

# Psyche

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN

FÖR SJUKSKÖTERSORS TIDSKRIFT

NO 4/2013

**NORDISK KONFERENS  
- PSYKIATRISJUKSKÖTERSOR  
REV MURAR PÅ ISLAND**

**GLAPPET MELLAN BUP  
OCH VUXENPSYKIATRIN  
MER VÄRDESKAPANDE  
TID FÖR PATIENTEN**

Chefredaktör och ansvarig utgivare  
Sebastian Gabrielsson

Kontakta redaktionen:  
Psyche c/o Sebastian Gabrielsson  
Aprikosvägen 7, 961 48 Boden  
Tel: 070-5483864  
sebastian.gabrielsson@psykriks.se  
Hemsida: www.psykriks.se

ISSN nr 0283-3468  
Bg: 5118-1592

Utgivningsplan 2014  
1 v12, 2 v24, 3 v39, 4 v50

Prenumeration  
400:-/år inkl 6% moms  
Utanför Sverige 450:-/år inkl 6% moms  
ewa.langerbeck@psykriks.se

Annonser  
Gällande annonsering kontakta:  
Chefredaktör och ansvarig utgivare  
Sebastian Gabrielsson

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, utfall) 225 x 95 mm + 3mm utfall  
1/3 sida (liggande, ej utfall) 214 x 85 mm  
Baksida 225 x 260  
(Rensuret 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: figrahm@gmail.com  
hans@mrdab.se

Formgivning/illustration  
Jonas Rahm  
e-mail: figrahm@gmail.com  
Tel: 070-491 02 20

Omslag: Omslagsfotot är taget av Sebastian  
Gabrielsson och föreställer det isländska  
vattenfallet Gullfoss.

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

## Nordic Conference of Mental Health Nursing 2013



### Murar revs på Island

Erfarenheter av omvårdnadshandledning

Vägen till en medmänsklig vård

Svensk forskning på gång kring delat beslutsfattande för personer med långvarig psykisk funktionsnedsättning

Att främja positiva dimensioner av hälsa –  
En utmaning för psykiatrisjukvårdsköterskor

...sid. 4-9

### Psykoterapikongress - Elefanterna dansade i Marrakech

Av Christina Reslegård ...sid 12



### Krönika: Frigör tid för vadå?

Av Sebastian Gabrielsson ...sid 16

### Grattis Martin!

Av Sebastian Gabrielsson ...sid 17

### Glappet mellan BUP och vuxenpsykiatri

Av Eva Lindgren ...sid 18

### Mer värdeskapande tid för patienten

Av Åsa Priebe ...sid 24

### Recensioner

...sid. 22

### Rapporter

... sid. 26



## ORDFÖRANDE HAR ORDET:

2013 har varit ett år av utmaningar. Det framstår som mer och mer tydligt att vi som arbetar med omvårdnad i samband med psykisk ohälsa behöver rusta oss för framtidens psykiatri. Från arbetsgivare och myndigheter som Universitetskanslersämbetet kommer signaler som visar att specialistsjuksköterskans roll i psykiatri behöver förtydligas när det gäller kompetens och ansvarsområde. Statistik visar också att andelen sjuksköterskor med specialistkompetens har minskat med över 10 procent sedan mitten av nittiotalet i psykiatri. Hur vi som profession ska kunna möta denna utmaning är något som PRF nu diskuterar med företrädare inom yrkeskåren såväl som med andra professioner och beslutsfattare på olika nivåer.

De gemensamma kriterierna för en profession är bland annat att den vilar på vetenskaplig grund i form av ett eget kunskapsområde, att den leder till legitimation, följer etiska regler, är autonom, värderas högt av samhället och att den tillhör en nationell organisation. Alla dessa kriterier uppfyller vi som psykiatrisjuksköterskor. Det är nu hög tid att vi som profession själva tar taktpinnen och definierar vad psykiatrisjuksköterskans kompetensområde innebär. Under året har en arbetsgrupp inom föreningen arbetat intensivt med att ta fram en reviderad kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskor med inriktning mot psykiatrisk vård.

Kompetensbeskrivningen förtydligar vilken kompetens en specialistsjuksköterska med inriktning mot psykiatrisk vård har och kommer att utgöra underlag för universitet, högskolor och arbetsgivare när de formulerar förväntningar och krav på psykiatrisjuksköterskan. Vår förhoppning är också att den ska bidra till att vårt kompetensområde påverkar utformningen av de lagar och riktlinjer som styr vården. Nästa steg blir att diskutera hur kompetensen kan användas på rätt sätt och i rätt sammanhang. Ur ett omvårdnads-perspektiv måste det exempelvis alltid vara fördelaktigt att förebygga psykisk ohälsa där det är möjligt, liksom att på ett klokt sätt samordna de olika insatser samhället har att erbjuda. På just dessa områden har psykiatrisjuksköterskan särskild kompetens som idag kanske inte nyttjas fullt ut.

2014 är ett speciellt år för Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor. PRF bildades 1964 och det innebär att vi som förening fyller hela 50 år. Detta vill vi uppmärksamma, bland annat genom att ge ut en reviderad kompetensbeskrivning och ett jubileumsnummer av *Psyche*. Förutom att utse Årets Psykiatrisjuksköterska 2013 kommer vi också ta fram en specialdesignad brosch för Psykiatrisjuksköterskan. I slutet av mars kommer vi att ha en extra festlig jubileumskonferens i Göteborg med temat "Psykiatrisjuksköterska - en profession i utveckling".

Föreningens ordförande under flera år, Richard Brodd, valt att träda tillbaka från sin post. Vi tackar honom för hans insatser under de gångna åren. Jag vill också passa på att säga tack till alla som under året på något sätt bidragit med insatser för Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor.

*God Jul och Gott Nytt År!*

Henrika Jormfeldt, Tf ordförande, Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor





Ungefär 250 personer deltog i den nordiska konferensen.



Henrika Jormfeldt var särskilt inbjuden att tala om sjuksköterskans hälsofrämjande arbete.



Karin Torell och Anna Thurang berättade om projektet "Bättre vård mindre tvång".



Helga Sif Fridjonsdóttir, lämnade över ansvaret att anordna nästa nordiska konferens till PRF:s Richard Brodd.



# Murar revs på Island

Av Sebastian Gabrielsson

I början av september anordnades *Breaking Barriers – The Nordic Conference of Mental Health Nursing* i Islands huvudstad Reykjavik. Fokus för konferensens tre dagar var i tur och ordning mänskliga rättigheter och psykisk hälsa, personcentrerad vård samt att omsätta forskning i praktik. Cirka 250 deltagare var anmälda varav 25 från Sverige. Förutom de nordiska länderna var Nederländerna rikligt representerade, men det fanns även representanter från Kanada, USA, England och Turkiet.

Som en av konferensens sex så kallade *key note*-föreläsare var PRF:s Henrika Jormfeldt inbjuden. Hon pratade om hur psykiatrisjuksköterskor kan arbeta hälsofrämjande och presenterade även en studie om personals erfarenheter av att leda en personcentrerad hälsofrämjande intervention. Bland de 53 presentationerna på programmet märktes Anna Thurang och Karin Torell från Stockholm respektive Lund som berättade om projektet ”Bättre vård – mindre tvång”, Monica Hansson med flera från Halmstad som beskrev ett projekt om delaktighet vid tvångsvård i akutpsykiatrisk vård och Marie Rusner från Borås som föreläste om vardagslivet vid bipolär sjukdom. Patrik Dahlqvist-Jönsson, ledamot av PRF:s styrelse, presenterade resultat från en studie om delat beslutsfattande vid långvarig psykisk sjukdom, Anita Johansson från Skövde beskrev föräldrars erfarenheter av vuxenpsykiatri, Håkan Nunstedt från Högskolan Väst presenterade en studie som beskrev hur personer med depression förstår och hanterar sjukdomen. På programmet fanns även en presentation av Karin Holmgren Melin om erfarenheter från en stor nordisk studie om OCD och Jörgen Öijervall från Halmstad med en presentation om sjuksköterskors erfarenheter av omvårdnadshandledning. Sverige fanns även representerat vid konferensens posterutställning där bland annat PRF:s styrelseledamot Maria Åling deltog med en poster om rättspsykiatriska patienters omvårdnadsbehov.

Själv försökte jag framförallt hinna med att lyssna till presentationer som berörde innehållet i den psykiatriska slutenvården. Mitt sammantagna intryck av dessa var att det finns all anledning att känna hopp och tillförsikt inför framtiden. Mycket finns att göra för att förbättra och utveckla slutenvården och psykiatrisjuksköterskan har en avgörande

roll i detta arbete. Hédinn Unnsteinsson från isländska regeringskansliet gav något av en idéhistorisk överblick över psykiatri där han manade till kritisk reflektion över vad vi gör och varför, samt manade till mer ödmjukhet och mer medmänsklighet. Lauri Kuosmanen från Finland beskrev hur användandet av tvångsåtgärder kan minskas medan Monica Hansson visade att ökad patientdelaktighet går att åstadkomma även vid tvångsvård i psykiatrisk intensivvård och konstaterade att ”förändring är möjligt”. Från London deltog Karen James som berättade om Safewards-modellen. Den är resultatet av den omfattande forskning om säkrare psykiatrisk slutenvård som under många år bedrivits under ledning av professor Len Bowers. En vetenskaplig artikel som beskriver modellen är på gång att publiceras och en facebookgrupp har startats för den som är intresserad av att följa utvecklingen.

Islands utsatta läge som en ö mitt i Atlanten gjorde sig påmint då det regnade mer eller mindre varje dag. Lyckligtvis infriade landskapet alla förväntningar då det var vackert, fantasieggande och olikt det mesta. En positiv överraskning var den isländska maten som genomgående höll hög kvalitet, även om de flesta konferensdeltagare nog undvek den lokala specialiteten rutten haj.

Konferensen avslutades med att ordföranden för de isländska psykiatrisjuksköterskornas organisation, Helga Sif Fridjonsdóttir, lämnade över ansvaret till PRF att organisera nästa nordiska konferens i Malmö 2016.

## Läs mer

Hédinn Unnsteinssons presentation går att ta del av via

[www.prezi.com](http://www.prezi.com)

Läs om Safewards-projektet på [www.safewards.net](http://www.safewards.net)

Jörgen Öijervall:

# Erfarenheter av omvårdnadshandledning

Av Jörgen Öijervall

Vid konferensen i Reykjavik höll jag en presentation med titeln *Främjande faktorer för professionell utveckling i processororienterad omvårdnadshandledning i grupp – Sjuksköterskors erfarenheter ett år efter avslutad sjuksköterskeutbildning* där jag beskrev en studie som jag genomfört. Här följer en sammanfattning.

## Bakgrund

Attityden av handledare och studenters vilja att reflektera över sig själva har beskrivits som att spela nyckelroller i processororienterad grupp-handledning under sjuksköterskeutbildningen.

En av handledarens uppgifter är att upprätthålla struktur samt för att skapa en atmosfär av ärlighet, acceptans och empati. Det finns en annan viktig faktor, som kan beskrivas som balansen mellan stöd och utmaning för deltagarna.

Relationen till vårdvetenskap har också beskrivits som betydelsefullt, men det finns omvårdnadshandledare inte använder omvårdnadsvetenskap som en naturlig del i grupphandledning för sjuksköterskor. Genom att dela erfarenheter och bibringa en teoretisk dimension till praktiska erfarenheter ökar sjuksköterskors medvetenhet om hur ett omvårdnadsperspektiv kan tillämpas och användas praktiskt i det vardagliga omvårdnadsarbetet.

Värdet av eftertanke har beskrivits teoretiskt som att aktuella problem i klinisk handledning ofta uppfattas som "en röra" och att den re-

flekterande individen måste kunna formulera problemet så som det uppfattats i den nuvarande situationen; som beskrivs som "reflektion i praktiken". Reflektion ger en ökad självinsikt och medvetenhet om filosofi av vård som är grunden för sina egna handlingar i vården.

