

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN
FÖR SJUKSKÖTERSORS TIDSKRIFT

psyche

NUMMER 4 2014



Delaktighet och IKT

Utbildningar utvärderade



Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

Innehåll



Festival på Malta
Kreativitet i vården

**Utbildningar
utvärderade**

**Delat beslutsfattande
främjar återhämtning**

**Delaktighet och
brist på delaktighet**
Erfarenheter från psykiatri

När själen värker

– hälsofrämjande åtgärder vid depressiva symtom

Psykiatrisjuksköterskans dokumentation
– vad händer?



PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN
FÖR SJUKSKÖTERSKORS TIDSKRIFT

psyche

Psyche är Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor (PRF) tidskrift som utkommer med fyra nummer per år. Tidningen distribueras till medlemmar och prenumeranter och används för att marknadsföra föreningen. Psyche speglar och bevakar psykiatrisjuksköterskans verksamhetsområde och är föreningens ansikte och kommunikationsmedel internt och externt.

Chefredaktör och ansvarig utgivare
Sebastian Gabrielsson

Kontakt

Psyche c/o Sebastian Gabrielsson
Aprikosvägen 7
961 48 Boden
070-5483864

sebastian.gabrielsson@psykriks.se

www.psykriks.se

Utgivningsplan 2015

Nr 1 vecka 11, nr 2 vecka 23,
nr 3 vecka 40 och nr 4 vecka 50.

Prenumerera

Prenumerationspris för 2015 är
400:-/år (inom norden 450:-/år).
Teckna prenumeration via PRF:s
hemsida www.psykriks.se eller kon-
takta prenumerationsansvarig Ewa
Langerbeck om du har frågor:
ewa.langerbeck@psykriks.se

Annonsera

För information och annonsbokning
kontakta Sebastian Gabrielsson:
sebastian.gabrielsson@psykriks.se

Tryck och formgivning

Ågrenshuset, Bjästa
www.agrenshuset.se

Redaktionen ansvarar ej för insänt, ej
beställt material samt förbehåller sig
redigeringsrätt. Den som sänder in
material förutsätts medge elektro-
nisk lagring/publicering.

ISSN 0283-3468



Nytt utseende

Som du märker ser inte
Psyche ut som vanligt.
I samband med att vi byter
leverantör av tryck och
formgivning passar vi på
att förnya utseendet.
Hör gärna av dig till
redaktionen och
berätta vad du tycker.

SEBASTIAN GABRIELSSON
CHEFREDAKTÖR

NU HAR DEN efter lång väntan kommit, Universitetskanslerämbetets granskning av landets specialistsjuksköterskeutbildningar. När utvärderingen presenterades visade det sig att flera av de utbildningar som bedrivs på landets lärosäten har bristande kvalitet. Visst talas det om systemfel på både det ena och det andra sättet i svallvågorna av beskedet, men hur det än är så har vi som yrkeskår säkert en hel del att vinna på att ta kritiken på allvar och använda den för att stärka vår profession såväl som vår vetenskapliga disciplin. Många av de granskade utbildningarna brast när det gäller den vetenskapliga förankringen i huvudområdet omvårdnad. Även om det självklart är tråkigt att bli bedömd som bristande i kvalitet så kanske detta är en chans för vår profession att vässa argumenten genom en förstärkt vetenskaplig förankring. Det finns en hel del välstrukturerad, klagörande och beprövad omvårdnadsteori som kan fungera som ett gott stöd för oss psykiatrisjuksköterskor i vår inte alltid så enkla vardag tillsammans med människor med olika former av psykisk ohälsa. Kanske skulle ett sådant förhållningssätt i ett långsiktigt arbete på sikt kunna få bukt med det som i dagligt tal har kallats "godtycklig tycktri".

Nyligen medverkade jag som representant för Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor

vid den av Horatio anordnade 3rd European Festival of Psychiatric Nursing 2014 på Malta. Trots att vardagens arbetsliv ställer stora krav på både tid och ork så kan jag i efterhand konstatera att det varit mycket givande att lyssna på flera av föredragen och känna andan i den europeiska psykiatrisjuksköterskekåren. Vid samtal med psykiatrisjuksköterskor från olika länder står det klart att problematiken är i grunden densamma om än med olika svårighetsgrad. Det handlar om stigmatisering, bristande resurser och kompetens som aldrig riktigt får blomma ut och komma till sin rätt. De presentationer som berörde mig mest stärker min övertygelse att vi som profession i Sverige behöver flytta fram våra positioner och sätta ord på det vi gör. På så sätt kan vi få politiska och ekonomiska förutsättningar att fullt ut göra det vi är ämnade att göra för de personer som behöver oss allra mest - de som av en eller annan anledning behöver psykiatrisk vård. Vi psykiatrisjuksköterskor är många gånger dessa människors enda röst och tar inte vi vårt ansvar, ja vem gör det då?

Än en gång väcks den viktiga frågan om vem som ska definiera psykiatrisjuksköterskans viktigaste uppgifter och funktioner i hälso- och sjukvården: Är det verksamheten, politiker, vi själva eller patienten? Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor

framhåller att professionen, vilken innefattar såväl den kliniskt som den akademiskt verksamma och forskande psykiatrisjuksköterskan, med omvårdnadsvetenskapen som teoretisk grund måste ha en avgörande röst att utifrån sin kompetens definiera sina huvudsakliga funktioner och uppgifter.

ordförande har ordet



**HENRIKA JORMFELDT, ORDFÖRANDE,
PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN
FÖR SJUKSKÖTERSKOR**

Festival på Malta

Kreativitet i vården

text och bild HENRIKA JORMFELDT

Den 6 till 9 november anordnades 3rd European Festival of Psychiatric Nursing på Malta med temat "Creativity in Care". Som representant för PRF deltog ordförande Henrika Jormfeldt som här rapporterar om några tankeväckande programpunkter.

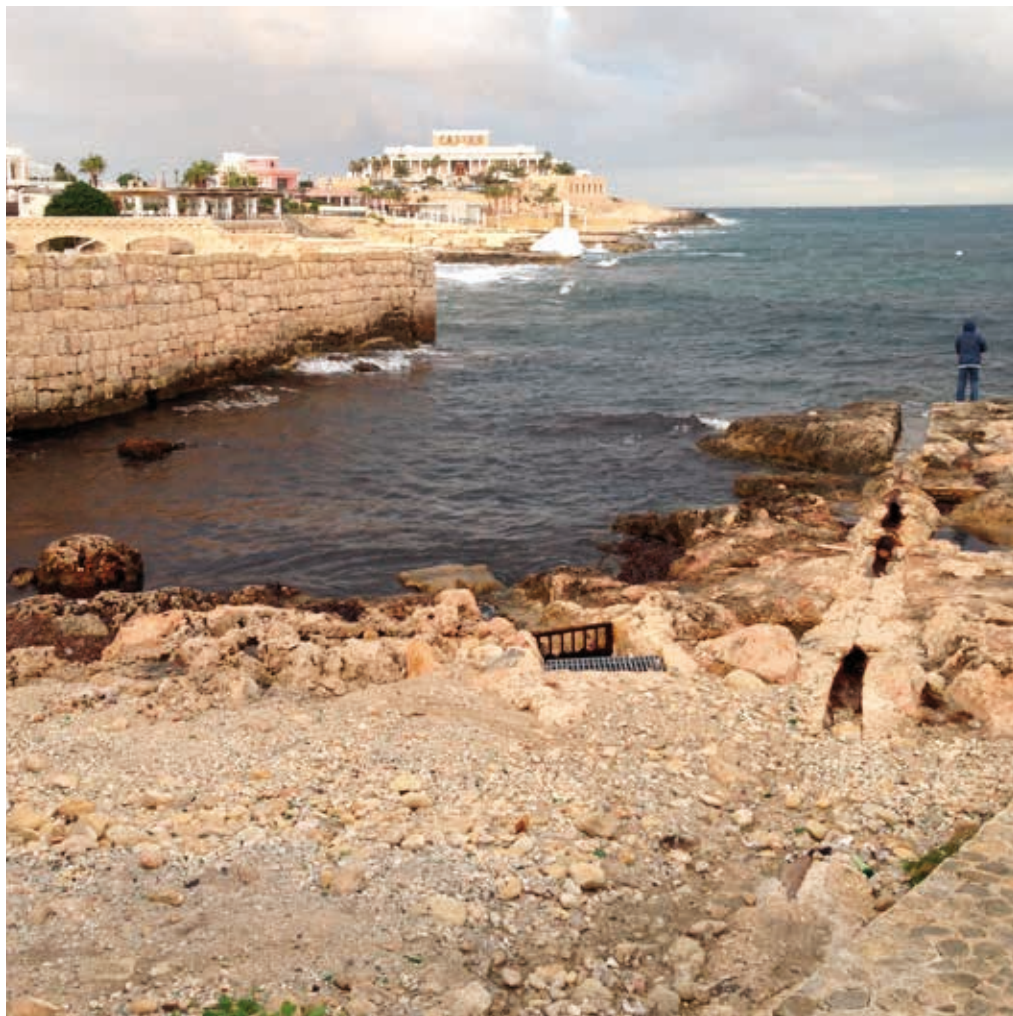
PÅ GRUND AV ett pressat tidschema anlände jag efter en lite turbulent flygresa med regn och åskväder till Malta sent på torsdag kväll och kunde börja ta del av presentationerna först under fredagen som var konferensens andra dag. Den första presentationen var därmed en av huvudtalarna, Dr Margaret Mangion med presentationen "Creative thinking in mental health care". Hon inledde med att be åhörarna att skriva ned hur många sätt att använda en liten bit stanniolpapper de kunde komma på under två minuter för att på detta sätt uppmärksamma alla på hur svårt det är att hitta på något helt nytt. Budskapet var att kreativitet måste väljas medvetet och tränas systematiskt. Att lösa de situationer man ställs inför i livet kräver ofta kreativitet och förmåga att tänka i nya banor och på så sätt har förmåga till kreativitet ett tydligt samband med psykisk hälsa.

Det som nog berörde mig allra mest var en workshop där Trevor Eyles från Danmark deltog

med presentationen "Voices-led therapy". Han inledde med att beskriva svårigheten med att se invanda företeelser på nya sätt och ställde sedan frågan hur många av åhörarna som någonsin hört röster. Knappt någon av de cirka hundra åhörarna räckte upp handen. Trevor frågade sedan om någon av åhörarna någonsin trott sig höra någon tilltala dem, tyckt sig höra telefonen eller dörrklockan ringa eller liknande. Nästan alla upp handen. Trevor menade vidare att de flesta hör röster och att detta är normalt. Han fortsatte presentationen med att ge uttryck för sin djupa respekt för den kvinna som låg till grund för den kunskap som han skulle presentera. Åhörarna fick en beskrivning av den 55-åriga kvinnans bakgrund. Hon hade börjat höra tre röster precis efter en bypassoperation. Terapin började mer eller mindre av en slump fokuseras på att terapeuten förde dialog direkt med rösterna med hjälp av raka, enkla direkta ja/nej frågor. Kvinnan hörde tre olika mansrös-

ter, en aggressiv försvarande, en mjuk och omränsam och en som hade ett mer övergripande vist perspektiv på vad som skedde i kvinnans liv. Efter en tid visste terapeuten precis vilken röst som hade svarat eftersom han kände deras olika personligheter så väl. I dessa konkreta samtal baserade på ja/nej frågor direkt med rösterna framkom att kvinnan blivit sexuellt utnyttjad mellan det att hon var 4 till 14 år av en man utanför familjen. Övergreppen slutade i samband med att mannen avled när kvinnan var 14 år. Kvinnan hade inte sagt någonting om detta i de terapeutiska samtal de haft tidigare eftersom händelsen var helt avskuren från kvinnans övriga tankar, känslor och medvetna liv. Min spontana känsla som finns kvar långt efter presentation är vilken gåva det måste vara i en sådan utsatthet att någon målmedvetet med den uppfinningsrikedom som kan uppbådas finns kvar och fortsätter att försöka bidra till att det onämnbare blir kommunicerbart och på så sätt hanter-

bart för individen. Kvinnan hade sömnsvårigheter och vaknade av hemiska mardrömmar varje natt klockan ett, den tid då förövaren brukat komma. Det varje natt återupplevda traumat kan när det går att kommunicera börja lämna plats för annat mer livsbejakande innehåll i livet. Trevor rådde exempelvis kvinnan att ställa väckarklockan precis innan och gå upp en stund för att sedan sova vidare. Detta fungerade utmärkt. Den insikt som presentationen gav är hur omöjligt det är för en människa att bearbeta ett trauma som varit så svåra att medvetandet inte klarar att hantera det som skett. En logisk följd borde vara att traumat tar sig andra uttryck än genom medvetet tal eller handling, exempelvis genom röster eller hallucinationer. Denna typ av förståelse för det djupast mänskliga utgör en viktig del av psykiatrisjuksköterskans kompetens men hamnar lätt i skymundan till förmån för mer strukturella diskussioner som exempelvis rör medicindistribution,



Malta.

diagnosticering och lagar kring psykiatrisk tvångsvård.

