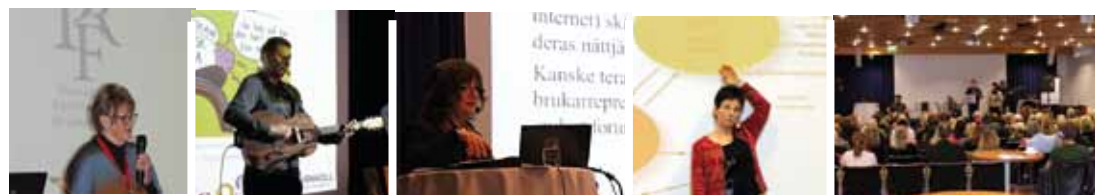


JUBILEUMSKONFERENSEN I GÖTEBORG | 2014

Psykiatrisjuksköterska – en profession i utveckling

...sid 4-15



Psykologisk behandling vid psykos – Rapport från ISPS konferens i Warszawa

Av Mats Ewertzon ...sid 16

Kulturformuleringen ett stöd i mötet med patienten

Av Magdalena Lönning ...sid. 18

Ett besök på St. Peter's Addiction Recovery Center

Av Charlotta Svensson och Linn
Thelander Sundström ...sid. 20

Rasismen kräver att jag tar ställning

Sebastian Gabrielsson ...sid 21

Nya i styrelsen



Hampus Martinsson

...sid. 25



Kalle Forsman

ORDFÖRANDE HAR ORDET:

Psykiatriska Riksföreningens 50-årsjubileumskonferens hölls den 27-28 mars i Göteborg. Deltagarnas utvärdering efter de två fullspäckade dagarna var mycket positiv. Redan under den nya styrelsens första möte den 10-11 maj påbörjades planeringen inför 2015 års årskonferens i Uppsala och nästa Nordiska konferens i Malmö 2016. I april medverkade Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor i ett dialogmöte om rekrytering av specialistsjuksköterskor i samarbete med PRIO-samordningen på Socialdepartementet. Dialogen anordnades tillsammans med Vårdförbundet och representanter från Sveriges kommuner och landsting. Även representanter för lärosätena och Universitetskanslerämbetet medverkade för att tillsammans ta ett samlat grepp kring den brist på specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk hälso- och sjukvård som råder i landet. Anders Printz, som har en samordningsfunktion för insatser vid psykisk ohälsa på Socialdepartementet, modererade dagen. Frågor som bearbetades var bland andra: "Vad betyder bristen på specialistsjuksköterskor för psykiatrin, vilka problem innebär bristen för vården utifrån både ett patient- och ett verksamhetsperspektiv?" och "Tillgodoser dagens specialistutbildning de behov som finns i verksamheterna i dag och i framtiden?" Detta är högst relevanta frågor som knyter an till grunden för Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskors huvudsakliga existens.

Vi vet med stöd av aktuell forskning att utbildningsnivån hos sjuksköterskor i vården påverkar förekomst av vårdskador och dödlighet hos patienter, och alla är överens om att bristen på specialistsjuksköterskor är destruktiv för vården. Däremot finns olika förklaringsmodeller både när det gäller vad bristen beror på och vad som kan göras åt den. Ibland hör jag människor säga att klinisk kompetens och akademisk omvårdnadskompetens är två vitt skilda kompetenser och att den kliniska kompetensen är den som i första hand behövs i verksamheten. Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor vill i detta sammanhang klargöra att avancerad klinisk kompetens är en syntes av teoretisk och praktisk kunskap som tar sig uttryck i en väl avvägd handlingsberedskap för patientens bästa. Vi menar att professionen måste ha en avgörande röst i att definiera sin egen kompetens och utvärdera denna i samråd med den person som erhåller vården, det vill säga patienten. Målsättningen är att den psykiatriska omvårdnadskompetensen ska användas och ges möjlighet till utveckling i alla pågående utvecklingsprocesser, som exempelvis arbetet med Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) och kvalitetsregister, såväl som i all pågående praktisk psykiatrisk omvårdnad. Som ni säkert förstår är vi inte sysslösa. Tack alla för att ni är med oss och tveka inte att höra av er om ni har konstruktiva idéer eller vill hjälpa till. Vi finns på www.psykriks.se Ha en härlig sommar!

Henrika Jormfeldt, ordförande, Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor



Psyche är **Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskors (PRF)** tidskrift som utkommer med fyra nummer per år i en upplaga om 2000 exemplar. Tidningen distribueras till medlemmar och prenumeranter men används även för att marknadsföra föreningen i olika sammanhang. Psyche speglar och bevakar psykiatrisjuksköterskans verksamhetsområde och är föreningens ansikte och viktigaste kommunikationsmedel både internt och externt.

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

Prenumerera på Psyche
Genom att prenumerera på Psyche håller du dig och din verksamhet uppdaterad om utvecklingen inom psykiatrisjuksköterskans verksamhetsområde samtidigt som du stödjer PRF:s arbete. Prenumerationspris för 2014 är 400:-/år (inom Norden 450:-/år). Teckna prenumeration genom att fylla i och sända in talongen på tidningens baksida, eller fyll i formuläret på PRF:s hemsida: www.psykriks.se

Kontakta prenumerationsansvarig Ewa Langerbeck om du har några frågor: ewa.langerbeck@psykriks.se

Annonsera i Psyche
Genom att annonsera i Psyche når du till ett stort antal engagerade psykiatrisjuksköterskor, studenter och verksamheter. Samtidigt stödjer du utvecklingen av psykiatrisjuksköterskans profession och en kunskapsbaserad psykiatrisk vård. För annonsbokning kontakta redaktionen: Sebastian Gabrielsson: sebastian.gabrielsson@psykriks.se

Färdig annons ska vara oss tillhanda 4 v. innan utgivningsdatum.

Annonser mått
Helsida: 206 x 270
Helsida, utfall: 225 x 287 + 3 mm utfall
Halvsida: 206 x 129
Halvsida, utfall: 225 x 138 + 3 mm utfall
1/3 sida, liggande 206 x 85
1/3 sida, utfall 225 x 93,5 + 3mm utfall
1/3 sida Stående: 64 x 261
1/6 sida: 64 x 85
Baksida 206 x 256
(Rensuret sidformat 225 x 287 + 3mm utfall)

Produktion
Magnusson Rahm Design AB
Tidaholmsplan 24, 121 48 Johanneshov
Tel: 08-571 520 65, 070-576 12 66
hans@mrdab.se

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

Omslagsbild: Ordmolnet är skapat av programmet för PRF:s jubileumskonferens med www.wordle.net

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

Ingalisa Sigling inledde konferensen.



Musiker från projektet "Om kärlek finns" vid Aktivitetshuset centrum i Göteborg stod för ett uppskattat kulturinslag.



Lilas Ali och Maria Åling vid PRF:s bord på utställningsområdet.



Magnus Lindblom och Rickard Bracken från (H)järnkoll berörde.



En av de inbjudna huvudtalarna var professor Ingela Skärsäter.



Docent Lena Wiklund Gustin föreläste.



Jonna Järvsén och Ewa Langerbeck som tillsammans med resten av PRF:s styrelse ansvarade för planering och genomförande av konferensen.



JUBILEUMSKONFERENSEN I GÖTEBORG | 2014

Psykiatrisjuksköterska – en profession i utveckling

27-28 mars var det så dags för PRF:s jubileumskonferens i Göteborg. Mer än 100 psykiatrisjuksköterskor från hela landet samlades på hotell Riverton för att fira 50-årsringen under två intensiva dagar med rubriken "Psykiatrisjuksköterska – en profession i utveckling".

Av Sebastian Gabrielsson

Efter att PRF:s Henrika Jormfeldt hälsat välkommen inledde Ingalisa Sigling, medlem i PRF sedan 80-talet, konferensen med att ge ett engagerande och personligt perspektiv på psykiatris utveckling. Inbjudna huvudtalare var professor Ingela Skärsäter som talade om psykiatrisjuksköterskans framtid med frågan "Möter vi patienter IRL eller på nätet?" och docent Lena Wiklund Gustin som pratade om utmaningar och möjligheter i psykiatrisk omvårdnad. Musiker från Aktivitetshuset centrum i Göteborg bjöd på ett uppskattat kulturinslag. Från (H)järnkoll deltog projektledare Rickard Bracken och attitydambassadör Magnus Lindblom som berörde såväl tanke som känsla med sin berättelse.

Deltagarna kunde välja mellan en mängd föreläsningar i två parallella spår. Föreläsarna, till största delen forskande och/eller kliniskt verksamma psykiatrisjukskö-

terskor från Luleå i norr till Karlskrona i söder, berättade om forsknings- och utvecklingsprojekt med olika fokus och inom olika verksamheter, däribland depression, psykiatrisk intensivvård, rättspsykiatri, tvångsvård, närstående, utbildning, beroendevård, unga, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, schizofreni, levnadsvaneinterventioner, asylsökande, suicid, delat beslutsfattande och makt. I utställningsområdet fanns bland annat representanter för arbetsgivare, utbildningsanordnare, bokförlag och intresseorganisationer.

På torsdag kväll höll PRF årsmöte, och därefter samlades de som ville på Cabaret Lorensberg för jubileumsmiddag och underhållning.

I detta nummer av Psyche kan du läsa referat av några av föreläsningarna, en rapport från årsmötet och en längre artikel av Lena Wiklund Gustin.

”Ömsesidighet och compassion”

som grundförutsättningar för psykiatrisk omvårdnad

Av Lena Wiklund Gustin

En av de inbjudna huvudtalarna vid PRF:s årskonferens var Lena Wiklund Gustin, psykiatrisjuksköterska, psykoterapeut och docent i vårdvetenskap vid Mälardalens högskola. Ämnet för föreläsningen var ömsesidighet och ”compassion”.



Lena Wiklund Gustin var en av de inbjudna huvudtalarna vid PRF:s jubileumskonferens

Min doktorsavhandling handlade om lidande, och också om lindrat lidande. Det var ett ämnesval som också innebar att jag började reflektera över medlidande. Det väckte en del uppmärksamhet. ”Medlidande” ansågs av många som naivt, och ibland sattes också likhetstecken mellan medlidande och ”tycka synd om”. Jag fick ibland höra att det var något som Katie Eriksson ”hittat på”, som var alldeles för religiöst och filosofiskt. Och framför allt var det oprofessionellt.

Idag blåser andra vindar. Begreppet compassion återfinns såväl i vetenskapliga artiklar på engelska, och i en svensk boktitel från 2013, Compassionfokuserad terapi av Andersson och Viotti. Det senare för att begreppet uppfattas svåröversatt. Kanske är det så att vi fortfarande ryggar lite för begreppet medlidande, och medkänsla är kanske aningen tamt?

Oavsett vilket begrepp vi väljer att använda så är den djupaste innebörden av compassion något som går utöver både att ”tycka synd om” och empati. Det är ett sätt att vara tillsammans och mötas på ett sätt som kan lindra lidande för en annan människa. I den här artikeln kommer jag att prata om betydelsen av detta möte för den psykiatriska omvårdnaden. Innan du läser vidare vill jag emellertid att du tar dig tid att gå in på you tube och ser klippet om Edward Tronicks ”still face experiment” www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0.

I filmklippet ser vi exempel på samspelet mellan mor och barn då det fungerar och då det inte fungerar. Jag kommer i den här artikeln att hänvisa till detta klipp för att levandegöra texten. I experimentet ser vi hur mor och barn är engagerade i ett ömsesidigt samspel. Vi kan se den del av sekvensen där samspelet fungerar som ett uttryck för compassion. Vi kan se hur de berörs av varandra – såväl positivt då samspelet fungerar och negativt då mamman uppmanas att inte ge respons. De flesta som ser filmklippet brukar också bli berörda själva av det de ser – speciellt av barnets förtvivlade försök att återupprätta kontakten.



Den trygga basen

Inom anknytnings teorin används begreppet ”trygg bas” för att beskriva relationens betydelse. Relationer till andra människor beskrivs här som livsnödvändiga ur ett evolutionärt perspektiv – vi behöver helt enkelt andra som kan hjälpa oss att hantera världen. Detta är speciellt tydligt i relationen barn – föräldrar, men behovet av andra människor är livslångt och blir speciellt påtagligt i situationer då människor är sårbara, exempelvis i samband med psykisk ohälsa. Om vi likt omvårdnadsteoretikern Barker definierar psykisk ohälsa som svårigheter att leva så blir detta tydligt. Vi behöver en ”trygg hamn” där vi kan få lä, lotsning och möjlighet att samla kraft under vår färd ”på livets ocean”. För barn är det i regel föräldern som utgör den trygga basen, för en människa som lider av psykisk ohälsa kan den trygga basen vara den psykiatriska sjuksköterskan.