## Resultat

En faktor som främjade professionell utveckling vid omvårdnadshandledning i grupp var handledarens **karaktär**:

**En uppmanande attityd:** Informanterna såg detta som handledaren var intresserad av att möta människor i handledningssituationen.

**Att vara äkta:** Det skapade en känsla av tillhörighet och tillit. Detta betydde inte att handledaren dominerade samtalet, men fokuserade på förmågan att lyssna aktivt uttryckt i gruppen både verbalt och ickeverbalt.

**Att fungera som en förebild:** Handledaren var en förebild och det var av vikt för deltagarna hur handledaren agerade. Deltagarna var känsliga

för och absorberade handledarens uttryck och införlivade dem i sin framtida yrkesroll. För att denna process skulle fungera krävdes förtroende för handledaren.

En annan faktor var handledarens **pedagogiska strategi**:

**Fördjupade uttryckssätt:** Detta innefattade att främja fördjupning av känslouttryck genom verbal kommunikation genom att diskutera utifrån bilder, rollspel eller färgglada knappar. Deltagarna beskrev att dessa aktiviteter gav nya uttryck, ofta relaterade till känslor som berört dem på ett personligt plan, samt möjligheter att utveckla sitt språk och hitta nya upptäckta sidor av sig själv. En viktig aspekt av att uttrycka sig på ett nytt sätt var att det bidragit till att stärka de känslomässiga inslag av kommunikationen och inte bara fokusera på intellektuellt baserad kommunikation.

**Tydlig återkommande struktur:** Det är viktigt att höras inledningsvis i en session och få ge uttryck för upplevda erfarenheter. Denna struktur beskrivs främja lyhördhet och samarbetsförmåga, och ge upplevelser som de ses som individer. De kan också öka förmågan att bedöma egna och andras bidrag baserat på vad som var viktigt för att skapa meningsfullt innehåll i handledningen.

**Vårdvetenskaplig grund:** Denna kan beskrivas som ett mer implicit element. Informanter försökte koppla det praktiska med den teoretiska delen. Det finns ingen uppgift om att handledaren höjde teoretiska perspektiv.

Slutligen var **reflekterande kommunikation** i handledningen en faktor av betydelse:

**Reflekterande frågor:** Genom frågor av reflekterande karaktär, kunde deltagarna våga närma sig de problem som inte tidigare hade berörts av dem själva eller andra. För att upptäcka fenomenet reflektion behövde deltagarna tid och vara ostörda. Handledarens frågor visade sig vara av betydelse. Det fanns en klar fördel om de var av typen sokratiska frågeställningar.

**Reflektivt lyssnande:** En viktig aspekt av reflekterande kommunikation är att lyssna på andra och hur de uppfattar situationer. Detta aktiva lyssnande hjälpte deltagarna att beakta situationen ur andra synvinklar än de egna genom

"Reflektion ger en ökad självinsikt och medvetenhet om filosofi av vård som är grunden för sina egna handlingar i vården."

att spegla sina erfarenheter av situationen utifrån andra deltagares erfarenheter av liknande situationer. Genom att praktisera aktivt lyssnande ökade deltagarnas förmåga att beakta situationer ur olika perspektiv, vilket ökar möjligheterna till att förstå framtida situationer i vården utifrån ett helhetsperspektiv.

## Diskussion

Resultatet visar på vikten av att handledaren har möjlighet att skapa en miljö med goda personliga relationer för att hjälpa eleverna att våga beskriva sina upplevelser och för att få en djupare förståelse av fenomenet. Tidigare forskning visar att handledaren har ett ansvar för att skapa en positiv lärande miljö som omfattar både stöd, utmaning och tid och fokus på deltagarnas individuella lärande i grupp. Resultaten tyder på att det kan vara värdefullt att använda kreativitet och lekfullhet för att hitta nya strategier för att hantera situationer på ett nytt sätt, genom att prova och skapa nya möjligheter för reflektion vilket skapar processer.

Deltagarna beskriver att de hade stöd och hjälp av processororienterad omvårdnadshandledning i grupp genom sin sokratiska kommunikation som bidrar till lugn och ro för reflektion och eftertanke. Reflektion bidrar till djupare tankar och möjlighet att ytterligare begrunda sina frågor. Men om vikten av vårdvetenskaplig förankring visar resultatet en diskrepans. De påstående beskriver att innehållet i sessionerna underförstått är relaterat till vårdvetenskap men detta uttrycks inte explicit. Handledaren har dock ett tydligt ansvar för att ge möjlighet för deltagarna att integrera teori och praktik genom att klargöra den teoretiska dimensionen av samtalet kring praktisk handling, och flera studier beskriver vikten av detta. Integrering teori och praktik hjälper deltagarna att tillämpa teoretiska kunskaper i det praktiska vårdarbetet och utveckla en medvetenhet om vilka grunder deras vårdhandlingar bygger på.

## Läs mer:

Öijervall, J. & Jormfeldt, H. (2013). Främjande faktorer för professionell utveckling i processororienterad omvårdnadshandledning i grupp: Sjuksköterskors erfarenheter ett år efter avslutad sjuksköterskeutbildning. *Vård i Norden* 33 (1), 9-13.

**Patrik Dahlqvist Jönsson:**

## Delat beslutsfattande för personer med långvarig psykisk funktionsnedsättning – svensk forskning på gång

Av Patrik Dahlqvist Jönsson

Vid konferensen presenterade jag lite om den forskning som jag är inblandad i. Jag är en del av en forskargrupp med inriktning ”Bemötande, återhämtning och delaktighet” och just nu delaktig i ett projekt om delat beslutsfattande och återhämtning vid Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI).

**S**yftet med den aktuella studien är att beskriva vad delat beslutsfattande för personer med långvarig psykisk funktionsnedsättning innebär i samband med sjukvård och stöd.

Att erbjuda patienten en högre grad av delaktighet och självständighet i förhållande till hälso- och sjukvårdspersonal samt andra stödpersoner är något som politiskt betonas starkt både i Sverige och i andra västländer. Ett sätt att stärka personer med långvarig psykisk funktionsnedsättnings autonomi i beslut om sin behandling, vård- och livssituationen kan vara genom en ökad förståelse vad gäller förutsättningar för och betydelse av delat beslutsfattande för dessa individer. Detta studeras i projektet genom fokusgruppsintervjuer bland personer med egna erfarenheter av psykiatrisk hälso- och sjukvård och stöd. Grounded Theory har använts som metod i studien. Preliminära resultat visar att delat beslutsfattande för personer med långvarig psykisk funktionsnedsättning innebär en kamp för att ses som en kunnig och likvärdig person när beslut ska fattas i möten tillsammans med professionella. Ett flertal hindrande samt främjande

processer som påverkar förutsättningarna för framgångsrik delat beslutsfattande har framkommit i studien.

Genom denna studie hoppas man kunna bidra med kunskap som utgår från personer med långvarig psykisk funktionsnedsättnings egna perspektiv. Denna kunskap kan användas som en grund för vidare utveckling av delat beslutsfattande interventioner i psykiatrisk hälso- och sjukvård och stödverksamhet.

Studien är viktig för sjuksköterskor i deras arbete för ett ökat deltagandet från patienter och anhöriga i behandlingsbeslut och planering av vård och stöd, då den kan bidra med kunskap om förutsättningar och åtgärder för ett klimat av samarbete och samförstånd mellan professionella och patienter.

## Kontakt

Om du vill veta mer om den aktuella forskningen kan du kontakta Patrik Dahlqvist Jönsson på [patrik.dahlqvist-jonsson@regionhalland.se](mailto:patrik.dahlqvist-jonsson@regionhalland.se)

Tony Warne:

# Vägen till en medmänsklig vård

Av Britt-Marie Lindgren

Jag valde bland annat att lyssna på ett inspirerande föredrag av professor Tony Warne från University of Salford i Manchester, England. Det hade titeln *Ensuring compassionate mental health nursing practice: is compassion best taught or caught?*, på svenska ungefär *Att säkerställa en medkännande psykiatrisk omvårdningspraxis: lärs eller fångas medkänsla bäst?*

**H**an inledde sitt föredrag med att ta upp en del statistik omkring de människor som söker hjälp inom primärvård och konstaterade att cirka 33 procent av dem har någon form av psykisk ohälsa tillsammans med en somatisk sjukdom.

Warne ställde en hel del frågor omkring vad som händer i sjukvården idag: Hur kan det komma sig att så många människor lider och upplever att de inte får hjälp i vården? Har sjuksköterskor förlorat sin förmåga att vårda och är det därför som patienterna lider? Håller psykiatrisjuksköterskorna på att bli utbrända? Han drar paralleller till Virginia Hendersons och menar att "att göra" värdesätts högre än "att vara": *"It is easy, given the 'busy-ness' of everyday practice, to slip into the 'doing' of nursing rather than 'being' a nurse..."* Warne fortsatte med att problematisera organisationen av den psykiatriska vården där ekonomiska ställningstaganden har företräde jämfört med en humanistiskvårdande organisation.

Därefter lyfte Warne fram en "bortglömd röst" – Simone Roach, som menade att det mest äkta kriteriet av mänsklighet är att vårda och att utbildningsprogram måste professionalisera konsten att vårda genom förvärvande av kunskap och färdigheter. Han tar upp kärnbegrepp som han menar måste finnas i utbildningar till vårdande yrken och företrädesvis i sjuksköterskeutbildning där han själv är verksam. Utbildningen bör utgå från "The Six C's":

- Compassion - Medkänsla
- Competence - Skicklighet
- Confidence - Förtroende
- Conscience - Samvete
- Commitment - Engagemang
- Comportment - Uppförande

Warne menar att det inte är möjligt att utveckla en teori oberoende av praxis, därför måste teoretisk kunskap vara grundad i praktisk kunskap. Professionell kunskap måste förstås utifrån erfarenhet, experimentell eller erfarenhetsbaserad kunskap och vad Warne benämner som "patient experience knowledge". Vidare menar han att användandet av evidens utan närvaro av värderingar och teorier om mänsklig vård och medmänskliga relationer är meningslös – om vi inte vill reducera psykiatrisk vård till att enbart handla om en teknisk standardiserad resa. "Patient experience knowledge" erbjuder ett sätt att tänka om andra människors erfarenheter där sjuksköterskan tar en position som "ovetande" och bjuder därmed en möjlighet till ett möte på lite mer lika villkor.

En utbildning som ger grund för en medmänsklig vård där patientens erfarenheter tas tillvara består enligt Warne av ett antal nyckelprocesser: mellanmänsklig kompetens, relationella färdigheter, känslomässig mognad och berikande vårdmiljöer. Våra värderingar och vårt beteende är hjärtat i allt det vi gör:

**Vårdande:** Att leverera en högkvalitativ vård.

Människor som vårdas förväntar sig att vården ska vara rätt för dem i varje del av livet.

**Medkänsla:** Medkänsla handlar om hur vården ges. Relationer som präglas av empati, vänlighet, respekt och värdighet.

**Kompetens:** Med kompetens menas att man har den kunskap och färdighet som krävs för arbetet och att man kan leverera den bästa vården baserad på forskning och evidens.

**Kommunikation:** God kommunikation innefattar bättre lyssnande och delat beslutsfattande – "inga beslut om mig utan mig"

**Mod:** Mod sporrar oss att göra rätt saker för personer som vi vårdar, att vara djärv när vi har goda idéer och att säga ifrån när saker och ting är fel.

**Engagemang:** Engagemanget medför att den vision som finns för personen som vårdas verkställs. Vi vidtar åtgärder för att nå målen/visionerna.

Det krävs en medmänsklig organisation för att kunna erbjuda en medmänsklig vård. En medmänsklig organisation kan enligt Warne vara där vårdorganisationen har en struktur som underlättar medmänsklighet. Vidare en organisation där det finns en tro på människans förmåga att vara medmänsklig.

Många var de tankar som väcktes hos mig under föredraget, till exempel: Hur är en medmänsklig vårdorganisation rent faktiskt? Hur kan jag främja en medmänsklig organisation? Hur kan jag främja en medmänsklig atmosfär bland mina arbetskamrater? Och så vidare, och så vidare...