Vid nästa workshop medverkade Judy D Negrey från Kanada med presentationen "The Yogic Path to Recovery" under vilken åhörarna blev påmind om vikten av att andas och röra på sig. Till synes enkla och vardagliga råd men ack så svårt i stressade stationer. Hon beskrev att stressen gjorde att vi ofta väljer att ta en chokladbit eller alkohol istället för att andas, slappna av och använda vår muskulatur på det sätt som kroppen egentligen skulle behöva för att kunna rena sig från de stresshormoner och transmittorsubstanser som skapar ohälsa.

På lördagsmorgonen inledde ytterligare en av de inbjudna huvudtalarna, Stephanie Kay Ventling, "peer support specialist" vid Sanatorium Kilchberg i Schweiz. Hennes presentation hade rubriken "Creativity in recovery" och var delvis var en beskrivning av hennes egen resa efter att ha mått fruktansvärt

psykiskt dåligt och behövt söka hjälp. Stephanie Kay Ventling beskrev vikten av att hitta sig själv genom att göra val som är förankrade i det egna jaget. Hon menar att detta kan vara förenat med stora svårigheter när man exempelvis har fastnat i fällan att till varje pris försöka vara älskad eller framgångsrik eller vad det nu kan vara som framstår som viktigt på bekostnad av att vara i kontakt med sitt autentiska jag. Presentationen avslutades med det viktiga budskapet "När du blir den du är ämnad att vara kommer du att göra underverk!"

Därefter följde en workshop med Dr Jan Sitvast från Nederländerna med "Introduction to a Creative New Intervention Facilitating Care: Working with Foto-Stories". Jan Sitvast beskrev hur man genom att arbeta med fotografier som ett kommunikationsmedel kan bidra till och tydliggöra både identitet och det som är positivt i livet för personer med psykisk ohälsa.

På lördagskvällen hölls Festival

Party med en fyrrätters meny på Intercontinental Hotel med avslutande dans. Det var en god och familjär stämning mellan Europas samlade representanter för psykiatrisjuksköterskeåren. Söndagen innebar hemfärd för min del eftersom arbetet kallade på måndagsmorgonen. Tyvärr missade jag därför den avslutande huvudtalaren professor Shirley Smoyak som trots eller kanske på grund av sina dryga 80 år är en riktig vitaminkick som entusiasmerar långt efter att alla festivaldeltagare åkt hem.

Den insikt jag tar med mig hem är det ledmotiv som jag tycker mig ha anat genom hela konferensen - vikten av att vi psykiatrisjuksköterskor inte glömmer bort vår huvuduppgift. Denna innebär att bidra till att människor med psykisk ohälsa i olika former ges möjlighet att, som Stephanie Kay Ventling uttryckte det, "bli den de är ämnade att vara" och få möjlighet att göra de underverk de är ämnade att göra i livet.

Mer...

Trevor Eyles kan kontaktas på eyles3@hotmail.com. Information finns också på Youtube – The Aarhus Model.

Mer information om The yogic path to recovery kan fås via Judy D. Negrey på judy@soulinsights.com

Stephanie Kay Ventling finns på www.drachenengel.tumblr.com

En intervju med Horatios nyvalde ordförande Martin Ward finns på youtu.be/p6FREZaBDIM



Nina Kilku.

Horatio

European Festival of Psychiatric Nursing anordnas vartannat år av Horatio – den europeiska samarbetsorganisation för psykiatrisjuksköterskor som PRF är medlem av. I samband med konferensen på Malta hölls generalförsamling då sittande ordförande Des Kavanagh från Irland lämnade över till den nye ordföranden Martin Ward, Malta. Ny generalsekreterare blev Nina Kilku från Finland. Kassör Richard Brodd från Sverige lämnade över till Birgit Andersson från Färöarna vilket innebär att Sverige för närvarande inte har någon representant i Horatios styrelse. Till nästa generalförsamling har PRF åter möjlighet att nominera lämpliga kandidater som vill arbeta för att utveckla psykiatrisjuksköterskans profession på europeisk nivå.

text och bild SEBASTIAN GABRIELSSON

Utbildningar utvärderade

Trots övervägande hög eller mycket hög måluppfyllelse fick flertalet specialistsjuksköterskeutbildningar med inriktning psykiatrisk vård underkänt när Universitetskanslerämbetet i oktober meddelade resultatet av sin utvärdering. Berörda lärosäten har nu ett år på sig att vidta åtgärder, annars riskerar de att förlora examensrätten.



Lena Wiklund Gustin.

DET ÄR SAMTLIGA specialist-sjuksköterskeutbildningar och magisterutbildningar i omvårdnad/vårdvetenskap som har bedömts. Totalt bedömdes 79 av 134 utbildningar ha bristande kvalitet.

– Det är ett allvarligt läge som universiteten och högskolorna naturligtvis måste få rätsida på. Vår utvärdering visar samtidigt att de har goda förutsättningar att komma tillrätta med problemen, vilket är positivt, sa universitetskansler Harriet Wallberg.

Utbildningarna får ett omdöme på en tregradig skala: bristande kvalitet, hög kvalitet eller mycket hög kvalitet. Utbildningar med bristande kvalitet uppfyller inte kraven för högre utbildning och blir ifrågasatta. Berörda universitet och högskolor får ett år på sig att åtgärda bristerna för att inte riskera att förlora examenstillståndet. Utbildningar med mycket hög kvalitet får en extra "kvalitetspeng" av regeringen.

Bristerna handlar till stor del om studenternas förmåga att

	Ersta Sköndal högskola	Göteborgs universitet	Högskolan Väst	Högskolan i Halmstad	Karolinska institutet	Linné-universitetet	Lunds universitet	Malmö högskola	Mälardalens högskola	Umeå universitet	Uppsala universitet
... visa kunskap om områdets vetenskapliga grund och insikt i aktuellt forsknings- och utvecklingsarbete samt kunskap om sambandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet och sambandets betydelse för yrkesutövningen	Hög	Hög	Hög	Bristande	Bristande	Hög	Bristande	Hög	Mycket hög	Bristande	Bristande
... visa fördjupad förmåga att självständigt och i samverkan med patient och närstående identifiera vårdbehov och upprätta omvårdnadsplan	Hög	Bristande	Hög	Hög	Hög	Hög	Hög	Hög	Hög	Hög	Hög
... visa förmåga att integrera kunskap samt analysera, bedöma och hantera komplexa frågeställningar och situationer	Mycket hög	Bristande	Hög	Bristande	Bristande	Hög	Hög	Mycket hög	Mycket hög	Bristande	Hög
... visa förmåga att medverka vid och självständigt utföra undersökningar och behandlingar inklusive vård i livets slutskede	Hög	Bristande	Bristande	Hög	Hög	Hög	Bristande	Hög	Hög	Hög	Hög
... visa förmåga att med helhetssyn på människan göra åtgärdsbedömningar utifrån relevanta vetenskapliga, samhälleliga och etiska aspekter med särskilt beaktande av de mänskliga rättigheterna	Hög	Hög	Hög	Bristande	Bristande	Hög	Bristande	Hög	Mycket hög	Bristande	Bristande
... visa sådan kunskap och färdighet som krävs för att medverka i behandling,habilitering och rehabilitering inom psykiatrisk vård och omsorg	Hög	Bristande	Bristande	Mycket hög	Mycket hög	Hög	Bristande	Hög	Hög	Hög	Bristande
Universitetskanslerämbetets omdöme	Hög kvalitet	Bristande kvalitet	Bristande kvalitet	Bristande kvalitet	Bristande kvalitet	Hög kvalitet	Bristande kvalitet	Hög kvalitet	Mycket hög kvalitet	Bristande kvalitet	Bristande kvalitet

göra åtgärdsbedömningar utifrån vetenskapliga, samhälleliga och etiska aspekter samt mänskliga rättigheter. Bedömargruppen lyfter också fram stora problem när det gäller den verksamhetsförlagda utbildningen, till exempel den bristande förmågan att medverka vid och självständigt utföra undersökningar och behandlingar, vilket också inkluderar vård i livets slutskede. När det gäller examination och bedömning av den verksamhetsförlagda utbildningen lägger flera lärosäten över ansvaret på de kliniska handledarna, vilka inte alltid har tillräcklig akademisk kompetens. Kvaliteten i den verksamhetsförlagda utbildningen var satt under kritik även 2007 när utbildningarna utvärderades förra gången.

Av specialistsjuksköterskeutbildningarna med inriktning psykiatrisk vård var det bara den vid Mälardalens högskola som fick toppbetyget mycket hög kvalitet. Utbildningarna vid Ersta Sköndal högskola, Linnéuniversitet och Malmö högskola bedömdes ha

hög kvalitet medan resterande sju utbildningar som granskats fick omdömet bristande kvalitet.

– Vi är naturligtvis glada och stolta kommenterar Lena Wiklund Gustin, universitetslektor och docent vid Mälardalens högskola. Att vi fick så bra resultat tror jag beror på att vi medvetet jobbar med förankringen i huvudområdet genom hela utbildningen. Vi har en tydlig utgångspunkt i ett livsvärldsperspektiv och studenterna jobbar mycket med att använda sig av olika omvårdnadsteorier som stöd för vårdplaneringen. Det syns sedan då de skriver uppsats eftersom de då använder sig av en teoretisk referensram och diskuterar sina resultat på ett sådant sätt att det syns att de kan integrera teori och praktik. Eftersom fokus i utvärderingen låg på de självständiga arbetena så tror jag att våra studenter på det viset kunde visa vad de kan. Sen är det ju också så att även de som skriver 7,5 hp uppsatser hos oss (ca 30 %, övriga skriver 15 hp för magisterexamen) skriver

hela arbeten. Jag har fått det intrycket att vissa lärosäten bara skriver PM i 7,5 hp-arbetena, och då blir det svårare att kunna visa på integrationen - även om den finns i andra kurser i utbildningen. Bristande kvalitet kan med andra ord innebära att integration sker i andra kurser, men att formerna för det självständiga arbetet, såväl vad gäller ämnesval och PM/helt projekt, gör att det inte syns i dessa. Sen har vi också en bra modell för kliniska examinationer, där integration av teori och praktik också blir synlig. Sist, men inte minns har vi förstås engagerade studenter och arbetsgivare som ofta varit generösa med betald utbildning vilket skapat förutsättningar för studenterna att engagera sig i utbildningen.

