

# Psyche

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN

FÖR SJUKSKÖTERSORS TIDSKRIFT

NO 3/2014



**DIALOG OCH REFLEKTION  
MED SOCIALA MEDIER**

**RAPPORT FRÅN  
KONFERENS I NEW YORK**

**UPPLEVELSER AV  
BEMÖTANDE I ÖPPENVÅRD**

Psyche är **Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor (PRF)** tidskrift som utkommer med fyra nummer per år i en upplaga om 1000 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](mailto:ewa.langerbeck@psykriks.se)

**Annonsera i Psyche**  
Genom att annonsera i Psyche når du ut 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  
(Renskuret 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](mailto:figrahm@gmail.com)  
Tel: 070-491 02 20

**Omslagsbild:** Ordmolnet är skapat av programmet för PRF:s jubileumskonferens med [www.wordle.net](http://www.wordle.net)

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



## APA 2014 i New York

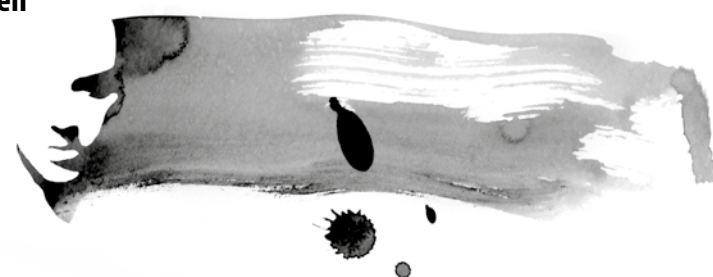
Av Katarina Allerby och Gittan Sameby ...sid 4

## Dialog och reflektion med sociala medier

Av Sebastian Gabrielsson ...sid 8

## Upplevelser av bemötande vid en öppenpsykiatrisk mottagning

Av Helena Lindström och Helén Rönnquist ...sid. 14



### Recensioner

...sid. 22

Dan Josefsson ligger bakom "Mannen som slutade ljuga".

### Mer från jubileumskonferensen

Av: Veronica Höglund Wemmenlöv ...sid. 18

## ORDFÖRANDE HAR ORDET:

I mitten av augusti blev jag uppringd av en journalist som ville att jag skulle besvara frågan "Om du hade makten i vården, vad är det första du skulle förändra?" Detta är en stor fråga som kräver en del eftertanke och som säkert är viktig för var och en av oss att fundera igenom.

Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor har under de 50 år som föreningen varit verksam arbetat för att den psykiatriska hälso- och sjukvården på bästa sätt ska tillgodose patienternas behov. Frågor som berörts handlar om vilka delar i den psykiatriska vården och behandlingen som bäst möter dessa behov och vilken utbildningsbakgrund som ger bäst förutsättningar att förstå patienters problematik och anpassa vårdens insatser så att patientens möjligheter att tillgodogöra sig vården ökas. På senare tid har frågan om hur bristen på psykiatrisjuksköterskor ska mötas blivit allt mer akut. Den kroppsliga ohälsan hos patienter i psykiatrisk hälso- och sjukvård och utformningen av tvångsvårdsstiftningen är andra aktuella och viktiga områden.

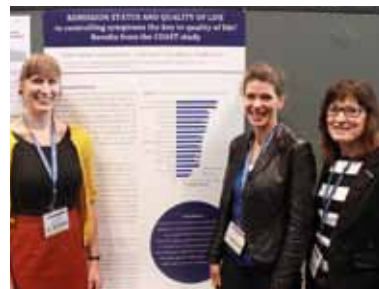
I november 2010 fanns enligt Socialstyrelsen 5 140 sjuksköterskor specialiserade inom psykiatrisk hälso- och sjukvård i Sverige. Av dessa är cirka 600 medlemmar i Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor. En reflektion kring dessa siffror är en stilla undran vilka forum övriga 4540 psykiatrisjuksköterskor medverkar i för att påverka i frågor av betydelse för yrkesutövningen. Kanske upplever man att allt är bra som det är i vården, kanske behöver vi som förening bli tydligare med hur vi just genom att vara många tillsammans både blir en kreativ mötesplats som utvecklar professionen och en stark röst i samhällsdebatten.

En viktig funktion för Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor är att vara ett forum för psykiatrisjuksköterskor som vill vara delaktiga och engagera sig nationellt i frågor av betydelse för patienters möjligheter att värna sin hälsa oberoende av diagnos och symtom. En bra start är just att ställa sig frågan "Om du hade makten i vården, vad är det första du skulle förändra?" och sedan arbeta för att förverkliga de insikter som svaret på denna fråga ger. Ett aktivt medlemskap i Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor kan vara ett viktigt steg för att möjliggöra de förändringar du vill se i den psykiatriska hälso- och sjukvården. Det finns studier som tyder på att arbetstillfredsställelse är nära förknippat med känslan av att göra ett bra arbete. God vårdkvalité och nöjda patienter är därför nära förbundet med arbetstillfredsställelse hos personal i vården. Ju fler vi är som engagerar oss i de viktiga frågorna ju mer kan vi påverka och förändra till det bättre. Jag är övertygad om att omvårdnadsperspektivet behövs i alla de förändrings- och utvecklingsprocesser som pågår inom svensk psykiatrisk hälso- och sjukvård. Återigen tack alla ni som är med oss och tveka inte att höra av dig om du har konstruktiva idéer, vill hjälpa till eller bli medlem. Vi finns på [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se) och i sociala medier. Med tillönskan om en härlig höst!

Henrika Jormfeldt, ordförande, Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor







Katarina Allerby, Cecilia Brain och Gittan Sameby framför postern om COAST-studien



Gittan Sameby intervjuades av APA-tv om sitt deltagande i konferensen



Street art (vy från High Line park)

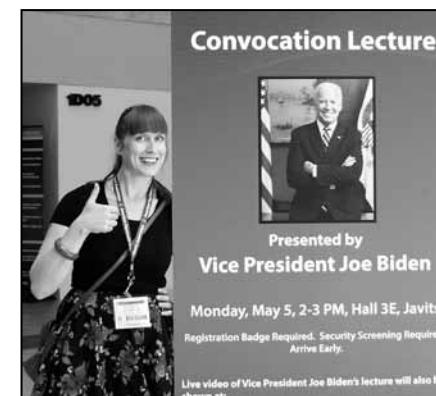


Cityvy med nya skyskrapan vid Ground Zero i mitten

# APA 2014 i New York: Psykiatrisjuksköterskor på storkonferens

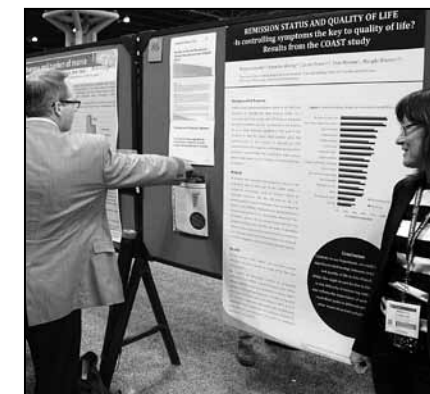
I maj höll American Psychiatric Association (APA) en stor konferens i New York. Två av deltagarna var Katarina Allerby och Gittan Sameby, psykiatrisjuksköterskor från Göteborg. Här rapporterar de om det senaste inom psykosområdet.

Av Katarina Allerby och Gittan Sameby



Katarina med vicepresident Biden som invigningstalade

Katarina Allerby är psykiatrisjuksköterska sedan 2009 och har jobbat inom psykiatri sedan 2004. Hon är sedan 2009 anställd på Nå Ut-teamet som är en psykosöppenvårdsmottagning i Göteborg. Under de senaste åren har tjänsten varit delad med både kliniskt arbete och forskning tillsammans med dr Cecilia Brain i COAST-studien.



Gittan Sameby framför sin poster om COAST-studien

Gittan Sameby är psykiatrisjuksköterska sedan 1989 och har jobbat inom psykiatri sedan 1977. Efter lång tid inom slutenvården började hon 2001 arbeta med psykos i öppenvård på Nå Ut-teamet. Senaste åren har delar av tjänsten varit som forskningssjuksköterska i COAST-studien.