## Läs mer

Warne T. & Stark S. (2004) Service users, metaphors and teamworking in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 654–661



Henrika Jormfeldt:

# Att främja positiva dimensioner av hälsa

## – En utmaning för psykiatrisjuksköterskor

Av Henrika Jormfeldt

Min keynote-föreläsning handlade om psykiatrisjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Om det huvudsakliga målet med omvårdnad är att främja subjektivt upplevd hälsa hos patienten är det inte tillräckligt att utvärdera vården utifrån frånvaro av symtom på sjukdom. Detta är inte ett tillförlitligt mått på vårdkvalitet.

Psykiatrisk vård behöver omvårdnadsinterventioner utvecklas som syftar till att främja positiva dimensioner av hälsa och självkänsla. Detta för att möta patienters behov och möjliggöra vidare studier av dessa interventioners effekt.

Det patogena synsättet förenklar ofta bilden genom att betrakta sjukdom och hälsa som motpoler. Detta perspektiv har uppenbara nackdelar då det ger sken av att det är tillräckligt att fokusera på att bota, lindra eller förebygga sjukdom. Ur ett salutogent perspektiv kan hälsa inte beskrivas enbart som frånvaro av sjukdom eftersom en sådan beskrivning förbiser alla de positiva aspekter av hälsa som är relevanta för omvårdnad.

Ur ett salutogent perspektiv beskrivs hälsa och sjukdom som två olika processer som ömsesidigt påverkar varandra. Ur ett preventivt perspektiv är det kanske minst lika effektivt att främja positiva dimensioner av hälsa som att förebygga ohälsa och sjukdom. En vård som huvudsakligen fokuserar på sjukdomssymtom och funktionsnedsättningar tenderar att förstärka patientens upplevelse av att vara sjuk medan ett fokus på hälsa, resurser och möjligheter ofta upplevs som mer stödjande.

I en psykiatrisk kontext är personer med varaktiga psykiska funktionsnedsättningar ofta

i behov av kommunens stöd och service. Att då placeras i boendemiljöer och miljöer för arbets- och träning utifrån vad man har problem med och inte kan är ett exempel på konsekvenser av ett patogent perspektiv.

Personer utan nämnvärda funktionshinder brukar, när de har möjlighet att välja själva, helst välja att gruppera sig med andra människor utifrån var man har sina starka sidor och förmågor. Exempelvis vill man umgås med människor som har liknande intressen. Man vill inte få sina brister definierade och därefter grupperas med personer som har samma typ av brister som en själv. På ett liknande sätt fokuserar ett rehabiliterande salutogent förhållningssätt på möjligheter och förmågor med utgångspunkt i personens egna preferenser.

Under presentationen beskrevs fem genomförda forskningsprojekt:

- Utveckling av Hälsoinstrumentet
- Jämförande studier av attityder till hälsa i psykiatrisk vård
- Utvärdering av psykosocial rehabilitering från Boston University
- Personcentrerad hälsoutbildning i grupp för personer med varaktig psykisk ohälsa
- LIV-projektet - En individanpassad levnadsinterventionsintervention för personer med schizofreni.



Henrika Jormfeldt

Slutsaten utifrån de beskrivna forskningsprojekts resultat är att patienter i psykiatrisk vård har rättighet att ses ur ett helhetsperspektiv där hälsosam kost, fysisk aktivitet, social gemenskap på lika villkor och meningsfull sysselsättning betraktas som åtminstone lika viktigt för hälsan som diagnosticering och medicinering. Psykiatrisjuksköterskans huvuduppdrag är att stödja patienten att uppnå de nödvändiga förutsättningar som krävs för att hans eller hennes hälsa ska kunna främjas.

Den huvudsakliga utmaningen i psykiatrisk omvårdnad när det gäller att främja positiva dimensioner av hälsa är att forskare såväl som personal inom klinisk praktisk verksamhet behöver se bortom traditioner av patogent tänkande i termer av sjuk eller frisk och istället se möjligheter till utveckling och förändring även för de av våra medborgare som är mest utsatta i den politiska och ekonomiska samhällshierarkin.

# Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskors (PRF) Jubileumskonferens

27-28 mars 2014 i Göteborg

## Årets främsta mötesplats för psykiatrisjuksköterskor!

*Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor (PRF) hälsar  
Dig välkommen till Jubileumskonferens 2014!*

– PRF 50 år –

Den 27 – 28 mars 2014 i Göteborg

Årets tema är:

### **Psykiatrisjuksköterska - en profession i utveckling**

Jubileumskonferensen 2014 vill ge en bild av vår professions utveckling under åren och i framtiden. Konferensen berör alla som på ett eller annat sätt kommer i kontakt med psykisk ohälsa. Den är ett unikt tillfälle för psykiatrisjuksköterskor från hela Sverige att utbyta erfarenheter och tillsammans öka kunskapen om vad det innebär att vara en avancerad klinisk psykiatrisjuksköterska.

### **Två keynote-speakers är inbjudna till konferensen:**

- Psykiatrisjuksköterskans framtid - möter vi patienter IRL (in real life) eller på nätet? Professor **Ingela Skärsäter**.
- Salutogenes i psykiatrisk omvårdnad - Innovativ utmaning eller gammal självklarhet? Docent **Henrika Jormfeldt**.

Dessutom får du möjlighet att ta del av föreläsningar om:  
Studentsalar inom beroendevården, Webb-stöd för unga vuxna,  
Suicidproblematik bland asylsökande, Delat beslutsfattande,  
Familjens betydelse inom den rättspsykiatriska vården  
Vårdares makt och patienters vanmakt, Egna  
erfarenheter av psykiatrisk vård  
...och massor av andra spännande föredrag och inslag!!

Varmt välkommen till en spännande konferens!

**[www.psykriks.se](http://www.psykriks.se)**

På hemsidan hittar du mer information, prisuppgifter  
och uppdateringar av programmet.



Foto: Dick Gillberg/goteborg.com

**PRF**

Psykiatriska  
Riksföreningen  
för Sjuksköterskor

# Anmälningssformulär

Namn: \_\_\_\_\_

Personnr: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnr: \_\_\_\_\_ Postadress: \_\_\_\_\_

Tel nr: e-post: \_\_\_\_\_

Faktura adress: \_\_\_\_\_

Kostnadsställe/ansvar el liknande: \_\_\_\_\_

Kontaktperson och telnr: \_\_\_\_\_

Specialkost: \_\_\_\_\_

Priserna gäller för den som 2014 är medlem i Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor. För den som inte är medlem tillkommer 500 kr (medlemskontroll görs).

Anmäl dig till jubileumskonferensen senast den 22 februari 2014. Halva priset för studenter (gäller både grund- och specialiststudenter). Antalet platser är begränsade, först till kvarn gäller. Efteranmälning kan ske i mån av plats.

Anmälan är bindande. Förskottsdebitering gäller. Faktureringsavgift på 100 kr tillkommer. Alla priser är exklusive moms. Vid avbokning före den 7 mars 2014 debiteras 500 kr. Vid avbokning senare återbetalas inget.

Du kan anmäla dig på föreningens hemsida [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se) eller skicka anmälan till:

**Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor**  
**c/o Patrik Dahlqvist Jönsson**  
**Hästskov. 19, 31350 Åled**

## Priser

- Jag har betalt medlemsavgiften till PRF för 2014
- Jag är inte medlem i PRF
- Jag betalar medlemsavgiften i samband med anmälan till Jubileumskonferensen a 325: -

## Alt 1:

2 dagars konferens på Hotell Riverton i Göteborg inkl. förmiddagskaffe och eftermiddagskaffe samt lunch - 3.495 kr + moms. (icke medlem betalar 3.995 kr + moms)

## Alt 2:

Deltagande vid en av dagarna på konferensen med eller utan tillval av jubileumsmiddag:

**Dag 1** fm och em kaffe, lunch - 1.995 kr + moms.

**Dag 2** fm och em kaffe samt lunch - 1.995 kr + moms.

## Jubileumsmiddag:

Torsdag 27 mars kl. 19.00. Middag och cabaret - 700 kr.

## Boende:

Boende rekommenderas på Hotell Riverton i Göteborg där konferensen hålls. Uppge bokningskod **1135959**.



Foto: Privat



# Psykoterapikongress - Elefanterna dansade i Marrakech

Av Christina Reslegård

12000 deltagare och etthundra programpunkter under fyra dagar. I slutet av september arrangerade European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT) sin fyrtyotredje årliga kongress. Christina Reslegård, psykiatrijuksköterska och leg. psykoterapeut, var på plats i Marrakech, Marocko, och lyssnade till de stora namnen inom psykoterapin.

**E**tt stort arrangemang med dryga 1200 deltagare, inte bara från Europa utan också från andra världsdelar till exempel Australien, Sydamerika och Asien. Ett digert program under fyra dagar. Närmare etthundra programpunkter. Intressegrupper och runda-bords-samtal. Posterutställningar. Ett parallellt franskspråkigt program. Seminarium under olika teman och keynote-föreläsningar där man verkligen fick se "de stora elefanterna", mer om dessa senare.

I år i Marrakech, nästa år i Haag, 2015 i Jerusalem och 2016 i Stockholm. Kongressen i Stockholm blir ett samarrangemang mellan Svenska föreningen för kognitiva och beteendearterier (sfKBT) och Beteendeterapeutiska föreningen (BTF). Då kommer det minsann att bli svensk samverkan och samarbete mellan de kognitiva och de beteendearterier under det stora KBT-paraplyet. Missa inte den konferensen!

## Patienten sin egen tereapeut

Min konferens startade upp med ett heldagsseminarium med **Judith Beck** om depressionsbehandling med kognitiv terapi. Judith Beck är dotter till den kognitiva terapins grundare Aaron T. Beck, vilket hon inledde med att påpeka efter att vid många tidigare tillfällen blivit tagen för hans många år yngre hustru (sic!). Judith Beck är psykolog och filosofie doktor och driver tillsammans med sin far Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy i Philadelphia, USA.

Utgångspunkten för kognitiv terapi är att all form av psykisk ohälsa innehåller dysfunktionellt tänkande. En annan grundtanke är att varje individs känslor och beteende påverkas av det sätt som han/hon uppfattar och tolkar sina erfarenheter. Judith Beck hävdar att deprimerade patienter som behandlas utifrån dessa grundtankar, har hälften så många återfall i depression som de



som behandlas enbart med läkemedel.

Judith Becks budskap då? Ja, det var många. Till exempel:

- Intellectuella tekniker fungerar inte alltid på emotionell nivå. Patienten säger exempelvis – Ja, jag förstår, men jag tror inte på det!
- För att kunna arbeta med negativa, automatiska tankar måste affekten vara lagom, varken för stark eller för svag.
- Om den sokratiska frågetekniken inte fungerar bör man fundera på om det finns fler negativa, automatiska tankar hos patienten som ännu inte kommit fram. Negativa automatiska tankar kan ligga mycket nära grundantagande och då arbetar vi på en mycket djupare nivå än annars.

Vad tog jag med mig efter en dags workshop? Jo att man mår bra av att göra små förändringar dag för dag i sitt sätt att tänka och handla, inte genom att gå till en psykoterapeut 45 minuter varje vecka. Målet är att patienten ska bli sin egen psykoterapeut. Och om terapeuten är tveksam till vad som är mest viktigt att börja arbeta med – fråga patienten vad som vore mest hjälpsamt.

Judith Beck klargjorde också att vi ofta kräver alltför mycket speciellt av de deprimerade patienterna. Ge inte hemuppgifter som tar tid och är komplicerade. Deprimerade patienter ska inte behöva misslyckas. Kräv inte orimlig

aktivitet, till exempel dagliga, långa promenader. Kort promenad 2-4 gånger i veckan är mer rimligt. Aktivitetsschema är inte nödvändigt, om patienten berättar om en vanlig dag ger det oftast tillräcklig information.