Enligt Svensksjuksköterskeförbundet (SSF) visar utvärderingen att specialistutbildningarna behöver ha tillgång till forskningsaktiva lektorer, docenter och professorer inom omvårdnad samt specialistområdet. En orsak till att många utbildningar

har bristande kvalitet är att varje enskilt lärosäte har svårt att säkerställa hög kompetens för varje område. Det behövs enligt SSF ett nationellt samverkansorgan där lärosäten, arbetsgivare och professionsföreträdare kan planera för lärosätenas kompetens och vårdens långsiktiga behov. Man har under flera år krävt en ny modell för specialistutbildningen. För att möta vårdens utveckling anser SSF att det behövs en förnyelse av utbildningskombinationer, inriktningar och fördjupningsområden samt utbildningens längd. En flexibel struktur för specialistutbildning underlättar samläsning mellan olika inriktningar och mellan lärosäten. SSF vill att regeringen tillsätter en utredning som skyndsamt lägger förslag till en ny modell till specialistutbildning för sjuksköterskor.

Delat beslutsfattande främjar återhämtning

text PETRA SVEDBERG

Delat beslutsfattande är en metod för att främja människors återhämtning. För att öka kunskapen om detta pågår just nu ett tvärvetenskapligt forskningsprojekt där psykiatrisjuksköterskan och forskaren Petra Svedberg är en av deltagarna.

DE BRUKARE SOM beskriver sin återhämtning lyfter fram delaktighet, hopp för framtiden, meningsfullhet och egenmakt som centrala i den individuella återhämtningsprocessen. Att brukaren ska vara delaktig i den egna vården framgår med all tydlighet i de lagar, förordningar och nationella dokument som vårdgivare har att förhålla sig till, och förespråkas starkt utav brukar- och närståendeorganisationerna. Både i forskning och i praktik poängteras att vården behöver utveckla metoder för att arbeta med delat beslutsfattande. Trots detta visar forskning att patienter upplever att de inte har några eller endast begränsade möjligheter att påverka beslut

kring sin vård och behandling.

Metoden Delat beslutsfattande har framförallt använts inom somatisk vård, men har nu fått större uppmärksamhet i vården för personer med psykisk ohälsa. Den engelska översättningen på delat beslutsfattande är Shared decision making (SDM). Delat beslutsfattande är en generell metod som syftar till att skapa delaktighet i alla beslut som berör brukaren. Metoden kan användas av exempelvis vård- och stödsamordnare, sjuksköterskor, läkare och socialsekreterare. Delat beslutsfattande är en samarbetsprocess som möjliggör att brukaren och vård- eller stöd-givaren kan fatta ett välgrundat beslut tillsammans, där man

tar hänsyn till både brukarens kunskap och önskemål och till tillgänglig vetenskaplig fakta. Delat beslutsfattande uppmärksammar därmed både vårdgivarens kunskap och brukarens egen kunskap. Delat beslutsfattande syftar till att brukarens ska få det stöd och den kunskap som han eller hon behöver för att fatta ett välgrundat och individbaserat beslut. Delat beslutsfattande ses inte bara som en rättighet för brukaren utan som en kunskaps-höjare i vård och stöd genom att individens kunskap och önskemål tas tillvara. Detta i sin tur leder det till en mer kvalitativt god och säker vård.

Målet med delat beslutsfattande är att både vårdgivarens och

brukarens kunskap tas tillvara genom att man tillsammans utforskar och kommer överens om vad som är problemet, vilka behov som finns, vilket mål man ska arbeta emot samt att man kommer fram till hur målet ska uppnås. I arbetet med delat beslutsfattande ses vårdgivaren och brukaren som jämlika personer, där vårdgivaren har kunskap inom sitt arbetsområde exempelvis vad det gäller behandlingar och evidensbaserade insatser. Brukaren är expert på sitt eget liv och har kunskap och erfarenhet av sin sjukdom och situation samt vad som ger han eller henne mening i livet. Vårdgivaren och brukaren ses som jämlika personer, där vårdgivaren uppgift bland annat är att förmedla kunskap kring evidensbaserade behandlingsmetoder, att förklara och klarlägga fördelar och nackdelar med olika behandlingar eller insatser och att uppmuntra patienten till att ta aktiv del i besluten kring vården.

Majoriteten av den befintliga forskningen som bedrivits kring effektiviteten i Delat beslutsfat-

Brukaren är expert på sitt eget liv och har kunskap och erfarenhet av sin sjukdom och situation samt vad som ger han eller henne mening i livet.

Läs mer

- Adams, JR. & Drake, RE. (2006). Shared decision making and evidencebased practice. *Community Mental Health Journal*, 42(1), 87-105.
- Hamann, J., Langer, B., Winkler, W., Busch, R., Cohen, R., Leucht, S. & Kissling, W. (2006). Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 265-273.
- Leamy M, Slade M, Le Boutillier C, Williams J, Bird V. (2011). A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199:8
- Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Harter M. (2007). The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster randomized controlled trial. *Patient Education and Counselling*, 67:324-332
- O'Brian, A., Fahmy, R. & Singh, SP. (2009). Disengagement from mental health services. A literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 558-568.
- O'Connor, AM., Bennett, CL., Stacey, D., Barry, M., Col, NF., Eden, KB. et al. (2009). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.:CD001431. DOI:10.1002/14651858.CD001431.pub2
- O'Connor, AM., Bennett, CL., Stacey, D., Barry, M., Col, N., Eden, K. Et al. (2007). Do patient decision aids meet effectiveness criteria of the international patient decision aid standards collaboration? A systematic review and meta-analysis. *Medical Decision Making*, 27, 554- 574.

tande har genomförts internationellt inom allmän hälso- och sjukvård ex vid cancer och hjärt- och kärlsjukdomar. Den forskning som bedrivits kring Delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård har visat en signifikant effekt på patientens engagemang och tillfredsställelse med vården, ökad kunskap om sjukdom samt högre upplevd delaktighet i medicinska beslut. Nationell forskning är begränsad.

För att öka kunskapen om Delat beslutsfattande ur ett nationellt perspektiv arbetar en forskargrupp från Centrum för evidensbaserade metoder (CEPI) med detta viktiga område. Forskargruppen är tvärvetenskaplig och består av forskare från hela landet, sjuksköterskor, läkare, socionomer och personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa. Syftet med forskningsprojektet är att utifrån ett brukarperspektiv undersöka om metoder som främjar delat beslutsfattande kan implementeras i Sverige och leda till mätbara effekter. Forskargruppen har hitintills genomfört två littera-

turstudier om återhämtning och delat beslutsfattande, två instrumentutvecklingsstudier gällande instrument som mäter återhämtning och delat beslutsfattande, två intervjustudier med fokus på delat beslutsfattande och beslutsstöd samt en genomförd pilotutbildning i norra Sverige. Genomgående i alla delar i forskningsprocessen är brukare med egen erfarenhet delaktiga som informanter, reflektionspartners och som forskare. Forskargruppen håller nu på att utveckla ett utbildningsmaterial och ett digitalt beslutsstöd utifrån den kunskap som framkommit i tidigare studier. Under 2015 kommer en implementeringsstudie genomföras i Falun med syfte att undersöka förutsättningarna för och effekterna av att implementera Delat beslutsfattande i psykiatrisk vård och stöd.



Petra Svedberg

Forskargruppen

Medlemmar:

Mikael Sandlund,
Professor Umeå Universitet
Petra Svedberg,
Docent Högskolan Halmstad
Patrik Dahlqvist Jönsson,
PhD FoUU Halland
Ulla-Karin Schön,
Lektor Högskolan Dalarna
David Rosenberg,
Lektor Umeå Universitet
Katarina Grim,
Forskarassistent
Landstinget Karlstad

Artiklar och rapporter:

- Dahlqvist Jönsson, P., Schön, U-K., Rosenberg, D., Sandlund, M. & Svedberg, P. Users' experiences of participation in decision making in mental health services. Inskickad till vetenskaplig tidskrift
- Grim, K., Schön, U-K., Rosenberg, D., Dahlqvist Jönsson, P. & Svedberg, P. How to evaluate users perspective of shared decision-making? – A Psychometric evaluation study. I manus.
- Rosenberg, D., Svedberg, P. & Schön, U-K. Establishing a Recovery Orientation in Mental Health Services; Evaluating the Recovery Self-Assessment (RSA) in a Swedish context. Inskickad till vetenskaplig tidskrift
- Schön, U- K & Rosenberg, D. Transplanting Recovery? (2013) Research and practice in the Nordic countries. *Journal of Mental Health*, Vol 22, Issue 6: pages 563-569
- Schön, U-K., Svedberg, P. & Rosenberg, D. Evaluating the INSPIRE measure of staff support for personal recovery in a Swedish psychiatric context. Accepterad för publicering i *Nordic Journal Of Psychiatry*.
- Socialstyrelsen (2012). Shared decision making – en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård. Författad av Svedberg, P., Svensson, B., Hansson, L.



Delaktighet och brist på delaktighet

Erfarenheter från psykiatrin

text KATARINA GRIM

”Läs inte bipacksedeln!” sa läkaren. Att ha inflytande över och vara delaktig i sin egen läkemedelsbehandling är inte en självklarhet i psykiatri. Katarina Grim delar med sig av sina egna erfarenheter som patient i landstingspsykiatri.

JAG HAR VARIT patient hos den landstingsdrivna psykiatri i många, många år. De beslut om insatser som jag har erfarenhet av rör sig främst läkemedelsbehandling. När jag beskriver från mitt brukarperspektiv är det därför mest beslutsprocesser kring mediciner jag har min erfarenhetsbaserade kunskap ifrån. Jag har fått många vänner och bekanta under årens lopp, inte minst genom intresseföreningslivet, som jag delat och bollat upplevelser med, och jag kan därför också lyfta exempel och reflektioner jag fått mig till livs från dem. Jag har också träffat många brukare i mitt arbete som under de senare åren handlat om att främja brukarinflytande inom olika områden av det vård- och stödsystem som rör det psykiatriska fältet.

Ibland hör jag professionella inom vården som sett hur patienter kommit ur svåra affektiva och/eller psykotiska skov med hjälp av läkemedel, som kanske blivit fria från de ofta plågsamma symptomen, kommit i balans och kanske kunnat bli utskrivna från slutenvård och fått förmågan tillbaka att klara sitt vardagsliv. De förundras över hur patienten sedan kanske avbryter sin medicinering vilket ju ofta leder till återfall i sjukdom. Det jag tycker är viktigt för de professionella att vara medvetna om är att avbrott i medicinering inte alltid bara handlar om oförmåga till konsekvenstänkande (även om det naturligtvis ofta kan vara ett vanligt inslag i symptombilden). Ofta handlar det om ett rationellt vägande av vinster kontra förluster. För mig innebär beslut om vilka läkemedel jag vill stoppa i mig om en intrikat kohandel. Ibland, (absolut inte alltid), upplever jag att läkemedel som släcker ner symptom också kan släcka ner delar av min livsupplevelse som jag värderar högt, som till exempel kroppslig styrka och energi och tillgången till känsloliv och initiativförmåga. Man kan säga att det handlar om en slags riskanalys och för mig är det

otroligt viktigt att jag har ett stort inflytande över och delaktighet i den analysen.

Läkare har stor och viktig kunskap, dels teoretisk, dels genom erfarenhet av de otaliga patienterna de mött och behandlat i vården. Men det är patienten själv som vet vad den värderar och prioriterar högst. Detta kan variera genom livet, till exempel beroende av i vilken fas i livet man befinner sig. Har man små barn kanske man inte vill riskera återfall i skov till något pris medan man senare i livet kanske vill prova att till exempel minska medicindos eller ägna sig åt aktiviteter som man finner berikande och glädjefyllda även om de innebär lite stress.