*Start spreading the news, I'm leaving today, I want to be a part of it, New York, New York...*

I början av maj bar det av just till New York, staden som aldrig sover, det stora äpplet. Målet var American Psychiatric Associations Annual Meeting 2014. Det är den största psykiatriska konferensen i USA med en lång historia. Årets möte var nummer 167 i ordningen och det första mötet hölls redan 1844 - ingen dålig tradition alltså! Mötet lockar tusentals deltagare från hela världen som kommer för att lyssna till psykiatrikändisar, presentera ny forskning, delta i kurser, nätverka, diskutera gamla dilemman och se framåt. Vi, två svenska psykiatrisjuksköterskor, fick möjlighet att åka och göra allt det där med ekonomiskt bidrag bland annat från Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor.

Ankomsten till storstaden var överväldigande: allt är stort, låter mycket och går fort. För säkerhets skull bodde vi nära Time Square och vi kan gå i god för att åtminstone den delen av staden aldrig sover. Vi hade med oss några tips från vänner på vad vi skulle försöka se och lyckades pricka av några mellan föreläsningar och på kvällar. Några höjdpunkter var High Line Park - en gammal räls en våning upp från gatuplan som gjorts om till promenadstråk

med planteringar och konst. En annat trevligt stråk var från Ground Zero, där nya skyskrapor vuxit upp, ut längs med Hudson River hela vägen ner till sydspetsen av Manhattan - så vi såg Frihetsgudinnan på håll i alla fall.

### Storslagen invigning

Även konferensen var mycket! Det fanns 100-tals föreläsningar, symposier, work-shops, courses och posters att välja mellan. En av de största publikmagneterna var givetvis invigningstalet som inleddes av APA:s ordförande tillika psykiatrikonen Jeffrey Lieberman. Därefter tog USA:s vicepresident Joe Biden vid. Han talade bland annat om vikten att bekämpa stigma vilket var särskilt tilltalande för oss då det är vårt forskningsområde. I absolut amerikansk anda avslutade han sitt tal med "God bless you all, and may God protect our troops!" Före detta kongressmannen Patrick Kennedy deltog också. På sitt väldigt politiker-proklamerande sätt underströk han att vård för psykisk sjukdom måste tas på lika stort allvar som andra sjukdomar. Och såklart ingå i allmän sjukförsäkring - han är ju ändå demokrat!

### Nytt om psykos

Som inbitna psykoskötterskor kikade vi extra efter nyheter inom psykosområdet. Det var både nyheter och uppdatering av gammal kunskap. Här följer ett litet axplock av det vi fick oss till livs.

Inte otippat fortsätter clozapin vara "golden standard" för terapiresistenta schizofreni trots att det numera finns flera typer av neuroleptika att välja mellan. Intressant från den föreläsningen för oss var dock att i närmare hälften av USA:s delstater används inte clozapin alls! En föreläsning om samsjuklighet mellan psykos och beroende betonade nikotin och koffeins inverkan på läkemedelsbehandling. Föreläsaren, dr Ziedonis, förordade interventioner för att hjälpa patienterna komma till rätta med dessa "droger" till exempel med hjälp av MI och kontinuerlig uppföljning.

En väldigt bra föreläsning handlade om adherence. Dr Weiden menade att utgångspunkten från vårdens sida inte borde vara att patienten ska bli mer följsam till behandling, utan att patienten ska bli nöjdare med sin livssituation. "Adherence is not an outcome but an





Cecilia Brain och Gittan Sameby på Manhattan



Gittan Sameby vid Hudson river med frihetsgudinnan i bakgrunden

important predictor". Han visade på vikten av att ha följsamhet som ett återkommande diskussionsämne, förordade delat beslutsfattande och pratade om vad man gör när patientens val är att sluta behandling. Begreppet "harm reduction mode" var nytt för oss men handlade egentligen om det vi gör i de situationerna: att försöka få till stånd en plan för utsättning med krisplan och adekvat uppföljning. Även här var MI-principerna rådande: det öppna samtalsklimatet, nyfikenhet och icke-fördömande utforskande, lyssna istället för att undervisa, att skilja på att inte vilja ta mediciner och inte kunna ta dem enligt ordination.

En föreläsning handlade om det kontroversiella området behandling i prodromalfas där ett instrument för screening av prodromalsymtom utformats och testats (Structured Interview to Discover Prodromal Symptoms, SIPS). Dr McGlashan rapporterade från en studie kopplad till detta instrument som visade att 40 procent av de som fallit ut som högriskpatienter för psykos senare utvecklade psykos. Att behandla dessa med neuroleptika och KBT minskade antalet som utvecklade psykos men slutsatsen blev ändå att tät uppföljning av högriskpatienter är prioriterat, att bygga en relation och att möta upp med interventioner när det behövs.

### Gener inte så viktiga

"The strangest disease – the pathetic past and hopeful future of Schizophrenia" var titeln på en föreläsning av psykiatrilégenden E. Fuller Torrey. Han beskrev hur schizofrenins historia kantats av flera tråkiga snedsteg i jakten på förståelse

för sjukdomen, till exempel "train travelling effects" – en teori om att symtomen uppkom för att man så fort förflyttades från en plats till en annan i tågresandets tidiga barndom. De psykoanalytiska behandlingsförsöken fick sig en rejäl känga (den "onda modern" nämndes också) och viss kritik riktades även mot att förståelsen av psykosjukdom som en "brain-disease" så enkelspårigt riktat in sig på neuron på bekostnad av till exempel teorier om inflammatoriska processer etcetera. Han menade även att den genetiska komponenten inte är så viktig som det ibland verkar, och att prevalensen är relativt konstant trots att personer med schizofreni i långt lägre utsträckning än normal population skaffar barn. Han tog också som exempel att nazisternas långtgående utrensning av psykiskt sjuka inte påverkade prevalensen i Tyskland efter kriget. "The hopeful future" utgjordes av all ny kunskap om hjärnan och dess processer, nya mediciner, bättre behandlingprinciper med mera, men med smolket i bågaren att tillgänglighet och resurser dramatiskt försämrats på många håll i världen, inte minst i USA. Skulle man nu gå och utveckla en psykosjukdom gör man bäst i att befinna sig i Sverige eller något annat nordiskt land avslutade han med. Inget dåligt betyg för oss får man väl allt säga!

### COAST-studien

Utöver dessa och flera andra föreläsningar höll vi ju också egna presentationer. Vi har båda varit forskningspsykiater i COAST-studien (Cognition, Adherence and Stigma in Schizophrenia) som utförts i Göteborg med Cecilia Brain

i spetsen. Ett fantastiskt roligt OCH krävande arbete! Vi är båda otroligt tacksamma för att Cecilia tog oss med på COAST-tåget och uppmuntrat oss till egna projekt och "framträdanden". Hela studien fokuserar på kognition, adherence och stigma hos personer med psykosjukdom och i denna har vi gjort två delstudier.

Den ena delstudien, "Remission Status and Quality of Life - Is controlling symptoms the key to

quality of life?" presenterade vi i form av en poster. Data om livskvalitet jämfördes med remissionsstatus och vi fann att samband inte kunde styrkas. Inte helt överraskande är alltså symtomen inte hela sanningen bakom upplevd hälsa eller icke-hälsa. Den andra delstudien blev en muntlig presentation med titeln "Relationship Between Stigma and Burden in Relatives to Persons with Schizophrenia". Denna delstudie, som förhoppningsvis inom en snar framtid finns publicerad, handlar om anhörigas roll och om hur stigmat kring psykisk sjukdom drabbar även dem och hur de påverkas.

Avslutningsvis vill vi så klart tacka Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor som möjliggjorde vår resa och uppmuntra alla läsare att ta chansen och besöka de stora kongresserna om möjlighet finns. Utbudet är kvalitativt både högt och lågt men det är fantastisk stimulerande att få nya tips och idéer, få höra att en del av det man gör faktiskt är "rätt" och få en inblick i vad kollegor i andra länder har för verklighet.