Vanliga terapeutmisstag är att föreslå en alltför omfattande och avancerad aktivitet. Eller att ge upp alltför snabbt om en hemuppgift inte blir gjord. Terapeuter lyssnar inte heller alltid på vilken aktivitet patienten tycker är den viktigaste. Något annat vi kanske missar är vikten av att arbeta med återfallsprevention i slutet av behandlingen.

Judith Becks workshop byggde på hennes böcker *Basic and Beyonds samt Cognitive Therapy for Challenging Problems* (finns i svensk översättning). Hon lyckades fint med att både belysa det grundläggande i kognitiv terapi och att komma med ny inspiration. Deltagarna hölls aktiva med runda- bords- samtal och rollspel.

### Inga hopplösa patienter

Professor **Paul Salkovskis** var den första dagens första key-note-speaker. Han levererade en rad citat och one-liners som jag väljer att presentera som en lista nedan:

- KBT är den sämsta psykoterapimetoden – om man bortser från de andra!
- Att slaviskt följa manualer eller föreskrifter leder inte framåt. Framsteg görs genom att man lyssnar på patienter i klinisk verksamhet.

”Om det kommer en ny behandlingsmetod – lär dig den snabbt för den är oftast som mest effektiv i början.”

Steven Linton



”Jag kan inte garantera att du kommer att må bättre, jag har ingen kristallkula, men det finns inget jag vet om dig som gör att jag inte tror att du skulle kunna må bättre om vi arbetar tillsammans.”

Judith Beck

- Att patienterna informerar sig och gör evidensbaserade val kommer att krossa de icke evidensbaserade behandlingsmetoderna. Psykiskt sjuka kommer att göra precis som de somatiskt sjuka: googla och söka efter bästa behandlingsalternativ!
- Om två behandlingsmetoder faller ut med lika resultat i forskning kan det bero på att ingen av dem är effektiv. Om den ena förefaller bättre än den andra kan det bero på att den andra behandlingsmetoden gör patienten sämre.
- Det finns alltför få jämförande studier mellan internet-KBT och självhjälpböcker. Internetbehandling jämförs oftast med ingen behandling alls (av ekonomiska skäl).
- Vi som utvecklade och arbetade med KBT – vi letade i de andra psykoterapiernas soptunnor och jobbade med det som de hade misslyckats med, till exempel OCD.
- Terapeutisk allians är viktigt men inte avgörande för terapins utfall.
- Det finns hopplösa terapeuter men inga hopplösa patienter!

### Patientcentrerad smärtbehandling

Konferensen hade valbara workshops varje dag. Jag deltog i Steven Lintons halvdag om smärta och smärtbehandling. Han var den ende svenske föreläsaren efter vad jag såg. Steven Linton är professor vid Örebro universitet. Han arbetar vid CHAMP - Center for Health and Medical Psychology. Hans föreläsning belyste psykolo-

giska faktorerens roll i utvecklande av långvariga smärtproblem.

Problemet med långvarig smärta är själva upplevelsen av smärta och negativ påverkan på det dagliga livet i form av nedsatt funktionsförmåga samt sänkt livskvalitet. Katastroftankar, rädsla och depression påverkar smärtan negativt. Målet med behandling är att förhindra utvecklingen av kronisk smärta och att verka för snabb återhämtning. Integrering av psykologiska metoder i behandlingsutbudet har alla förutsättningar att kunna bidra till att förbättra utfallet för den enskilda individen.

Riskfaktorer används för att hitta patienter tidigt, till exempel i primärvården. De viktigaste riskfaktorerna är depression, ångest och oro, katastroftankar, rädsla och förväntat utfall. 60 % av smärtpatienterna i primärvården tror att de kommer att bli handikappade av sin smärta och

45 % tror att det är något farligt som pågår i kroppen. Det finns naturligtvis också riskfaktorer kopplade till patientens omgivning, till exempel en olämplig arbetsplats med monotont, stressande arbetsuppgifter, brist på kontroll eller otrivsel.

Ordentlig beteendeanalys underlättar och förbättrar behandlingsresultatet. Rätt åtgärd till rätt person! 20 % bättre resultat när det gäller återgång till arbete om man arbetar tillsammans med effektiv problemlösning. Men man kan inte utgå från att patientens mål är återgång i arbete.

1,25 miljoner människor i Sverige lider av långvarig smärta. 8 % av de som blivit sjukskrivna för ryggont är fortfarande sjukskrivna

efter sex månader och den siffran sjunker inte nämnvärt därefter.

Det som är en adekvat strategi att hantera akut smärta är ofta en dålig strategi att hantera långvarig smärta. Vila och smärtstillande läkemedel är ett exempel på sådant som är adekvat i den akuta fasen men som kanske bidrar till att problemet blir långvarigt. Distraction, avledning, hjälper patienten att flytta sin uppmärksamhet till andra stimuli och fenomen än smärtan. Tillämpad avslappning har lika bra eller bättre effekt på smärtan som mindfulness.

Det finns en mängd teoretiska modeller som försöker förklara på vilket sätt psykologiska faktorer hör samman med långvariga smärttillstånd. Framförallt tre modeller har relevans för behandlingen:

*Rädsla/undvikande:* Problemet med långvarig smärta är att smärtsignalerna aldrig upphör. Även om det inte finns någon omedelbar fara så fortsätter kroppen att larma och patienten blir automatiskt inställd på att något måste göras för att det onda ska gå över. Människan är konstruerad på ett sådant sätt vi är rädda för smärta och tror att vi måste undvika allt som utlöser smärta. Det är rädsla för smärta inte aktivitet som ökar smärtan. Stegvis ökande exponering för fysisk aktivitet är viktigt i behandlingen och gör att risken för att inskränkningar och begränsningar i patientens vardagsliv minskar. En viktig fråga: Vad, förutom smärta, undviker patienten?

*ACT (Acceptance and Commitment):* ACT som behandlingsidé skiljer mellan smärta och lidande och fokuserar på lidandet. Metoden har som mål att patienten ska sluta försöka undvika eller kontrollera sin smärta utan istället välja att acceptera smärtan och fokusera på att leva livet fullt ut, delta i aktiviteter och försöka nå sina personliga mål i enlighet med sina värderingar.

*Inadekvat problemlösning:* Normal oro kring smärta leder till att individen väljer vissa strategier för att lösa sina problem, till exempel smärtstillande medicinering. När detta inte hjälper ökar oron och beteendepertoaren smalnar.

Som tidigare sagts är copingstrategierna gäl-

lande långvariga smärttillstånd helt annorlunda än vad som gäller vid akut smärta. Långvarig smärta får emotionella och beteendemässiga konsekvenser som motverkar återhämtning och rehabilitering.

Steven Linton förespråkar en patientcenterad behandlingsmodell som tar hänsyn till individuella skillnader gällande exempelvis levnadsvanor, yrkesmässiga krav, socialt stöd och den kontext individen befinner sig i. Behandlingen bör vara multidisciplinär och innehålla ett stort mått av psykologiska metoder.

### Medkänslan i fokus

Professor **Paul Gilbert**, University of Derby, UK ägnade sin key-note-föreläsning åt *compassion-focused therapy*. Compassion översätts med känsla och känslighet för lidandet hos sig själv och andra kombinerat med ett djupt känt åtagande att försöka lindra och förebygga lidandet. Behandlingsmetoden övar oss i att känna medkänsla med oss själva, den typ av medkänsla som vi har lätt att känna för andra. Föreläsaren menar att patienter kan gå igenom hela terapier utan att självkritiken har uppmärksamats eftersom den sker under ytan.

Paul Gilbert har ägnat stor del av sin forskning åt att förstå hur skam och överdriven självkritik kan behandlas. Målet är att få en varmare och mer förstående hållning till sig själv. Ett annat viktigt mål är att förmedla förståelse för att livet är ganska tuftt ibland och att den stora konsten är att förhålla sig till det. Självkritiken blir ofta tydlig när det kommer motgångar.

I en psykoterapi med fokus på medkänsla kan du:

- få hjälp att identifiera dina självkritiska tankar och de konsekvenser de har för ditt liv
- få förståelse för hur hjärnan fungerar när du är självkritisk och hur du kan påverka det
- få förståelse för hur självkritiken har utvecklats och hur det inte kan vara ditt fel
- få syn på dina styrkor och hur du kan använda dig av dem även när du har motgångar
- få hjälp att identifiera när du känner dig hotad av dina tankar eller i relationer



- få hjälp att hitta metoder för att lugna dig själv

Jag fick alltså se de stora elefanterna dansa (eller föreläsa). De, vars böcker vi tragglat under psykoteraeututbildningen, stod på scenen och delade med sig av kunskaper och inspiration. De fick det att kännas så lätt att vara terapeut även om de också erkände misstag och svagheter. Vi delade en gemensam erfarenhet och en vilja att bli bättre på det vi gör.

Jag fick också möjligheten att gå på flera seminarier med forskningspresentationer om 20 minuter. Personligen är jag inte så förtjust i korta presentationer eftersom de tenderar att få samma upplägg oavsett vad det handlar om. På 20 minuter har man inte så stort svängrum och flera sådana presentationer i rad blir lätt enahanda, men det är min egen upplevelse. Och jag har full förståelse för att formatet sätter gränser.

Ett sådant seminarium handlade om en modell för stegvis vård gällande ångeststörningar. Tre holländska forskare presenterade sina studier. Ångest kostar lika mycket som stroke i EU. Patienter med ångest kommer oftast initialt

till olika typer av primärvård där de inte alltid möts och behandlas med evidensbaserade metoder. I den holländska modellen samarbetade distriktsläkare och psykiatrisjuksköterskor med evidensbaserade interventioner med syfte att monitorera symtom och att förebygga återfall med gott resultat. Det man kunde se var att det första steget i modellen som bestod av ett självhjälpsprogram med KBT-inriktning hade stort avhopp/bortfall. Patienterna hoppade av för att de ansåg att KBT tog för lång tid och därmed innebar en alltför stor investering.

Men Marrakech då? Ett drömrese mål; exotiskt och spännande. Minareter, åsnor, Yves Saint Laurents fantastiska trädgård, ormtjuvsare, vattenförsäljare och marknaden. Allt finns att se och köpa (efter att du prutat). Du får inte vara ifred för försäljarna en sekund i souken. Och du förväntar dig att se Indiana Jones komma runt hörnet, svingandes med piskan. Jag tror att jag kommer att ha mer användning för kunskapen jag fick ta del av än för de knallgula kamelskinnstoffsorna jag köpte på marknaden!

Tack Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor för medel till deltagande i konferensen.

#### Läs mer

Beck, J.S. (2007). Kognitiv terapi för mer komplexa problem: när vanliga metoder inte fungerar. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.



## Frigör tid för vård?

För några år sedan besökte jag en konferens om ledarskap. I ett av föredragen beskrevs hur man hade effektiviserat arbetet på en somatisk akutmottagning. Man hade utgått från Lean som handlar om att maximera värdeskapande tid och minimera icke värdeskapande tid i en organisation (ursprungligen i Toyotas bilfabriker) genom att se över rutiner och processer så att resurser utnyttjas optimalt. På den aktuella akutmottagningen hade man definierat värdeskapande tid som den tid då något händer (provtagning, läkarundersökning med mera) och icke värdeskapande tid som den tid då inget händer (väntan). Genom diverse ändringar i rutiner hade man lyckats få till en betydande minskning av icke värdeskapande tid

med resultatet nöjd och glad personal, minskad personalomsättning och nöjdare patienter.

Efter presentationen gavs publiken möjlighet att ställa frågor. Jag passade på att fråga hur man visste vad patienterna värdesatte och att de faktiskt blivit nöjdare. Svaret löd kort och gott "Ingen tycker väl om att vänta?"