För att anknytningsmönstret ska bli tryggt krävs två saker. Intoning och förutsägbarhet. I filmklippet ser vi exempel på intoning i den sekvens som visar hur mor och barn samspejar med varandra, delar känslor och även intentioner. Det senare syns t ex då barnet pekar och mamman ser i samma riktning och bekräftar barnet. Förutsägbarhet handlar om att veta att anknytningspersonen är på ett visst sätt, och att kunna lita på det. Om barnets mamma skulle

agera som i experimentet, det vill säga vara tillgänglig ibland och avstängd ibland, skulle förutsägbarhet saknas. Båda delarna behövs – att vara konstant distanserad är också det förutsägbart, men skapar ett otryggt anknytningsmönster. Drar vi paralleller till omvårdnaden kan vi med andra ord dra slutsatsen att ett gemensamt förhållningssätt visserligen skapar förutsägbarhet, men att det också kan innebära svårigheter att etablera vårdande relationer om det tillämpas som en princip. Detta beskrivs också i Per Enarssons forskning om personalgemensamt förhållningssätt.

Affektreglerande system

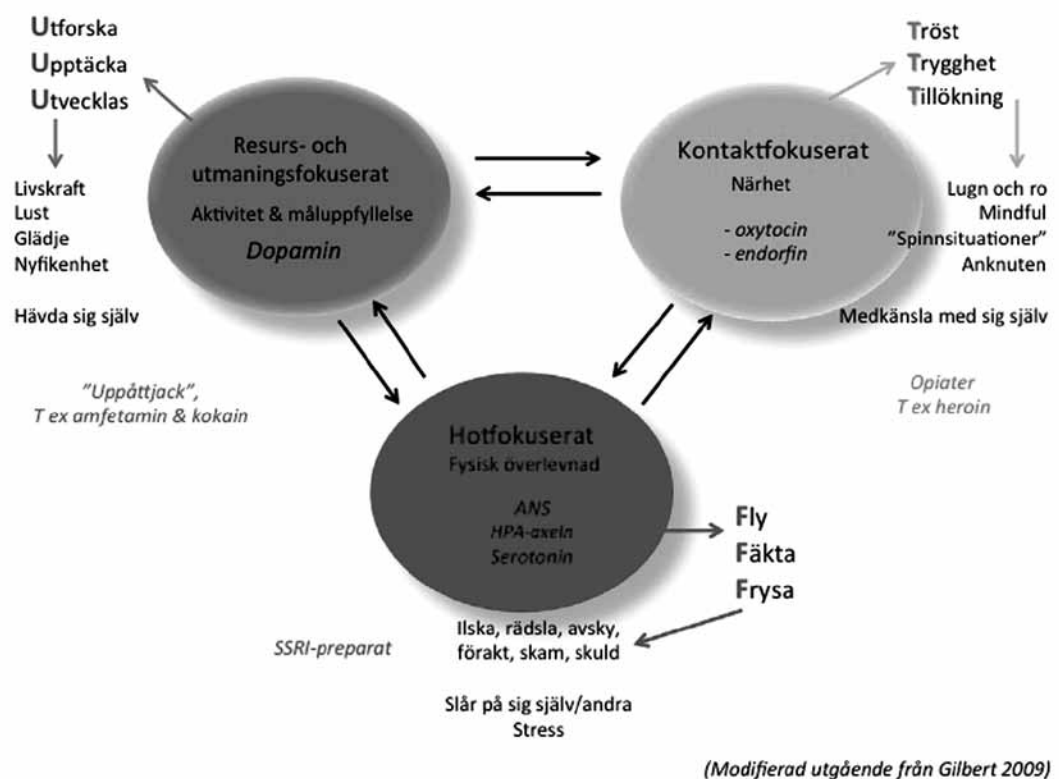
Då vi ser filmklippet kan vi förnimma något av det obehag som barnet känner då det så att säga ställs utanför relationen. Ett sätt att förstå vad som händer är med utgångspunkt i Gilberts modell för affektreglerande system. Paul Gilbert är psykolog och psykoterapeut och har i sin forskning fokuserat människans känsloliv och olika aspekter av psykisk ohälsa. Han har även utvecklat Compassion Focused Therapy, CFT. 2011 belönades han med OBE (Order of the British Empire), för sina insatser inom den psykiatriska vården.

Gilbert pratar om att vi har tre olika affektreglerande system som samverkar med varandra (figur 1). Först och främst har vi det hotfoku-

serade systemet. Eftersom det fyller en basal överlevnadsfunktion är det också det system som aktiveras lättast. Det gör oss uppmärksamma på eventuella faror och gör oss vaksamma och beredda att fly eller försvara oss. Därigenom är det också inhiberande (håller oss tillbaks från det som kan vara farligt) eller aktiverandegenom att ge oss kraft att lösa situationen. De känslor som aktiveras här bidrar på olika sätt till att skapa avstånd till det potentiellt farliga, exempelvis genom att väcka oro som får oss att undvika hotet, ilska som gör att vi kan angripa det hotfulla eller ett avståndstagande förakt. De ”tre F:n” som vi brukar tala om i samband med ångest – att fly, fåta eller frysa – kan alla förstås med utgångspunkt i det hotfokuserade systemet.

Detta system balanseras av det kontaktfokuserade systemet som är kopplat till anknytnings. Istället för tre F kan vi här tala om tre T:n – trygghet, tröst och tillökning. Detta system aktiveras i situationer av ömsesidigt relaterande där vi möts av compassion från andra, och även när vi kan visa oss själva medkänsla, self-compassion. Det senare lär vi oss i mötet med andra. Vi behöver med andra ord denna typ av erfarenheter i den yttre världen för att kunna internalisera förmågan i vår inre värld. Det tredje systemet är relaterat till resurser och utmaningar. Det får oss att utforska, upptäcka och utvecklas.





Alla tre systemen fyller sin funktion; precis som vi behöver utforska världen för att utvecklas behöver vi kunna försätta oss i försvarsberedskap då vi ställs inför hot. På samma sätt som när vi blir varma inombords då vi tänker på någon vi älskar, eller känner saliven rinna till då vi målar upp en bild av en citron för vårt inre så kan tanken på något som skrämmer, eller tolkningen av en situation som hotfull aktivera det hotfokuserade systemet.

De tre delsystemen kan också förstås relation till fysiologiska processer – såväl på signalsubstans nivå som mer påtagliga kroppsliga förmågor av exempelvis anspänning eller avslappning. För att känna oss kapabla att hantera livet – med andra ord uppleva hälsa – behöver dessa system balanseras. Kroppen strävar efter jämvikt. Precis som vi svettas för att reglera temperaturen när vi har feber, strävar kroppen efter balans även här. Vi behöver exempelvis vara rimligt trygga för att utforska, men också rimligt rädda för att inte utsätta oss för risker i detta utforskande.

Psykisk ohälsa

En obalans i systemet – i regel för att det hotfokuserade systemet på grund av våra föreställningar om världen är för aktivt i relation till

den faktiska situationen – kan bidra till psykisk ohälsa. Om vi i enlighet med Barker förstår psykisk ohälsa som relaterad till att ha svårigheter att leva så innebär det i sig en situation då personen upplever sig hotad i sin existens. Om det hotfokuserade systemet dominerar, och världen följaktligen tolkas med utgångspunkt i tesen "det gäller att vara på sin vakt för att överleva" så kan det lätt bli en ond cirkel, svårt att ta sig ur om man själv saknar förmåga att visa medkänsla med sig själv och på egen hand skapa balans i systemet. Vi kan se det i form av lyhördhet för tecken på annalkande ångestattacker, överdriven misstänksamhet eller känslighet för kritik. Medicinskt försöker vi dämpa detta system med exempelvis SSRI-preparat. Vi kan också se patienters "självmedicinering" som försök att öka aktiviteten i de andra systemen.

Konsekvenser för psykiatrisk omvårdnad

Psykiatrisk omvårdnad kan bidra till att skapa balans i systemet, såväl genom att skapa trygghet som genom att fokusera patienters resurser. I ett första skede handlar det om att stå för tryggheten genom att vara förutsägbar och intonande. Att likt mamman i "det goda exemplet" i filmen vara närvarande, dela och giltiggöra den andres upplevelse på ett förut-

sägbart vis, skapar förutsättningar för en positiv utveckling i patientens hälsoprocesser. Som tidigare nämnts så är det genom det ömsesidiga mötet med en annan person som vi lär oss "self-compassion", så utgångspunkten för att patienten ska lära sig denna "egenvårdande" färdighet är att vårdaren skapar förutsättningar för denna typ av erfarenheter. När en person är tillräckligt trygg för att inte ha "fullt upp" med att vara vaksam och fokusera på faror innebär det också större möjligheter att utforska världen och upptäcka nya strategier. Det blir möjligt att sträva mot mål och genomföra planer, något som är mycket svårt för en person som har fullt upp med att överleva "här och nu". När vi är rädda – eller stressade – är tidsperspektivet nämligen kort och uppmärksamheten fokuserad på faran, inte möjligheten.

Filmklippet gör oss också medvetna på det ömsesidiga i relationen utgående från Lévinas tankegångar om det ansvar vi ställs inför då vi möter varandra ansikte mot ansikte. Han pratar om att ansiktet innebär en etisk fordran, "dröp mig inte". Lite slarvigt skulle vi kunna säga "behandla mig inte så att mitt hotfokuserade system aktiveras". Eftersom vi är ömsesidigt beroende av varandra (jfr Bowlby) så är inte bara fysiska hot faror. I filmklippet om the still

face experiment blir den ömsesidiga påverkan påtaglig också i relation till lidande. Mammans synbara likgiltighet blir plågsam för barnet som på olika sätt protesterar och gör allt för att bli sedd och återknyta kontakten. Först med sina vanliga strategier, sen allt mer högljutt och till sist genom att vända sig bort.

Att bli kränkt, negligerad eller övergiven kan vara lika plågsamt för vuxna, speciellt i situationer där vi är sårbara – som vid psykisk ohälsa. Om patienten istället för en närvarande annan möts av ett ansikte likt mammans avstängda – eller för den delen som Nurse Ratched i filmen Gökboet – så kan det aktivera det hotfokuserade systemet.

Precis som det lilla barnet agerar utgående från sina förutsättningar och de strategier hen har så gör den vuxna det. Då patienten inte får gensvar – eller blir kränkt – blir aktiviteten i det hotfokuserade systemet, som ju redan är aktiverat och inställt på att spåra faror, än högre. Beroende på om kamp- eller flyktreaktionerna dominerar kan det leda till utagerande eller passivitet. Att då "bara" vara förutsägbar i form av ett strikt tillämpande av förhållningssätt, eller genom att utan compassion tekniskt tillämpa exempelvis ett kognitivt utforskande kan då vara otillräckligt. För en otrygg patient är det svårt att sätta upp mål, att utforska nya sätt att hantera livet och att ändra sina levnadsvanor. I värsta fall triggas kamp- och/eller flyktreaktioner på ett sådant sätt att konflikter uppkommer – eller att patienten flyr genom att resignera. Det senare kan förvisso innebära en stabilitet på avdelningen – vilket givetvis också behövs – men det bidrar inte till patientens upplevelse av hälsa, utan kan snarare förstärka patientens "problem med att leva" då hen inte kan uppleva sig kapabel att relatera och förmedla sina behov till andra.

Tidvattenmodellen

Barkers modell, The Tidal Model (Tidvattenmodellen) använder sig av metaforer kopplade till vatten och sjöfart. Vi seglar på livets ocean, och där kan vi råka ut för stormar, skeppsbrott, pirater etc. som gör att vi kommer ur kurs. Återhämtning är då en fråga om att återta kontrollen i sitt liv, och att hitta sin (nya) kurs, inte primärt om att tillfriskna.

Tankar inför framtiden

Sist och slutligen, "compassion" har blivit rumsrent. Det är i sig positivt, och det kan ge oss sjuksköterskor argument för varför det är professionellt – och inte "filosofiskt/vårdvetenskapligt flum" – att vara medkännande och bli berörd i mötet med patienten. Det är definitivt viktigt, och att verka för en god vård har för mig "prio ett". Samtidigt kan jag inte låta bli att reflektera över varför det är först när andra professioner börjar använda begreppen som de blir rumsrena – även "lidande" används nu av andra än vårdteoretiker som Katie Eriksson och Jean Watson. Hur mycket handlar om att vi vårdvetenskapliga forskare är dåliga på att förmedla vårt budskap, och hur mycket handlar om att det sjuksköterskor gör fortfarande inte räknas? Står vi möjligen och stampar på nästan samma ställe som omvårdnadsteoretikern Hildegard Peplau,? När hon skrivit sin bok *Interpersonal Relations in Nursing* och gick med den till förlaget fick hon besked att de gärna ville ge ut den – om de fick sätta dit en läkare som författare eftersom en sjuksköterska inte skulle tas på allvar. Har vi inte hunnit längre?'

I en tid då mycket fokus läggs på "flöden", "pinnar" och annat som kan räknas är det extra viktigt att inte glömma detta. Visst kan vi ibland behöva tydliga strukturer, men de bör inte vara ett självändamål som snarare triggat våra egna hotfokuserade system och gör oss stressade i mötet med patienterna. Jag är helt förvissad om att det går att förena ömsesidiga möten med exempelvis kognitiva tekniker. Framförallt vill jag gärna tro att de ömsesidiga mötena gör skillnad – och att det är de som räknas, även om de inte "räknas".