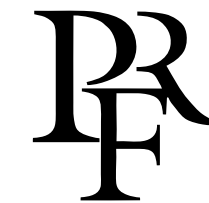
#### Läs mer

Lästips från dr Ziedonis föreläsning: Guidelines from SAMHSA (för samsjuklighet med missbruk), [missionmodel.org](http://missionmodel.org), [becomeanex.org](http://becomeanex.org), [quitnet.com](http://quitnet.com)

Lästips från Dr McGlashans föreläsning: Risk Syndrome Treatment Guidelines, PRIME Clinic, Yale Univ.

För den som vill få lite mer inblickar från kongressen finns klipp från APA-TV på hemsidan: [www.annualmeeting.psychiatry.org](http://www.annualmeeting.psychiatry.org)

# God omvårdnad är biverkningsfritt



Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor

Medlemsavgiften för 2014 är **325:-**, är du pensionär eller studerande är priset reducerat till **200:-**. I medlemsavgiften ingår Tidskriften PSYCHE. Bli medlem direkt via PRF:s hemsida: [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se)

Vid frågor kontakta medlemsansvarig:

Karl-Henrik Forsman, 070-631 18 93, [karl-henrik.forsman@psykriks.se](mailto:karl-henrik.forsman@psykriks.se)

# Dialog och reflektion

Av Sebastian Gabrielsson / @seb\_gab



Med en vilja att lyssna och lära började psykiatrisjuksköterskan Kjetil Rygg använda Twitter. Han har idag nästan 1600 följare på sitt twitterkonto @Psykiatri\_ssk och har nyligen kompletterat med en blogg.

- Sociala medier är en möjlighet till jämlik dialog med människor med erfarenhet som patienter i psykiatri, men också ett utrymme för välbehövlig reflektion.

# med

## Vad har du för erfarenhet som sjuksköterska?

Jag emigrerade från Norge för 12 år sedan och har gått min grundutbildning till sjuksköterska här i Sverige och har specialistutbildning i psykiatri. Som sjuksköterska har jag arbetat inom både somatik och psykiatri. Jag var med att starta upp en beroendecentrumsmottagning för bland annat adhd-utredning i Malmö. Flest år har jag jobbat inom allmänpsykiatri, både dag och natt. Just nu jobbar jag på en allmänpsykiatrisk vuxen slutenvårdsavdelning i Malmö, men i september börjar jag på en öppenvårdsmottagning i Lund.

För min magisterexamen gjorde jag en intervjustudie om sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med självskadebeteende där jag intervjuade 12 sjuksköterskor från olika allmänpsykiatriska slutenvårdsavdelningar. När jag har tid över håller jag på att skriva om uppsatsen till en vetenskaplig artikel.

## Hur kom det sig att du började använda Twitter?

Jag har alltid haft intresse av att som psykiatripersonal ta reda på patienternas perspektiv. Patientmöten där jag har valt att lyssna mer än att prata själv har oftast gett mig djupare förståelse för vad som fungerar och vad som inte fungerar.

Twitterandet började med att jag satt på ett nattpass och funderade på några konkreta samtal jag haft där jag frågade patienter med självskadebeteende om hur de upplevde sig behandlade och bemötta av oss i psykiatri. Dessa samtal påverkade mig då patienterna gav mig perspektiv jag själv inte kunde läsa eller studera mig till. Det var tydligt att det fanns glapp i hur vi såg på "god vård" med våra olika perspektiv. Jag fick en spontan tanke - tänk om jag skulle ställa generella frågor i ett forum som Twitter, för att jag som psykiatrisjuksköterska skulle kunna få ärliga och raka svar i syfte att lära?

# sociala medier

# ”Ytterligare ett exempel är att jag bad folk rada upp de minst hjälpsamma råden de har fått av psykiatripersonal angående ångest och depression. Detta resulterade i en lång lista, något jag också skrev om i min blogg.

Så det började med en insikt i att jag som professionell behöver patienterna perspektiv och ärliga upplevelser, och jag har märkt att många som skriver på sociala medier tenderar att vara raka och ärliga i sina beskrivningar. Jag började med att ställa frågor kring hur man upplever sig bli bemötta som patienter, vilka egenskaper hos personal som hjälper eller stjälper och så vidare. Jag blev överväldigad över att så många gav mig raka och ärliga svar utifrån deras perspektiv som vårdsökande. Jag tror det som gjorde att folk ville svara var att min utgångspunkt alltid har varit att jag som personal behöver lyssna och lära.

**Kan du ge några exempel på kunskap eller insikter som du har fått via Twitter och som har påverkat hur du tänker och arbetar som psykiatrijuksköterska?**

Jag har lyckan att ha många följare som också tar sig tid att fundera kring mina frågor för att sedan ge genomtänkta och genuina svar som får stor betydelse för mig i min kliniska verklighet. Eftersom jag söker kunskap har jag under senaste året ställt många frågor kring olika diagnoser och områden.

Jag ställer ofta frågor kring bemötande eftersom jag tror att en stor del av mitt arbete

som psykiatrijuksköterska handlar om att vara trygg och empatisk i mitt bemötande. Det är tydligt att människor med erfarenhet av att vara patient efterfrågar att i större grad bli sedda och lyssnade till.

Området självskadebeteende har varit ett där jag har ställt många frågor. Frågorna har till exempel varit ”Vilket bemötande hjälper vs stjälper när du på avdelningen har skadat dig?” Jag har många aktiva följare som då med otaliga exempel har beskrivit hur de upplever det som viktigt att bli sedda, vikten av att jag som sjuksköterska intresserar mig för just varför de skadade sig mer än att bara poängtera att det är ”fel” och så vidare. När väldigt många med ett specifikt beteende beskriver vikten av empatiskt bemötande, när de ger specifika exempel där jag kan känna igen mig kliniskt, är det klart att detta formar mig. Just med självskadebeteende har jag blivit mer inlyssnande och mer kritisk till att som psykiatrijuksköterska snabbt komma med ”lösningar” när så många beskriver en önskan om att bli tagna på allvar och bli lyssnade på. Jag har blivit uppmärksam till hur utanför och utdömda många med självskadebeteende känner sig i mötet med oss personal, något som får mig att vilja lägga extra kraft på ett bra och empatiskt bemötande av denna grupp.

Ett annat exempel är att jag, eftersom jag precis har haft mycket nattpass, har ställt frågor kring hur patienter upplever sig bemötta under natten på avdelningar. Hundratals beskrivningar av nattlig ångest och exempel på bra samt dålig bemötande har gett mig större insikt och

respekt för hur jobbiga just nätter kan vara för patienter på sluten avdelning. Detta gör att jag nu i mycket större grad tar mig tid till att lyssna och sätta av samtalstid även om patienten kommer upp mitt på natten. Jag är inte lika snabb på att säga ”försök att sova” då jag inser att det är mycket mer komplicerat än så.

Ytterligare ett exempel är att jag bad folk rada upp de minst hjälpsamma råden de har fått av psykiatripersonal angående ångest och depression. Detta resulterade i en lång lista, något jag också skrev om i min blogg. Det var mycket intressant, avslöjande och roligt att se vad ”vi” har sagt som goda råd till patienter i stil med ”tänk bara positivt” och så vidare.

Jag ställer just nu frågor kring hur det är att leva med bipolär diagnos. En del skriver då om hur svårt det är att behålla sina arbeten, kommunikationen med sina chefer med mera, och om de bipolara svängningarna med all stress och skuld känsla detta innebär. Detta ger mig tankar som, när jag pratar med mina patienter, kan visa dem att jag har förståelse och förtrogenhet. Jag har ställt frågor kring hur de med bipolär diagnos känner igen att de är på väg in i en ”fas”, vilka tidiga tecken de själva har lärt sig känna igen. Jag har då fått många exempel som stress, tonfall i prat, sömnlöshet, extra inköp, anhörigas reaktioner med mera. Denna kunskap ger mig trygghet i samtal med patienter med bipolär sjukdom och har gjort mig mer uppmärksam på vikten av att lära känna ”sina” tecken.

Många följare har uppmärksammat hur job-

bigt det är att vara ”den tysta patienten” på avdelningar, den som kanske försvinner lite i bakgrunden på en stökig avdelning. Detta öppnade mina ögon. Jag skrev lite om det på min blogg och har fått mycket respons på att många känner igen sig i just den snälla och tysta patienten som inte tar plats. Många patienter vågar inte ta plats, och genom många exempel såg jag hur detta gör att vi personal ofta förbiser just deras behov.