Jag påminns om denna händelse när jag läser artikeln om projektet "Frigör tid för vård" i detta nummer av Psyche. Utan att vara närmare insatt tycker jag att titeln på projektet och den beskrivning som ges i artikeln är lovande. Att effektivisering inte måste handla om att allt ska gå snabbare. "Förändringsarbete tar tid"

konstateras det i artikeln. Det gör även omvårdnadsarbete. Att bygga relationer och tillit, försöka förstå människors upplevelser och behov, trygga, trösta, stärka och förmedla hopp kan ibland gå fort men ofta långsamt. Oavsett vilket måste det tillåtas ta den tid det tar. Om vi nu tror att sånt är viktigt och "värdeskapande" vill säga.

I fallet med den somatiska akutmottagningen verkade man inte ha brytt sig om att ta reda på och utgå ifrån patienternas upplevelser och behov vare sig i förändringsarbetet eller i omvårdnadsarbetet. Även om "ingen tycker om att vänta" kan man ju tänka sig att "kundnyttan" hade blivit ännu större om man istället för att eliminera all "icke värdeskapande" tid försökt fylla en del av den med ett värdeskapande innehåll i form av aktiv omvårdnad istället för passiv väntan.

Just här tror jag att sjuksköterskan i allmänhet och specialistsjuksköterskan i psykiatri i synnerhet har en mycket viktig uppgift att fylla. Precis som i omvårdnadsarbetet har sjuksköterskan ett ansvar att delta i förbättringsprojekt och använda sin kompetens för att se till att utgångspunkten faktiskt är patienternas behov och inte godtyckliga antaganden om vad patienter behöver.

*Sebastian Gabrielsson*  
Chefredaktör



Maria Åling deltog med en poster vid konferensen Custody and Caring

## Rättspsykiatrisk omvårdnad i Kanada

I Saskatoon, Kanada, hölls i oktober en konferens kallad Custody and Caring. Maria Åling deltog och redogör här för innehållet i några av seminarierna om rättspsykiatrisk omvårdnad.

Av Maria Åling

Konferensen Custody and Caring gick av stapeln 2-4 oktober 2013. Undertecknad hade förmånen att delta i denna konferens som riktade sig till sjuksköterskor verksamma inom kriminalvård,

rättspsykiatrisk vård och annan verksamhet som personer dömts till. Under tre mycket innehållsrika dagar deltog jag i ett flertal seminarier som fokuserade på rättspsykiatrisk omvårdnad. Här





# Grattis Martin!

I början av oktober disputerade Martin Salzmänn-Erikson vid institutionen för hälsovetenskap och medicin, Örebro universitet, med en avhandling om omvårdnad i psykiatrisk intensivvård.

**Hur känns det nu när disputationen är avslarad?**  
Det känns överkligt – men fantastiskt skönt att efter 7 år avslutat ett så omfattande projekt.

## Vad heter avhandlingen?

Caring in intensive psychiatry – rhythm and movements in a culture of stability vilket på svenska blir Intensivpsykiatrisk omvårdnad – rytmer och rörelser i en stabilitetskultur.

## Vad handlar den om?

Jag brukar kortfattat svara att avhandlingen handlar om “omvårdnad på PIVA”, det vill säga psykiatriska intensivvårdsavdelningar. Ett litet mer utbroderat svar är att jag har fördjupat mig i frågor som berör caring och nursing i intensivpsykiatrisk vård. Jag talar om PIVA som en stabilitetskultur där det primära fokuset inte är patientens livsvärld. Istället menar jag att caring handlar om att skapa stabilitet och undvika turbulens. Att möta människor i akut psykisk ohälsa ställer omfattande krav på vårdpersonalens kunskaper, inte minst beträffande aspekter på bemötande. Personalen på PIVA måste ständigt vara sensibla och ha förmåga att observera de minsta fluktuationer hos

patienterna och i miljön. Omvårdnad handlar om att parera dessa fluktuationer med syftet att bevara stabilitet och därmed förhindra turbulens.

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

Stabilitet, rytm och rörelser är centrala begrepp för att förstå min teoretiska modell för caring. Stabilitet som begrepp måste förstås i ett vidare perspektiv än något som är fixerat, konstant och varaktigt. Stabilitet som caring handlar om att tillåta ett visst utrymme för fluktuationer men heller inte för stora, då sätts rytmen ur spel och övergår till turbulens. Fluktuationer i stabilitetsrytmen pågår ständigt vilka tillhör det “normala tillståndet” på PIVA. Att parera fluktuationerna kallas för rörelser eftersom de verkar som jämvikter och skapar över tid en vårdande rytm. På PIVA finns både aktiva stabiliseringssystem i form av hur personalen agerar i vissa situationer, men det finns också passiva stabiliseringssystem som mer har med den begränsade vårdmiljön att göra. Rörelserna, det vill säga nursing på PIVA handlar om att observera, lugna, vara närvarande, att utbyta information, bevara säkerheten och att reducera.

## Hur kan man använda resultaten?

Många gånger kan man höra PIVA-personal som uttrycker en viss pessimism över att det inte går att göra så mycket för patienterna “i väntan på att medicinen ska verka”. Detta tror jag kommer av att man saknar ett språk för sin spjutspetskompetens när det gäller att vårda de mest vårdkrävande patienterna. Min avhandling ger dels ett teoretiskt tillskott för att förstå begreppet caring, samtidigt bidrar avhandlingen på ett konkret sätt att verbalisera intensivpsykiatrisk omvårdnad - den ger personalen ett språk. Jag tror att avhandlingens resultat kan användas av kliniskt verksam personal för att strukturera omvårdnaden i det mest akuta skedet av psykisk ohälsa. Förhoppningsvis kan en ökad tydlighet vad PIVA är också bidra till att patienterna förflyttas vidare i vårdkedjan istället för att bli kvar på PIVA längre än nödvändigt.

## Vad gör du närmast?

Jag ska fortsätta att jobba halvtid som sjuksköterska på en akut/intensivpsykiatrisk avdelning vid Oslo Universitetssjukhus, Ullevål. Dessutom har jag en deltidsanställning vid Högskolan Gävle och har viss koppling till Ersta Sköndal Högskola i Stockholm. Vidare använder jag min caring-modell som bas i omvårdnadshandledning på psykiatriska kliniken i Västerås. Jag ska också medverka i ett par läroböcker och ingår i ett flertal forskningsprojekt - men framför allt ska jag fortsätta utveckla min teoretiska modell för “caring in intensive psychiatry”.

## Läs mer

Avhandlingen finns i fulltext via länken:  
<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:638439/SUMMARY01.pdf>

redogörs för ett axplock av seminarierna: Mary-Lou Martin höll två mycket intressanta seminarier om patienters behov av sexualitet och närhet inom den rättspsykiatriska vården. Mary-Lou pekade ut dessa områden som en del av välbefinnandet och väsentliga för återhämtningen. Hon uppmärksammade även de etiska frågeställningarna som kan dyka upp, personalens värderingar och hur man kan vara stödjande för patienten. Ester Maani Ulujuk Powell arbetar som sjuksköterska på en rättspsykiatrisk klinik i Nunavut, Kanadas till ytan största territorium men med den minsta befolkningen på endast

34000 innevånare. Hon beskrev svårigheter och kulturkrockar för ursprungsbefolkningen i den rättspsykiatriska vården före de haft en egen klinik. Detta seminarium lyfte frågan om vikten av kulturkompetens hos vårdpersonal. Ytterligare en mycket intressant föreläsning var Catherine M. Knox, Lorry Schoenly och Patricia Voermans som beskrev “Standards of practice” för sjuksköterskor inom det rättsliga systemet, dit även rättspsykiatri räknas. För den som är intresserad har jag fått en kopia på detta. En mycket lärorik och intressant läsning, som väcker eftertanke. Ombudsmannen Howard Sapers talade engagerat om rätten till

god hälso och sjukvård för personer som finns omhändertagna inom kriminalvården. Även detta en föreläsning som väckte mycket eftertanke. Nästa Custody and Caring konferens äger även den rum i Saskatoon i oktober 2015.

## Läs mer

Mejla: [maria.aling@psykiatri.se](mailto:maria.aling@psykiatri.se) om du vill ta del av materialet som nämns i artikeln.

# Glappet mellan BUP och vuxenpsykiatri

Av Eva Lindgren

Patienter som fyller 18 år riskerar att falla mellan stolarna när ansvaret för vården flyttas. Eva Lindgren, psykiatrisjuksköterska och doktorand, skriver här om sin pågående forskning om personalens, unga vuxnas och närståendes upplevelser av överflyttning från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri



**Eva Lindgren** är doktorand vid avdelningen för omvårdnad, institutionen för hälsovetenskap vid Luleå tekniska universitet och planerar att vara färdig med sin avhandling 2015. Hon har lång erfarenhet som psykiatrisjuksköterska inom barn och ungdomspsykiatri, och har även arbetet flera år som chef. Eva nås via mejl: [eva.lindgren@ltu.se](mailto:eva.lindgren@ltu.se)

**N**är en ung vuxen med psykisk ohälsa som får vård inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) fyller 18 år flyttas han eller hon över till vuxenpsykiatri. Att bli myndig och vuxen kan för många unga vara en jobbig period och unga med psykisk ohälsa kan vara extra sårbara och sämre förberedda på ett vuxenliv än andra. Att flyttas över till vuxenpsykiatri innebär stora förändringar både för den unga vuxna och för de närstående. Hur överflyttningen påverkar dem har vi inte så mycket kunskap om idag, i alla fall inte från svenska förhållanden. Det vi däremot vet från annan forskning är att det finns en risk att "falla mellan stolarna" vid en överflyttning från barnsjukvård till vuxensjukvård om den inte genomförs på ett bra sätt.

I mina studier har jag intervjuat personal, unga vuxna och närstående om deras upplevelser av överflyttning från BUP till vuxenpsykiatri. Det begrepp som är bärande genom alla studier är transition. Det är ett begrepp som står för betydligt mer än bara att flyttas över från en vårdenhet till en annan. Afaf Ibrahim Meleis är omvårdnadsteoretiker och har utvecklat en "middle-range theory" om transition. Där beskriver hon fyra olika perspektiv eller typer av transition. Det kan vara transition som är relaterat till utveckling, hälsa/ohälsa, situation och organisation. All transition handlar om förändring men all förändring behöver inte innebära transition. Enligt William Bridges, författare till bäsäljaren *Transitions: Making sense of life's changes*, handlar transition inte bara om förändring utan om den inre process personen måste gå igenom för att införliva den nya situationen som förändringen medfört. Det kan till exempel handla om att bli vuxen, att accep-

tera och hantera livet efter en diagnos eller att få vård inom vuxenpsykiatri istället för det kända och invanda BUP.

I den första studien genomförde jag tillsammans med mina handledare fokusgruppintervjuer med personal från både BUP och vuxenpsykiatri var för sig. Fokusgruppintervjuer är ett sätt att samla forskningsdata som innebär att en grupp av personer får sitta tillsammans och samtala om ett givet ämne eller frågeställning. Våra fokusgruppsintervjuer inleddes med att jag läste en vinjett med ett påhittat patientfall. Den handlade om en 18 årig flicka som relativt oförberedd flyttas över till vuxenpsykiatri då hon behöver akut inläggning inom slutenvården under sommaren. Hennes kontakter inom BUP öppenvård har inte avslutats men eftersom hon hunnit fylla 18 år tas hon inte emot i slutenvården inom BUP utan blir inlagd på vuxenpsykiatri istället. Hennes mamma får inte sova över med henne där. Sedan jag läst vinjetten fick deltagarna i fokusgruppen börja med att reflektera över hur det tror att denna situation upplevs av flickan och av mamman. Sedan fortsatte intervjun med frågor kring deras erfarenheter och hur de skulle vilja att överflyttningar fungerade.

Personalen beskrev att det ställs krav på att den unga vuxna är mogen och kan fatta egna beslut när man flyttas över till vuxenpsykiatri. Hon eller han ska själv kunna vara med och besluta om sin vård och de ska också kunna fatta beslut om de närstående ska få vara delaktiga eller inte är inte. Att fatta det beslutet kan vara svårt. Samtidigt beskrev personalen att det är viktigt med en bra relation till närstående för att den unga vuxna ska få det stöd de behöver.

