
om tvångsvårdade kvinnor  
som inte dömts för brott

**Författare:** Sofia Åkerman  
och Thérèse Eriksson

**Förlag:** Natur och kultur  
**Recensent:** Richard Brodd

Sofia Åkerman är sjuksköterska, men studerar idag juridik. Hon har tidigare givit ut böckerna: Zebraflickan och För att överleva-om självskadebeteende. Thérèse Eriksson är beteendevetare och har en fil.kand. i psykologi. Båda har själva erfarenheter av självskadebeteende.

I boken få man bland annat följa sju kvinnors historier som är oerhört självutlämnande. De beskriver fysiska, psykiska och rättsliga övergrepp. Kvinnorna har överlämnats till rättspsykiatrisk vård utan att vara dömda. De utsätts för tvångsåtgärder som avskiljning och bältesläggning. Tvångshandskar och hjälm förekommer. Författarna har gjort en omfattande research med att ta fram fakta från journaler, intervjuer med kvinnorna och deras anhöriga. Tv- och radioinslag samt artiklar i pressen har också använts.

Mina känslor tog sig många uttryck när jag läste boken. Vid något tillfälle kände jag mig illamående. En annan känsla som kanske sammanfattar hela boken är förtvivlan. Historierna är stundtals berättade så närgångna att man måste lägga ifrån sig boken.

Det författarna lyfter fram är hur komplicerat och svårt det är att vårda kvinnor med bakgrund av ett allvarligt självskadebeteende som beskrivs i boken. Det blir hela vårt samhälles misslyckande, inte bara sjukvårdens. Boken väcker många, många frågor och därmed faktiskt lyfter fram det som måste bearbetas, utvecklas och förbättras.



## Psykiatrisjuksköterska/Forskningsjuksköterska till Regionalt Kompetenscentrum Barn- och ungdomspsykiatri, Lund



Till vårt nybildade Kompetenscentrum för ungdomar med psykos och bipolära sjukdomar söker vi dig psykiatrisjuksköterska med intresse för forskningsarbete.

Vi erbjuder dig ett spännande arbete och möjlighet att tillsammans med kollegorna i teamet bygga upp den nya verksamheten.

Du kommer att arbeta 50% kliniskt och 50% riktat mot forskning och utvecklingsarbete.

Vill du veta mer om tjänsten kontakta:  
Enhetschef Stefan Hult, 046-17 44 82

Välkommen med ansökan online senast  
2012-04-09.

Region Skåne ska främja god hälsa, vi ansvarar för att det finns bra sjukvård och kollektivtrafik för alla i Skåne. I vårt uppdrag ingår också att verka som koordinator, inspiratör och samlade kraft för utvecklingen i Skåne.

Vi är Skånes största arbetsgivare med 32 000 medarbetare och en total budget på 29 miljarder kronor (2011). Högsta beslutande organ är regionfullmäktige som väljs av invånarna i Skåne.

Läs mer på  
[www.skane.se/jobb](http://www.skane.se/jobb)

# 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**

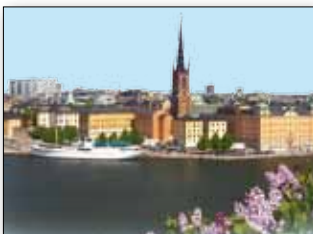
Join with people from across the world interested in exploring, expanding and building upon the spectrum of what is known about mental health and mental illness; prevention, intervention and research. The intention of this conference is to generate inclusive dialogue and stimulate new conversations on 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](http://www.psykriks.se)