Jag kan ge många exempel då jag frågat på Twitter kring de flesta diagnoser på jakt efter insikt. Jag har frågat konkret kring hur det är att leva med ätstörningar, depression, självskadebeteende, ångest, trauma och så vidare. Fokus i mina frågor är oftast kring bemötande samt hur jag som professionell kan vara till större hjälp. Men det viktiga är att jag genom att få exempel och tankar kring hur så många upplever sina lidelser och utmaningar har fått en unik

känsla av att förstå lite mer. Det ger mig större referens och igenkänningsfaktor som underlättar i patientkontakten. Jag kan kanske i större grad koppla till det de berättar, jag upplever att jag känner mig tryggare och att min förmåga att känna och visa empati har blivit starkare. Just att kunna säga ”jag vet att många upplever just detta” ger mig större förmåga att uppnå allians och kontakt. Så - all dialog ger mig kött på benen och en trygghet i att hämta kunskap från otaliga exempel och funderingar. Jag tror ”hemligheten” bakom att det fungerar så bra med denna twitterdialog är att jag som psykiatrijuksköterska intar en ödmjuk approach. Jag visar att jag behöver förstå samt lära från de med egna upplevelser. Det är inte ett forum där jag undervisar andra eller går i försvar för allt psykiatrin gör. Jag är ute efter dialog och upplevelser som kan ge mig ökad förståelse och empati i möte med mina patienter.

## ”Det är inte ett forum där jag undervisar andra eller går i försvar för allt psykiatrin gör. Jag är ute efter dialog och upplevelser som kan ge mig ökad förståelse och empati i möte med mina patienter.”

## FAKTA

Sociala medier betecknar webbplatser och mobila appar med vars hjälp människor kan interagera i mänskliga sociala nätverk och, i motsats till traditionella medier, bidra med användargenererat innehåll. Sociala medier kan innefatta internetforum, sociala nätverkstjänster, bloggar, vloggar, wikier, poddradio och artikelkommentarer.



Twitter (engelska för ’kvitter’ eller ’kvittra’) är en social nätverkstjänst och mikroblogg där man skriver meddelanden, så kallade

tweets, med en begränsning på 140 tecken. Dessa visas öppet på användarens profilsida. Användare kan prenumerera på andra användares meddelandeflöde, vilket kallas ”att följa” (engelska follow), en prenumerant kallas ”följare” (engelska follower).



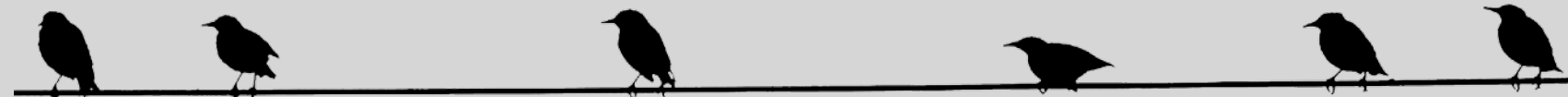
Blogg (avkortning av webblogg; av engelskans blog, kortform av weblog från de engelska orden ’web’ och ’log’), webbjournal eller webbdagbok är en webbplats som innehåller periodiskt publicerade

inlägg och/eller dagboksanteckningar på en webbsida där inläggen är ordnade så att de senaste inläggen oftast är högst upp. Vissa bloggar kan handla om flera olika ämnen, medan andra är fokuserade till ett visst ämne som bevakas ur olika aspekter. Bloggens besökare kan vanligtvis lämna kommentarer kopplade till varje inlägg,



Facebook är ett socialt medium eller en social nätverkstjänst. Användarna kan skapa en personlig profil, lägga till andra användare som vänner och utbyta meddelanden, samt få automatiska meddelanden när någon postar meddelanden eller media på deras profil. Dessutom kan användare ansluta sig till intressegrupper, som exempelvis arbetsplats, skola eller universitet.

(Källa: Wikipedia)





”De ser att jag finns på Twitter och att jag är psykiatripersonal. Jag är positiv till att folk är kritiska, jag tror det behövs, men lite av mitt fokus är ju ofta att vi i psykiatrin behöver vara mer ödmjuka och inlyssnande.”

#### Har du fått några reaktioner från arbetskamrater eller chefer på ditt twittrande?

Egentligen inte så mycket. Men jag är tydlig med att jag gör detta som privatperson och inte som anställd på en viss avdelning. Vissa kollegor tycker det låter spännande, men många tycker nog det med Twitter är lite ovant. Vet inte. De som själva visar intresse för jobbet och önskar utvecklas uttrycker att det är spännande, men jag är nog den enda som är aktiv. Chefen har också sagt att det låter intressant men jag tror inte de funderar mer på det än som så. Självt tror jag många inte inser hur intressant det kan vara.

#### Har du några negativa erfarenheter av ditt twitterengagemang?

Inte så mycket. Det finns ju personer och grup-

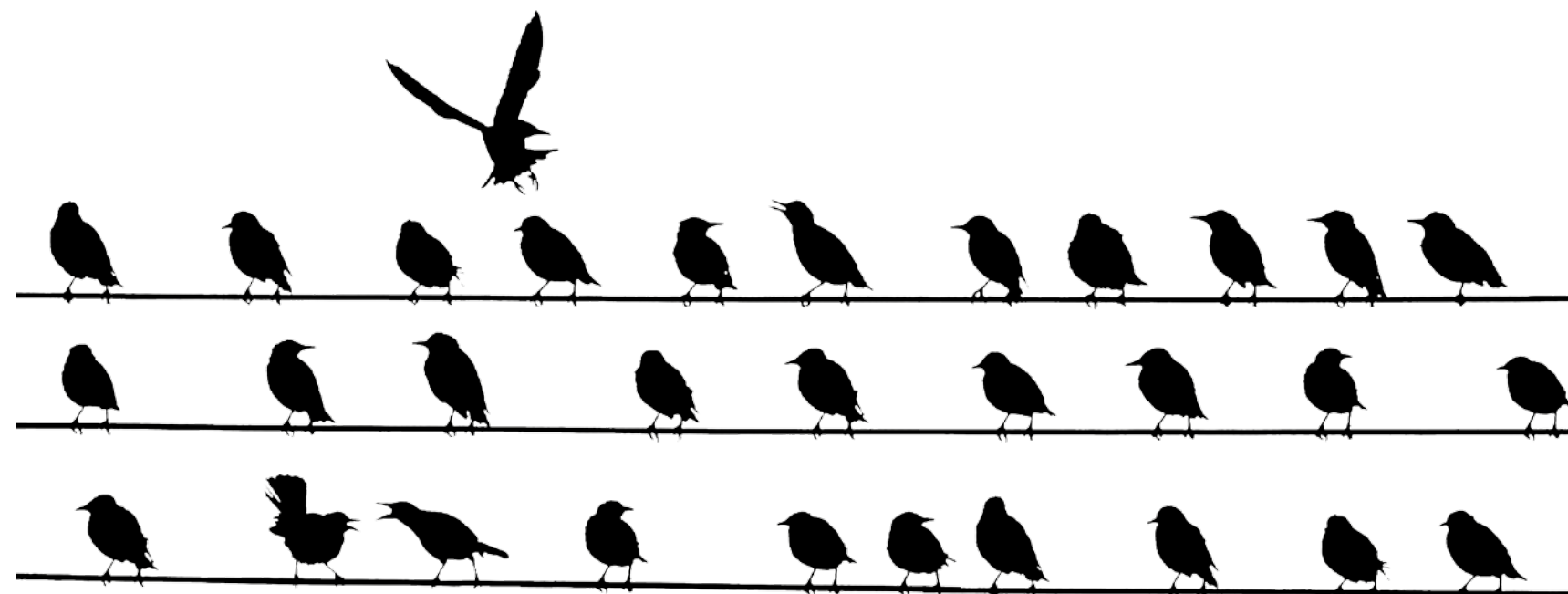
per som, bland annat på grund av dåliga erfarenheter, är starkt kritiska till allt som har med psykiatri att göra och ibland har jag blivit föremål för osaklig och krass kritik eftersom jag är psykiatripersonal. De ser att jag finns på Twitter och att jag är psykiatripersonal. Jag är positiv till att folk är kritiska, jag tror det behövs, men lite av mitt fokus är ju ofta att vi i psykiatrin behöver vara mer ödmjuka och inlyssnande. Då blir det lite tråkigt att dras in i diskussioner där jag nog själv är ganska kritisk i mina utgångspunkter. Detta händer inte ofta, och jag kan förstå att det förekommer, men det är viktigt för mig att då påpeka att jag twittrar som mig själv och att jag inte står för allt psykiatrin har gjort genom tiderna. Inte sällan får jag bra kommunikation med dessa individer när de ser min utgångspunkt för dialog.