Läs mer:

Andersson, Christina, & Viotti, Sofia. (2013). *Compassionfokuserad terapi*. Stockholm: Natur & Kultur.

Barker, Philip J, & Buchanan-Barcker, Poppy. (2005). *The Tidal model - a guide for mental health professionals*. London: Routledge.

Bowlby, John. (1994). *En trygg bas*. Stockholm: Natur & Kultur.

Enarsson, Per. (2012). *Mellan frihet och trygghet – personalgemensamt förhållningssätt i psykiatrisk omvårdnad*. Umeå: Umeå Universitet, Institutionen för omvårdnad (doktorsavhandling).

Enarsson, Per. (2014). *Ordning på vårdarnas villkor - att ge och få vård utifrån ett personalgemensamt förhållningssätt*. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa - på avancerad nivå* (utkommer i augusti) (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, Katie. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Utbildning.

Gilbert, Paul. (2009). *Introducing compassion-focused therapy*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-208.

Gilbert, Paul. (2010). *Compassion Focused Therapy*. Hove, UK & New York, USA: Routledge.

Lévinas, Emanuel. (1988). *Etik och oändlighet*. Stockholm: Symposion.

Salzmann, Eriksson, Martin (2014) *Stabilitet, rytm och rörelser – att konstruera vårdande i intensiv psykiatri*. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa - på avancerad nivå* (utkommer i augusti) (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Wiklund Gustin, Lena. (2012). *KBT i omvårdnadsarbetet. Om meningsskapande i gemenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Wiklund, Lena. (2000). *Lidandet som kamp och drama*. Åbo: Åbo Akademis förlag (Institutionen för vårdvetenskap, doktorsavhandling).

Git-Marie Ejneborn Looi:

Tvång – ett nödvändigt ont?

Av Erland Olsson



Det här med tvångsvård har alltid engagerat mig och jag har en erfarenhet av att vi som personal inom psykiatrisk vård är medaktörer när det gäller i vilken mån tvångsåtgärder behöver vidtas. Väldigt tydligt var detta i mitt arbete som chef för Psykiatriska akutverksamheten vid Akademiska sjukhuset. Jag har också sett det i samband med förändringen av psykosvården där ett nytt förhållningssätt innebar att behovet av tvångsvård minskade drastiskt. Därför valde jag att gå på Git-Maries föreläsning och jag blev inte besviken.

Föreläsningen utgick ifrån att "Unga kvinnor med självskadebeteende" beskrivs i media och av företrädare för vården som extremt svårbehandlade. Detta leder i sin tur till ökande tvångsåtgärder, av vårdpersonal sett som ett nödvändigt ont. Utifrån frågeställningen "Är unga kvinnor med självskadebeteende en extremt svår grupp?" har Git-Marie genomfört två studier.

Den första studien gick ut på att beskriva personer med självskadebeteendes uppfattningar om alternativ till tvång i kontrast till deras erfarenheter av psykiatrisk slutenvård. Studien skedde genom webbaserad datainsamling i form av 19 berättelser (manus). De fick också beskriva alternativ till tvång.

Den andra studien beskrev personals resonemang kring val av åtgärder i utmanande situationer i psykiatrisk slutenvård. Metoden var fokusgruppsintervjuer, vinjett och multi-professionell studie. Vinjett innebar att man i fokusgruppen resonerade kring händelser av

typen – kastat glas och började skära sig under personalens kaffepaus.

De tre patientperspektiven som resultaten från den första studien i första hand lyfter är:

- *Möte: En önskan om att bli sedd, förstådd och lyssnad till men erfarenheter av att bli negligerad och känna maktlöshet*
- *Relation: En önskan om ärlighet och ömsesidig tillit men erfarenhet av misstro och fientlighet*
- *Vård: En önskan om en professionell vård men erfarenheter av en vård som motarbetar sitt eget syfte*

Resultaten från den andra studien visar att det finns två olika förhållningssätt hos personalen. Git-Marie talar här om experience focus och discipline focus.

Här handlar det om förmågan att se patienten och att kunna hitta individanpassade lösningar kontra behovet av att upprätthålla säkerhet, ordning och reda på enheten. Att sitta med, hålla om i stället för att lägga i bälte, att se tidiga tecken på oro och ångest och att

försöka möta patientens behov.

I studien framkom exempel på vård som motarbetar sitt eget syfte. Likaså beskrivningar av tvång som ligger utanför lagstiftningen, till exempel bältesläggning som bestraffning. Ibland blir personalen trött på patienten och hänvisar patienten att ta hand om saker själv liksom dubbelvak som ägnar sin tid till att negligera patienten. Bristfällig vård kan hamna i en ond cirkel där läkaren aldrig får en återkoppling av till exempel biverkningar. Patienter tvingas beskriva sitt tillstånd på ett visst sätt för att bli inlagda.

Patientgruppen efterlyser en tvångsvårdslagstiftning som följs, evidensbaserade behandlingsmetoder, att få tid med engagerad och kompetent personal samt flexibel och individanpassad vård.

De slutsatser som Git-Marie kommer fram till är att:

- *Tvångsåtgärder går ofta att undvika.*
- *Patienter och personal är överens om vad som*

är en god vård. Med små medel kan man göra skillnad.

· *De brister som patienterna beskriver i vården bekräftas av personalen*

· *Relationen är ett effektivare verktyg än tvång.*

· *Utbildning och kunskap är viktigt för att orka och klara bemötandet när det gäller unga med självskadebeteende.*

· *I de andra grupperna har vi läkemedelsverktyget – men här har vi omvårdnadsverktyget. Att säga att det här är den svåraste gruppen signalerar en maktlöshet. Utgå från grunden i omvården - att förmedla hopp.*

· *Självskadorna väcker något hos medarbetarna, hur bevarar vi hoppet och skapar empowerment för att ta hand om målgruppen? Att hitta ett lärande förhållningssätt! Att få personalen att tro att man kan.*

· *Extravak är avancerad vård, men det speglas ofta inte i hur uppgiften utförs. Främja välbefinnande och minska lidande är omvårdnadens mål. Inte sällan är tidningen eller mobilen viktigare än patienten. Det finns en del copingstrategier när det gäller valet av vem som ska sitta vak och hur vaket ska förhålla sig som kan vara kontraproduktiva.*

· *En personalgrupp kan hamna i den destruktiva andan där vårt uppdrag är att "uppfostra" patienten. Hur kan man bryta upp det destruktiva i en personalgrupp som egentligen är lika förtvivlad som patienten. Att få tillåtelse och möjlighet att bygga relation.*

Git-Maries studier stämmer väl överens med min kliniska erfarenhet. Tack för en intresseväckande föreläsning.

Läs mer:

Looi, G-ME., Gabriellsson, S., Sävenstedt, S., & Zingmark, K. (2014) Solving the staff's problem or meeting the patient's needs: staff members' reasoning about choice of action in challenging situations in psychiatric inpatient care. *Issues in Mental Health Nursing* 35, 470-479.

Pernilla Omerov:

Att mista en närstående i suicid

Av Erland Olsson

Många som arbetar inom psykiatrisk vård har ställts inför situationer där en människa tagit sitt liv. Hur är det att ha förlorat en son eller dotter genom suicid?

För min del har jag haft ett antal patienter som avslutat sina liv. Vid några tillfällen vet jag att de närstående har fått en kontakt men det sker inte alltid. Vill den närstående att någon tar kontakt och erbjuder stöd i anslutning till dödsfallet? En intressant föreläsning som väckte många tankar gavs under jubileumskonferensen av Pernilla Omerov, medicine doktor, specialistsjuksköterska i psykiatri och adjunkt vid Ersta Sköndal Högskola.

Hur gör vi med patienter som avböjer att vi tar kontakt med närstående? Vi vet sällan varför patienten säger nej. Han kanske känner sig inskränkt av lögnerna och avsäger sig hjälp för att slippa kontakten med närstående. Hur kommer vi bakom skuld känslorna? Vi frågar "Ska vi ringa någon eller är det sekretess?" – istället för att ställa frågan – "Vem ska vi ringa?" Om vi ställer frågan som att vi alltid ringer och motiverar varför vi ska ringa, så säger få patienter nej.

Hur gör vi suicidriskbedömningar om vi inte får prata med de närstående? Suicidriskbedömning är en färskvara – vi måste samla information från flera källor. Hur hanterar vi situationen när suicid är ett fullbordat faktum? Cirka 1500 personer tar sitt liv varje år och lämnar därmed närstående kvar efter sig. Trots att vi vet att dessa ofta drabbas av psykisk ohälsa så saknas rutiner för uppföljning med de närstående. De närstående upplever besvikelse på sjukvården för att de inte fick veta. Några får inte veta alls och ibland gömmer vi oss bakom sekretessen och slutar lyssna.

Trots att detta är ett samhällsfenomen som berör många så vet vi väldigt lite. Det finns såväl en etisk som en metodologisk aspekt av detta. Det är svårt område att beforska genom att registerhållare är försiktiga med att lämna ut data.

I denna studie har ett flertal sidor långt etiskt protokoll använts. Den första kontakten skedde via brev, uppföljande telefonsamtal, stöd genom

hela studien. Bland annat fanns jourtelefon för att ta emot samtal från närstående. För att inte få för hög arbetsbelastning fick de skicka 50 brev i veckan då de inte visste hur reaktionen skulle bli. Pernilla kände ilska då hon träffade på en mor som själv blivit deprimerad och som inte tog hand om den överlevande delen av familjen. Hon funderade mycket över "The ethics of doing nothing". Studien visar att 96 % ansåg att sjukvården skulle ta kontakt med föräldrar som förlorat ett barn. 80 % anser att denna kontakt bör tas inom en månad efter suicidet. Det är inte självklart vem som ska följa upp – men borde vara självklart att de ska följas upp. Av de närstående hade 70 % skuld känslor över suicid, 60 % var oroade för ytterligare suicid och 58 % har funderingar på om de kunde ha förhindrat. "Det är vanligt att föräldern skuldbelägger sig själv och frågar sig - vad hade jag kunnat göra annorlunda. Flera föräldrar beskriver också ett plågsamt åltande som ibland gränsar till depressiva vanföreställningar". Uppföljning innebär också en möjlighet att identifiera depressioner hos närstående. Det finns en trefaldig risk för att man har depressiva symtom och det går att se skillnad på sorg och depression. Tidigare psykisk ohälsa hos de närstående är en riskfaktor för suicid.

Forskaren uttrycker en önskan att det ska finnas ett nationellt handlingsprogram för omhändertagande av närstående som drabbats av suicid. Många av våra patienter bär med sig en historia av förlorade goda vänner. Många har någon bekant som har tagit livet av sig eller gjort ett suicidförsök. Erbjud alltid en möjlighet att samtala om det som hänt. De närstående både vill och behöver det. Det får inte bli personberoende utan vi måste ha rutiner som säkerställer att alla erbjuds möjligheten. De efterlevande närstående har också ofta en nedsatt hälsa. Vi vet från forskningen om andra sjukdomar att återhämtningen efter en förlust tar många år.



Håkan Nunstedt: Att förstå sin sjukdom – egentlig depression

Av Åsa Priebe

Utifrån sin avhandling "Ett lärande verktyg - Hur patienter med egentlig depression och vårdpersonal erfar och använder portfoliomethoden inom psykiatrisk öppenvård" talade Håkan Nunstedt om vikten av att förstå sin sjukdom och om portfoliomethoden som ett sätt att utveckla denna förståelse. Avhandlingen utgår från egentlig depression som är den tredje eller fjärde vanligaste sjukdomen i västvärlden, och som trots nya behandlingsmetoder och läkemedel ökar allt mer.

Förståelse kan innebära att kunna uppfatta variationer eller skillnader, eller att kunna se hur delar och helheter förhåller sig till varandra. Förståelse kan vara att kunna göra en tankemässig konstruktion baserad på erfarenheter och förförståelse, men också att kunna omsätta kunskap i handling, då förståelsen blir ett incitament för att kunna hantera och agera utifrån kunskapen.

Håkan betonade patienters rättighet att få information och att förstå sin sjukdom. Denna förståelse är en grund för delaktighet och

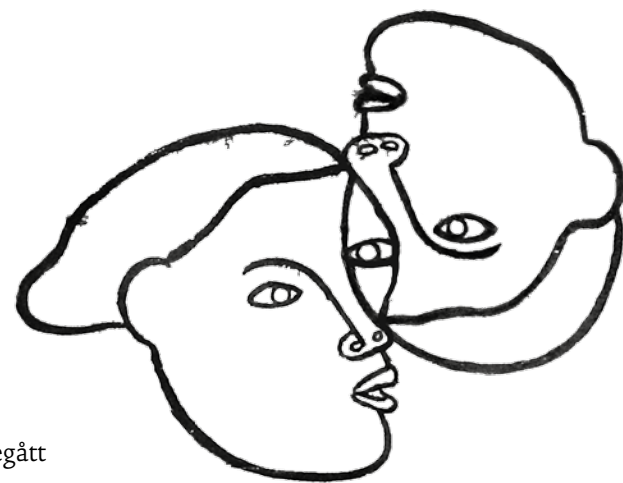
inflytande i den egna vården. Förståelse kan vara objektiv, där kunskap om sjukdomen inhämtas från exempelvis internet eller broschyrer. Den djupare förståelsen däremot kräver ett inre lärande och en insikt i vad sjukdomen innebär för personen själv. Den djupare förståelsen av sjukdomen medför också bättre förmåga att hantera de funktionshinder som sjukdomen för med sig, bättre egenvårdsförmåga och stärker återhämtningsprocessen. Allt detta kan sammantaget öka upplevelsen av hälsa.