I intervjuerna blev det tydligt att det är olika vårdkulturer inom BUP och vuxenpsykiatri och att BUP har tydligare familjefokus medan vuxenpsykiatri har individfokus. Detta blev en utmaning för personalen när de skulle planera och genomföra en överflyttning. Personalen beskrev att de inte känner de som arbetar på den andra verksamheten och att de inte heller känner till hur den andra verksamheten fungerar. Personalen inom BUP kände sig osäkra på om den unga vuxna skulle bli mottagen på vuxenpsykiatri och den osäkerheten gjorde att det var svårt att förbereda dem för överflyttningen. Alla var dock överens om att det behövs mer samarbete för att överflyttningarna ska ske på ett bra sätt. Men för att samarbete ska vara möjligt behöver personalen lära känna varandra. Då kan de också bygga upp en ömsesidig förståelse för varandras sätt att arbeta och tänka och då kan de också känna sig trygga och våga bjuda in till samarbete. En person från vuxenpsykiatri beskrev hur det skulle kunna vara om de arbetade mer tillsammans. Hon sa: *”kanske just att man kan dela på vissa saker, att okej om dom börjar komma hos oss att man inte avslutar direkt på BUP, lite mer samarbete kan man önska”*.

Förutom fokusgruppintervjuer med personal har jag även gjort individuella intervjuer med unga vuxna och närstående. I dessa intervjuer bekräftades att de unga vuxna förväntas kunna fungera som vuxen när de flyttas över till vuxenpsykiatri. Men det var inte självklart att den unga vuxna var mogen bara för att hon eller han hade fyllt 18 år. De personer som jag intervjuade var nöjda med BUP och de kände sig trygga då de upplevt kontinuitet i kontakten med både läkare och övrig personal. Däremot var de oroliga för hur det skulle bli inom vuxenpsykiatri. De beskrev att det tar tid att bygga upp en trygg och tillitsfull relation och de visste inte om det skulle vara sådan kontinuitet så det var möjligt. Deras farhågor grundade sig i att de inte fått tillräcklig information i hur det kommer att bli. För någon hade dock överflyttningen skett på ett enkelt och snabbt och personen hade fått möjlighet att lära känna den nya kontakten innan allt avslutades på BUP. De ansåg då att de hade haft tur då deras terapeut kunnat ordna överflyttningen på ett bra och smidigt sätt.

Både de unga och de närstående beskrev också perioden efter avslutad kontakt på BUP, men innan de hunnit komma igång på vuxen-

## ”Både de unga vuxna och de närstående behöver tydlig information om hur processen kommer att se ut för att inte behöva vänta i ovisshet.”

psykiatri, som en tid i ovisshet då de kände sig lämnade åt sitt öde. För någon innebar den tiden ett ökat lidande. De var tvungna att förlita sig på sina egna resurser och det blev i vissa fall avgörande att de hade stöd från sina närstående för att klara av väntan. Det hände särskilt då kontakterna på BUP avslutades innan sommarsemestern och det blev ett glapp mellan BUP och vuxenpsykiatri. En flicka beskrev hur hon upplevde det då hon väntade på att kontakten med vuxenpsykiatri skulle komma igång efter semestern: *”jag skulle få veta alltså mer i tid och sen att dom skulle ha fixat så jag kunnat träffa jag... det var för djävligt eftersom jag vet inte hur dom tänker, om dom tänker, ja men nu är det semester, men det funkar ju inte så för alla”*.

Slutsatsen av mina studier så här långt blir att överflyttningen behöver planeras utifrån individuella behov och det är viktigt att personalen har kunskap om att det inte bara handlar om överflyttning från en vårdenhet till en annan utan att det sker förändringar på många plan samtidigt. För att de unga vuxna ska kunna ta eget ansvar och kunna fatta egna beslut behöver de också vara mogna. Det blir också en omställning för de närstående då de kanske inte kan vara delaktiga i vården på samma

sätt som tidigare utan behöver släppa taget. Samtidigt behöver de vara nära för att kunna erbjuda stöd när den unga vuxna behöver. Både de unga vuxna och de närstående behöver tydlig information om hur processen kommer att se ut för att inte behöva vänta i ovisshet. Personalen inom BUP och vuxenpsykiatri behöver också lära känna varandra för att bli trygga och få förståelse för varandras sätt att tänka och arbeta. Då kan personalen känna att de har kontroll över situationen och det skapas förutsättningar för samarbete. Familjen kan också erbjudas den information som de behöver för att känna sig trygga. I den bästa av världar kunde kanske BUP finnas kvar under en period medan vuxenpsykiatri kliver in så den unga vuxna hinner etablera kontakt, känna tillit och förtroende för den nya personalen innan kontakterna på BUP avslutas helt och hållet.

För att förstå mera om transitionsprocessen för unga vuxna med psykisk ohälsa håller jag nu på att intervjua unga vuxna över 18 år som har erfarenhet av både BUP och vuxenpsykiatri. Jag gör även intervjuer med närstående för att förstå hur det är att vara förälder till ett myndigt barn med psykisk ohälsa som fortfarande är i behov av stöd av sina närstående.

---

### Läs mer:

Om transition:

Bridges, W. (2004). *Transitions: Making sense of life's changes*. Cambridge: Da Capo Press.

Bruce, H., & Evans, N. (2008). The transition into adult care. *Psychiatry*, 7(9), 399-402.

Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320-329. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of nursing scholarship*, 26(2), 119-127.

Singh, S. P. (2009). Transition of care from child to adult mental health services: The great divide. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 386-390.

Evas första publicerade studie:

Lindgren, E., Söderberg, S., & Skär, L. (2013). The gap in transition between child and adolescent psychiatry and general adult psychiatry. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26(2), 103-109.

# God omvårdnad är biverkningsfritt



Psykiatriska  
Riksföreningen  
för Sjuksköterskor

Medlemsavgiften för 2014 är **325:-**,  
är du pensionär eller studerande är priset reducerat till **200:-**.  
I medlemsavgiften ingår Tidskriften PSYCHE.  
Beloppet sätts in på PRF:s BankGiro konto **5118-1592**  
Glöm inte att uppgge namn, adress, personnummer och e-postadress.

**Vid frågor kontakta medlemsansvarig:**

**Patrik Dahlqvist-Jönsson, Mobil 0703-206651, e-post [patrik.d.jonsson@psykriks.se](mailto:patrik.d.jonsson@psykriks.se)**

---

# Dags att söka stipendium för år 2014

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

*Välkommen med din stipendieansökan!*

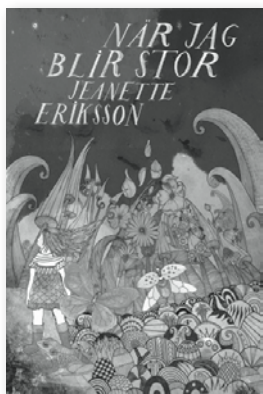
Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor  
c/o Britt-Marie Lindgren  
Laxgränd 15, 904 34 Umeå  
070-6433308, [britt-marie.lindgren@psykriks.se](mailto:britt-marie.lindgren@psykriks.se)

## Nominera Årets psykiatrisjuksköterska 2013

**PRF vill lyfta fram psykiatrisjuksköterskor som genom sitt ledarskap kan uppmuntra och inspirera andra. Det är du som medlem som har möjlighet att nominera kandidater. Utmärkelsen delas ut i samband med Jubileumskonferensen i Göteborg den 27-28 mars 2014.**

**Välkommen med din nominering senast den 31 december.**

**Läs mer och lämna in din nominering via hemsidan: [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se)**



**Titel:** När jag blir stor  
**Författare:** Jeanette Eriksson  
**Förlag:** Natur och Kultur  
**Recensent:** Christina Reslegård

**Nette** har ingen pappa, därför bor hon, mamma och lillebror tillsammans med mormor och morfar. Nette älskar sin mormor. Hon älskar också morfar men inte lika mycket. Hon gillar den snälle morfar. Men inte ”trycket”. Det som morfar gör med henne. Morfar blir ledsen och gråter efteråt. Gråter så mycket att Nette tröstar honom – fast det är hon som har ont. Hon tänker att det nog är sånt man måste göra när man är barn. Allt är inte roligt. Men det blir bättre när jag blir stor, tänker Nette.

Berättelsen börjar när Nette är fyra år. Hon utsätts för sexuella övergrepp av sin morfar. Övergreppen sker regelbundet och alla vuxna i omgivningen vet att de sker. Ingen skyddar Nette. Däremot får hon omsorg av mormor efter övergreppen. Hon sviks av hela vuxenvärlden: mamma, mormor men också av de sociala myndigheterna som inte kan erbjuda henne trygghet trots att man har insatser i familjen. Det som händer med Nette är att hon blir lam i benen. Läkarvetenskapen står frågande och ingen behandling hjälper. Nette vänder sin vrede och sin sorg mot mamman. Hon använder inte ordet mamma i sitt tilltal förrän mamman är döende.



Jeanette Eriksson har skrivit När jag blir stor för de barn som fortfarande utsätts och lämnas åt sitt öde. Foto: José Figueroa

Den som får kärleken är mormodern.

Berättelsen om Nette är självupplevd och författaren har under hela sitt vuxna liv sökt upprättelse. Hon skriver boken för barnens skull, de barn som fortfarande utsätts och som lämnas åt sitt öde. Själv fick hon inget eget liv – bara det liv som myndigheterna skapade åt henne.

Boken är svår att stå ut med i sitt barnperspektiv som gör berättelsen så lätt att känna in. Den är också läsvärd och tänkvärd. Och nödvändig.



**Titel:** Homopatologicus – Medicinska diagnoser i vår tid  
**Författare:** Fredrik Svenaeus  
**Förlag:** TankeKraft  
**Recensent:** Ewa Langerbeck

**Fredrik** Svenaeus är professor i filosofi vid Centrum för praktisk kunskap, Södertörns högskola. Han skriver i sin bok om vårt behov av diagnoser för att förklara vilka känslor och beteenden som är normala och vad som betraktas som sjukt. Han menar att den mänskliga strävan är stark för att söka förklara våra olika lidanden eller behovet att sätta en etikett på olika symtom när vi söker hjälp. Symtom som författaren i många fall menar tillhör det normala livet som vi lever då att leva innebär lidande i sig självt. Lidandet, menar författaren är något människan aldrig kommer undan oavsett hur många diagnoser vi försöker att identifiera. Det behöver dock tydliga förklaringsmodeller för att vara uthärdligt.

Men hur skall man kunna skilja på olika psykiatriska diagnoser, vad är friskt eller sjukt? Skall vi utgå från hjärnkemin och efterlikna den modell som finns inom den somatiska hälso- och sjukvården eller behöver psykiatrin bättre verktyg för att förstå människor som söker hjälp? Kan människans inre kartläggas på ett medicinskt vetenskapligt sätt? Om det går, innebär då detta att den smärta som livet i sig själv för med sig, sjukförklaras? Dessa frågor är några som författaren väcker och diskuterar kring.

Författarens tar sina egna personliga erfarenheter till hjälp och utgångspunkt för ett filosofiskt resonemang om lidande människors villkor i en medicinsk kultur med särskild fördjupning i diagnoser som ångest, depression, ADHD, fetma och datorspelsberoende. Han menar att en diagnos spelar en avgörande roll i vår moderna medicinska kultur, att den talar om vad som är problemet och hur behandlingen skall se ut. Ibland tjänar diagnosen också som en ny identitet eller utgör grunden för en grupptillhörighet. Riskfaktorer och personlighetsdrag kan kopplas till diagnoser och leda till sjukdomar och att patienten identifierar sig med sina symtom och ”blir” sin diagnos. Rätt eller fel? Läsaren får till sig flera intressanta filosofiska funderingar om människosyn, skattningsinstrument och analyser som väcker lust och intresse för vidare diskussion och debatt om hur den psykiatriska hälso- och sjukvården kan hjälpa sina vårdsökande idag.