I sin kärna handlar ju idén om brukarinflytande om att vi människor bäst kan bedöma själva vad det är vi behöver. Samtidigt håller de flesta med om att detta inte är fallet. Personligen är jag tacksam över att jag idag själv uppmärksammar när jag är på väg in i skov och har förmågan att i samråd med läkare reglera min medicinering. Men för alla är det naturligtvis inte så och för mig har det inte alltid varit så. Ibland saknas sjukdomsinsikt, realitetsprövning och just konsekvenstänkande. Och vårdens uppdrag är ju att värna om patientens hälsa. Enligt min personliga erfarenhet är det viktigt för professionella att uppmärksamma att det ofta kan finnas delar av ens liv och verklighet som man faktiskt kan vara med och fatta logiska beslut kring även om andra präglas av dålig realitetsprövning.

Att alla inte vill vara delaktiga i beslut som rör deras vård är något jag hört från både be-

handlare och patienter. ”Jag vill inte att doktorn ska fråga vad jag ska ha för medicin – det hoppas jag att han eller hon ska veta.” Jag tror emellertid att de flesta vill vara delaktiga om de blir rätt informerade om de för- och nackdelar som de olika behandlingsalternativen kan innebära. Innan jag hade börjat fundera i de här banorna var jag flera gånger med om följande när jag träffade läkare (oftast olika varje gång): Läkaren ställer frågor och antecknar. Sedan går han eller hon ut i korridoren och ringer bakjouren. Därefter kommer han eller hon tillbaka och talar om vad jag ska ha för medicin. I efterhand tänker jag – Vad kan bakjouren veta vad jag värderar och prioriterar i mitt liv just nu?

En händelse som jag minns att jag reagerade positivt på var när en läkare frågade vad jag ätit för mediciner förut och vilka som hade fungerat bra eller dåligt för mig. En sådan enkel fråga gjorde att jag blev delaktig i problemlösningen och planeringen av sådant som ju rör mitt eget liv. Något som jag skulle vilja fråga läkare om är hur de förhåller sig till dagens informerade patient. Det måste vara en värld av skillnad att träffa patienter i dag mot för trettio år sedan. Ofta när jag vill fråga om något jag läst på internet framför jag det som något småhumoristiskt och poängterar hur medveten jag förstås är om hur dumt det är att googla. Men allt man finner på internet är ju faktiskt inte från otillförlitliga källor. Många patienter lär sig mycket därifrån. Jag vill kunna framföra frågor kring sådant jag läst som befogade. Jag undrar om läkare både ser fram och

baksidor på detta nya fenomen.

Nyligen träffade jag en ny psykiatriker och vi beslöt oss för att jag skulle prova Lamotrigin. ”Läs inte bipacksedeln”, sade läkaren. Självklart för mig är att läsa bipacksedeln. Överst på den står också att det är viktigt att äta den innan man påbörjar medicineringen. (Jag vet att det finns patienter som inte vill läsa bipacksedeln och det är ju också av naturliga skäl.) Innan jag påbörjade min medicinering behövde jag resonera med somatisk läkare och hade även två telefonsamtal med min psykiatriker. Ett par veckor efter ordinationen påbörjade jag. Vid återbesök hos psykiatrikern efter sommaren gjorde han en stor poäng av hur lång den process varit som han genomgått med mig för att få mig att påbörja medicineringen. Med min nyvunna kunskap kring delat beslutsfattande kunde jag berätta för honom att man genom forskning funnit att om det får finnas utrymme för en process i början, där patienten får tid att resonera med läkare och med sig själv innan start, är sannolikheten större att man inte avbryter. Och det sparar tid i längden. (För övrigt hade hans kontakter med mig under denna process inte uppgått till mer än sammanlagt ett par timmar.)

Min erfarenhet är att det finns mycket att vinna på att man får möjlighet att prata med behandlare veckorna efter mötet då läkemedel ordinerats, till exempel per telefon. Ofta dyker frågor upp efteråt. Det kan till exempel handla om biverkningar man upplever som man vill fråga om eller om hur medicinen fungerar med andra läkemedel.

En händelse som jag minns att jag reagerade positivt på var när en läkare frågade vad jag ätit för mediciner förut och vilka som hade fungerat bra eller dåligt för mig.

När själen värker

– hälsofrämjande åtgärder
vid depressiva symtom

När Malin Söderlund Asklund och Therese Valladares skrev sin kandidatuppsats i omvårdnad ville de genom en litteraturstudie titta närmare på vilka hälsofrämjande åtgärder som kan användas vid depressiva symtom. Den här artikeln är inspirerad av uppsatsen och de tankar som arbetet med den väckte.

ATT ANTALET MÄNNISKOR som drabbas av depression och ångest ökar har vi vetat länge. Nu kryper det ner i åldrarna och stora ökningar ses hos yngre. Bortsett från arbetet i psykiatri kan du säkert komma på någon i din närhet som haft eller har en depression, kanske har du själv varit deprimerad? För någon gång under livet kommer var fjärde kvinna och ungefär var tionde man i Sverige drabbas av en behandlingskrävande depression. Vid depression är det som bekant en av sjuksköterskans uppgifter att stödja och hjälpa patienten att genomföra förändringar med ökad hälsa som mål. Ett sätt är att använda sig av patientundervisning. Hildegard Peplau anser att det är en viktig del av sjuksköterskans arbete eftersom att patienten genom undervisning kan påverkas i en positiv riktning. Vi tycker att en modern variant är att uppmuntra patienten till att använda IT eftersom det erbjuder nya sätt

att kommunicera, bearbeta och tillgodogöra sig information och undervisning. Genom att anta Peplaus roller via internet eller IT är detta ett sätt för sjuksköterskan att bedriva omvårdnad online. Möjligheten att söka information på internet har utvecklats snabbt de senaste åren, yrkeskunskapen vi har är mer tillgänglig och patienten kan själv på gott och ont söka information om den egna hälsan.

Så behöver mötesplatsen verkligen alltid vara fysisk? Idag finns många sätt att kommunicera med hälso- och sjukvården, i många landsting och regioner har patienten ett eget vårdkonto på deras hemsida där man kan boka tider, se provsvar osv. Hur skulle det vara om den platsen utvecklades till ett sätt att kommunicera med sjuksköterskan? I en studie bedrevs behandlingen online, patienten hade kontakt med psykiatrisjuksköterskan via ett elektroniskt journalsystem på internet. Målet var att minska

depressionen, öka följsamheten till medicineringen och öka patienternas användning av hälso- och sjukvården. Arbetssättet var individanpassat och strukturerat vilket förbättrade depressionen och gav en ökad följsamhet till läkemedelsbehandlingen. I en till studie såg man också förbättringar när individbaserade åtgärder användes. Här använde man ett speciellt framtaget datasystem baserat på en individuell beteendeförändringsmodell. Behandlingen anpassades alltså efter vart deltagarna befann sig i förändringsprocessen. Via datasystemet fick patienterna feedback och information som handlade om olika sätt att förebygga eller behandla depression. I en studie där interventionerna inte var individanpassade sågs en något lägre grad av symtom hos deltagarna. Men här riktade man sig till personer som inte uppfyllde diagnoskriterierna men hade depressiva symtom. Deltagarna fick "Mood Memos"

via mail som är en serie korta informationsmail med råd och självhjälpsstrategier.

Vi såg också att en psykopedagogisk utbildning hade god effekt för deprimerade patienter. Genom den här utbildningen ville man öka patienternas medvetenhet och att de skulle ta ett ökat ansvar för sin hälsa. Den handlade om depression, dess behandling, läkemedelsbehandling och olika copingstrategier. Patienterna fick en bättre följsamhet till medicineringen, kunde lättare vända negativa tankar till positiva, var delaktigare i behandlingen med en större insikt och förståelse för sjukdomens komplexitet. De kunde lättare acceptera att de var sjuka och enklare identifiera symtom hos sig själva.

Vi tror att Peplaus omvårdnadsteori mycket väl skulle kunna användas i kommunikationen med patienten via internet eftersom sjuksköterskan enkelt kan anta rollerna som beskrivs i teorin, i



text MALIN SÖDERLUND ASKLUND OCH THERESE VALLADARES

Läs mer

■ Eriksson, H., & Majanen, P. (2012). Patient.nu. Lund: Studentlitteratur.

■ Hickie, I. (2004). Can we reduce the burden of depression? The Australian experience with beyondblue: the national depression initiative. *Australian Psychiatry*. 12:38-46

■ Hrabe, D.P. (2005). Peplau in cyberspace: an analysis of Peplau's interpersonal relations theory and computer-mediated communication. *Mental Health Nursing*. 26:397-414

■ Skärsäter, I. (2010). Förstämningssyndrom. Ingår i Skärsäter, (red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå* (s. 67 – 94). Lund: Studentlitteratur.

vissa fall kanske det till och med skulle fungera bättre. Kommunikation via internet är en del av det moderna samhället och då borde platsen för mötet mellan sjuksköterska och patient inte enbart vara fysisk utan även vara på internet. Det finns många studier som visar att detta redan sker och att det dessutom fungerar bra.

Vi anser med tanke på vad som kom fram i litteraturstudien att internet och webbaserade program är en välfungerande kommunikationskanal vid behandling av depression. Vi tror och hoppas att internet och IT kommer användas i ännu större utsträckning i framtiden eftersom IT skapar nya möjligheter att hantera och kommunicera information på. Samhällets utveckling går snabbt framåt, här måste hälso- och sjukvården hänga med. Det kan spara både tid och pengar, något som det ständigt påpekas att det är ont om i vår verksamhet. Idag har de allra flesta tillgång till en dator

och vi kan tänka oss att det för en del människor passar bättre att få sin behandling via datorn. Det borde finnas som ett komplement till det befintliga sätten att förmedla omvårdnad på, precis som telefonrådgivning och sms-påminnelser.

Det är en framtida utmaning att utveckla ännu bättre kommunikationsrutiner som kan ge en ökad kontinuitet i omvårdnaden, speciellt vid samarbeten mellan olika yrkeskategorier och mellan primär- och slutenvård. Om hälso- och sjukvården ska klara de här utmaningarna är det viktigt att använda informations- och kommunikationstekniken på ett sätt som är innovativt och lättanvänt. Vi vet att vård på distans kommer bli centralt i framtiden, e-hälsa kommer användas mer och mer. Vården kommer vara mer inriktad på att förebygga sjukdom, till hjälp skulle informationskampanjer kunna användas. Digitala kommunikationslösningar blir allt viktigare i arbetet med

att påverka människors beteende, vårdprogram som utformas för att förhindra återfall tros också vara viktiga i vården 2030. Tack vare dem kommer bota inte längre bara handla om att göra patienten frisk utan även om att förändra en riskfylld livsstil. Här skulle IT vara ett utmärkt redskap. Ett exempel på ett framgångsrikt projekt är "Beyond Blue" i Australien, som bland annat stödjer utvecklingen av nya e-hälsobaserade preventiva strategier mot depression för att öka allmänhetens medvetenhet kring sjukdomen. Man vill skapa en större förståelse och öka befolkningens vilja till att söka hjälp.

Hälsofrämjande åtgärder vid depressiva symtom behöver vara

sammansatta, strukturerade och individanpassade. De kan absolut förmedlas via internet eller IT, det är en tillgång för hälso- och sjukvården eftersom det är ett snabbt, enkelt och billigt kommunikationsmedel som når en större massa. Det är ett värdefullt komplement till de terapiformer som redan används. IT och internet borde ses som en resurs, här kan hälso- och sjukvården göra sig och sin kunskap mer tillgänglig, exempelvis genom att sjuksköterskan förmedlar kunskap och utbildar patienter och anhöriga. Vi tror att vi än så länge bara har sett början på hur IT kommer användas i hälso- och sjukvården och det ska bli mycket spännande att följa med på den resan!

Behöver mötesplatsen verkligen alltid vara fysisk?