Därför måste patientundervis-

ning och kunskapsutveckling utgå från patientens egna erfarenheter, och då blir narrativiteten grunden för förståelse. Erfarenheterna behöver formuleras, vilket i sig skapar förståelse, och vårdpersonalens uppgift blir att medvetandegöra.

Håkan menar att portfoliomethoden lämpar sig väl för att utveckla den djupare sjukdomsförståelsen. Portfoliomethoden är en dokumentationsmetod, där patienten skriver ner tankar, känslor och fakta. Patienten och vårdpersonalen reflekterar tillsammans över det som dokumenterats, vilket möjliggör

det inre lärande som kan leda till djupare förståelse av sjukdomen. Genom de nedskrivna berättelserna ges också möjlighet att jämföra nya erfarenheter med tidigare och se vad som bidrar till återhämtning, vilket skapar förståelse för återhämtningsprocessen. Det blir samtidigt ett stöd för empowerment, det vill säga delaktighet, inflytande och ansvarstagande i den egna vården och behandlingen.



Susanne Syrén: Familjen i den rättspsykiatriska vården

Av Jörgen Öijervall

Vid sin föreläsning på jubileumskonferensen framhöll Susanne Syrén från Linneuniversitet familjens situation när en familjemedlem vårdas inom rättspsykiatri som ett förbisett område. Familjesituationen behöver förstås utifrån att familjemedlemmen lever med allvarlig psykisk ohälsa, oftast har begått ett brott och befinner sig i en vård som bedrivs under höga säkerhetskrav.

Susanne ingår i en forskargrupp från Linnéuniversitetet som genomför ett forskningsprojekt om familjens situation inom rättspsykiatrisk vård. Hon presenterade

en studie där forskargruppen har intervjuat 25 vårdare (företrädesvis sjuksköterskor och skötare) från fyra rättspsykiatriska enheter i Sverige för att få kunskap om vårdares

föreställningar relaterade till familjer i kontakt med rättspsykiatrisk vård.

Susanne beskriver en föreställning som en subjektiv bild, eller en

"sanning" om hur något "är", till exempel om vad som är rätt och fel och om hur något borde vara. Våra föreställningar kan ses som de glasögon, ur vilka vi förstår oss själva

och vår omvärld. De föreställningar vårdare inom rättspsykiatrisk vård har om familjer och om sin kontakt med familjer har därmed betydelse för hur de förhåller sig till patienten såväl som till hans familjemedlemmar och till familjen som enhet.

Det preliminära resultatet visar sju föreställningar, vilka framstod som centrala för vårdarna:

- Den bästa sortens familj är en traditionell familj.
- Att ingå i en familj är en styrka för patienten.
- De flesta familjerna är "trasiga"

och går inte att lita på.

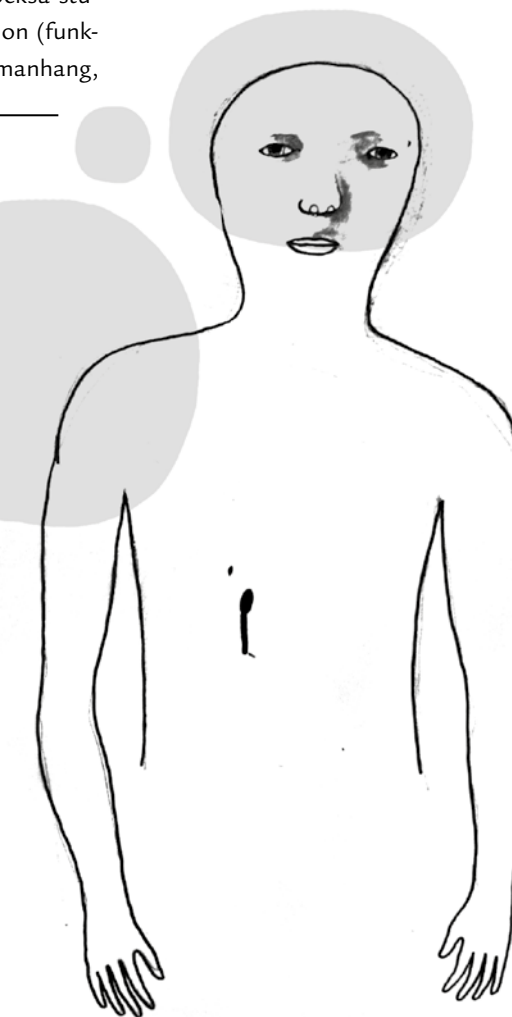
- Det är viktigt att kunna balansera och kontrollera familjerna.
- Det är nödvändigt att åsidosätta både sig själv och familjen.
- Att arbeta familjeinriktat är ett hopplöst uppdrag (i de aktuella verksamheterna).
- Ett familjeinriktat arbete startar med ett genuint välkomnande av familjer.

Föreställningarna speglar de utmaningar och de motsägelser som inbegrips i vårdformen, vilka kan

förstås som en grund till att familjearbete framstår som ett hopplöst uppdrag och till att familjer generellt ges inget eller lite stöd. Att ett familjeinriktat arbete framstår som ett hopplöst uppdrag visar sig också vara relaterat till en otydlighet i verksamheterna beträffande "vem som har ansvaret" samt till upplevelser av att inte ha tillräcklig kompetens för att förhålla sig till och att möta familjer

I projektet kommer också studier om familjens situation (funktionsnivå, känsla av sammanhang,

förmåga att hantera bördan när en familjemedlem i vårdas inom rättspsykiatri, samt familjehälsa), med grund i enkät och familjeintervju, att genomföras. Vårdarstudier samt familjestudier kommer att utgöra underlaget för att utveckla en interventionsstudie med syftet att stödja familjers hälsa i rättspsykiatrisk vård.



Britt Hedman Ahlström: Att vara ung och leva med ADHD och autism

Av Åsa Priebe

Britt Hedman Ahlström presenterade resultatet från sina studier som utgick ifrån ett internet-baserat stöd och coaching-projekt, IBSC. Syftet var att utveckla en modell för internet-insatser till unga vuxna med neuropsykiatriska funktionshinder (NPF) och samtidigt få ökad kunskap om hur unga vuxna med NPF fungerar.

Såväl ADHD som autismspektrumstörningar, där samexistensen beräknas vara ca 30%, medför nedsättningar i exekutiva funktioner. Det gör bland annat att de unga blir beroende av vuxna och får problem i kommunikation och samspel.

I studierna deltog 12 personer i åldern 15-26 år (sju män och fem kvinnor). Studien inleddes med att deltagarna intervjuades och gjorde en självskattning och fick samtal med en coach. Under en period av åtta veckors IBSC träffade deltagarna en coach på chatten två gånger i veckan, och vid två tillfällen träffades de också fysiskt.

Coachens roll i chatten var att medvetandegöra om diagnosen och funktionsnedsättningar, lära ut strategier att tänka, skapa struk-

tur och hantera funktionsnedsättningar. Coachens uppgift var också att ta emot frustration och inte minst att berömma, bekräfta och uppmuntra.

Resultatet presenterades i två studier, där den första beskriver svårigheter i vardagen – det egna perspektivet, sårbarhet och självständighet. Den andra studien beskriver aspekter på att prestera och hantera sociala relationer.

Teman i studien som beskriver svårigheter i vardagen var:

- Att kämpa med sårbarhet i vardagen – jobbiga saker, spänning och vila samt när känslor och tankar är ett bekymmer.
- Att kämpa för att bli en självständig individ – besluta och utföra, göra livsval samt att ta hand om sig själv.

I studien som beskriver aspekter på att prestera och hantera sociala relationer framkom två teman:

- När prestation är en bedrift – att hantera problemen, behandling som hjälper eller stjälper, samt att prestera gott nog.
- När det sociala livet är en bedrift – längtan efter närhet samt att hantera sociala situationer.

Studierna tydliggjorde att unga med NPF är sårbara och måste hantera problematiska situationer i vardagen. De kämpar för att klara sig självständigt och fatta egna beslut, men det blev också tydligt

att de har förmåga att uttrycka sig i chatt. Därför var slutsatsen att IBSC kan underlätta kontakten med unga med NPF och ge nya möjligheter i vård och omvårdnad.

Läs mer:
www.npyoungcoaching.se

Magdalena Lönning: Suicidproblematik bland asylsökande

Av Åsa Priebe

Magdalena Lönning presenterade resultatet från sin magisteruppsats som handlar om sjuksköterskans tankar i mötet med suicidnära asylsökande patienter inom psykiatrisk vård.

Tidigare hade asylsökande och papperslösa flyktingar bara rätt till vård som inte kan anstå, vilket läkare hade till uppgift att bedöma. Sedan hösten 2013 har de enligt lag samma rättigheter till god vård som alla andra. Fortfarande tycks det dock vara en utmaning att kombinera den etiska koden – att ge vård, med lagar och egna värderingar.

Asylsökande har fler vårddagar, men en mindre andel asylsökande söker vård. Det finns därför förmodligen ett stort mörkertal. Riskfaktorer för asylsökande är att de ofta är obehandlade och avvisas från vård. Det finns inte sällan traumatiska upplevelser, PTSD och depression, som medför ökad suicidrisk. Självmedicinering kan förekomma och många är dåliga på egenvård. För att kunna ge god vård till asylsökande är det viktigt att förstå asylprocessen och hur den påverkar livet.

I studien framkom att sjuksköterskor tycker det är svårt att ge vård till asylsökande, både för att språket kan vara ett hinder, och för att mötet och relationen kan innebära utmaningar. Det kan vara svårt nog att möta personer som har antingen psykisk ohälsa, är suicidala eller asylsökande, och när dessa faktorer kombineras blir mötet mycket svårt.

I studien framkom sex teman i det som sjuksköterskor upplever som utmaningar när det gäller att vårda suicidnära asylsökande patienter:

- Kommunikationsutmaningar: Hur kan man nå fram och ge bästa vård utan språk? Närvaro – att vara lugn och inte stressa.
- Transkulturell vårdrelation: Patienten är ofta rädd och förstår inte kontexten. Att ge tid och inge förtroende samt att inte övertolka kulturella skillnader.

- Mångfacetterad suicidalitet: Svårigheter att tolka symtomen, den suicidnära patienten kanske "lever ut", blir panikslagen eller högljudd. Önskan att dö är stark och reell, vilket berör på djupet.

- Professionen och patientens berättelse: Om man inte tror på patientens berättelse, slutar man ge vård. Berättelsen kan förändras om patienten inte vågar berätta allt från början.

- Känslomässiga engagemang: Vården väcker många känslor - frustration, tycka synd om – rätt eller fel?

- Närståendes betydelse: Närstående för ofta talan.

De kulturella aspekterna kan medföra risk för feldiagnostik. DSM-IV innehåller en kulturformulering som är ett komplement för att förhindra fel diagnos och som bör journalföras.

Läs mer:

På Transkulturellt centrum's hemsida finns material som kan vara ett stöd i arbetet med människor från olika kulturer:

www.slso.sil.se/slpotemplates/slpopage1_____12428.aspx

Se även Magdalena Lönning's artikel om kulturformulering i detta nummer av Psyche.

Marjut Blomqvist: Att förändra levnadsvanor

Av Erland Olsson

Under många år har vi känt till att människor med psykiska funktionshinder ofta drabbas av övervikt, diabetes, hjärt-kärlsjukdomar med en förtidig död som vanlig konsekvens. Från början kände jag mig mest frustrerad inför fakta. Ganska snart började dock nya metoder som Motiverande samtal få spridning. Nu har ett antal år gått och det börja komma studier på effekterna av nya arbetsätt.

LIV-projektet - En individanpassad levnadsvaneintervention för personer med schizofreni är ett sådant exempel. Marjut Blomqvist är psykiatrisjuksköterska och doktorand verksam vid Psykiatrin Halland och Högskolan i Halmstad. Hon berättade för oss om projektet med utgångspunkten att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen.

Syftet med projektet är att undersöka effekter och kostnadseffektivitet av en levnadsvaneintervention avseende fysisk aktivitet, kost, alkohol och tobak för personer med schizofreni. Tidigare studier har visat att fysisk aktivitet har positiva effekter på övervikt likväl som psykiatriska symtom som depression och ångest hos

personer med schizofrenidiagnos. Projektet visar redan att patienterna är mer än förväntat motiverade att förändra sina levnadsvanor, främst på områdena kost och fysisk aktivitet.

Projektet inleddes med en intervention där personal på respektive enheter fick tre och en halv dags specifik utbildning i Motiverande Samtal (MI) och Fysisk aktivitet på recept (FaR). Man lade också till Matordning på recept (MoR) samt Hälsoutbildning i grupp och tobak- och alkoholprevention.