**Titel:** Tryggare kan flera vara

– Samtal med små barn och deras föräldrar

Författare: Björn Samuelsson

Förlag: Carlsson

Recensent: Ewa Langerbeck

**Björn** Samuelsson, psykiater och psykoanalytiker med barn och ungdomar som specialitet ger i sin nya bok läsaren inspiration i arbetet med de riktigt små barnen och deras föräldrar. Boken tar sin utgångspunkt i de erfarenheter från föräldrar och barn som författaren mött i sitt arbete som konsultpsykoanalytiker på BVC. Genom inspirerande fallbeskrivningar visar han att föräldrar med små barn som själva har en otrygg anknytning kan få ett fungerande sampel med sitt barn, den anknytning som är så viktig för barnets fortsatta utveckling både känslomässigt och intellektuellt. Boken beskriver också den handledning som författaren arbetat med

tillsammans med sjuksköterskorna på BVC. Avslutningsvis presenteras ett aktuellt forskningsprojekt i form av en vetenskaplig utvärdering av ”mor-spädbarns-psykoanalytisk behandling” (MIP), där syftet är att hjälpa barnet att få en bättre känslomässig kontakt med sig själv och mamman. För ytterligare inspiration finns en gedigen litteraturlista som avslutning.

## Lugna rum förbättrar slutenvården

Projektet Lugna rummet är inriktat på användandet av sinnestimulerande avslappningsrum inne på vårdavdelningar. Projektet ingår som en del i projektet Parasollet vid Centrum för psykiatriforskning Stockholm.

**L**ugna rummet är ett särskilt rum inne på vårdavdelningen som är utformat för att erbjuda patienter aktivt lugnande stimulans. Rummet är inrett för att vara bekvämt och behagligt för sinnena och erbjuda en fristad från stress. Det är en form av behandlingsrum med fokus på egenvård och ett verktyg för patienten att arbeta med att känna igen tidiga tecken på ökad oro, att träna avslappning och uppleva välbefinnande. Användande av rummet utgår helt ifrån ett vårdande och hälsofrämjande perspektiv.

Den typ av sinnestimulerande avslappning som används i detta projekt är inriktad på lugnande stimuli kopplat till syn, känsel, hörsel och doft. I lugna rummet finns en vilfätölj med fotpall, bolltäcke och kedjetäcke, en fototapet med skog, en ljusdimmer, en ljudanläggning samt doftljor. Det är alltid frivilligt för patienten att välja att använda Lugna rummet och det fungerar bäst som en tidigt förebyggande åtgärd. Det får aldrig användas vare sig som belöning eller bestraffning utan ska ses som ett särskilt utformat behandlingsrum när patienten

vill ha rummets stöd för att lugna ner sig och slappna av.

Det finns en tradition inom psykiatrin som innebär att oroliga och uppvarvade patienter ofta bedöms behöva en stimulifattig miljö för att lättare kunna lugna ner sig. Även om denna strategi hjälper många pekar nu kunskaper om hjärnans funktion på att patienter också kan ha nytta av att kunna vistas i en avgränsad miljö med aktivt lugnande komponenter.

Någon stark vetenskaplig evidens för effekter av Lugna rum, på engelska ofta kallade ”comfort rooms”, finns inte idag men utvärderingar i form av kliniska rapporter är i hög grad positiva och omfattar variabler som patienttillfredsställelse, minskad stress hos patienter, minskad användning av tvångsåtgärder och ökat vårdfokus i avdelningskulturen. Vetenskapliga studier som studerat hur människor påverkas av de olika former av lugnande stimuli som inkluderas i Lugna rummet styrker att de kan ha en lugnande effekt baserat på en kombination av fysiologiska och psykologiska faktorer.

– Vi har inga publicerbara resultat så här långt, men vi kör en datainsamling denna höst med både kvantitativ och kvalitativ data som vi planerar att publicera vetenskapligt under slutet av nästa år, säger projektledare Anna Björkdahl.

Läs mer:

[www.webbhotell.sll.se/Psykiatriforskning/CPF-Utveckling/Heldygnsvardsprojektet-Parasollet1/Lugna-Rummet/](http://www.webbhotell.sll.se/Psykiatriforskning/CPF-Utveckling/Heldygnsvardsprojektet-Parasollet1/Lugna-Rummet/)

### Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor kallar till årsmöte

Torsdagen den 27 mars  
2014 kl. 16.00 på  
Hotell Riverton i  
Göteborg

*Varmt välkomna!*

# Mer värdeskapande tid för patienten

Modellen Frigör tid till vård syftar till att utveckla psykiatrisk heldygnsvård genom att frigöra mer värdeskapande tid för patienterna och genom att förbättra patientsäkerheten. Avdelning 34 och 36 på Psykiatricentrum Södertälje hörde till pilotavdelningarna då modellen från England introducerades i Sverige för tre år sedan. Flera avdelningar har efter hand påbörjat arbetet, nu som en del i projektet Parasollet vid Centrum för psykiatriforskning Stockholm.

Av Åsa Priebe

De långsiktiga målsättningarna för utvecklingsarbetet enligt modellen Frigör tid till vård är mer värdeskapande tid för patienten, säkrare vårdprocesser, färre hot- och våldsincidenter och bättre arbetsmiljö.

Personalen på avdelningarna arbetar sig tillsammans igenom ett antal moduler som definieras i modellen i syfte att förbättra och standardisera vårdprocesserna. ”Vi har sett hur mer tid frigörs för direkt omvårdnadsarbete, och genom tydligare information och informationsöverföring om patienterna ökar också patientsäkerheten”, säger Maria Planås, sektionschef för heldygnsvården och ansvarig för Frigör tid till vård på Psykiatricentrum Södertälje inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO).

I de grundläggande modulerna fokuserar man på att mäta nuläget och formulera en vision för arbetet, samla och synliggöra all viktig information om patienterna

och att organisera avdelningen så att var sak har sin plats. ”En så till synes enkel sak som att slippa leta efter saker och att den utrustning man behöver

är förberedd och färdig att användas har sparat tid för omvårdnadspersonalen, tid som de i stället kan lägga på direkt patientarbete”, påpekar Maria.

Efter de grundläggande modulerna går arbetet vidare med att se över rapporteringar mellan arbetspass, ronder, in- och utskrivningar och övriga moduler i modellen, allt utifrån vad personalen upplever som prioriterade områden.

”Förändringsarbete tar tid, men vi har sett en större förbättring än vi hade kunnat förutse”, säger Maria. ”Särskilt tydligt är att vi via patientenkäter kunnat utläsa att patienterna nu är mer nöjda och känner sig mer delaktiga i sin vård. Dessutom har antalet hot- och våldsincidenter minskat, vilket vi också hänför till en stor satsning på personalutbildning i Bergen-modellen.”

För varje modul finns beskrivet hur man på bästa sätt går till väga för att ta sig igenom de steg som krävs i förändringsarbetet. Dessa steg utgår från de grundläggande stegen i det som kallas ”hårtorken”; förberedelse, mätning, analys, planering, test/genomförande



Maria Planås

**”Vi har sett hur mer tid frigörs för direkt omvårdnadsarbete, och genom tydligare information och informationsöverföring om patienterna ökar också patientsäkerheten.”**



## Frigör tid till vård bygger på de här modulerna

Modulerna i modellen  
Frigör tid till vård.



och utvärdering. ”Dessa steg påminner ju om vårdprocessen, och ger omvårdnadspersonalen ett strukturerat förhållningssätt till förändringsarbetet”, menar Maria.

Inne på avdelningarna finns centralt placerade tavlor, där modellen och de mätningar och utvärderingar som utförs synliggörs för både patienter och deras närstående och personal, och patienterna visar ofta stort intresse för arbetet. ”Det har självklart varit viktigt att hela personalgruppen är engagerad i förändringsarbetet”, fortsätter Maria. ”Därför har vi Frigör tid till vård på agendan på arbetsplatsträffar, och även om det finns några i personalgruppen som

har fått ett ansvar i att driva arbetet framåt, är det viktigt att alla involverar sig i någon del av arbetet.” Kontinuerliga mätningar av hur personalen upplever sin arbetsmiljö, såsom daglig stressmätning, är också en viktig del av arbetet.

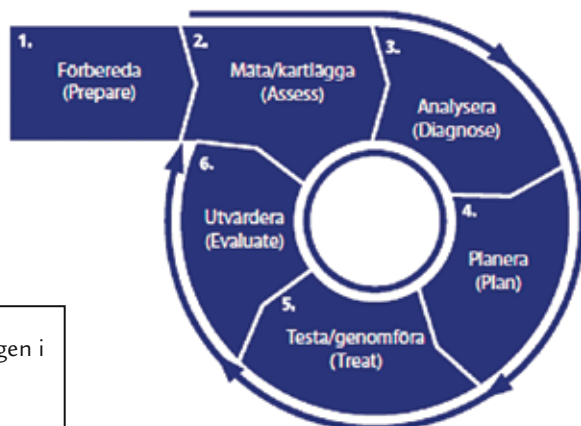
Arbetet med Frigör tid till vård på avdelning 34 och 36 har också uppmärksammats utifrån. ”I oktober 2012 fick vi av sjukvårdslandstingsrådet Birgitta Rydberg (FP) ta emot förstapriset för ”Märk Vård utveckling”, en prischeck på 100 000 kronor, under Stockholms läns landstings inspirationsdag för den psykiatriska heldygnsvården”, säger Maria, inte utan en viss stolthet. ”Pengarna ska användas både för att

belöna personalen för deras arbete så här långt och fortsätta engagera dem för kommande utmaningar.”

Förändringsarbete tar tid, och mycket återstår att jobba vidare med på Psykiatricentrum Södertälje. ”Vi måste hinna utvärdera de förändringar vi gjort och tillåta oss att pausa innan vi tar tag i nästa modul. Men vi är fast beslutna att fortsätta eftersom vi så tydligt ser att det vi gör i slutändan gagnar våra patienter och även har en positiv inverkan på arbetsmiljön”, avslutar Maria.

## Modulernas generella uppbyggnad

Alla moduler som en avdelning tar sig an följer de grundläggande stegen som visas här:



”Hårtorken” visar de olika stegen i förändringsarbetet

### Fakta om modellen Frigör tid till vård

Modellen utvecklades inom National Health Service (NHS) i England och inspireras av Lean-tänkande. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) stod från början bakom pilotprojektet då modellen provades. Nu drivs arbetet som ett delprojekt inom projektet Parasollet som har till uppgift att bidra till en god vårdmiljö inom psykiatrisk heldygnsvård i Stockholm län. Det stora arbetet att översätta mer än 1200 sidor med text och figurer ur Frigör tid till vård till svenska håller på att slutföras, vilket kommer att göra det lättare för all personal att ta del av materialet. Aktiv i det arbetet är Catrine Magnusson, utvecklingsjusköterska på Psykiatri Sydväst inom SLSO, och Koordinator för Frigör tid till vård inom projektet Parasollet. En utvärdering av pilotprojektet har gjorts av Medical Management Centre (MMC) vid Karolinska Institutet på uppdrag av SKL. För mer information se: [www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/socialomsorgochstod/psykiskhalsa/heldygnsvard/frigor-tid-till-vards](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/psykiskhalsa/heldygnsvard/frigor-tid-till-vards)

För information om Bergenmodellen, se: [www.slslo.sll.se/upload/Kommunikation/Bergen-modellen.pdf](http://www.slslo.sll.se/upload/Kommunikation/Bergen-modellen.pdf)



Psykiatriska  
Riksföreningen  
för Sjuksköterskor

## FÖRTROENDEVALDA

### Tf ordförande

#### Samordnare för Forskarnätverket

Henrika Jormfeldt  
Bråddared  
310 38 Simlångsdalen  
035-72016 b  
070-3555543  
henrika.jormfeldt@psykiaks.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@psykiaks.se

### Medlemsansvarig

Patrik Dahlqvist Jonsson  
035-34365  
070-3206651  
patrik.d.jonsson@psykiaks.se