Vissa har skrivit till mig på Twitter och bett om akut hjälp. Då har jag som strikt rutin att inte gå in i detta via Twitter. Jag hänvisar alltid till att söka lokal akuthjälp. Jag tycker det vore mycket oprofessionellt om jag skulle försöka gå in i något akut via Twitter, så det är jag mycket strikt på. Jag skulle gå över en gräns om jag ”går in i” akut psykiatrisk problematik över ett opersonligt forum som Twitter. De flesta förstår och accepterar detta, men vid ett par tillfällen har någon tagit illa upp över att jag har hänvisat till lokal vård istället för att ”gå in i” problematik över Twitter.

Vid två tillfällen har någon som följer mig varit inlagd på min avdelning. Vid de tillfällena har jag avföljt dessa, och förklarat att jag avföljer så att de kan känna sig fria till att twittra och skriva det de vill utan att jag läser det. Detta har uppskattats.

#### Du twittrar mycket och har även startat en blogg. Vilka olika sociala medier är du aktiv på och varför?

Jag är aktiv på Twitter och bloggen. Jag har endast bloggen som ett sätt att ibland kunna skriva lite mer än de 140 tecken som går i en tweet! Twitter är där jag ställer mina frågor samt inleder dialoger, och ibland skriver jag samlade texter eller funderingar baserad på den dialogen i lite längre text på bloggen. Twitter är



lite mer i realtid och blir ofta mer levande och realistisk. Jag tycker om den aktiva fortlöpande dialogen där. Jag får ofta kommentarer att folk är tacksamma för det jag skriver i bloggen, vilket är roligt. Jag kan kanske vara lite mer personlig i det jag skriver där.

#### Dialog och reflektion - är det kanske för lite av detta i den psykiatriska vårdvardagen?

Ja det tycker jag. Om det något område där det borde prioriteras dialog och reflektion är det hos oss i psykiatrin. Jag har svårt att se hur det

kan utvecklas om vi inte intar en mer lyssnande attityd. Det finns positiva exempel där mottagningar anställer brukarspecialister, tidigare patienter, som bollplank etcetera.

Det är kanske inte optimalt att ha dialog och reflektion över sociala media. Man kan inte ses ansikte mot ansikte och förlorar mycket i kommunikationen av den orsaken. Men - jag tror att orsaken till att många vågar vara mer öppna och ärliga om vad de tycker i sociala medier är att kommunikationen är mer jämlik. Med det menar jag att en kanske vågar berätta mer i sociala medier. Man skulle inte vara lika rak och öppen

till mig som vitklädd personal på avdelning. Det finns en maktfaktor som kanske försvinner vid denna form av kommunikation, men som sagt kan det inte ersätta ”riktiga” samtal. Men jag har funderat på varför så många är så ärliga och öppna i mina dialoger, och tänker att just detta kan spela in - att jag inte är en vitklädd personal som har makt på samma sätt som på en avdelning.

## TIPS



#### Psykiatri på Twitter i urval

PRF - @psykriks  
Kjetil Rygg - @Psykiatri\_ssk  
RSMH - @RSMH\_riks  
Hjärnkoll - @hjärnkolls  
MIND - @mindsverige  
Anders Printz - @PRIOSamordnaren  
Thérèse Eriksson - @tankestormar  
Linnéa Regnlund - @regnlund  
Recovery - @WayofGrowth  
Niklas Långström - @NiklasLangstrom  
Psykpodden - @Psykpodden  
Psykiatrimuséet i Västervik - @psymuseet



#### Några psykiatribloggar

Från ett annat perspektiv:  
ett-annat-perspektiv.blogspot.se

@psykiatri\_ssk:  
psykiatrisssk.blogspot.se

PRIO-bloggen:  
www.priobloggen.se



#### Psykiatrisjuksköterskor på Facebook

**Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor:**  
Föreningen har både en officiell sida och en grupp där man alla som är intresserade kan följa vad som händer i föreningen, ställa frågor och diskutera.

**Horatio – European Association for Psychiatric Nurses:**  
Engelskspråkig grupp där man kan ta del av nyheter och komma i kontakt med psykiatrisjuksköterskor från övriga Europa.

**Psykiatrisjuksköterska och stolt!**  
Svenskspråkig grupp för psykiatrisjuksköterskor med nyheter och diskussion.

**Mental Health Nursing:**  
Engelskspråkig grupp för psykiatrisjuksköterskor med medlemmar från hela världen men framförallt Storbritannien.

# Upplevelser av bemötande

vid en öppenvård psykiatrisk mottagning



Av Helena Lindström och Helén Rönnquist

Patienter i psykiatrisk öppenvård har behov av en trygg relation, kontinuitet och respekt. Helena Lindström och Helén Rönnquist, sjuksköterskor och magisterstudenter i omvårdnad vid Umeå universitet sammanfattar här sitt examensarbete som syftade till att beskriva patienters upplevelser av bemötande vid en öppenvård psykiatrisk mottagning.

## Öppenvård psykiatri

Den första januari 1995 infördes en reform i Sverige som skulle stärka personer med psykisk ohälsa och deras möjligheter att leva ett integrerat och värdefullt liv. Med reformens hjälp skulle kommunernas verksamhet, landstingen, socialtjänstlagen och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

utvecklas och förändras för att öka livskvaliteten och sysselsättningen för de personer som lider av psykisk ohälsa. Förhoppningen och ambitionen var att ingen skulle behöva leva på mentalsjukhus och att alla skulle få det stöd och hjälp av samhället som krävdes för att leva som alla andra med sysselsättning och delaktighet (Socialstyrelsen, 2005). Öppenvård psykiatri växte

fram och idag finns öppenvård psykiatriska mottagningar runt om i landet. Syftet med mottagningarna är att hjälpa och stötta personer med psykisk ohälsa som lever hemma. Med anledning av detta har ett intresse vuxit fram om att undersöka hur patienterna upplever sin kontakt med öppenvård psykiatri, mycket på grund av att det inte finns särskilt mycket forskning inom området.

## Genomförande av studien

Syftet med intervjustudien var att beskriva patienters upplevelser av bemötande vid en öppenvård psykiatrisk mottagning. Studien genomfördes på en Psykiatrisk mottagning i Norra Sverige. Vid mottagningen behandlas patienter med komplex psykiatrisk problematik, ofta med samsjuklighet med en eller flera diagnoser och där långvarig kontakt med psykiatri behövs. Målgruppen är patienter mellan arton och sextio år med bestående funktionsnedsättningar orsakade av psykisk ohälsa. Patienter som ville delta i studien anmälde sitt intresse genom att lämna telefonnummer och namn på informationsbrev som lagts ut i väntrummet. Tid för intervjuer bokades in via telefon och totalt åtta intervjuer genomför-

des. Intervjuerna analyserades med en metod för kvalitativ innehållsanalys beskriven av Ulla Graneheim och Berit Lundman. Studien genomfördes i enlighet med de etiska riktlinjerna i Helsingforsdeklarationen.