Deltagarna erbjuds

- Hälsoundersökning och blodprovstagning (ordinarie årliga rutinprover)
- Fyra motiverande hälsosamtal för samordnad individuell planering hos kontakt ssk,

- SIP (samordnad individuell plan), kontakt med viktiga personer i patientens närmiljö
- Förskrivning och genomförande av FaR (Fysisk aktivitet på recept)

- Förskrivning och genomförande MoR (Matordning på recept)

- Alkohol- och tobaksprevention

- Deltagande i delstudie Oral hälsa

- Deltagande i Hälsoutbildning i grupp

- Tillgång och introduktion till hemsida (se länk nedan)

Resultatet hittills är att över 50 patienter är inkluderade i Halmstad/Varberg sedan februari 2013. Nästa lika många har tackat nej. Många av patienterna är positiva, vill veta om sina provsvar, vad svaret och kliniska mått innebär och vill arbeta med sin hälsa. Några har slutat röka, flera harr gått ned i vikt och/eller lagt om sin kost samt börjat motionera, ökat motion i vardagen

För min del ser jag att detta projekt innehåller många inslag som varje enhet kan genomföra med små medel. Det är ett genomtänkt upplägg med ett färdigt koncept bara att implementera. Det mesta av innehållet är evidensbaserad vård och bör därför integreras i de behandlingsprogram vi erbjuder.

Läs mer

LIV-projektets hemsida:

www.livprojektet.dinstudio.se

”Asylsökande har fler vårddagar, men en mindre andel asylsökande söker vård. Det finns därför förmodligen ett stort mörkertal.”

”Tidigare studier har visat att fysisk aktivitet har positiva effekter på övervikt likväl som psykiatriska symtom som depression och ångest hos personer med schizofrenidiagnos.”



Temat vid konferensen var The psychological therapies for psychosis.

Psykologisk behandling vid psykos – Rapport från ISPS konferens i

Warszawa

Familjeperspektivet var ett av många perspektiv som lyftes vid ISPS internationella konferens med fokus på psykologisk behandling vid psykos.

Mats Ewertzon, psykiatrisjuksköterska och forskare, rapporterar.

Av Mats Ewertzon



Mats Ewertzon
Lektor vid Ersta Sköndal högskola och Möjliggörare/forskare vid Nationellt kompetenscentrums anhöriga.

Jag hade förmånen att tillsammans med andra svenska forskare medverka vid ett symposium i The International Society for Psychological and Social Approaches to Psychoses (ISPS) 18:e internationella konferens i Warszawa den 22 – 25 augusti 2013. Temat vid konferensen var *The psychological therapies for psychosis*. En rad personer från olika delar av världen deltog med många intressanta inslag inom områdena personliga berättelser vid återhämtning, trauma och psykos, konstterapi, tidig intervention, psykosens mening, förhållandet mellan hälsa och sjukdom samt familjens erfarenheter vid psykos. Jag vill med denna artikel återge några av de föredrag och workshops jag deltog vid. I och med mitt särskilda intresse för familjeperspektiv så valde jag främst att delta i aktiviteter

med den inriktningen, vilket var väl representerat vid konferensen.

En huvudföredragshållare var psykologen Arnhild Lauveng från Kongsvingers psykiatriska center i Norge. Arnhild har 10 års erfarenhet av att ha vårdats inom slutenvård psykiatrisk vård, vilket hon beskrivit i två böcker som också översatts till svenska. Arnhild beskrev på ett mycket fängslande sätt sin livsresa, från det att hennes far avled när hon var fem år till det att hon som 17 åring började få psykotiska symtom och sin återhämtning. Under hennes vårdtid ställdes sällan frågan *varför* dessa psykotiska symtom uppstod. Arnhilds budskap var att symtom också kan ses som symtom på ett liv, där upplevelser, emotioner och tankar är så överväldigande eller förbjudna att de inte kan

uttryckas i enkla ord. Hon förmedlade vikten av att alltid visa respekt och inge hopp till den drabbade personen, ett hopp som alltid finns även för den svårast sjuka.

En annan huvudföredragshållare var psykiatern och familjeterapeuten Werner Schütze från Berlin. Han beskrev sina erfarenheter av modellen "Öppen dialog", ett arbetssätt utvecklat av Tom Andersen och Jaakko Seikkula. Modellen beskrevs som en reflekterande process och ett förhållningssätt eller metod i att inte veta, att förstå livet är något mycket dialogiskt och där det är viktigt att varje röst får göra sig hörd. Det är i en integrering av olika perspektiv, den drabbade personen, dennes anhöriga och personal, som den öppna dialogen skapas - att komma tillsammans. Werner menade att en förutsättning i dialogen är att varje röst får göra sig hörd, att det finns tolerans för det obestämda, att var och en ses som experter på sina erfarenheter, att det finns en vilja till förståelse, att man söker finna olika möjligheter och att man är närvarande i det som sägs. Då samtalen genomfördes i hemmet så var det alltid med öppna dörrar, så alla hade möjlighet att ta del av vad som sades.

Jag medverkade själv i ett symposium med titeln *Catching the voices of patients and families*. Förutom mig deltog psykolog Marit Wallsen från Psykiatriska kliniken vid Mälardalens sjukhus i Eskilstuna och psykiater Maria Sundvall från Transkulturellt centrum vid Norra Stockholms psykiatri. Jag presenterade forskning som genomförts vid olika platser i Sverige bland familjemedlemmar till personer med psykosjukdom. Jag har sökt svar på frågor om bemötandets betydelse och eventuell känsla av utanförskap gentemot psykiatrisk vård. Studierna visade att bemötande från vårdpersonal som kännetecknades av öppenhet, bekräftelse och vilja till samverkan var av stor betydelse. Deltagarna i studierna kände i stor omfattning ett utanförskap gentemot vården. Det framkom också ett visst samband mellan hur de upplevt bemötandet från vårdpersonalen och känslan av utanförskap. Margit Wallsten har genomfört semistrukturerade intervjuer bland patienter

"Att förstå livet är något mycket dialogiskt och där det är viktigt att varje röst får göra sig hörd."

och deras familjemedlemmar vid en enhet med integrerad psykosvård. Något som var påtagligt i förhållande till mina studier var att familjemedlemmarna i denna studie i betydligt högre omfattning upplevt ett positivt bemötande från vårdpersonalen och att de inte känt utanförskap gentemot vården. Ett resultat som enligt min tolkning indikerar att då vården utformas så att hela familjen blir sedd har en positiv inverkan på deras upplevelse av personalens bemötande och att inte känna utanförskap. Maria Sundvall har i sin forskning fokuserat på kulturella aspekter inom psykiatrisk vård. Hon presenterade frågeställningar vid vård av personer med invandrarbakgrund och ett screening instrument, *Cultural Formulation Interview*, som omfattar olika kulturella aspekter såsom definition av problem, uppfattning om orsak, innehåll och stöd samt faktorer som påverkar om vård söks.

Avslutningsvis delades 2013 års Barbro Sandins utmärkelse ut vid konferensen. Den tilldelades Amra Dautovic vid My time CIC psykiska hälsoinstitut i Birmingham. My time CIC tillhandahåller professionell rådgivning och stöd till personer med psykisk ohälsa och deras familjer. Verksamheten har ett familjecentrerat perspektiv och där man ser till familjens kulturella bakgrund.

Detta är några aktiviteter från konferensen jag ville delge i denna artikel, det var dock många andra intressanta föredrag som jag av utrymmes- skäl tyvärr inte har möjlighet att omnämna. Det var en mycket givande konferens som väckte många tankar. Exempelvis Arnhild Lauvengs föredrag där betydelsen av ett personcentrerat

perspektiv i mötet med människor inom hälso- och sjukvård tydligt beskrevs, att se människan bakom symtom. Werner Schützes föredrag beskrev betydelsen av ett familjecentrerat perspektiv och där beakta var och ens livsvärld i mötet. Även Margit Wallstens föredrag väckte tankar om organisationens betydelse för möjligheten att bedriva vård i överensstämmelse med berörda personers behov. Maria Sundvalls och Amra Dautovic föredrag väckte också tankar om vikten av att beakta personers kulturella bakgrund. Gemensamt för många föredrag jag tog del av beaktade betydelsen av ett familjecentrerat perspektiv, där både den drabbade personen och dennes familj inkluderades.

Jag vill på detta sätt tacka Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor som var en av finansörerna som möjliggjorde min medverkan vid konferensen – tusen tack!

Läs mer:

Information om ISPS: www.isps.org.
Arnhild Lauveng (2009). *I morgon var jag alltid ett lejon*. Stockholm: Sivart
Arnhild Lauveng (2010) *Onyttig som en ros*. Stockholm: Sivart
Seikkula, J., & Trimble, D. (2005). Healing Elements of Therapeutic Conversation: Dialogue as an Embodiment of Love. *Family Process*, 44 (4), 461-475.
Ewertzon, M. (2012). *Familjemedlem till person med psykosjukdom: bemötande och utanförskap i psykiatrisk vård*. (doktorsavhandling). Örebro: Örebro Universitet.
Information om My time CIC: www.mytime.org.uk
Information om ISPS internationella konferens i New York 2015: www.isps2015nyc.org.

Kulturformuleringen

ett stöd i mötet med patienten

När vi möter patienter med annan kultur och tradition med sig i bagaget måste vi se symtomen som patienten uppvisar ur ett större perspektiv. Vi måste beakta de kulturella faktorer som finns för att på ett tydligare sätt förstå de uttryck och symtom som patienten upplever. Patienten kanske kan vara nyanländ, inte prata språket och även befinna sig i en svår livssituation. I dessa sammanhang är det av vikt att det då finns en kulturell medvetenhet och kompetens hos personalen för att kunna bygga en god vårdrelation. Den kulturformuleringen som idag finns tillgänglig är här ett viktigt verktyg för att mötet med patienten skall präglas av förtroende och tillit.

Av Magdalena Lönning



Magdalena Lönning är leg. sjuksköterska och fil.mag. Hon arbetar som sektionschef vid Praktikertjänst Psykiatri AB, Järvapsykiatri, Rinkeby

Patienten

Redan tidigt under min sjuksköterskeutbildning vaknade intresset för transkulturell psykiatri och migrerade patienters ohälsa och vårdssituation. Det var ett område som väckte både empati men även nyfikenhet att på ett mer strukturerat sätt se människan och dennes sammanhang bakom sjukdomen. Som nydanad sjuksköterska kunde jag upptäcka att jag valde att se sjukdomen utifrån mitt kulturella perspektiv och detta gav en begränsad bild av patienten som även kunde påverka vårdrelationen. I grundutbildningen stod inte den transkulturella fortbildningen särdeles ofta på schemat men väl ute på vårdavdelningen fanns de migrerade patienterna. I strävan att nå fram till dessa patienter behövdes mer än mitt eget kulturella utgångsläge och då vaknade viljan att bli mer kulturellt kompetent. Grundbulten i att vårda utifrån en transkulturell medvetenhet är att stödja vårdpersonalen att förstå patienten utifrån dennes sociala och kulturella sammanhang. Detta genom att beakta detta både hos patienten och hos sig själv. I hälso- och sjukvårdslagen poängteras att vården skall vara individualiserad och utgå från patienten. För att göra detta krävs att vi ser patienten som unik men för att kunna göra detta behöver vi förstå det sammanhang patienten lever och verkar i. Vi behöver verktyg för att förstå patientens reaktioner på den ohälsa

och illabefinnande de upplever och då måste vi kunna ställa de frågor som besvarar detta. Vi kan visserligen inte utgå i något möte att vi vet vad patienten upplever. Det som dock blir viktigt inom den transkulturella omvårdnaden är att om vi inte frågar utifrån patientens kulturella sammanhang, så får vi heller inte svar på de frågor vi behöver för att kunna vårda med respekt för patientens integritet. Det är givetvis av vikt att inte utgå från att alla patienter från en och samma kultur har likartade behov men syftet med transkulturell kompetens är att med en medveten vård nå fram till individen bakom kulturen. I mötet med våra migrerade patienter, som även kan befinna sig i en svår livssituation, är det således min erfarenhet att kulturformuleringen verkligen kan stödja den vårdande alliansen.

Ofta talas inte gemensamt språk och patient kan t ex vara ny i det svenska samhället och inte heller förstå den svenska psykiatriska kontexten. Vi måste alltid ha i minnet att det är ett ansikte bakom varje sjukdom och situation och respektera dennes historia i det vårdande mötet. Här blir den kulturella kompetensen och kulturformuleringen ett viktigt verktyg för sjuksköterskan i strävan att bygga ett förtroendefullt möte.

Kulturformuleringen

I sjuksköterskors etiska kod framgår att sjuksköterskan ska bedriva vård som respekterar mänskliga rättigheter och tar hänsyn till människors värderingar, vanor och tro. Redan där har vi definierat att vi måste ta hänsyn till människors kulturella traditioner och det är en viktig grundvärdering i sjuksköterskeyrket. I tillägg till detta behövs verktyg inom vården för att kunna beakta detta

och där fyller den kulturella kompetensen en viktig funktion för vårdpersonalen.