Jag fick i uppdrag att skriva en artikel om psykiatrisjuksköterskans dokumentation – vad som är på gång med högst 1000 ord. Det måste bli en snabb resa från kvalitetsregister till Socialstyrelsens termbank via VIPS, ICF, Nanda och Snomed CT.



Psykiatrisjuksköterskans dokumentation

— vad händer?

text ERLAND OLSSON

Mer omvårdnad i registren

Om vi tittar på användningen av kvalitetsregister så saknas omvårdnad och rehabilitering ännu i många av dessa. Vi kan anta att registreringen av omvårdnadsfaktorer i kvalitetsregister kommer att öka under de kommande åren. Införandet av kvalitetsregister inom till exempel äldreomsorgen har inneburit en avsevärd kvalitetsförbättring, och det finns goda skäl att tro att psykiatrisk omvårdnad kan förbättras på samma sätt. Av de 27 (av totalt 92) kvalitetsregister som innehåller omvårdnadsvariabler innehåller tolv enbart en variabel. De omvårdnadsområden som idag finns i olika kvalitetsregister är nutrition, smärta, stöd till närstående, trycksår, patientutbildning, ADL/aktivitetsnivå, etiska överväganden, vårdplan/genomförandeplan, sömn, utbildning av närstående, information till närstående, information till patient, illamående, konfusion, fall, munhälsa, personcentrerade aktiviteter, andliga behov, andnöd, elimination/toalettbesök, genomgång av läkemedel, mobilisering efter operation, sårbehandling och ångest. Sannolikt kan de omvårdnadsåtgärder som finns i ett register ligga till grund för registrering i fler register i framtiden.

VIPS, ICF eller Nanda?

Vi har i Sverige vant oss att dokumentera utifrån VIPS som sjuksköterskor. För bara något år sedan kom VIPS-boken i ny upplaga och en uppdatering av psyk-VIPS planeras. Samtidigt inför alltförvårdgivare nu ICF (International Classification of Functioning) som bas för dokumentation även för sjuksköterskor. Det finns också landsting som går över till Nanda. Tidigare har framförallt läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter utgått från ICF som har kopplingar till diagnosklassifikationssystemet ICD. ICF är internationellt vilket innebär att allt som dokumenteras får en diagnoskod som enkelt kan översättas till ett stort antal språk. Att termerna som används av de olika yrkesgrupperna har samma betydelse oavsett profession innebär också att det är lättare att forska och att följa upp över tid.

Nationellt fackspråk för eHälsa

Inom ramen för strategin Nationell eHälsa har Socialstyrelsen lagt grunden till ett nationellt fackspråk för vård och omsorg. Nationellt fackspråk ger förutsättningar för att information som skapas runt en individ och dennes hälsa kan beskrivas på ett enhetligt och entydigt sätt. Det nationella fackspråket ger detaljerat innehåll i form av begrepp

och termer, nationellt fastställda klassifikationer och det internationella begreppssystemet Snomed CT. Det bidrar också med metoder för utveckling och förvaltning samt med regler för kontrollerad användning av bland annat Snomed CT och klassifikationer för att dokumentera information (om t ex tillstånd och åtgärder) som behövs för vård och behandling samt för uppföljning och statistik i vård och omsorg. Utgångspunkten för den fortsatta utvecklingen av nationella fackspråkliga resurser är behov som finns i verksamheterna, utifrån de kunskapsdomäner och ändamål som informationen ska täcka.

Snomed CT (Systemized Nomenclature of Medicine - Clinical Terms) är ett internationellt medicinskt begreppssystem som är utvecklat för att användas i elektroniska informationssystem. Snomed CT ingår tillsammans med de hälsorelaterade klassifikationerna och Socialstyrelsens termbank i det nationella fackspråket för vård och omsorg. Snomed CT används för att dokumentera, lagra, överföra

och analysera klinisk information på ett strukturerat sätt. Det främsta syftet med Snomed CT är att erbjuda begrepp och termer som behövs för en ändamålsenlig och strukturerad elektronisk dokumentation av vård- och omsorgsförlopp. Snomed CT ger förutsättningar för att information som dokumenteras kan kommuniceras och överföras mellan olika system med bibehållen betydelse och att informationen är entydig, säker och jämförbar. Även själva dokumentationen underlättas. Socialstyrelsen arbetar för att Snomed CT ska användas inom vård och omsorg i hela landet. Införande av Snomed CT underlättar standardisering av innehållet i dokumentationssystem, vilket i sin tur medför en rad positiva konsekvenser. Risken för fel minskar och möjligheterna att använda journalinnehåll till uppföljning, klinisk forskning och andra ändamål förbättras.

Termbank mot begreppsförvirring

För att reda i den begreppsförvirring som delvis råder i svensk vård och omsorg håller

Syftet med termbanken är att ord ska användas enhetligt

Socialstyrelsen på att utveckla en nationell termbank. Socialstyrelsen ansvarar för samordning av terminologin inom fackområdet vård och omsorg, som innefattar hälso- och sjukvård och socialtjänst. Arbetet är en del i strategin Nationell eHälsa. Termdatabanken innehåller också exakta översättningar till andra språk och definierar vad termen betyder. Så kan man t.ex. se att psykosocialt omhändertagande betyder psykologiskt, psykiatriskt och socialt stöd som ges till drabbad för att förebygga negativa efterverkningar. Terminologiarbete behövs när det råder olika uppfattningar om ett begrepps innebörd. Med hjälp av tydliga definitioner undviks onödiga missförstånd och diskussioner.

Genom en enhetlig metod och process för terminologiarbete är Socialstyrelsens mål att nationellt överenskomna begrepp och termer ska användas i det praktiska vård- och omsorgsarbetet, i den officiella statistiken samt i forskning och utveckling. Gemensamma definitioner av begrepp är en grundförutsättning för att kunna jämföra olika verksamheters kvalitet, effektivitet och kostnader.

Syftet med termbanken är att ord ska användas enhetligt av de olika professionerna. Idag kan till exempel ordet aktivitet betyda helt olika saker beroende på om en arbetsterapeut eller en sjuksköterska använder det. Termbanken innehåller begrepp som har analyserats enligt termi-

nologilärens metoder och principer. Dessa har förankrats internt på Socialstyrelsen samt i bred remiss till kommuner, landsting, privata vårdgivare, myndigheter och andra organisationer. Begreppen rekommenderas för användning inom fackområdet vård och omsorg. Detta arbete kommer så småningom att påverka vårt sätt att dokumentera.

Vi får hoppas att journalsystemen i framtiden framförallt utgår ifrån vad som är rationellt för professionen och gagnar patienten och inte som idag i första hand utgår ifrån behovet av ekonomistyrning. Annars kommer en allt större del av vår arbetstid att gå åt till registreringar. Den tekniska utvecklingen innebär också att dokumentation

kan komma att förenklas. Det handlar såväl om arbete med streckkoder, som system där läkemedel signeras i iPad. Som ni ser finns det mycket på gång på nationell nivå. Utvecklingsprocesser som på sikt kommer att påverka vår dokumentation. Många vårdgivare har redan börjat ta de första stegen men på sikt kommer det att påverka oss alla. Psykiatri-VIPS ersätts sannolikt med något nytt. Man skulle bara önska att det fanns kvalitetskrav på att dokumentationssystemen ska utvecklas så att sjuksköterskor kan ägna mindre tid åt att dokumentera men ändå uppnå en förbättrad kvalitet på dokumentationen.

IKT – risker och möjligheter

Vad innebär internetbaserad vård ur psykiatrisjuksköterskans perspektiv? Jörgen Öijervall är psykiatrisjuksköterska och adjunkt på Högskolan i Halmstad. Inspirerad av möten med professor Ingela Skärsäter sammanfattar han sina tankar om risker och möjligheter med informations- och kommunikationsteknologi (IKT).

INTERNET ÄR INTE framtiden, det har redan inträffat och har redan en historia. Däremot kommer de ske en kontinuerlig utveckling i samhället och vården. En av framtidens förändringar inom vården är den tekniska utvecklingen i samhället. Det innebär nya utmaningar och kunskapsfält som behöver ses över. Sjuksköterskor är generellt inte förberedda på internet och IKT-utmaningarna.

Patienterna mer kompetenta

Det som används i huvudsak idag är interna hjälpmedel. Idag dokumenterar vi via våra datorsystem, vi bygger våra omvårdnadsplaner och där sker en utveckling. Numera finns en sammanhållen journal för varje patient. Tanken är att alla vårdgivare ska kunna ta del av samma information. Det finns brister i våra system, som håller på att täppas till.

Patienterna är före oss i sjukvården och mer kompetenta. De vill ha ordentlig information via nätet och önskar svar på: hur kommer jag in i sjukvården och vad kommer att hända, vad finns för alternativ.

Det finns flera problem som är reglerat i lagtexten, som sekretess. Vi får inte kommunicera hur som helst. Idag är det svårigheter att ha en mailkontakt med patienterna.

Vi behöver skapa förutsättningar både utifrån de lagar och de förordningar som styr sjukvården. Lagar som styr sjukvården hänger inte med i utvecklingen. De kan upplevas föråldrade och behöver ses över. Det största problemet är att IT/IKT inte ses som verksamhetsutveck-

ling av vården. Vilket medfört kritik från socialstyrelsen om bristande patientsäkerhet.

Utmaning för utbildningen

Sjuksköterskor behöver ha en mycket högre kompetens om IKT. Detta är en utmaning för våra lärosäten. Det är tveksamt om dagens utbildningar både på grund och specialnivå har ett innehåll av IKT och e-hälsa, som kan förbereda dem inför framtidens utmaningar. Det är viktigt med kunskaper i ämnet av olika skäl. Om e-hälsa ska utvecklas behöver psykiatrisjuksköterkan mycket kunskap om ämnet för kunna inta en kritisk hållning och ta ställning till vilka patienter som kan ha hjälp av internet stödjande behandling. Det finns även grupper i samhället som har lägra kunskaper om handhavande av det nätbaserade samhället. Hur kan psykiatrisjuksköterkan identifiera och stödja dessa grupper? Vi är överskölda av olika hjälpsidor. Idag finns cirka 30000 appar för depression - hur ska vi utan kunskap kunna kvalitetssäkra dessa och vilka ska vi rekommendera till våra patienter? Psykiatrisjuksköterskan behöver ökade kunskaper för att skapa förutsättningar och stödja patienters och närståendes ändrade kommunikationsvägar

Möjligheter för omvårdnad

Vi är inte särskilt långt framme i omvårdanden när det gäller att skapa IT-lösningar motsvarande de som finns när det gäller till exempel KBT på nätet. Omvårdanden behöver bli mer systematisk för att kunna bli tillgänglig som nätbaserad behandling. Psykiatrisjuksköterskor behöver samarbeta med personer med IT-kompetens. För att nå förbättrad kliniska kunskaper behövs förmodligen ett ökat samarbete med kliniskt verksamma sjuksköterskor och forskare. Problemlösnings-terapi är ett exempel på en mer systematisk del där sjuksköterskan skulle kunna utveckla nätbaserad omvårdnad. Idag har vi till exempel fått fram livlinan.org. Den drivs idag inte av sjukvården utan av andra organisationer. Det finns flera andra exempel som hjälplinjen.se och umo.se. Det är bra att de finns kvar efter att de skapats. Frågan är varför inte sjukvården driver dem och skapar ny kunskap som kan möta framtidens behov.

Psykiatri- symposium

i Stockholm

text och bild KALLE FORSMAN

Psykiatrisymposium 2014 samlade cirka 70 åhörare varav ett tiotal sjuksköterskor i ett regntungt Stockholm den 8-9 oktober. Konferensen anordnades av Conductive i samarbete med bland annat PRF och på plats fanns Kalle Forsman, psykiatrisjuksköterska och ledamot av PRF:s styrelse.