## Resultat

### Behov av en trygg relation

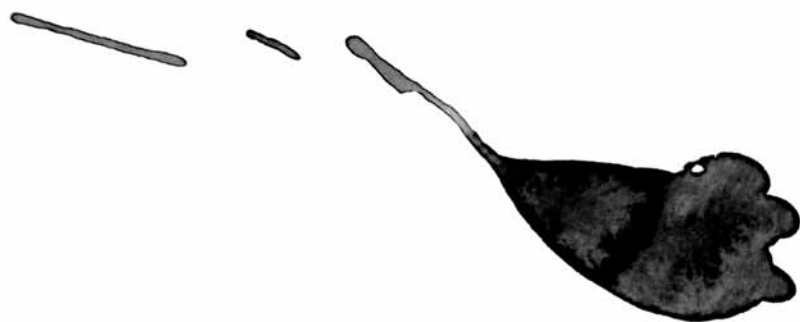
Patienterna beskrev att det var betydelsefullt att trivas med den utvalda kontaktpersonen och att kontaktpersonen hade gedigen kunskap om deras problem. Att kunna ha ett avslappnat samtal utan att bli för privat beskrevs också betydelsefullt samt att samtal och kommunikation kunde innebära tystnad. Att relationen innebar känsla av trygghet var också relaterat

”Jag tycker att jag blev bra bemött även om de inte tyckte som jag, de klappade inte mig på huvudet och sa att det skulle bli bra, de gjorde sitt bästa att möta mig halvvägs det är min uppfattning.”

till återkommande samtal över tid och kontaktpersonens professionella hållning.

Att skapa en bra relation mellan behandlare och patient visade sig bygga på hur kommunikationen mellan dem fungerade. Kommunikationen mellan behandlare och patient behövde inte nödvändigtvis vara samtalet utan kunde likväl bestå av tystnad. Patienterna upplevde att vissa behandlare verkade obekväma när det blev tyst i rummet, det kunde infinna sig osäkerhet i rummet om tystnaden blev alltför lång. Patienterna beskrev att detta fenomen uppkom ofta om behandlaren var ny och oerfaren. Det visade sig dock att patienternas upplevelse var att det var skönt att få bara vara tyst i mötet med sin behandlare.





*Tystnaden är ett redskap och kan förmedla budskap, man behöver inte prata så himla mycket låta patienten tänka efter och så vidare, yttre det han har uppe i hjärnan, man behöver inte komma med så mycket tips, jag skulle vilja att han (kontaktpersonen) var lite mer tyst.*

#### **Behovet av respekt för att få vara den man är**

Att som patient våga visa upp sitt rätta mående och berätta hur dagsformen var utan att behöva vara rädd för att bli inlagd var av betydelse för att patienterna skulle uppleva respekt. Kontaktpersonen måste våga ”stå kvar” även om måendet sviktar för en dag eller två, detta beskrev patienterna som en del i bemötandet.

”Det är svårt att förstå sammanhang när man kommer hit är man ofta ledsen och bedrövad eller deprimerad, det är svårt att förstå informationen och får man inte efterföljande samtal så är det svårt att veta att man har varit här.”

Att som patient bli lyssnad till och tagen på allvar beskrevs ge en känsla av att bli respekterad som människa.

Patienterna beskrev att det var viktigt att personalen vågade ha ”is i magen” när de berättade att de inte mådde speciellt bra, att personalen vågade stå kvar och följa patienten i det dåliga mående utan att det ledde till inläggning. Det var inte speciellt bra att patienterna

blev inlagd varje gång de beskrev sitt dåliga mående. Det framkom även att patienterna var rädda att beskriva när de mådde bra eftersom de då upplevde att de inte fick samma vård, personalen slappnade av och fasade ut så att det blev längre tid mellan besöken och tänkte att patienterna klarade sig själva vilket gav patienterna en upplevelse av att de inte blev respekterade.

*Jag drar mig för att söka hjälp, jag är rädd att bli inlagd, jag är rädd att säga som det är när jag mår lite sämre, jag önskar att de kunde stå bredvid mig när jag inte mår så bra men det är väl en del av vården att ständigt bli bedömd och utvärderad på nåt vis, det är jobbigt att ständigt prestera en fin fasad.*

Att bli bemött med respekt var en stor del i att patienterna upplevde sig väl bemötta när de sökte vård. Det fanns inget krav på att den som mötte patienten förstod hela deras situation eller hade samma uppfattning som dem, men ett respektfullt sätt att bemöta var att försöka förstå och möta upp patienten så långt som behandlaren hade förmåga att göra.

*Jag tycker att jag blev bra bemött även om de inte*

*tyckte som jag, de klappade inte mig på huvudet och sa att det skulle bli bra, de gjorde sitt bästa att möta mig halvvägs det är min uppfattning.*

Det framkom även att patienterna många gånger kände sig värderade när de kom till mottagningen, att de inte fick den respekt de upplevde sig ha rätt till. Att bli bemött på den nivå patienten befann sig på samt att behandlaren såg helheten och inte bara sjukdomen beskrev patienterna vara en stor del i att känna sig respekterad när de kom till vården.

#### **Kontinuerlig kontakt för att förebygga försämring**

Patienterna beskrev att när de hade inplanerade besök och visste att de skulle träffa samma behandlare under en lång tid, kände de trygghet och det bidrog till ett bättre mående. Det framkom att brist på kontinuerlig kontakt med samma behandlare oavsett patienternas mående skapade en känsla av övergivenhet hos patienterna. Patienterna gav uttryck för behov av återupprepningar och återkoppling från tidigare besök för att bibehålla ett bra mående.

Att ha kontinuitet i både behandlingen och vilken kontaktperson och behandlare patienterna träffade gav en möjlighet att få insikt i det patienterna själva behövde göra för att komma vidare i behandlingen. Patienterna beskrev att om de fick träffa en ny behandlare varje gång de kom till mottagningen kändes det som att de fick börja om från noll, de behövde berätta hela sin historia om igen, detta upplevdes jobbigt och gjorde att de drog sig för att söka hjälp. Vid första besöket upplevde patienterna att de ofta var i ett tillstånd av stress och depressivitet vilket gjorde att de upplevde att det var svårt att ta in och förstå informationen som gavs samt att

se sammanhang. Kontinuerlig uppföljning gav patienterna en möjlighet att bli införstådda i den information och det sammanhang de hade ett behov av för att få en känsla av att komma någonstans i behandlingen.

*Det är svårt att förstå sammanhang när man kommer hit är man ofta ledsen och bedrövad eller deprimerad, det är svårt att förstå informationen och får man inte efterföljande samtal så är det svårt att veta att man har varit här.*

Upplevelsen patienterna hade var att det fanns en brist i kontinuiteten av bemötande och behandling, det fanns inget ”här och nu”. Patienterna upplevde att behandlaren borde inrikta sig mer på att förebygga försämring i måendet vilket kan göras med en kontinuerlig kontakt. Upplevelsen var att när måendet försämras fick patienterna kontinuerlig kontakt och uppföljning under en period men då måendet förbättras var upplevelsen att de inte fick någon behandling och kontakt alls. Patienterna belyste även bristen på långsiktighet i planering av behandling och kontakt, de beskrev en känsla av övergivenhet då deras tillstånd inte var akut.

#### **Slutsatser och betydelse**

Patienterna som besöker den psykiatriska öppenvården tycker att det är grundläggande att de uppnår en god relation med sin behandlare och att de behandlas med respekt. Det är också angeläget att det finns en långsiktig planering och tanke i behandlingsupplägget, det skapar trygghet. Det har framkommit att patienterna anser att det rätta måendet ska kunna visas upp utan att det leder till inläggning i slutenvården eller minskad kontakttäthet. Att som patient bli tagen på allvar och få vara den man är, visar på

”Jag drar mig för att söka hjälp, jag är rädd att bli inlagd, jag är rädd att säga som det är när jag mår lite sämre, jag önskar att de kunde stå bredvid mig när jag inte mår så bra men det är väl en del av vården att ständigt bli bedömd och utvärderad på nåt vis, det är jobbigt att ständigt prestera en fin fasad.”

att patienter blir respekterade av behandlaren. På olika vårdenheter där personer med psykisk ohälsa möter behandlare kan det resultat som framkommit i vår studie utgöra ett grundläggande förhållningssätt i hur personer med psykisk ohälsa ska bemötas. Dessutom är resultatet nära knutet till sjuksköterskeprofessionens etik

och värdegrund och har stor giltighet för hur personer uppfattar kontakten med öppenvård. Att bli respekterad och synlig som människa i vården är allmängiltig kompetens som alla professioner i vården bör utveckla.