En psykisk ohälsa är alltid individuell men kan även filtreras utifrån den kultur och tradition vi ursprungligen kommer ifrån. Psykisk ohälsa finns över hela världen men psykiska symtom förklaras olika beroende på vår kulturella bakgrund. T ex kan ångest och oro förklaras med kroppsliga symtom i högre grad i vissa kulturer än andra och kan då påverka den bedömning som görs i den svenska vården. Här behöver vi således beakta sociala och kulturella faktorer som möjligen kan påverka bedömningen av patientens symtom. I DSM-IV finns en kulturformulering som pekar på flera olika kulturella nivåer att beakta i mötet med en patient med erfarenheter från en annan kultur än vårdarens. Utifrån kulturformuleringen i DSM-IV togs under mitten på 2000-talet en svensk manual fram genom ett samarbete med Transkulturellt Centrum och Spånga Psykiatriska Mottagning. I det område man verkade i var befolkningen mångkulturell och således de patienterna man träffade och behovet av att i diagnostik och bedömning ta med kulturella nyanser upplevdes nödvändigt. Genom detta samarbete skapades således den svenska manualen "Kultur, kontext och psykiatrisk diagnostik". I manualen finns fem rubriker som avser att ta med de kulturella nyanser som kan ha betydelse för diagnostiken och bedömningen. Dessa rubriker är *individens kulturella identitet, kulturella förklaringar till individens sjukdom, kulturella faktorer till psykosocial miljö och funktionsnivå samt kulturella faktorer i relation mellan individen och klinikern*. I samband med varje rubrik finns förslag i manualen på frågor som kan stödja vårdpersonalen att utforska respektive område. Det är av vikt att intervjun sker med respekt för patientens integritet då frågor om identitet kan vara en känslig fråga. Inledningsvis i en intervju utifrån kulturformuleringen behöver man således utforska patientens kulturella identitet. Det handlar om att utforska patientens egen upplevelse av den kulturella tillhörigheten och vilka referensgrupper patienten identifierar sig med. Frågorna syftar till att förstå hur patientens identitet står i förhållande till nuvarande omgivningen och ursprungsomgivning. Frågor som föreslås i manualen kan under denna rubrik handla om just vilka referensgrupper patienten

tycker är viktiga, vilket språk patienten kan prata och vilket språk patienten helst pratar. Vidare i manualen så förklaras och definieras varje rubrik och alla har tillhörande förslag på frågor för att nå en så klar bild som möjligt av patientens kulturella sammanhang. Detta kan sedan vägas in i bedömningen för att nå en så sammansatt bild som möjligt av patientens symtom och behov.

I DSM-V har man lagt ytterligare vikt vid den kulturella kontexten och utvecklat en tydlig kring att beakta detta vid diagnostik och bedömning. T ex har man i DSM-V utvecklat en intervju guide med 16 frågor till stöd i kontakten med både patienter och anhöriga. Denna ska kunna användas till alla patienter innan man går vidare med den symptomdiagnostiska intervjun.

Vi är alla individer och det är en balansgång

verka mellan att se det kulturella omfånget och samtidigt balansera detta mot det unika hos individen. Det är en av sjuksköterskans grundpelare i det vårdande mötet. I det mångkulturella mötet behövs dock ytterligare byggstenar där sjuksköterskan även innehar en kulturell kompetens och kunskap. Här är det av vikt att förmedla denna kunskap vidare i sjukvården och utbildningar på så sätt bidra till att öka den goda vården till vår mångkulturella befolkning.

Läs mer:

Bäärnhelm S, Scarpinati Rosso M & Patty L (2007) Kultur, Kontext och psykiatrisk diagnostik. Transkulturellt Centrum, Stockholms Läns Landsting: www.slsol.se/upload/Transkulturellt%20Centrum/Kulturform_1003.pdf



AKADEMISKA SJUKHUSET

Med 8 000 anställda, 1 100 vårdplatser och omfattande öppenvård är Akademiska sjukhuset ett av Sveriges största universitets- och forskningssjukhus. Förutom rollen som länssjukhus är Akademiska leverantör av högspecialiserad vård och betjänar två miljoner människor i Mellansverige.

Vill du vara med och bygga framtidens psykiatri i Uppsala?

Psykiatridivisionen, Akademiska sjukhuset

I mars flyttade stora delar av psykiatrin in i Psykiatrins hus på Akademiska sjukhusets kärnområde. Med nya och ändamålsenliga lokaler kan psykiatrin fortsätta att utvecklas och bli ännu bättre. Vi är indelade i sju verksamhetsområden utifrån framför allt diagnos och ålder.

Vi söker just nu flera sjuksköterskor till våra verksamhetsområden, främst inom heldygnsvården, vilket gör det möjligt för dig att arbeta inom det verksamhetsområde som intresserar just Dig.

Vi önskar dig välkommen till ett omväxlande, stimulerande och ansvarsfullt arbete!

För mer information besök gärna www.akademiska.se/arbete eller kontakta:

Ann-Sofie Stadell – Psykiatriavdelning 1, 018-611 51 97
Eva van der Meiden – Psykiatriavdelning 2, 018-611 52 82
Eva Ljungberg – Psykiatriavdelning 3, 018-611 21 16
Ulf Olofsson – Psykiatriavdelning 4, 018-611 21 74
Maria Bruhn Lundblad – Rättspsykiatriavdelning 110, 111, 018-611 2226
Ulla Åhlander – Psykiatriavdelning 114, 018-611 88 05
Susanne Ruckman – Akuten/PAVA, 018-611 25 08
Ulrika Lindelöf – BUP, 018-611 93 68
Josefin Björklingson, HR-konsult - 018-611 20 25

”Psykisk ohälsa finns över hela världen men psykiska symtom förklaras olika beroende på vår kulturella bakgrund.”

Ett besök på St. Peter's Addiction Recovery Center



Charlotta Svensson är specialistsjuksköterska i psykiatri och Linn Thelander Sundström är leg. sjuksköterska. De arbetar på Unga vuxna vid Östra Sjukhuset Sahlgrenska, en avgiftnings- och abstinensbehandlingsavdelning för unga.

Charlotta Svensson och Linn Thelander Sundström, sjuksköterskor från Göteborg, skriver om sina erfarenheter från ett studiebesök vid en inrättning för beroendevård i Saratoga Springs, New York State, USA.

Av Charlotta Svensson och Linn Thelander Sundström

Efter att ha arbetat två år med ungdomar under avgiftning och abstinensbehandling kom frågor upp kring hur liknande arbete ser ut i andra delar av världen. Efter en del samtal kom USA upp som förslag på resmål. Vi resonerade kring att landet dels har framstående forskning, dels ett annorlunda socialt skyddsnät samtidigt som det socioekonomiskt någorlunda kan likställas Sverige. Vi tog kontakt med professor Hensing vid Socialmedicinska Institutet vid Göteborgs Universitet som forskar kring alkoholfrågor. Hon i sin tur tog kontakt med professor Moore som jobbar vid Skidmore University och handlägger frågor kring praktikplaceringar. Hon hjälpte oss med att kontakta St. Peter's Addiction Recovery Center (SPARC) i Albany, New York State som gav oss placering på en av deras öppenvårdskliniker i Saratoga Springs under tre veckor. Efter klartecken att vi var välkomna till SPARC diskuterades frågan med vår chef, och vi fick möjlighet till en studieresa. Ett stipendium från Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor hjälpte till att finansiera resan som vi genomförde sommaren 2013.

St. Peter's sjukhus är beläget i delstaten New Yorks huvudstad Albany. Det har en katolsk värdegrund och är som de flesta vårdinrättningar i USA privatdrivet. På St. Peter's fanns en avgiftningsavdelning med 18 bäddar samt ett observationsrum. Där jobbade psykiatriker, specialistsjuksköterskor, sjuksköterskor samt kuratorer i team kring patienterna. Patienterna blev bedömda utifrån abstinens. Om de hade psykiatrisk samsjuklighet blev de hänvisade till ett annat sjukhus med psykiatriskt inriktning. Patienterna fick först vänta i observationsrummet under 12-24 timmar. Om de inte uppvisade någon kraftig abstinens under den tiden fick de gå hem. De patienter som blev inlagda på avgiftningsavdelningen hade främst missbruk av alkohol och bensodiazepiner, men i vissa svåra fall även opiat/opioid missbruk. Tiden på avdelningen varierade från tolv timmar till tre dagar.

Rehab

När patienten var färdigavgiftad blev nästa steg för de flesta att skrivas in på rehabiliteringsinstitution (rehab) i SPARC:s regi. Institutionen hade fyrtio bäddar för

patienter från 18 år och uppåt. Vårdtiden varierade från 14 till 90 dagar utifrån bedömning, men i slutändan var det innehållet i patientens försäkring som bestämde patientens vårdtid. Det fanns även patienter som hade blivit dömda till behandling i en drogdombstol där domen bestämde längd på behandlingen. Institutionen var en låst sådant, där kvinnor och män var avskiljda från varandra. De gånger som de kunde mötas var i väntrummet till doktorn respektive sjuksköterska. Som en del av vården fanns det väldigt starka policys kring kärleksrelationer, koffein, nikotin samt socker. När patienterna skrevs in fick de en mapp med information om regler, rutiner, och olika aktiviteter som tillhandahölls på plats, men också om kosthållning samt om tolvstegsprogrammet. Patienterna som rökte tobak kunde erhålla nikotinhjälpedel men i övrigt så var det nikotinstopp från dess att de var på avgiftningen och framåt, även under öppenvårdsbehandlingen. Redan på avgiftningsenheten sattes patienterna i gruppterapi likt tolvstegsprogrammet, något som fortsatte även på rehabiliteringsinstitutionen.

Öppenvård

Nästa steg i vårdkedjan var öppenvård där patienterna placerades utifrån var de var skrivna. En del patienter bodde i eget boende och en del bodde i ett så kallat halfway house: ett hus med personal dygnet runt, där patienterna delade rum med en annan patient. Majoriteten av de patienter vi mötte ingick i dagrehabilitering. Det innebar att de kom till öppenvårdsmottagningen på morgonen och deltog i de gruppterapi som respektive behandlare bestämt att patienten skulle vara med på utifrån behov. Detta gjorde de i sex månader eller tills behandlarna bedömde att det inte behövdes mer och plockade sedan bort dag för dag. Varje grupp leddes av de olika behandlarna som arbetade på öppenvårdsmottagning. Personalen uppmuntrade alla patienter att ha tät kontakt med Anonyma Alkoholister (AA) under sin fritid. Manualbaserade, enskilda samtal med behandlare skedde ungefär en gång i måna-

”Landets försäkringspolitik är olik vår och det blir tydligt att den som har bättre försäkring också har möjlighet att få bättre vård.”

den. De anställda var alla socialarbetare med olika långa utbildningar. Mottagningen hade även läkare en dag i veckan, en sjuksköterska en gång i veckan samt en specialistsjuksköterska med förskrivningsrätt en dag varannan vecka. De patienter som inte var på dagrehabiliteringen deltog i varierande grad. En del hade bedömts behöva två grupper i veckan, andra fler eller färre.

Efter ett kort samtal med en av cheferna på SPARC fick vi vara med på deras gruppterapi. Gruppterapisessionerna hade olika syften som till exempel aggressionshantering, trauma, sorg och återfallsprevention. De hade även olika grupper för män och kvinnor. Det fanns även grupper för tonåringar mellan tretton och femton år, vilket var av specifikt intresse för oss. Dessa grupper var en gång i veckan, och de har även gruppterapi med föräldrarna. Alla grupper börjar med att man går runt i ring och patienterna får presentera sig och hur länge de varit drogfräa.

En gång i veckan kom en sjuksköterska till öppenvården som hade hälsosamtal med främst de nya patienterna. En dag varannan vecka kom en specialistsjuksköterska i psykiatri som gjorde farmakologiska samt diagnostiska bedömningar. En gång i månaden kommer en läkare som kunde förskriva exempelvis Suboxone för deras opiatmissbrukande patienter. De vanligaste drogerna var opiater, cannabis samt alkohol, men många hade använt sig av flera olika droger.

Personalen uppgav att de arbetade utifrån barnkonventionen, men de uppgav en hopplöshet inför myndigheterna. De beskrev att de kunde anmäla till ”child protection service” om de fick vetskap om att ett barn far illa. De uppgav samtidigt att barn som blev anmälda inte fick någon

hjälp utan eventuellt en kortvarig placering och sedan tillbaka till familjen. Vi ifrågasatte om ett spädbarn som utsattes för en uppenbar fara relaterat till sin mammas missbruk, vilket personalen inte ville diskutera.

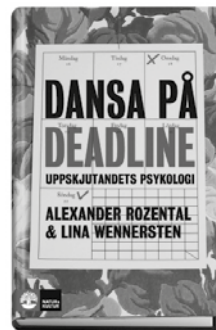
Skillnader

Största skillnaden upplevde vi vara att en stor del av processen utförs i grupp där patienterna uppmanas till att stötta och ge råd till varandra. Grupperna är även i stora drag inriktade på att deltagarna ska bearbeta sina känslor och upplevelser, till skillnad från vårt eget arbete som syftar till att på ett mera pedagogiskt, kognitivt och beteendemässigt plan försöka ge patienterna verktyg att hantera sin tillvaro. Den amerikanska beroendevården fokuserar på rökavvänjning av tobak som en viktig del av behandlingen då de anser att nikotinet är en stor trigger till att återfalla i missbruk.

Landets försäkringspolitik är olik vår och det blir tydligt att den som har bättre försäkring också har möjlighet att få bättre vård. Personalen använde sig av strukturerade pappersjournaler där de konkret skrev vårdplan, mål, utvärdering. Detta pappersarbete syftade till att vården kunde redovisa insatser till försäkringsbolagen.

Läs mer:

Läs mer om verksamheten på SPARC:s hemsida: www.sphcs.org/addictionrecoveryparc



Titel: Dansa på deadline
- uppskjutandets psykologi
Författare: Alexander Rozental och Lina Wennersten
Förlag: Natur & Kultur, 2014
Recensent: Christina Reslegård

Vad handlar denna boken om? Vad är prokrastinering? Ett sjukdomstillstånd eller ren lathet? Ett ändamålsenligt sätt att förhålla sig till krav? Att arbeta fokuserat när det verkligen gäller men att inte slösa energi i onödan? Ja visst, vi känner nog alla till en del igen fenomenet: att skjuta upp, att vara ute i sista sekunden, att jobba bäst under press.....

Dansa på deadline försöker ge en vetenskaplig förklaring till varför vi skjuter upp saker och ting och hur vi kan göra för att förändra vårt beteende. Utgångspunkten är forskning inom beteendevetenskap, ekonomi, kognitiv neurovetenskap och inlärningspsykologi. Författarna är psykolog och doktorand (Alexander) samt journalist (Lina). Författarna är noga med att inte skuldbelägga de som har för vana att skjuta upp saker. Den som skjuter upp är inte särskilt oduglig eller särskilt lat. Bokens syfte är att fler ska få nya insikter om vilka faktorer som påverkar deras negativa beteende – och hur de kan komma till rätta med det. Boken är en självhjälpsbok med kapitel som handlar om att sätta rätt mål, att belöna sig själv, att orka mer, att bli fokuserad, konsten att säga nej tankarnas kraft, värdet i ditt arbete och bestående förändring. Övningarna i boken är konkreta och tydliga. Till boken hör en hemsida (www.dansapådeadline.se) där det finns digitala versioner av övningar och skattningsformulär liksom länkar till relevanta webbplatser och digitala hjälpmedel.

Prokrastinering definieras som att medvetet välja att fördröja ett tillräckligt händelseförlopp trots vetskapen om att det kan leda till negativa konsekvenser. Alltför mycket av detta beteende leder in i en negativ spiral som drabbar individen och omgivningen. Exempel på prokrastineringens pris är psykiska problem, sämre hälsa, dålig ekonomi, begränsade karriärmöjligheter

och försummade relationer. För många känns ändå stressen inför en deadline som en positiv stress. Det är lättare att fokusera och man jobbar på toppen av sin förmåga. Resultatet blir dock aldrig riktigt lika bra som det som kunde ha blivit. Det finns gott om "deadline-romantiker" i många branscher, till exempel inom media eller bland studenter. Prokrastinering kan också vara ett funktionellt beteende, till exempel när man skjuter upp en arbetsuppgift som man misstänker att chefen kommer att glömma bort eller förhalar ett projekt som man misstänker kommer att läggas ner.

Paralleller och likheter finns ju naturligtvis till många andra av våra mänskliga inte så önskvärda beteenden som vi medvetet väljer trots att de ger negativa konsekvenser: rökning, alkohol, lögn och stillasittande. Allt som ger kortsiktig belöning med negativa följder på längre sikt. Jag måste erkänna att jag har en viss kluvenhet inför användningen av kognitiv beteendeterapi (KBT) som "behandlingsmetod" gällande problem som kan definieras som allmänmänskliga. Ändå tror jag absolut att detta program/denna bok har en given läsekrets och en målgrupp som har nytta av att använda den som ett behandlingsprogram. Myter krossas och negativa mönster blir tydliga.

Som så ofta med KBT och självhjälpsprogram funderar jag över det svåra i att vi så ofta är ett med våra beteenden. Att man definierar sig som en person som....., jag är sådan här. Att se sina beteenden som något som går att förändra är inte alltid så lätt som det framställs. Men i den här boken tittar man bortom personlighetsfaktorerna och försöker istället förklara prokrastinering utifrån olika teorier om beslutsfattande och motivation. Prokrastinering är alltså inte ett personlighetsdrag eller någon egenskap. Det handlar i stället om ett beteende som ofta grundläggs tidigt, men som går att förändra även om det kan ta tid. Det finns dock vissa personlighetsdrag som påverkar och ökar benägenheten att prokrastinera. Nämnas kan låg självkontroll, hög impulsivitet, dåligt självförtroende och låg grad av optimism.

Utifrån teorierna i boken konstrueras prokrastineringsekvationen som lyder:

$$\text{Motivation} = \frac{\text{Förväntan} \times \text{Värde}}{\text{Impulsivitet} \times \text{Tid}}$$

Ekvationen är inte gjord för att sätta in siffror i och göra en matematisk beräkning men den är

värd att fundera över. Den leder till ett mycket mer fruktbart sätt att angripa problemet.

Slutligen tänker jag på författaren Fritiof Nilsson Piraten. På hans gravsten på Ravlunda kyrkgård i Skåne står följande ord skrivna: Här under är askan av en man som hade vanan att skjuta allt till morgondagen. Dock beträddes han på sitt yttersta och dog verkligen den 31 januari 1972.



Titel: ADHD och autismspektrum i ett livsperspektiv - En klinisk introduktion till utvecklingsrelaterade kognitiva funktionsproblem
Författare: Gunilla Thernlund (redaktör)
Förlag: Studentlitteratur, 2013
Recensent: Ewa Langerbeck

För några år sedan rasade debatten om framförallt barn och unga med "bokstavsdiagnoser": Var dessa olika diagnoser socialt eller biologiskt betingade? Nu forskas det i området som aldrig förr vilket redaktören till denna mycket aktuella bok, Gunilla Thernlund, specialistläkare i barn- och ungdomspsykiatri och medicine doktor, konstaterar redan i inledningen. Genom de första kapitlen får läsaren en grundlig klinisk introduktion i ämnet vad gäller inlärnings- och utvecklingsstörningar, historik, ADHD och autismspektrumtillstånd hos barn, unga, vuxna och äldre. Därpå följer två kapitel om utredning, dels av barn och ungdomar och dels av utvecklingsrelaterade funktionshinder inom vuxenpsykiatri. Som bilagor till denna del finns intervjuer och frågeformulär, exempel på checklista, länkar med mera. Boken avslutas med en insats- och behandlingsdel som även tar upp såväl psykiatrisk som social ohälsa vid ADHD och autismspektrumtillstånd. Boken är utplagd som en lärobok med faktarutor och referenslistor för fördjupning efter varje kapitel. Den vänder sig till alla yrkesverksamma inom det psykiatriska arbetsfältet, både som kurslitteratur och som uppslagsbok i det kliniska arbetet.



Titel: Ansiktet bakom masken
Författare: Jouanita Törnström
Förlag: Vulkan, 2012 (ny utgåva)
Titel: Våga säga Ja till Livet - om att övervinna borderline
Författare: Jouanita Törnström
Förlag: Vulkan, 2014
Recensenter: Git-Marie Ejneborn Looi och Anja Söderberg

Jouanita Törnströms första bok "Ansiktet bakom masken" grundar sig på författarens egna dagboksanteckningar. Jouanita Törnström är legitimerad psykiatrisjuksköterska och återhämtningskonsult inom psykiatri, men boken fokuserar på hur det är att leva med borderline och att vårdas inom psykiatri. Med sina nedskrivna erfarenheter vill författaren öka förståelsen för personer med borderline och hennes förhoppning är att boken ska ge stöd till såväl vårdpersonal, närstående, patienter och andra som är berörda av ämnet, genom att belysa hur förändring och återhämtning är möjligt. Jouanita inleder boken med korta faktabeskrivningar av sin diagnos och behandlingsmetoder, och ger därefter en sammanfattande beskrivning av sin uppväxt. Sedan får läsaren följa Jouanita under drygt 10 år av hennes liv via hennes dagboksanteckningar,



där hon beskriver sitt liv och sina upplevelser av sorg, hat, förtvivlan, ilska men även glädje. I år har Juanita gett ut en fristående uppföljare, "Våga säga Ja till Livet - om att övervinna borderline", där hon fortsätter att berätta om sitt liv via listor, gamla dagboksanteckningar och egna reflektioner över olika positiva livshändelser och andra faktorer som bidragit till hennes återhämtning. Boken innehåller även en hel del konkreta tips och råd som kan vara värdefulla för personal som arbetar inom psykiatriska verksamheter. Böckerna bidrar till förståelse för hur det kan vara att leva med borderline men framförallt den senaste boken bidrar verkligen till att främja hopp. "Våga säga Ja till Livet - om att övervinna borderline" visar tydligt på goda möjligheter till återhämtning från en diagnos som traditionellt har omgärdats av frustration och hopplöshet.

På gång inom psykiatri och omvårdnad

2014	European Conference on Mental Health 10-12 september Tallinn, Estland Psykiatrisymposium (Conductive) 8-9 oktober Stockholm Festival of Psychiatric Nursing (Horatio) 6-9 november Malta Sjuksköterskedagarna (Svensk Sjuksköterskeförening) 19-20 november Stockholm
2015	Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskors årskonferens 19-20 mars Uppsala
2016	Nordic Conference of Mental Health Nursing (PSSN/PRF) 14-16 september (prel.) Malmö



Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor **FÖRTROENDEVALDA**

STYRELSE 2014

Ordförande
Samordnare forskarnätverket
Henrika Jormfeldt, Halmstad
070-355 55 43
henrika.jormfeldt@psykiatri.se

Vice ordförande
Sekreterare
Britt-Marie Lindgren, Umeå
070-643 33 08
britt-marie.lindgren@psykiatri.se

Ledamot
Kassör
Ewa Langerbeck, Lund
070-546 83 73
ewa.langerbeck@psykiatri.se

Ledamot
Representant PSSN
Maria Åling, Stockholm
072-519 36 46
maria.aling@psykiatri.se

Ledamot
Ansvarig hemsida och sociala medier
Jonna Järvsén, Göteborg
076-888 18 16
jonna.jarvsen@psykiatri.se

Ledamot
Chefredaktör
Sebastian Gabrielsson, Luleå
070-548 38 64
sebastian.gabrielsson@psykiatri.se

Ledamot
Medlemsansvarig
Karl-Henrik Forsman, Jönköping
070-379 92 10
karl-henrik.forsman@psykiatri.se

Ledamot
Hampus Martinsson, Växjö
070-915 24 15
hampus.martinsson@psykiatri.se

PSYCHE 2014

Chefredaktör
Sebastian Gabrielsson, Luleå
(se ovan)

Senior konsult
Hans Bergman, Stockholm
hansbergman@telia.com

Redaktionsråd
Erland Olsson, Uppsala
erland.olsson@sofosyne.se

Åsa Priebe, Södertälje
asa.priebe@gmail.com

Veronica Höglund Wemmenlov,
Nyköping
veronica.wemmenlov@dll.se

Jörgen Öjervall, Varberg
jorgen.ojervall@hh.se

Lokalredaktörer
Mikael Nilsson, Varberg
0340-48 13 93
mikael.nilsson@lthalland.se

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

REVISORER 2014

Ordinarie
Ingemar Wänebring, Bankeryd
036-30 78 58 b
036-32 31 40 a
ingemar.wanebring@lj.se

Ulf Rogberg, Jönköping
ulf.rogberg@lj.se

Suppleanter
Jörgen Öjervall, Varberg
(se ovan)

Patrik Dahlqvist-Jönsson,
Halmstad
070-320 66 51
patrik.dahlqvist-jonsson@lthalland.se

VALBEREDNING 2014

Sammankallande
Mikael Nilsson, Varberg
(se ovan)

Veronica Höglund Wemmenlov,
Nyköping
(se ovan)

Jenny Molin, Umeå
jenny.molin@umu.se

Catarina Johansson, Ödeshög
catarina.johansson@lj.se



RASISMEN KRÄVER ATT JAG TAR STÄLLNING

Det dröjer någon sekund innan jag förstår vad nattsjuksköterskan just sagt. Min första impuls är att skratta till. Visst var det väl ett skämt? Någon slags dubbel ironi? För hon kan väl inte på allvar tycka att... Sen kommer en känsla av förlägenhet. Jag skäms å min kollegas vägnar. Hur kan hon säga nåt så korkat? Det måste vara ett misstag, ett olycksfall i tankearbetet. Sen kommer ilskan. Hur fan kan hon säga så? Och på rapporten? Inför studenten!? Det ska hon inte komma undan med! Allra sist ett litet, litet uns av tvekan. Ska jag verkligen säga något? Vågar jag? Orkar jag?

Kan man vara sjuksköterska och rasist? Ja självklart. Men inte en bra sjuksköterska. En person som tillmäter individer värde och egenskaper utifrån grupptillhörighet, oavsett om det är etnicitet, sexualitet, kön, religion eller hudfärg, kan knappast utveckla en skicklighet i ett yrke som handlar om att försöka förstå människors unika erfarenheter och upplevelser och därigenom möta deras individuella behov.

Kan man vara sjuksköterska och antirasist? Svaret är märkligt nog inte självklart. En del arbetsgivare tycks mena att vårdpersonal inte ska ta ställning mot rasism på sin arbetstid. Man får anta att de anser att värdegrundsarbete är något som sker på årligen återkommande planeringsdagar, dokumenteras skriftligt och sedan förvaras i därför avsedd pärm i väntan på nästa planeringsdag. I tryggt förvar tillsammans med yrkesetiska koder, hälso- och sjukvårdslagen, europakonventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och annat som riskerar att inverka menligt på stabiliteten och produktiviteten.

Men kampen mot rasismen kan inte föras enbart i folkvalda församlingar, på debattsidor eller i demonstrationståg.

Motståndet mot rasismen kan inte överlåtas åt professionella politiker och opinionsbildare, frikopplade från samhället i övrigt. Motståndet mot rasismen måste också ske i vardagen. Det är där vi alla har möjlighet att markera en gräns eller låta någon annan flytta gränsen. Att själva påbörja en förändring eller låta oss svepas med i en.

För rasismen bryr sig inte om att jag är sjuksköterska. Den struntar i att jag har tagit på mig namnskylden och stämplat in. Den letar upp mig ändå, och den kräver att jag tar ställning.

Rasismen möter oss överallt. Som medborgare och som sjuksköterskor. I hemmet, på gatan och på våra arbetsplatser. Det är på rapporten vi får höra det nedsättande skämtet bakom ryggen på den mörkhyade överläkaren. Det är i fikarummet vi förstår att beslutet att plocka bort extravaket på den asylsökande patienten byggde på fördommar och okunskap. Det är där vi konfronteras med kollegor som tycker vi ska ringa polisen när det sitter en papperslös familj i väntrummet. Det är där Jimmie Åkesson kommer på arbetsplatsbesök. Det är där vi ställs inför valet att hålla med, sitta tyst eller säga ifrån. Det är där individens moral, gruppens värdegrund och samhällets normer prövas och formas.

Allt som krävs för att ondskan ska segra är att goda människor inte gör någonting.

Rasismen kräver ett ställningstagande av varje person den möter. Att inte handla är också en handling. Rasismen kräver att jag tar ställning. Att jag säger ifrån. Som medborgare och som sjuksköterska. I allmänna val och på morgonrapporten.

Sebastian Gabrielsson, Chefredaktör

Nya i styrelsen



Hampus Martinsson

Jag är 32 år gammal och uppvuxen i Ronneby. Efter att jag tagit min sjuksköterskeexamen 2009 tjänstgjorde jag mitt första år som sjuksköterska inom slutenvården i Landstinget Blekinge. Då min fru fick jobb i Dalarna flyttade jag med henne dit och arbetade under två års tid som sjuksköterska på en öppenvårdsmottagning i Malung. Det sista året i Landstinget Dalarna var jag anställd som enhetschef för en öppenvårdsmottagning i Älvdalen. Nu har jag och min fru rört oss söderut igen och slagit oss

till ro i Växjö. För närvarande är jag anställd av Landstinget Kronoberg och arbetar 50 % som sektionsledare på en psykosmottagning i Ljungby. Resterande tid studerar jag till specialistsjuksköterska i psykiatri vid Linnéuniversitetet i Växjö. I dag har jag drygt ett år kvar innan examen. Min start inom psykiatri har så här långt varit mycket inspirerande och utvecklande för mig. Jag ser fram emot de nya utmaningar som jag förväntar mig att styrelseuppdraget i PRF kommer att innebära.



Kalle Forsman

Jag är en 38-årig tvåbarnsfar boende i Bankeryd utanför Jönköping. Blev färdig sjuksköterska 1999 efter studier på Hälsohögskolan i Jönköping. Där läste jag också specialistutbildningen i psykiatri som jag blev färdig med 2001.

Alltsedan jag blev färdig sjuksköterska har jag arbetat på kliniken i Jönköping, framförallt inom psykosvård men även inom PIVA och beroendevård. Jag tycker om att arbeta med utvecklingsarbeten. Bäst blir det om ny teknik och patientmedverkan finns med som ingredienser.

Idag arbetar jag kliniskt inom psykosvårdens öppenvård. Där arbetar vi med kontaktmannaskap och följer 25-30 patienter vardera i något som skulle kunna liknas vid "case management light". Jag är intresserad av verksamhetsutveckling i olika former och engagerad i det lokala utvecklingsarbetet. Framförallt inom data/IT men även inom labb, dokumentation och när det gäller att introducera nya metoder på enheten. Jag ser med intresse fram emot vad som kan bli av ett engagemang inom styrelsen för PRF.

Adasuve – snabb kontroll av agitation

Adasuve® (loxapin) är ett inhalerbart antipsykotiskt läkemedel godkänt för snabb kontroll av lätt till måttlig agitation hos vuxna patienter med schizofreni eller bipolär sjukdom.

Adasuve (loxapin inhalationspulver). Rx. Ingår ej i läkemedelsförmånen. ATC-kod N05AH01. **Indikation:** Snabb kontroll av lätt till måttlig agitation hos vuxna patienter med schizofreni eller bipolär sjukdom. Patienterna bör få vanlig behandling direkt efter kontrollen av de akuta symtomen på agitation. **Styrkor och förpackningar:** 9,1 mg, 1 endosinhalator. **Dosering och administrationsätt:** Adasuve ska endast administreras i sjukhusmiljö under övervakning av hälso- och sjukvårdspersonal. Kortverkande bronkdilaterande beta-agonist ska finnas tillgänglig för behandling av eventuella allvarliga respiratoriska biverkningar (bronkospasm). Rekommenderad initial dos är 9,1 mg. Vid behov kan en andra dos ges efter 2 timmar. Mer än två doser ska inte ges. Patienten ska övervakas under den första timmen efter varje dos avseende tecken och symtom på bronkospasm. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot aktiv substans eller amoxapin. Patienter med akuta respiratoriska tecken/symtom (t ex pipande andning) eller med aktiv luftvägssjukdom (t ex astma eller KOL). **Varningar och försiktighet:** Adasuve kan ha begränsad effekt när patienter står på annan behandling, särskilt andra antipsykotika. Försiktighet vid behandling av patienter med kardiovaskulär sjukdom, förekomst av QT-förlängning i släkten, eller samtidig användning av andra läkemedel som kan förlänga QT-intervallet. Adasuve har på grund av risken för sedering, trötthet och yrsel stor potentiell påverkan på förmågan att framföra fordon och använda maskiner. För vidare information se fass.se. Senaste översyn av SPC: maj 2013.

MEDIVIR Medivir AB, Blasieholmsgatan 2, 111 48 Stockholm. Tel 08-407 64 30. E-mail: info@medivir.se. www.medivir.se

adasuve
loxapin



Henrika Jormfeldt och Britt-Marie Lindgren valdes till ny ordförande respektive vice ordförande.

Rapport från årsmötet

Av Sebastian Gabrielsson

I samband med jubileumskonferensen i Göteborg samlades ett antal medlemmar för årsmöte i Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor.

Årsmötet valde Henrika Jormfeldt, specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård och docent i omvårdnad vid Högskolan i Halmstad, till ny ordförande i föreningen. Henrika har tidigare varit vice ordförande och även ansvarat för föreningens nationella forskarnätverk. Till ny vice ordförande valdes Britt-Marie Lindgren, specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård och lektor vid Umeå universitet. Nya ledamöter i styrelsen blev Karl-Henrik Forsman från Jönköping och Hampus Martinsson från Ljungby medan Maria Åling från Stockholm omvaldes som ledamot. Mikael Nilsson blev ny på posten som sammankallande i valberedningen som i övrigt kom att bestå av Veronica Höglund Wemmenlov, Jenny Molin och Catarina Johansson.

På revisorernas rekommendation valde årsmötet att med undantag för tidigare ordföranden bevilja den avgående styrelsen ansvarsfrihet. Årsmötet rekommenderade även den nya styrelsen att fortsätta arbetet med att bringa klarhet i föreningens ekonomi. Verksamhetsplan och budget för kommande år godkändes enligt styrelsens förslag.

Årsmötet avslutades med att nyvalde ordföranden Henrika Jormfeldt riktade ett tack till olika personer i föreningen, däribland mångårig chefredaktören för Psyche Hans Bergman som under det gångna verksamhetsåret blivit avslöst på detta uppdrag.

Rapport från styrelsemöte

Av Ewa Langerbeck

Helgen 10-11 maj var det dags för styrelsemöte i ett regnigt Stockholm. Möteslokalen fick vi låna av Svensk sjuksköterskeförening (SSF) denna gång.

Lördagen började med att vi kunde hälsa vår ordförande, Henrika Jormfeldt, samt vice ordföranden Britt-Marie Lindgren välkomna till nya poster i föreningen. Dessutom kunde vi även välkomna två nya styrelsemedlemmar, Hampus Martinsson och Karl-Henrik Forsman. Som vanligt var ärendelistan lång och många viktiga frågor behandlades. Först tog vi del av utvärderingen av Jubileumskonferensen i Göteborg där deltagarna överlag var mycket nöjda. Vi fick även tips på innehåll till nästa årskonferens. Bland annat fanns önskemål om barnpsykiatri och missbruksvård. Dessa synpunkter tar vi med oss i arbetet med planeringen av årskonferensen 2015 som kommer att äga rum 19-20 mars i Uppsala.

Styrelsens arbete med att få föreningens ekonomi på fötter fortsätter och glädjande nog ser det hoppfullt ut för framtiden. Medlemsantalet i vår förening är stabilt mellan 550 och 600 medlemmar, liksom antalet prenumeranter. Vår fina brosch för specialistsjuksköterskor har dessutom blivit en försäljningssuccé! Broschen är enklast att beställa via en inbetalning till vårt bankkonto, uppgifterna finns i tidningen och på hemsidan.

Styrelsen ägnade även en del tid åt att diskutera förändringar och förbättringar på föreningens hemsida och vi ser fram emot att ta del av förslag från styrelsens hemsidaansvarige Jonna Järvsén i höst.

På söndagen användes en stor del av mötestiden åt att granska föreningens övergripande mål, verksamhetsplanering, arbetsordning och rutiner samt förslag på åtgärder bland annat relaterat till de påpekanden som våra interna revisorer gjort i revisionsberättelsen.

Sebastian Gabrielsson, chefredaktör, gick igenom planeringen för nästa nummer av vår tidning. Sebastian och redaktionsrådet fortsätter med sitt arbete att hitta spännande artiklar och uppslag till Psyche. Alla medlemmar är välkomna att komma med tips och idéer!

Då PRF 2016 är värdar för vår nordiska sammanslutning PSSN:s återkommande konferens ägnades en del tid åt att diskutera planeringen inför denna. Konferensen kommer att äga rum i Malmö under september 2016. Styrelseledamot Maria Åling är PRF:s kontaktperson i PSSN.

Ett särskilt tack riktas till SSF som så generöst lånade ut lokaler till oss!

DAGS ATT SÖKA STIPENDIUM

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
britt-marie.lindgren@psykriks.se

STIPENDIUM



GÖTEBORGS
PSYKOTERAPI
INSTITUT

GRUNDAT 1974

Anordnar i
Göteborg, Stockholm och Malmö
med start augusti 2014:

**Grundläggande utbildning
i psykoanalytisk teori och
praktik, Steg I**

**031-711 97 51
www.gpsi.se**

SJUKSKÖTERSKE
DAGARNA
LUST & KUNSKAP

**Ansvar för utveckling
av omvårdnad – en fråga
om professionell etik**

19–20 november 2014
City Conference Centre
Stockholm



Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

PRENUMERERA PÅ
Psyche

PRENUMERATIONSPRIS FÖR 2014 ÄR 400:-/ÅR
PRIS INOM NORDEN 450:-/ÅR, MOMS INGÅR MED 6 %
GÅ TILL: www.psykriks.se FÖR ATT PRENUMERERA
VID FRÅGOR KONTAKTA PRENUMERATIONSANSVARIG:
EWA LANGERBECK, TEL. 0705-468373
E-POST: ewa.langerbeck@psykriks.se

Broschen!



Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor har låtit ta fram en brosch för specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård.

Broschen är 22 mm i diameter, i metall och blå emalj med texten "Specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård" och en blå fjäril. Fjärilen är en symbol för psykisk hälsa. I grekisk mytologi sågs fjärilen som en symbol för förändring och förknippades med själens gudinna Psyche. Den blå färgen sägs bland annat symbolisera visdom, tillit, förtroende och sanning.

Specialistsjuksköterska är en skyddad yrkestitel som bara får användas av legitimerad sjuksköterska som avlagt specialistsjuksköterskeexamen eller har en äldre vidareutbildning eller direktspecialisering.

Pris 179:- Beställ via www.psykriks.se