PROGRAMMET INNEHÖLL TRE spår varav jag bevakade "Psykos & Schizofreni". Det började med att Lars Helldin från NU-sjukvården presenterade sitt arbete med långtidsuppföljning av schizofrenipatienter. Lars har bland annat jämfört hur en patient med schizofreni boende i Sverige har det jämfört med en patient med schizofreni i New York. Det som kom fram var att fler i New York saknade bostad, medan man i Västra Götaland-regionen ser att 85 procent av patienterna har egen bostad. Likaså klarar fler i Sverige sin ekonomi själva. Lars har också gjort liknande jämförelser med ett område i Italien, Neapel. Där ser man att det är flera patienter som arbetar deltid men saknar egen bostad. Troligvis bor de hos familjen. Liknande jämförelse med ett annat mer industrialiserat område i Italien, Milano, visade att där hade man varken arbete eller bostad.

Efter en kortare paus tog Lena Flyckt från Psykiatri Nordöst i Stockholms läns landsting vid och talade om bemötande och somatisk hälsa bland patienter

med schizofreni. Hon nämnde att hjärt-kärl-sjukdomar ökar bland denna grupp och att stigmatiseringen kring psykisk ohälsa kan vara en del av förklaringen. Hjärnkolls mätningar visar att allmänheten visar större förståelse gentemot psykiskt sjuka i allmänhet men i synnerhet gentemot gruppen personer med schizofreni. Lena talade om vikten av delaktighet i sin vård där hon förespråkar där modellen delat beslutsfattande och gav oss en tankeställare: Varför har vi ronder och behandlingskonferenser utan patienter?

När det blev dags för programpunkten Psykos och missbruk presenterade Gunilla Cruce sina erfarenheter med att starta upp ett ACT-team i Malmö där hon jobbar som enhetschef i det multidisciplinära fullserviceteamet. I Malmö är det framför allt patienter med långvarig psykos eller bipolär typ 1 som ingår i teamets uppdrag. De ska ha en betydande funktionsnedsättning och vara i sjukdomens mest turbulenta tid. De ska också visat dålig följsamhet i tidigare behandlingsförsök, ha ett stort

behov av stödinsatser och den vanliga vårdens resurser ska inte räcka till. Här betonade Gunilla att man ska inte behöva misslyckas i den ordinarie vården utan teamet kan göra bedömningen att man kan förväntas göra det.

De som jobbar i teamet kallas samordnare och har ungefär tio klienter var. Teamet som helhet ska inte ha flera än 100 patienter. Malmöteamet har idag cirka 60. Man har bland annat en psykiater som inte riktigt arbetar heltid och två heltidssjuksköterskor. Tillgängligheten är hög framför allt kontorstid men det finns en flexibilitet omkring tiderna och det finns möjligheter till insatser kvällar, helger och nätter om så behövs. Man säger själva att man arbetar efter ett välutvecklat "teammanskap". Är det så att patienter inte vill ha någon kontakt med teamet så försöker man i nio månader att etablera kontakt. Lyckas man inte med det avregistreras patienten. I Malmö börjar dagen med ett morgonmöte där man går igenom dagen. En gång i veckan har man teamkonferens med säkerhetsrund. Där ska alla patienter gås igenom på två timmar. Utöver det har man en fördjupning runt två patienter varje vecka. Likaså har man handledning var fjortonde dag och intern fortbildning var fjortonde dag.

Förre styrelseledamoten i PRF, psykiatrisjuksköterskan och forskaren Patrik Dahlqvist Jönsson intog talarstolen och då

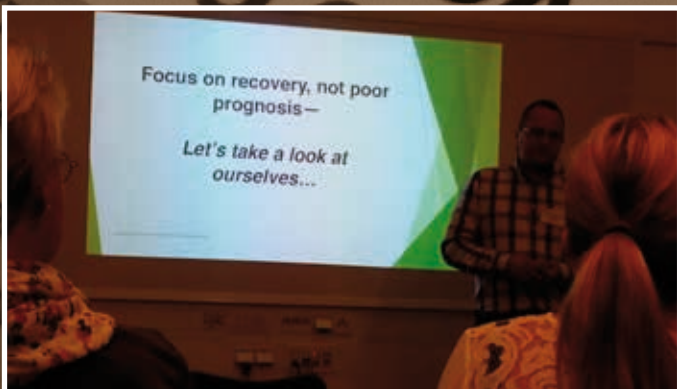
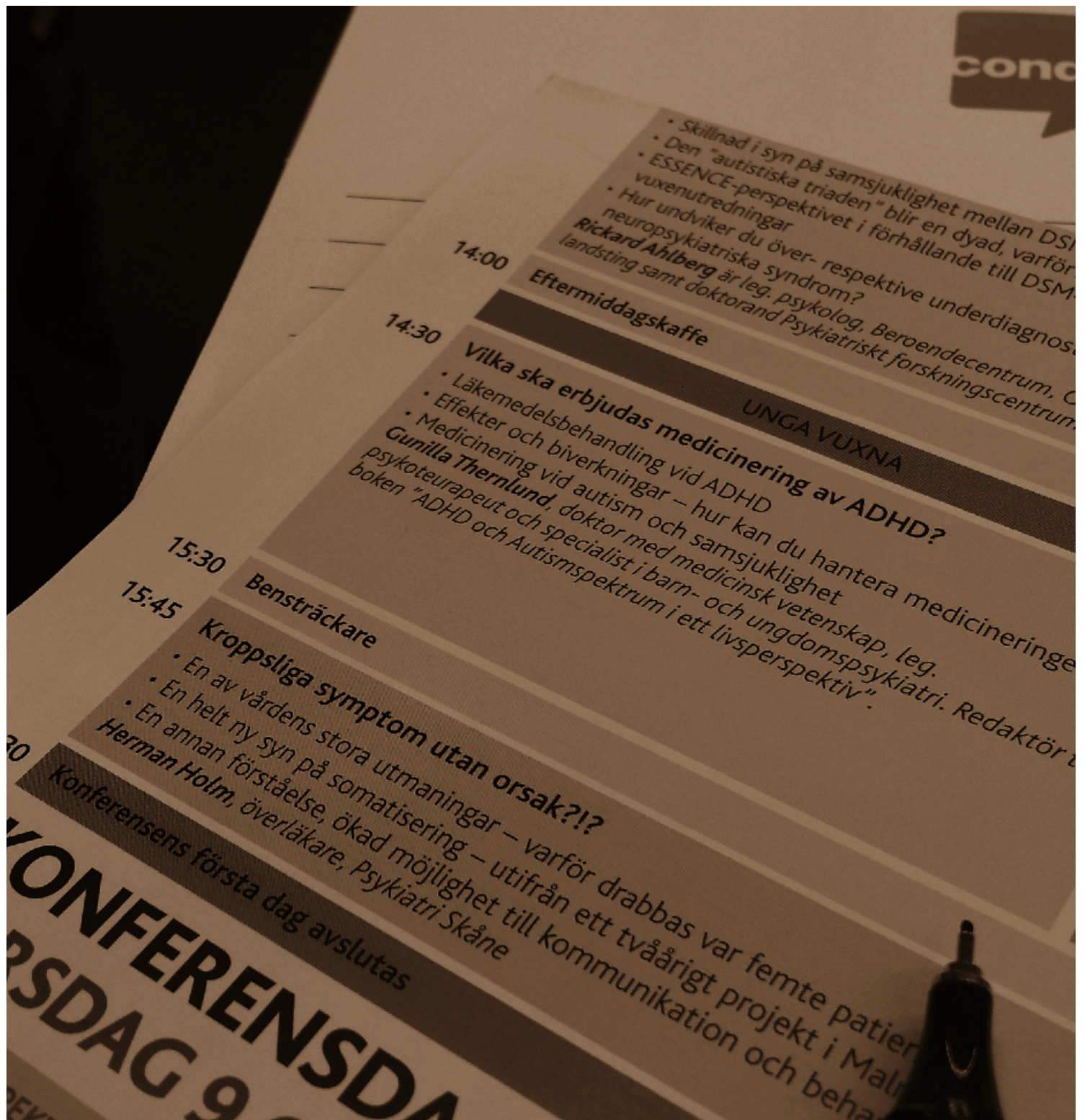
var ämnet delat beslutsfattande. Patrik gav oss en genomgång om återhämtningsinriktad praktik som en förutsättning för delat beslutsfattande och underströk att delat beslutsfattande bygger på återhämtningsprinciper. Varför ska vi använda metoden? Jo därför att delat beslutsfattande främjar människors återhämtning!

PRF:s ordförande Henrika Jormfeldt var inbjuden för att leda en paneldiskussion om hur vi kan påverka samhällets syn på psykisk ohälsa. Tillsammans med Martin Schalling, Jonas Eberhard och Magnus Lindholm konstaterades bland annat att det är viktigt vad som syns i media. Idag ser vi personer i huvudroller i filmer och serier som har psykiska funktionshinder, bland annat nämndes den amerikanska TV-serien Homeland och den svensk/danska serien Bron. Man tog också upp att av den svenska sjukvårdsbudgeten går cirka sju procent till psykiatrin medan de psykiatriska diagnoserna står för 30-40 procent av sjukskrivningarna.

Hur kan vi då åstadkomma förändring? Ett av panelens svar på den frågan är att det är viktigt att vi diskuterar frågan och att nyckelpersoner i samhället bör "komma ut" och föregå som goda exempel.

Sammantaget var det en trevlig konferens med goda möjligheter att knyta nya kontakter och ta del av ny kunskap på psykiatriområdet.

...av den svenska sjukvårdsbudgeten går cirka sju procent till psykiatrin medan de psykiatriska diagnoserna står för 30-40 procent av sjukskrivningarna.



Omvårdnadsforskaren Patrik Dahlqvist Jönsson pratade om delat beslutsfattande och återhämtning.



PRF:s ordförande Henrika Jormfeldt diskuterade hur vi kan påverka samhällets syn på psykisk ohälsa.



Slutenvårdspsykiatriska avdelningen vid Hacettepes universitetssjukhus, helt integrerad med övriga verksamheter.



Martin Salzmänn-Erikson, specialistsjuksköterska och filosofie doktor, var inbjuden att hålla en workshop.

Psykiatrisk omvårdnad i Turkiet

text och bild MARTIN SALZMANN-ERIKSON

”Det kändes som om jag hade kunnat byta om, stämpla in och börja jobba på avdelningen”. I samband med en konferens om psykiatrisk omvårdnad i Ankara passade forskaren och psykiatrisjuksköterskan Martin Salzmänn-Erikson på att besöka en psykiatrisk slutenvårdsavdelning.

MED AVRESA FRÅN Gardemoen flygplats i Oslo begav jag mig tillsammans med två kollegor från Oslo Universitetssjukhus, Ullevål iväg till Ankara i Turkiet. Syftet var att delta vid 3rd International/7th National Congress of Psychiatric Nursing den 1-3 september där jag var inbjuden att hålla en längre workshop. Temat för kongressen var Psychiatric Nursing Today: Cornerstones and New Horizons. Vi blev omsorgsfullt emottagna av doktoranderna vid Hacettepe Universitet som agerade funktionärer. Till kongressen hade fyra internationella talare bjudits in, jag från Sverige/Norge och de övriga från USA. Den internationella spridningen var tyvärr något skral då en majoritet av deltagarna var turkiska sjuksköterskor och forskare. Flera av föreläsningarna var lokaliserade i en parallell sal där presentationerna enbart framfördes på turkiska utan simultantolkare. I den stora salen pågick dock intressanta presentationer med möjlighet att lyssna till via direktöversättning till engelska.