## Läs mer:



**Graneheim, U. H., & Lundman, B.** (2004).

Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nursing Education Today*, 24, 105-112.

**Socialstyrelsen (2005).** Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Slutrapport från en nationell syn 2002-2004. Tillgänglig på [www.sos.se](http://www.sos.se)

**WMA Declaration of Helsinki** - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. [www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html)



Martin Salzmänn-Erikson presenterade sin avhandling.

## Martin Salzmänn-Erikson: Intensiv psykiatrisk omvårdnad

Av: Veronica Höglund Wemmenlöv

I förra numret av Psyche rapporterade vi från PRF:s jubileumskonferens i mars då mer än 100 psykiatrijuksköterskor samlades i Göteborg under rubriken ”Psykiatrijuksköterska – en profession i utveckling”. Här kan du ta del av innehållet i ytterligare två av presentationerna.

med ett övergripande mål med caring där man skapar stabilitet, bevarar stabilitet och motverkar turbulens.

Mellan stabilitet och turbulens finns omvårdnaden som innebär en rad olika sätt att arbeta på och detta beskrivs enligt Martin på detta sätt:

**1. Övervakning** och observation sker för att samla ihop information om patientens tillstånd, för att kunna se förbättringar och försämringar. Personalen uppmärksammar kroppsspråk, verbala uttryck, sociala färdigheter och personens funktionsnivå.

**2. Att lugna** kan vara att upprätta en dialog med personen, att förhindra spridning av turbulens och att stabilisera måendet. Olika sätt att lugna kan innebära being in power – being in resistance, vara ”fyrkantig – lämna utrymme, lämna makt – ta makt, ta kontroll – förhandla, följa regler – vara flexibel och att vara rigid – ta till sig kritik.

**3. Att vara närvarande** förklaras som att hitta en balans mellan att vara påträngande som personal och att vara frånvarande.

**4. Att utbyta information** är en viktig del av omvårdnaden där all

personal ska ta del av observationerna, journalanteckningar och patientens nätverk.

**5. Att bibehålla säkerheten** innebär att personalen måste vara uppmärksamma på snabba fluktuationer, att de alltid är lyhörda och redo och att man snabbt måste kunna skapa säkerhet för alla. Här beskrivs ett passivt förhållningssätt som att exempelvis ha dörrar låsta och ett aktivt förhållningssätt som då är handlingarna personalen utför.

**6. Att reducera** innebär att personalen använder sig av minsta möjliga restriktiva hållning och att de inte tar för stor ”plats” då det kan störa patientens stabilitet. Skapas en stabilitet så minskar turbulensen.

Sammanfattningsvis menar Martin att nursing på PIVA handlar om att fylla caring med innehåll. För mig som psykiatrijuksköterska och anställd på en PIVA var det mycket intressant att ta del av Martins avhandling och föreläsning. Omvårdnad på dessa avdelningar är svårt att beskriva och jag och flera personal med mig känner att han sätter ord på det vi arbetar med.

## Patrik Dahlqvist Jönsson och Petra Svedberg: Delat beslutsfattande

Av: Veronica Höglund Wemmenlöv

Det finns just nu i vården ett stort fokus på brukarinflytande. Det handlar om så mycket mer än att ”se det med deras ögon”. Det handlar också om att försöka förstå den unika individen.

Det pratas mycket om delaktighet i vården och det är inget nytt, men varför är det så svårt? Detta frågar sig Patrik Dahlqvist Jönsson och Petra Svedberg, psykiatrijuksköterskor och forskare vid Högskolan i Halmstad.

Varför ska vi då arbeta med delat beslutsfattande? Naturligtvis för att det finns i vår kompetensbeskrivning men också för att det hela bygger på att alla människor ska få känna ett egenvärde och att brukaren ska få göra sin röst/åsikt hörd. Återhämtningen innehåller ju faktiskt detta då människan önskar delaktighet, meningsfullhet och egenmakt, och detta ger hopp inför framtiden.

Vad är då målet med delat beslutsfattande? Patrik och Petra menar att både patientens och personales kunskaper skall tas till vara och tillsammans ska de utforska och komma överens om vad problemet är. De ska också ta reda på vilka behov som finns och hur målen ska uppnås i samband med detta. I sin forskning har de kunnat se att patienterna får kämpa för att bli sedda som kompetenta och jämlika personer. Patienten behöver få känna tillit till sin egen förmåga. De fann också att patienterna önskade sig personligt stöd i form av ombud, närstående eller annan. Det stödet var viktigt både före, under och efter mö-

”I sin forskning har de kunnat se att patienterna får kämpa för att bli sedda som kompetenta och jämlika personer.”

tet. Patienterna önskade tydligt information inför mötet och tid för egen reflektion. De önskade en dialog och att vi skulle ta tillvara varandras kunskaper.

Återhämtningsprocessen beskriver de så här:

Form av delaktighet	Kännetecken	”Du får”
Medbestämmande	Gemensamt beslutsfattande	Bestämma
Samarbete	Aktivitet Planering Genomförande	Genomföra
Dialog	Utbyte av tankar och erfarenheter	Resonera
Konsultation	Inhämta synpunkter	Tycka
Information	Envägskommunikation Frågor och svar	Veta

”Att vara närvarande förklaras som att hitta en balans mellan att vara påträngande som personal och att vara frånvarande.”

mer det att PIVA-miljön innehåller dramatiska inlägg, agitation, protester, män och begränsad vårdmiljö. Resultatet visar att PIVA-personal upplever att de saknar ett

nalen och patienterna. PIVA-vård kan beskrivas med följande ord: begränsa, skydda och stötta i en lämplig vårdmiljö.

PIVA har en stabilitetskultur





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  
Erlend Olsson, Uppsala  
erlend.olsson@sofosyne.se

Åsa Priebe, Södertälje  
asa.priebe@gmail.com

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**

Sammanställande  
Mikael Nilsson, Varberg  
(se ovan)

Jenny Molin, Umeå  
jenny.molin@umu.se

Catarina Johansson, Ödeshög  
catarina.johansson@lj.se

## På gång inom psykiatri och omvårdnad

**2014**

**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

**SJUKSKÖTERSKE  
DAGARNA** LUST & KUNSKAP  
SVENSK SJUKSKÖTERSKE FÖRENING 19104

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

19–20 november 2014  
City Conference Centre  
Stockholm

# Psykiatri- symposium 2014

conductive

KONFERENS 8-9 OKTOBER 2014 STOCKHOLM

## Psykisk ohälsa ökar i samhället – skaffa ny kunskap och inspiration för en mer framgångsrik psykiatrivård

**KEYNOTE SPEAKER**

Ta chansen och lyssna till Socialstyrelsens generaldirektör, Lars-Erik Holm som pratar om *Framtidens psykiatri utifrån patientens behov.*

Lars-Erik Holm  
Socialstyrelsen



**Lyssna till experter på tre valbara spår:**

**Neuropsykiatriska  
funktionshinder**

- Neurofeedback – ny behandling
- Medicinering vid ADHD

**Affektiva syndrom**

- Nya riktlinjer för depressionsbehandling
- Evidensbaserad internetbehandling

**Psykos & schizofreni**

- Senaste om SDM – delat beslutsfattande
- Diagnostisera schizofrenis underavdelningar

**PARTNER:**



**TACK TILL:**





Ett gediget researcharbete av journalisten Dan Josefsson ligger bakom "Mannen som slutade ljuga".



**Titel:** Mannen som slutade ljuga – berättelsen om Sture Bergwall och kvinnan som skapade Thomas Quick

**Författare:** Dan Josefsson

**Förlag:** Lind & Co, 2014

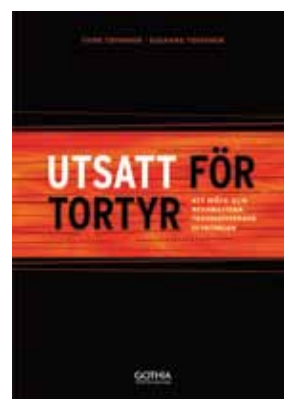
**Recensent:** Maria Åling

Vi har väl alla i media följt Thomas Quicks resa från seriemördare till en psykiskt sjuk person som utsatts för tveksamma behandlingar inom den rättspsykiatriska vården. Genom Dan Josefssons bok får vi en förklaring till denna, som det kan tyckas osannolika, förvandling från mördare till offer. Författaren har gjort en mycket grundlig research med intervjuer med flera av de inblandade behandlarna samt släkt och vänner till den psykoanalytiker som anses ligga bakom Sture Bergwalls utveckling till massmördare.