### Kassör

Ewa Langerbeck  
Koggens gränd 1A, 2 trp  
211 13 Malmö  
0705-468373  
ewa.langerbeck@psykiaks.se

Maria Åling  
Flottiljvägen 188  
146 34 Tullinge  
072-5193646  
maria.aling@psykiaks.se

### Ansvarig för hemsidan och Facebook-gruppen

Jonna Järvsén  
Jenny Lindsgatan 6B  
416 62 Göteborg  
0768-881816  
jonna.jarvsen@psykiaks.se

### PSYCHE 2013

#### Chefredaktör Psyche

Sebastian Gabrielsson:  
Aprikosvägen 7  
961 48 Boden  
sebastian.gabrielsson@psykiaks.se

#### Senior konsult

Hans Bergman  
hansbergman@telia.com

#### Lokaledaktör

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

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

### Redaktionsråd

Erland Olsson  
erland.olsson@sofrosyne.se

Åsa Priebe  
asa.priebe@gmail.com

Veronica Höglund Wemmenlöv  
veronica.wemmenlov@dll.se

Jörgen Öjervall  
jorgen.ojervall@hh.se

### Revisorer 2013

#### Ordinarie

Ingemar Wånebring  
Ulvhallavägen 8  
564 36 Bankeryd  
036-30 78 58 b  
036-32 31 40 a  
ingemar.wanebring@lj.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 2013

#### Sammanställande

Rose-Marie Björklund  
031-343 63 54 a  
073-660 17 25 a  
072-576 06 06 p  
rose-marie.bjorklund@vgregion.se  
rosemarie.bjorklund@gmail.com

Marie-Louise Wållberg  
Mariehemsvägen 158  
906 60 Umeå  
090-19 85 43 b  
090-785 65 67 a  
marielouise.wallberg@vll.se

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

Mikael Nilsson  
Se ovan

## Rapport från styrelsemöte

Av Maria Åling

**PRF:s** styrelse hade förmånen att kunna delta i den nordiska konferensen på Island i september. I samband med denna genomfördes även ett styrelsemöte. Jonna Järvsén utsågs att vara representant för PRF i en referensgrupp till Psykosregistret PsykosR. Ett samtal har påbörjats med psykiatriernas organisation Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) med anledning av bristen på specialistsjuksköterskor i psykiatri. Maria Åling deltog i ett möte med SPF och vidare samarbete är planerat. Namn på deltagare till en konsensuspanel avseende ADHD har lämnats till Socialstyrelsen. Sebastian Gabrielsson är nu chefredaktör för Psyche och ett redaktionsråd bestående av Erland Olsson, Åsa Priebe, Veronica Wemmenlöv och Jörgen Öjervall har utsetts. Styrelsen arbetar på att ta fram en brosch för specialistsjuksköterskor i psykiatri. Ett beslut togs att den som nominerar årets psykiatrisjuksköterska ska vara medlem i PRF men att den som nomineras inte behöver vara det. Arbetet med planering av Jubileumskonferensen fortsatte. Efter konferensens slut deltog PRF:s styrelseledamöter även vid ett gemensamt möte med övriga nordiska riksföreningars styrelser där syftet och formerna för det nordiska samarbetet diskuterades.

## Rapport från Arbetsgruppen vård och hälsa för äldre

Av Ewa Langerbeck

Psyche nr 1 2013 berättade jag i korta ordalag om arbetsgruppen som Vårdförbundet centralt satt ihop och där jag representerar PRF. Nu går arbetet vidare med utkastet till Svensk standard för kvalitet i vård och omsorg för äldre med omfattande behov i ordinärt och särskilt boende. Detta arbete är ett regeringsuppdrag till SIS. Standarden tar sin utgångspunkt i ett personcentrerat förhållningssätt inom vård och omsorg för personer 65 år och äldre. Målsättningen med standarden är att bidra till ett tryggt och säkert åldrande med hög grad av självbestämmande och delaktighet för den äldre. Standarden avser också att stödja vård- och omsorgspersonal i att skapa en tillgänglig och stödjande miljö som ökar den äldres förutsättningar att anpassa sig till nya livssituationer. En god miljö skall omfatta både fysiska och psykosociala aspekter som ger möjlighet till meningsfulla aktiviteter och att upprätthålla fysiska aktivitetsnivå. Standarden slår också fast att samverkan skall ske mellan olika professioner. Under sensommaren kom ett första utkast från editeringsgruppen ut på en remissrunda till oss i arbetsgruppen och jag har särskilt fördjupat mig i område 5 som handlar om krav på omsorg, omvårdnad och rehabilitering och då framförallt den psykiska ohälsan. Jag har i mitt svar tryckt på helhetsperspektivet och de faktorer som påverkar den psykiska hälsan såsom brist på fysisk aktivitet, social samvaro, kost, missbruk, bieffekter av läkemedelsbehandling samt varaktig psykisk sjukdom och kognitiv funktionsnedsättning. Vidare har jag poängterat vikten av att individen kan påverka sina egna val, boendeform, rättighet att bo tillsammans med partner samt att vård- och omsorgspersonalen, både på individbasis och generellt, ska ha kännedom och kunskap om psykisk ohälsa eller förändringar. Lika viktigt är att personalen ska ha ett preventivt arbetssätt och att en individuell plan upprättas i samverkan med den äldre som har insatser från flera olika vårdgivare. Arbetet går nu vidare och jag hoppas att arbetsgruppen inom en snar framtid får ta del av de synpunkter som kommer in i form av ett reviderat förslag till oss.

# Nytt redaktionsråd

Efter en genomgång av de intresseanmälningar som kommit in kunde ett redaktionsråd för Psyche utses i september. Särskilt glädjande är den stora variationen i erfarenheter som lovar gott inför arbetet med att producera och utveckla tidskriften. Vid ett första virtuellt redaktionsrådsmöte konstaterades bland annat att läsarnas erfarenheter och synpunkter behövde inhämtas som en grund för fortsatt utveckling och förbättring. Vi hoppas därför att du tar dig tid att fylla i läsarundersökningen som du hittar via PRF:s hemsida [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se) och att du kommer till jubileumskonferensen i Göteborg och deltar i redaktionsrådets workshop.



**Erland Olsson**

Jag är specialistsjuksköterska med inriktning mot psykiatrisk vård. Huvuddelen av mitt yrkesliv har jag ägnat åt arbete inom den psykiatriska vården. Förutom erfarenhet som skötare och sjuksköterska har jag erfarenhet som koordinator i Älvkarleby kommun under psykiatireformen. Därefter har jag varit chef för psykiatriska öppenvården i Norduppland, verksamhetschef för psykiatriska akutverksamheten inom Akademiska sjukhuset och Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i såväl Uppsala som Tierps kommun. Förutom detta har jag under nio år varit socialnämnsordförande. Sedan fyra år försörjer jag mig som egen företagare där jag erbjuder stöd till vårdföretag som vill jobba med värdegrundsbasead utveckling av verksamheten. Jag har även en anställd som tillhandahåller MAS-funktion till vårdgivare. Mitt arbete har blivit alltmer inriktat på att hjälpa företag med det systematiska kvalitetsledningsarbetet. Även verksamhetsrevisioner har blivit ett ofta återkommande uppdrag. Utifrån min breda erfarenhet har jag en bred kunskap när det gäller att agera i svåra ärenden och krishantering. Med tiden har jag alltmer anlitats även för upphandlingar, värdegrundsutbildning, ledarskapsutbildning, planeringsdagar etcetera. Jag erbjuder stöd och utbildningsinsatser när det gäller kvalitetsutveckling i vårdverksamhet och verksamhetsrevision som underlag för förbättringsarbete. Som ni hör och förstår kommer mitt fokus i redaktionsrådet ha ett fokus på kvalitetsutveckling.



**Åsa Priebe**

Jag omskolade mig till sjuksköterska för snart tre år sen och började brinna för psykiatri redan under grundutbildningen i Luleå. Efter en kort tid på en hjärtmedicinsk avdelning har jag arbetat på Psykiatricentrum Södertälje, först inom slutenvård och sedan inom öppenvård för personer med dubbeldiagnos som sjuksköterska/case manager. Parallellt har jag läst vidareutbildningen till specialistsjuksköterska inom psykiatri och är nu i full färd med att skriva min magisteruppsats. Sedan september är jag tillbaka inom slutenvården, nu som biträdande chefsjuksköterska på en allmänpsykiatrisk avdelning i Södertälje, och ser fram emot att få vara med och bidra till att utveckla och förbättra vården. Tidigare har jag arbetat inom näringslivet, huvudsakligen med kommunikation och utbildning, och hoppas att de kunskaperna kan komma till användning i min nya roll i redaktionsrådet för Psyche.



**Veronica Höglund Wemmenlöv**

Jag är född 1971 i Stockholm, utbildad undersköterska -99, alkohol- och drogterapeut -98,

sjuksköterska -05 och specialistsjuksköterska i psykiatri 2011. Jag blev anställd på PIVA/Beroendecentrum i Nyköping 2006. Här arbetar jag med både intensivvårdspsykiatri (personer med psykoser, personlighetsstörningar, självskadebeteende, depressioner, suicidalitet, manier och mycket annat) och med beroendevård (alkohol, narkotika och läkemedel). Jag älskar människokontakten, variationen i mitt yrke och lär mig ständigt nya saker. I december 2012 blev jag biträdande enhetschef, men endast på 20 procent, så resten av min tid arbetar jag som sjuksköterska på avdelningen. Vår avdelning har varit med i Sveriges Kommuner och Landstings genombrottsprojekt "Bättre vård - Mindre tvång". Här fick jag användning av min specialistkompetens och det var mycket utvecklande. Det bästa var att vi förbättrade användandet av tvångsåtgärder och vården för våra patienter. Intresset för psykiatri har funnits med sen barndomen då en närstående till min familj hade diagnosen schizofreni samt levde med ett narkotikamissbruk hela sitt liv.



**Jörgen Öjervall**

Jag bor i Varberg. Mitt tidigare kliniska arbete har haft fokus på psykosproblematik, men även personer med depression. Mitt huvudsakliga intresse ligger i kommunikationen och mellanmänniska möten. Jag ser samtalet som en verksam process, vilket har möjlighet att skapa hälsofrämjande processer. Detta grundar sig i ett övergripande område som personcentrerad omvårdnad och delaktighet. Detta intresse och en nyfikenhet att veta mer har medfört att jag idag undervisar på högskolan i Halmstad med fokus på kommunikation och psykiatri, i grund- och vidareutbildning i psykiatrisk omvårdnad. Mitt andra stora intresse är handledning i omvårdnad där jag har varit delaktig i två artiklar. Efter att ha fått egen handledning från början av 90-talet så blev det naturligt att själv utbilda sig till omvårdnadshandledare. Vad fick mig att vilja vara med i Psyches redaktionsråd? De finns nog flera saker, men det finns en nyfikenhet som skapat en strävan att förändra och i samråd med andra skapa en utveckling. Jag tror på energin i att skapa med andra.

# Posttidning B

Psyche c/o Patrik Dahlqvist Jönsson  
Hästskovägen 19  
313 50 Åled

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



Psykiatriska  
Riksföreningen  
för Sjuksköterskor

## Prenumerera på PSYCHE

Prenumerationspris för 2014 är 400:-/år  
Pris inom Norden 450:-/år, moms ingår med 6 %

Gå till hemsidan för att prenumerera för att skicka in beställning  
eller fyll i talongen nedan och skicka till:

**Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor c/o Ewa Langerbeck  
Koggens gränd 1A, 2 trp, 211 13 Malmö**

Vid frågor kontakta prenumerationsansvarig:  
Ewa Langerbeck, Tel. 0705-468373, E-post: ewa.langerbeck@psykriks.se



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



Ja, jag vill prenumerera på PSYCHE under hela år 2014

Inom Sverige: 400:-     Utanför Sverige: 450:-

Skicka tidningen Psyche till: .....

Fakturaadress: .....

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

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

E-postadress: .....