Kongressen öppnades av Professor Fatma Öz som också var en av arrangörerna. Därefter lämnades ordet över till Professor Jeanne Clement från Ohio State University, USA. Med utgångspunkt i kongressens tema framförde hon visionärt hur olika vetenskapsdiscipliner kan och i framtiden kommer att kunna bidra till förbättrad vård och be-

handling för människor med psykisk ohälsa. Neurovetenskapen med sina kunskapsvinster i att använda magnetröntgen och därmed specificera diagnostik, olika terapimetoder som transkraniell magnetstimulering, neuromodulation och Deep Brain Stimulation för att nämna några. Professor Clement betonade hörnstenar i den psykiatriska vården med ett fokus på sjuksköterskans perspektiv och dess betydelse för psykoterapi. Min workshop bar titeln ”Nursing Practice in Intensive Psychiatry: Moving From Rigidity to Flexibility”. I linje med kongressens tema var syftet med min presentation att lyfta fram och mana till ett värdeideologiskt skifte i psykiatrisk omvårdnad; från det rigida och kontrollerande till mer moderna värdeideologier som bygger på tillåtelse och flexibilitet. Till min hjälp hade jag också min norska kollega, specialsykepleier Marte Onarheim, som kort berättade om den norska modellen ”skjerming” vilket motsvarar det som internationellt kallas ”intensiv psykiatri”. En annan talare var Professor Kathleen Wheeler från Fairfield University, Connecticut, USA. Hon talade euforiskt om den psykoterapeutiska metoden Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). En behandlingsmetod som bygger på ögonrörelser för att behandla traumatiska minnen och posttraumatiskt stressyndrom. Wheeler praktiserar och bedriver

forskning kring användningen av denna metod och en diskussion uppkom huruvida metoden också lämpar sig inom barnpsykiatri.

Under kongressen fick jag och mina norska kollegor förmånen att besöka en slutenvårdsavdelning på Hacettepes universitetssjukhus. Besöket låg utanför kongressens program och blev av mer spontan karaktär - inte mindre intressant för det. Till skillnad från många sjukhus i Sverige där den psykiatriska kliniken och avdelningarna är lokaliserade i separata byggnader var den slutenvårdspsykiatriska avdelningen här helt integrerad med sjukhusets övriga verksamheter - på våningen under låg en ögonavdelning. Rundvandringen började på expeditionen. Här var det full aktivitet, en ny patient skulle läggas in och den ansvariga sjuksköterskan stod och diskuterade med läkaren. Avdelningen hade två korridorer i vinkel där män och kvinnor separerades i varsin korridor men med möjlighet att röra sig fritt emellan; totalt var kapaciteten 28 sängplatser. På avdelningen fanns ett allmänt uppehållsrum med möjligheter att se på TV, läsa och möjlighet att socialisera sig med andra patienter. Utöver det fanns också tillgång till ett rum för aktiviteter där en fysioterapeut fanns tillgänglig under kontorstider. I andra ändan av avdelningen fanns ett behandlingsrum för ECT. Avdelningen

bemannades enkom av sjuksköterskor, åtta heltidstjänster skulle täcka behovet för dygnets alla timmar sju dagar i veckan. Det innebar att personalen jobbade nästan varje dag. På avdelningen fanns en uttalad värdeideologi som grundade sig i att hjälpa patienterna att bli självständiga, undvika hospitalisering och förbereda att återgå till sin vardagliga miljö i hemmet. Den sista punkten påtalades extra noga och förklaringen var att sjukvårdssystemet helt saknade eftervårdsinstanser i form av öppenvård och/eller boendestöd. Avdelningen fick på sätt ett utökad ansvar för patienterna än att endast intervensera symptom i det mest akuta skedet. På denna akutvårdsavdelning var det sällsynt att patienter utövade våld och de hade inget överfalls-larms vilket tillhör det vanliga i Norden. Den förklaring som vi fick var att den typen av problematik främst omhändertogs av polis. Beträffande oroliga och utagerande patienter fanns dock möjligheten att tillfälligt spärra fast och/eller isolera i ett speciellt rum. I det rummet fanns två sängar, en för patienten och den andra tillägnad en anhörig. Vi avslutade rundvisningen i omklädningsrummet där personalen även hade tillgång till ett mindre bibliotek med facklitteratur. Det var slående hur lik den turkiska och nordiska psykiatriska slutenvården fungerade såväl administrativt, och i många avseenden, vårdinnehållsmässigt. Bortsett från mina bristfälliga kunskaper i det turkiska språket kändes det som om jag hade kunnat byta om, stämpla in och börja jobba på avdelningen. Detta besök som officiellt inte ingick i kongressen var kanske det som ändå vidgade min horisont mest av allt under resan.

Martin Salzmänn-Erikson är specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård och doktor i vårdvetenskap och befinner sig vanligtvis vid Högskolan i Gävle som lärare och forskare eller vid Oslo Universitetssjukhus Ullevål där han arbetar kliniskt inom akutpsykiatri. Martin är även handledare till magisterstudenter i specialistutbildningarna i psykiatrisk vård vid Ersta-Sköndal Högskola och Mälardalens Högskola.

RECENSERAT



TITEL

Självmedkänsla – hur du kan stoppa självkritik och förbättra relationen till dig själv och andra

FÖRFATTARE

Agneta Lagercrantz

UTGIVNINGÅR

2014

FÖRLAG

Natur & Kultur

I en av höstens "snackisar" bland böcker om psykologisk behandling kan man läsa om begreppet självmedkänsla. Det är, mig veterligt, den första svenska boken om ett begrepp som vinner mark alltmer. Självmedkänsla kan beskrivas som att stötta sig själv i motgångar. Forskning visar alltmer vilka positiva effekter vi får när vi är snälla mot oss själva. Man kan träna förmågan att vara vänlig mot sig själv och därigenom minska sin stress

Boken är indelad i tre delar eller "rum": självkritiken, självkänslan och självmedkänslan. Inom varje del finns kapitel om relevant forskning, teoretiska resonemang, intervjuer och personliga erfarenheter.

Agneta Lagercrantz beskriver grunderna i compassion-fokuserad terapi där man talar om tre mänskliga system: hot, utforskande och trygghet. Vi har alla de tre systemen inom oss och använder dem i olika utsträckning utifrån personlighet, situation och erfarenhet. Utforskarsystemet kan driva oss till att sätta stort fokus på prestation. Om systemet blir i obalans kan vi hamna i självkritik och självanklagelser. Vi får en inre kritiker som

konstant underkänner det vi gör och det vi är. För många av oss har vår inre kritiska röst tagit överhanden och blivit en mobbare som dagligdags talar om för oss att vi inte räcker till, inte duger och inte har något värde.

Självmedkänsla är inte att förväxla med "självkärelek" och egoism. Det innebär bara att känna samma empati för sig själv som för sina medmänniskor. Vi är många som har strängare ögon på oss själva jämfört med de ögon som vi använder när vi granskar andra. Total avsaknad av självmedkänsla kan leda till självmordstankar och självmord.

Självmedkänsla i terapirummet är en verkkningsfull och ytterst hjälpsam metod. Compassion-fokuserad terapi är en erkänd terapimetod som vinner alltmer anseende. Den grundades av den brittiske psykologiprofessorn Paul Gilbert som på 1990-talet lade märke till att många av hans klienter satt fast i negativa självbilder. Med KBT kunde de lära sig att uttrycka sig mindre hårt om sig själva men även när de sade vänliga ord till sig själva lät den inre rösten ändå fientlig, kallt logisk, uppfordrande eller anklagande.

Compassion-fokuserad terapi lär ut att vi föds med en lust

att lära nytt. Vi är gjorda för utveckling. Känner vi tillhörighet och trygghet är det naturligt för oss att utforska världen. Det behövs alltså ingen inre piska för att motivera oss till prestationer, tvärtom vi behöver positiv uppmuntran, vänligt tonfall, förstelse och stöttning.

Överdriven självkritik står i vägen för vårt välbefinnande och sätter igång vårt kamp-flykt-system medan självmedkänsla aktiverar vårt system för samhörighet och tillit. Överdriven självkritik utvecklas ofta som säkerhetsstrategier. Om man kommer ihåg det kan det bli lättare att distansera sin person från självkritiken.

I grunden handlar självmedkänsla om ett välvilligt sätt att tänka om och prata med sig själv istället för att släppa fram den kritiska och stundtals straffande inre rösten. Bli din egen bästa vän! 🍷

MER

Agneta Lagercrantz som skrivit boken är journalist och författare. Hennes hemsida finns på www.agnetlagercrantz.se

Boka din plats idag!
www.teknologiskinstitut.se

Högaktuella konferenser för psykiatripersonal

 **TEKNOLOGISK
INSTITUT**



Akutpsykiatri 2015

Bemötande • Tvångsåtgärder • Mänskliga rättigheter

- Hör om det isländska perspektivet på tvångsvård
- Ta del av patientfall som lär dig följa lagen
- Att neutralisera spända situationer
- Workshop - Suicid och suicid-intervention

► **Konferens:** Stockholm, 28-29 januari 2015



Telefonrådgivning inom psykiatri

Samtalsstruktur • Juridik • Verksamhetsfall

- Lär dig göra kvalitetssäkra bedömningar över telefon
- Sekretessfrågor och befogenheter
- Den nya patientlagen - hur påverkar den din vårdarroll?
- Bemötande av självmordsnära personer över telefon

► **Konferens:** Stockholm, 14 april 2015 ► **Konferens:** Göteborg, 23 april 2015



Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

www.psykriks.se
www.facebook.com/psykriks
www.twitter.com/psykriks
styrelse@psykriks.se

PRF
c/o Henrika Jormfeldt
Bråddared
310 38 Simlångsdalen

Bankgiro: 5118-1592

Organisationsnummer: 812000-0693

STYRELSE 2014

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

VICE ORDFÖRANDE
Britt-Marie Lindgren, Umeå
070-643 33 08
britt-marie.lindgren@psykriks.se

LEDAMOT
KASSÖR
Ewa Langerbeck, Lund
070-546 83 73
ewa.langerbeck@psykriks.se

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

LEDAMOT
SEKRETERARE
Ansvarig hemsida och sociala medier
Jonna Järvsén, Göteborg
076-888 18 16
jonna.jarvsen@psykriks.se

LEDAMOT
CHEFREDAKTÖR
Sebastian Gabrielsson, Luleå
070-548 38 64
sebastian.gabrielsson@psykriks.se

LEDAMOT
MEDLEMSANSVARIG
Karl-Henrik Forsman, Jönköping
070-631 18 93
karl-henrik.forsman@psykriks.se

LEDAMOT
Hampus Martinsson, Växjö
070-915 24 15
hampus.martinsson@psykriks.se

PSYCHE 2014

CHEFREDAKTÖR OCH ANSVARIG
UTGIVARE
Sebastian Gabrielsson, Luleå
070-548 38 64
sebastian.gabrielsson@psykriks.se

REDAKTIONSRÅD
Jonna Järvsén, Göteborg
jonna.jarvsen@psykriks.se

Erlend Olsson, Uppsala
erlend.olsson@sofosyne.se

Åsa Priebe, Södertälje
asa.priebe@gmail.com

Jörgen Öijervall, Varberg
jorgen.oijervall@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

SENIOR KONSULT
Hans Bergman, Stockholm
hansbergman@telia.com

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 Öijervall, Varberg
jorgen.oijervall@hh.se

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

VALBEREDNING 2014

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

Jenny Molin, Umeå

Catarina Johansson, Jönköping



Biomedicinskt fokus i riktlinjer

PRF anser att ett nytt förslag till depressionsriktlinjer har ett övervägande biomedicinskt fokus och behöver vidareutvecklas ur såväl psykosocialt som psykiatriskt omvårdnadsperspektiv.

Det är Svensk Sjuksköterskeförening som bett PRF lämna synpunkter på nya riktlinjer för utredning och behandling av depression. Dessa har tagits fram av Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri och utgår från Socialstyrelsens nationella riktlinje och internationella riktlinjer. SFBUP har även i samråd med Sveriges kommuner och landsting tagit fram en manual för bedömning och behandling enligt riktlinjerna.