Det första som slår mig som läsare är den

oerhört noggranna researchen. Sedan kastas jag in i den fascinerande historien om hur Sture Bergwall blev Thomas Quick. En resa bakåt i tiden till 70-talet när jag som nyexaminerad sjuksköterska inom psykiatri kom i kontakt med teorin om bortträngda minnen, och hur många vi då, i slutet av 70-talet och början av 80-talet, var som faktiskt trodde på den. Önskan att förklara människors psykiska ohälsa med händelser i barndomen var en reaktion på en medikalisering där patienten blev förvandlad ett objekt.

Jag finner mig själv hoppa över kapitlen som handlar om Sture Bergwall och helt gå upp i historien om Margit Norell. Hennes livshistoria, såväl den personliga som yrkesmässiga, är en minst lika fängslande historia som Sture Bergwalls. Boken är också ett tidsdokument om den psykiatriska vården, och inte minst min egen professionella resa. LÄS DEN!



**Titel:** Utsatt för tortyr - att möta och rehabilitera traumatiserade flyktingar

**Författare:** Tuire Toivanen och Susanna Toivanen

**Förlag:** Gothia fortbildning, 2014

**Recensent:** Maria Åling

Detta är en bok som avser att ge en grundförståelse för hur man kan möta traumatiserade flyktingar. Den vänder sig till alla som i sin yrkesutövning kommer i kontakt med traumatiserade. Författarna vill ge kunskap om tortyr och dess konsekvenser och långtidseffekter.

Boken är disponerad så att den inleds med ett kapitel med frågeställningar vilka syftar till att ge en ingång. I nästa kapitel beskrivs och exemplifieras hur det är att vara tortyrutsatt flykting. Efter detta står rehabilitering i centrum såväl utifrån medicinska aspekter, bemötande och arbetsinriktad rehabilitering.

Genom det första kapitlets huvudfrågeställning "Hur märker man att en person blivit torterad?" får läsaren snabbt svar på frågor relaterade till denna. Bokens disposition gör att man snabbt får en överblick inom området och var man kan söka djupare kunskap.

Denna skrift är utmärkt som guide för den som söker kunskap om hur man kan möta personer som utsatts för tortyr, särskilt som första introduktion till området.



**Titel:** Konsten att rädda liv

**Författare:** Ullakarin Nyberg

**Förlag:** Natur och kultur, 2013

**Recensent:** Veronica Höglund Wemmenlöv

Varför tar en människa sitt liv? Går det att förhindra, finns det varningstecken? Och vad kan man göra om man anar att någon har tankar på självmord? Ullakarin Nybergs bok tar upp problematiken med tystnad och skam runt självmord men det är också en "handbok" med konkreta exempel och råd. Den har en stor bredd och riktar sig både mot de som drabbats i sitt privatliv och som medmänniskor men också till de som kommer i kontakt med detta i sin yrkesroll. Boken innehåller nyttiga fakta och tar dessutom upp myter runt självmord. Trots det egentligen dystra ämnet är det en positiv bok som inger förhoppningar om att det går att hjälpa.

Boken innehåller allt från vår syn på självmord, det psykiska lidandet, bakgrundsfakta och existentiella frågor. Den tar också upp saker som "att förlora sig själv" och traumat man upplever när man förlorar någon. Boken avslutas med ett kapitel om vår möjlighet att bryta de suicidala processerna.

Fallbeskrivningarna i boken berör på ett djupare plan och får läsaren att förstå människorna bakom handlingarna bättre. Varje kapitel har en sammanfattning och avrundas med funderingar, vilket får läsaren att tänka till och få en djupare förståelse för detta.

Ullakarins förord säger allt. Där beskrivs två olika människor i kris. De har båda förlorat någon närstående men behandlas på olika sätt. Kvinnan vars dotter som tagit sitt liv bemöts med tystnad. Ingen pratar med henne, ingen pratar om det som hänt.

Mannen som förlorat sin familj i en olycka bemöts med empati och omsorg. Människor ringer till honom, pratar med honom och han får hjälpinsatser beviljade. Kvinnan upplever sig ha en dubbel sorg, dvs. sorgen efter sin dotter men också sorgen på grund av tystnaden runt omkring henne. En liten gest kan vara större än man tror. Som en kvinna i boken beskriver - en klapp på handen gjorde att hon kände att hon inte var ensam i sin sorg.

En annan tystnad som finns enligt Ullakarin, är den runt människan som lever med självmordstankar. Kan vi medmänniskor bryta den tystnaden runt personen så ökar möjligheterna att kanske hjälpa till att hitta andra lösningar. Om det görs på ett respektfullt sätt och med ett genuint intresse är det inte farligt att fråga om självmord. De som bryter tystnaden kanske kan visa att det finns en möjlighet att tala om problemet.

"Vi angår varandra och vi kan hjälpa varandra att leva".



**Titel:** Internetbaserad psykologisk behandling – evidens, indikation och praktiskt genomförande

**Författare:** Erik Hedman, Per Carlbring, Brjánn Ljótsson och Gerhard Andersson

**Förlag:** Natur och kultur, 2014

**Recensent:** Erland Olsson

Som psykiatrisjuksköterska har jag fått lära mig att 90 procent av kommunikationen är icke-verbal och att människan blir människa i mötet med andra människor. Kan verkligen internetbehandling fungera? För vilka? Och vad menas egentligen med internetbehandling? Det är väl ganska stor skillnad på att arbeta med ett strukturerat självhjälpsprogram eller

att delta i en internetbaserad behandling som är vägledad av en kvalificerad terapeut?

Enligt bokens författare är de verksamma mekanismerna desamma som i sedvanlig behandling. Det innebär att patienten även här måste utsätta sig för de svåra situationerna. Internetbehandling är alltså inte en ny behandling utan snarare ett nytt ramverk för behandling som kan innebära ett effektivt resursutnyttjande samt underlätta för personer i arbete eller boende i glesbygd. Ofta behöver proceduren kring behandlingen justeras till mediet (internet). Detta kan gälla ifyllande av arbetsblad, processen med mera.

Boken är inledningsvis vetenskapligt torr och därmed tungläst. Fackuttrycken kommer relativt tätt. Boken innehåller också en del information som är irrelevant för andra än forskare, till exempel hur man ska designa enkäter för att få en hög svarsfrekvens. Kommer man förbi det så blir boken läsvärd och givande. Avsnittet om juridik och teknik vid databehandling innehåller resonemang och etiska överväganden som är intressanta vid all vård och behandling idag.

För den intresserade ger den också en allmän överblick över forskningsläget inom KBT. Detta gäller till exempel förutsättningarna kring exponering. Vidare framgår att det finns god evidens för internetbehandling för ett antal indikationer. Det framkommer också att de program som utvecklats för mer somatiska problem som tinnitus, smärta och IBS hittills inte gett lika goda resultat som övriga behandlingar.

En svag punkt i internetbehandling är att det kräver språkförståelse och läsvana, något som alltför har problem med. Behandlingen verkar inte göra sig bäst för unga datorintresserade. Snarare fungerar det bäst för något äldre och etablerade personer med stor möjlighet och förmåga att ta eget ansvar i behandlingen. En annan svag punkt är att forskningen fortfarande är ganska ung och att tillgången på bra studier därmed är begränsad.

Den som vill ha en snabb överblick, utan att läsa hela boken, kan hoppa mellan sammanfattningarna i slutet av varje kapitel och därmed ändå få en bra bild av vad boken försöker förmedla.





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](http://www.psykriks.se) FÖR ATT PRENUMERERA  
VID FRÅGOR KONTAKTA PRENUMERATIONSANSVARIG:  
EWA LANGERBECK, TEL. 0705-468373  
E-POST: [ewa.langerbeck@psykriks.se](mailto: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](http://www.psykriks.se)**