PRF:s synpunkter har tagits fram av Kristina Eivergård, doktorand vid Mittuniversitetet, samt Karin Holmgren Melin, doktorand vid Sahlgrenska akademien Göteborgs universitet. Bägge är medlemmar av PRF:s forskarnätverk.

Rapport av MARIA ÅLING

PRF:S STYRELSE har under hösten haft två möten. I september träffades vi i Malmö och i november i Stockholm. Vårdförbundet lånade generöst ut sina lokaler vid bägge tillfällena.

Vid septembremötet gick vi igenom föreningens bokföring och konstaterade att vi var på väg mot ett positivt bokslut. PRF får många förfrågningar om att svara på remisser och delta i olika arbetsgrupper vilket tillsammans med det löpande styrelsearbetet med konferenser, ekonomi, tidskriftsproduktion med mera medför att arbetsbelastningen på medlemmarna i styrelsen stundtals är mycket hög. Då det ekonomiska läget tycks ljusna och det finns många engagerade och kompetenta medlemmar beslutade styrelsen att föreslå valberedningen och årsmötet att antalet platser i styrelsen utökas från åtta till nio inklusive ordförande och vice ordförande.

För att bibehålla kvalitet och omfång men samtidigt minska kostnaderna fattades beslut om att byta tryckeri för Psyche. Styrelsen beslutade även att skicka ordförande Henrika Jormfeldt att delta som

PRF:s representant vid Horatios generalförsamling i samband med konferensen på Malta 6-9 november. Planeringen för såväl årskonferensen i Uppsala 19-20 mars 2015 och den Nordiska konferensen 14-16 september 2016 diskuterades.

Vid styrelsemötet i november fick vi äntligen klart att vi har en ekonomi i balans. Revisorerna medverkade under en del av mötet och var positiva till det arbete den nuvarande styrelsen lagt ned på att få ekonomin i ordning. Ordförande rapporterade från sitt deltagande vid generalkongressen och konferensen på Malta. Fortsatt planering av årskonferensen och den Nordiska konferensen. För årskonferensen gjordes ett preliminärt program vilket kommer att läggas ut på hemsidan. En fråga som också väcktes på detta styrelsemöte var möjligheten att påverka målen i examensordningen för specialistsjuksköterska i psykiatri där styrelsen ser ett behov av omarbeting och uppdatering. Sebastian Gabrielsson och Jonna Järvsén meddelade att de inte ställer upp för omval till styrelsen vid årskonferensen men är positiva till fortsatt engagemang i föreningen.



Villkora användandet av tvångsätgärder

PRF föreslår att endast psykiatriavdelningar med specialistsjuksköterskor ska få använda tvångsätgärder.

PRF har lämnat synpunkter på ett förslag från Socialdepartementet som rör tvångsätgärder vid psykiatrisk tvångsvård. Bland annat föreslår PRF att det ska krävas specialistsjuksköterskor för att tvångsätgärder ska få användas.

"Idag finns det inget formellt krav på psykiatrin att anställa specialistsjuksköterskor", säger Henrika Jormfeldt, ordförande för PRF. "För att få fler specialistutbildade sjuksköterskor i vården krävs det att arbetsgivarna efterfrågar, värdesätter och nyttjar deras specialistkompetens. Kanske kan en väg dit vara att man lagstiftningsvägen tydliggör att kompetensen måste finnas."

PRF betraktar vård med fokus på att undvika tvångsätgärder och stärka patienters delaktighet som kvalificerat omvårdnadsarbete. Detta kräver specialistkompetenta sjuksköterskor som leder och utvecklar omvårdnaden i välfungerande interprofessionella team. Likväl som lagen ställer krav på formell kompetens på den som har att fatta beslut om tvångsvård och behandling vore det önskvärt med uttalade krav på formell psykiatrisk omvårdnadskompetens i organisation och praktik vid användning av tvångsätgärder som fastspänning och avskiljning. Detta kunde utformas så att möjligheten att använda tvångsätgärder i en viss verksamhet förutsätter närvaron av specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård. Att på detta vis villkora användandet av tvångsätgärder skulle kunna höja omvårdnadskompetensen och minska användandet av tvångsätgärder.

"Omvårdnadsforskningen visar på ett samband mellan sjuksköterskors kompetensnivå och vårdens kvalitet", säger Sebastian Gabrielsson, styrelseledamot och doktorand i omvårdnad vid Luleå tekniska universitet. "Vi vet också att användandet av tvångsätgärder i psykiatrin varierar och att förekomsten beror mer på hur välfungerande en avdelning är än på vilka patienter som vårdas där. Vill vi ha en psykiatrisk vård av god kvalitet och ett minimum av tvång behövs specialistsjuksköterskornas kompetens."

PRF anser att lagstiftningen bör utformas så att den i möjligaste mån minimerar användandet av tvångsätgärder och istället uppmuntrar utforskandet och tillämpandet av alternativ som bygger på dialog och samarbete mellan vårdare och patient. Detta verkar också vara den övergripande ambitionen i förslaget från Socialdepartementet, men PRF bedömer att det finns möjlighet att i vissa delar vara tydligare eller gå längre.

Det är Vårdförbundet och Svensk Sjuksköterskeförening som i egenkap av remissinstanser har efterfrågat PRF:s synpunkter på Socialdepartementets promemoria "Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård", Ds 2014:28. PRF:s yttrande har beretts av Sebastian Gabrielsson och Git-Marie Ejneborn Looi, bägge doktorander vid Luleå tekniska universitet och medlemmar i PRF:s forskarnätverk.



LÄS MER

PRF:s synpunkter i sin helhet finns på www.psykriks.se

ANSÖK NU!

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 Jonna Järvsén
Jenny Lindsgatan 6b
416 67 Göteborg
jonna.jarvsen@psykriks.se

ÅRSMÖTE

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN
FÖR SJUKSKÖTERS KOR KALLAR TILL

ÅRSMÖTE

Torsdagen den 19 mars 2015

kl. 16.15

Gunnesalen, Psykiatrins hus,
Akademiska sjukhuset, Uppsala

På dagordningen bl.a.
- Val till styrelsen
- Stadgeändringar

Varmt välkomna!

psyche

NUM

4 nummer
400:-

PRENUMERERA PÅ

psyche

Gå till www.psykriks.se för att prenumerera.

Prenumerationspris för 2015 är 400:-/år. Pris inom Norden 450:-/år, moms ingår med 6%.

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

Vid medlemskap i PRF ingår prenumeration

Delaktighet och IKT



Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

Utbildningar utvärderade

Grattis Anita!

Vi gratulerar Anita Johansson, psykiatri-sjuksköterska som i maj försvarade sin doktorsavhandling vid Örebro universitet.



LÄS AVHANDLINGEN

<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:oru:diva-34609>

Hur känns det nu när disputationen är avslarad?

Det känns otroligt bra! Doktorandtiden var spännande och berikande på många sätt men det känns skönt att den är avslutad. Jag känner mig privilegierad som fått möjligheten att genomföra denna akademiska resa. Ett stort tack till arbetsgivare och sponsorer.

Hur kom det sig att du började forska?

Jag har alltid varit intresserad av att vidareutveckla min kompetens. Min karriärväg har varit lång, jag började som sjukvårdbiträde och har vid sidan av arbete kompletterat med utbildningar inom ämnet omvårdnad. Det var när jag studerade till specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård som intresset för omvårdnadsforskning väcktes. Min magisteruppsats handlade om den psykiatriska vårdens avinstitutionisering och om den påverkat livskvaliteten hos människor med psykisk sjukdom. I uppsatsen framkom att anhöriga

till personer med psykisk sjukdom spelar en mycket viktig roll för den som drabbats av psykisk sjukdom. På den vägen är det.

Vad heter avhandlingen?

Ändlös omsorg och utmätt hälsa. Föräldraskapets paradoxer när ett vuxet barn har långvarig psykisk sjukdom.

Vad handlar den om?

Avhandlingen handlar om hur det är att vara förälder till vuxet barn (över 18 år) med långvarig psykisk sjukdom. Jag har beskrivit föräldraskapet ur olika perspektiv, dels hur mammors respektive pappors vardag kan se ut, hur de uppfattar kontakten med den psykiatriska vården samt hur deras hälsorelaterade livskvalitet påverkades till följd av den ansträngda situationen.

Om du skulle sammanfatta dina viktigaste resultat...

Avhandlingen visar att föräldrarnas situation är oerhört tung.

Oavsett det vuxna barnets ålder och boendeförhållande (hemma-boende hos förälder, eget boende med eller utan stöd) kunde föräldrarna inte släppa taget om barnet, eftersom de inte kände sig trygga med de professionella vårdinsatserna. Föräldrarnas gemensamma uttryck för kontakten med, och uppfattning om, den psykiatriska vården kan beskrivas som otillräcklig, svårtillgänglig och utestängande. De hade inte delgivits information om barnets sjukdom eller behandling. Samtidigt som de kände sig utestängda måste de alltid finnas till hands för sitt vuxna barn. Denna anspänning leder till psykisk ohälsa och hårdast drabbades mammorna som oftast axlade huvudansvaret och anpassade sin vardag efter barnens behov. Mammorna skattade ångest- och depressionssymtom och upplevde objektiv och subjektiv belastning i högre omfattning än papporna. Även om papporna uttryckte att den egna hälsan inte påverkats nämnvärt, framkom att flera mätte dåligt. Utåt visade papporna en stark fasad av att allt var bra. Jämfört med kvinnor och män i svensk normpopulation hade både mammorna och papporna till vuxet barn med psykisk sjukdom lägre hälsorelaterad livskvalitet. Många föräldrar saknade stöd för egen del och visste inte vart de skulle vända sig för att få stöd.

Sammanfattningsvis kan sägas att föräldrarnas omsorg om sitt barn kan ses som en "ändlös omsorg" och "utmätt hälsa", det vill säga föräldrarnas omsorgsinsatser i både engagemang och tid bara fortgår och tar på deras krafter.

Hur kan man använda resultaten?

Resultaten kan ge en ökad förståelse som kan vara värdefull för andra föräldrar i liknande situation, för vårdpersonal och vårdgivare. Vårdpersonalens hållning att se till barnets individuella behov och värna om dess integritet är otillräcklig. Resultaten kan vara vägledande för olika utbildningsinsatser som kan vara lämpliga för att förbereda både personal och föräldrar att samverka med barnet i dess vård. En sådan samverkan kan stärka kvaliteten i vård och omsorg om barn och skulle kunna avlasta i stället för att belasta föräldrar såväl som personal.

Vad gör du härnäst?

Jag är lyckligt lottad som fick förutsättningar att stanna kvar i klinisk verksamhet utan att behöva välja bort forskningen. Idag har jag en anställning som klinisk lektor vid Skaraborg sjukhus, område vuxenpsykiatri, där jag ska arbeta övergripande med kvalitet och utveckling. Framst på agendan står att utveckla anhörigas och patienters delaktighet i den psykiatriska vården. I tjänsten ingår 20 % adjungering till Högskolan i Skövde med inriktning på forskningssamarbete mellan akademi och klinik samt undervisning. Jag deltar också i ett nordiskt forskarnätverk som bedriver forskning om närståendes situation när en familjemedlem drabbats av psykisk sjukdom/ohälsa. Med nyvunnen kunskap siktar jag nu mot nya mål där teori kan implementeras i klinisk praxis.

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:- (inklusive frakt inom Sverige). Beställes genom inbetalning till PRF:s bankgiro 5118-1592. Ange namn och adress i meddelandefältet.

PRF:s årskonferens 19-20 mars 2015



Psykiatrins hus
Akademiska sjukhuset
Uppsala

Program
och anmälan via
www.psykriks.se



Foto: Akademiska sjukhuset <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>

Tema:
**Delaktighet
och
utveckling**



Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor