

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN
FÖR SJUKSKÖTERSORS TIDSKRIFT

Psyche

NUMMER 3 2015



**FRÅGA OM VÅLD
LUGNA RUMMET**

**BÄTTRE VÅRD
MED STUDENTER**

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
070-548 38 64
sebastian.gabrielsson@psykriks.se
www.psykriks.se

Bli medlem

Prenumeration på Psyche ingår vid medlemskap i PRF. Medlem kan den bli som är sjuksköterska med anknytning till psykiatri genom utbildning eller yrkesverksamhet. Den som inte uppfyller detta krav är välkommen som associativ medlem. Medlemsavgiften för 2015 är 325 kr. Medlem blir man genom att 1. Anmäla medlemskap via www.psykriks.se/bli-medlem, eller 2. Betala in avgiften på 325 kr via bankgiro 5118-1592 och då ange namn och personnummer.

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 kontakta 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 elektronisk lagring/publicering.

ISSN 0283-3468



Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

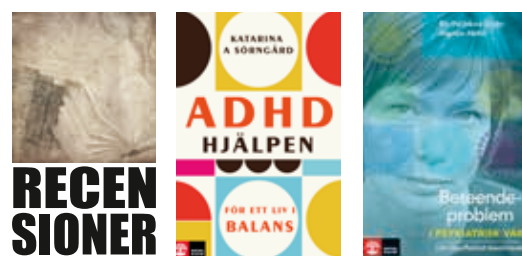
INNEHÅLL

ATT MÖTA KVINNOR
med erfarenhet
av våld

AVSLAPPNINGSRUM i heldygnsvård



BÄTTRE VÅRD med studenter



...sammantaget kan konstateras att viktiga perspektiv belystes under internaten och att ett gediget arbetsmaterial tagits fram att utgå från i det fortsatta arbetet med att möta framtidens utmaningar på området psykisk hälsa...

Mot en aktiv höst!

Sommaren börjar närma sig sitt slut och hösten kommer närmare för var dag. Arbetet med att förbereda de båda konferenserna som PRF ansvarar för under 2016, "Dialog och partnerskap i psykiatrisk omvårdnad" i Göteborg den 15 april och den nordiska konferensen "Narrative Nursing" i Malmö den 14-16 september, kommer att intensifieras under hösten. Under sommaren som varit har PRF:s hemsida blivit hackad och vi undersöker för närvarande möjligheterna att antingen återskapa den hemsida vi haft de senaste åren eller att skapa en helt ny hemsida.

Psykisk ohälsa ett stort och växande samhällsproblem som drabbar människor i olika skeden i livet. PRF har under augusti deltagit vid två internat för dialog och kunskapsutbyte om psykisk ohälsa. Internaten arrangerades av Socialdepartementet och hade fokus på tidiga insatser respektive omfattande behov och genomfördes tillsammans med representanter för patient-, brukar- och anhörigorganisationer. Deltog gjorde också professionsföreträdare, företrädare för myndigheter och verksamhetsföreträdare. Under de båda internaten diskuterades nuläget, utmaningar och framtiden. Sammantaget kan konstateras att viktiga perspektiv belystes under

internaten och att ett gediget arbetsmaterial tagits fram att utgå från i det fortsatta arbetet med att möta framtidens utmaningar på området psykisk hälsa.

Under sensommaren har PRF också gett synpunkter på "Remissvar om förslag till föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende." Även i detta sammanhang påtalar vi att det är viktigt att uppmärksamma behovet av sjuksköterskor med specialistutbildning i psykiatrisk vård och fördjupning i beroendeproblematik vid läkemedelsassisterad behandling och rehabilitering vid opioidberoende.

Ovan beskrivna remissvar och internat är axplock ur PRF:s verksamhet sedan i våras. Föreningens arbete med att värna villkoren för psykisk hälsa pågår oavbrutet. Kom ihåg - ett aktivt medlemskap i Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor är ett viktigt steg till att möjliggöra de förändringar som behövs för att värna om patienters hälsa och sjuksköterskors arbetsförhållanden i den psykiatriska hälso- och sjukvården.

Vi hoppas att snart vara tillbaka på www.psykriks.se. I väntan på detta finns vi på www.narrativenursing.se och i sociala medier.

Jag ser fram emot en aktiv, inspirerande och konstruktiv höst!

ORDFÖRANDE HAR ORDET



HENRIKA JORMFELDT
ORDFÖRANDE, PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN FÖR SJUKSKÖTERS KOR

...psykisk ohälsa är ett stort och växande samhällsproblem som drabbar människor i olika skeden i livet...

Att möta kvinnor

text KARIN ÖRMON karin.ormon@mah.se

med erfarenhet av våld

Många kvinnor som vårdas inom psykiatrisk öppen- och dygnsvård har erfarenhet av våld i nära relation. Karin Örmon, psykiatrisjuksköterska och forskare, skriver här om vikten av att som sjuksköterska i psykiatrisk vård ställa frågor om våld.

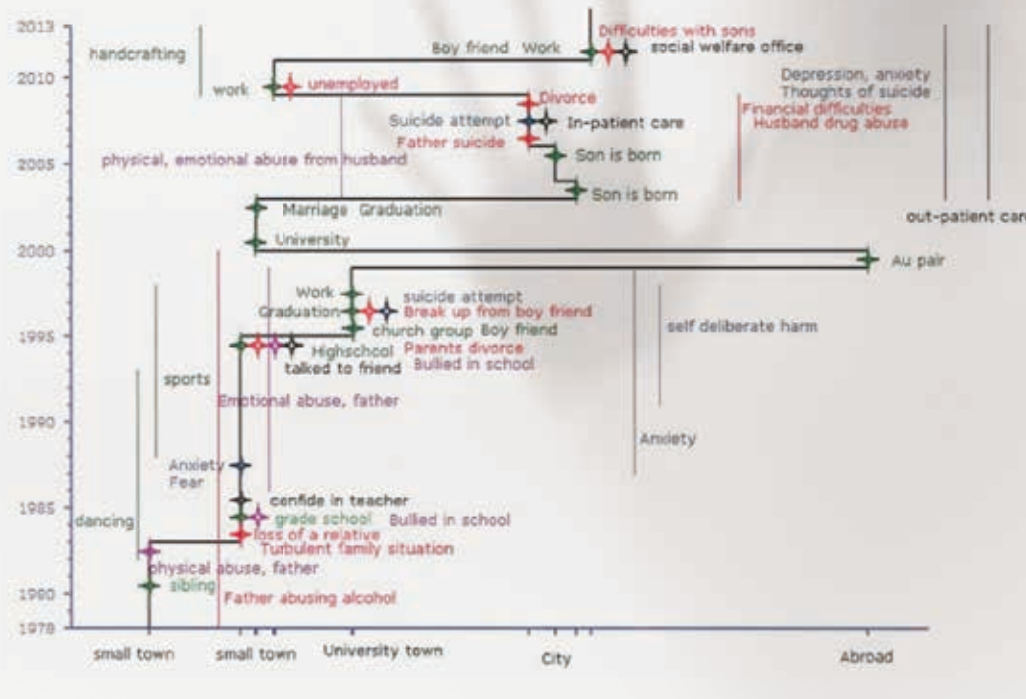
EN AV DE teorier som används för att beskriva konsekvenserna och upptrappningen av våld i nära relation är Normaliseringsprocessen. Normaliseringsprocessen innebär den process i vilket våldet blir ett normalt drag i vardagen och som leder fram till att våldet accepteras och försvars. Våldet är kontrollerat till tid, plats, person och allvarlighetsgrad. Kvinnan blir ofta isolerad vilket innebär svårigheter att bryta och reflektera över sin situation. Förhållandet växlar mellan våld och värme och gränser förflyttas och normaliseras. Slutligen upplever kvinnan att våldet är hennes fel och hon övertar till slut mannens tolkningar av henne. Det är viktigt att psykiatrisjuksköterskor har kunskaper om processen då det påverkar hur och om kvinnorna

berättar om sina erfarenheter. Kvinnor som har normaliserat våldet utgår oftast från att våldet var deras fel eller så bortförklaras våldshandlingarna. Det är inte ovanligt att kvinnorna känner skam och skuld. Kvinnor som inte bearbetat sin utsatthet ser sig inte som misshandlade och det påverkar hur de svarar på psykiatrisjuksköterskornas frågor om erfarenhet av våld. Genom att fråga om erfarenhet av våld kan våldsutsatta kvinnor reflektera över sin situation och uppbrottsprocessen kan då initieras.

Att bli utsatt för våld har stora konsekvenser för kvinnors- och flickors liv. En av konsekvenserna är påverkan på den psykiska hälsan. Forskning har visat att kvinnor som erfart våld i högre grad har depression, posttraumatiskt stressyndrom och självska-



Karin Örmon är doktor i medicinsk vetenskap, psykiatrisjuksköterska och klinisk lektor inom psykiatrisk vård vid Malmö Högskola. Bilden är tagen vid PRF:s årskonferens i Uppsala tidigare i år.



Exempel på grafiskt livsförlopp som kan användas för samtal om våldsutsatthet.

► beteende än kvinnor utan erfarenhet av våld. Åtstörningar, missbruk, suicidförsök samt suicid är också vanligare bland kvinnor som utsatts för våld. Kvinnor med erfarenhet av våld söker också vård i större utsträckning än kvinnor utan våldserfarenhet. Internationell forskning har visat att 1/3 av kvinnorna som vårdades inom psykiatrik öppnen- och dygnsvård har erfarenhet av våld i nära relation. Det indikerar att sjuksköterskor i psykiatriska verksamheter högst troligt träffar kvinnor med erfarenhet av våld.

Goda och icke goda möten

En kvalitativ intervjustudie med nio kvinnor som erfarit psykiskt, fysiskt och/eller sexuellt våld under sitt livsförlopp beskrev både goda och icke goda möten med personal i allmänpsykiatriska verksamheter då man berättat om sina erfarenheter. Kvinnor-

na beskrev en dualitet mellan lidande och tillit, vilket innebar att kvalitén på bemötandet var beroende på vem i personalen de träffade. Kvinnorna beskrev en vårdmiljö som fokuserade på farmakologi och diagnoser. De upplevde att ingen trodde på dem, de blev nedvärderade vilket efterlämnade känslor av skam och skuld. Kvinnorna fick även veta att erfarenheterna av våld inte var prioriterade utan fokus skulle vara på den psykiatriska diagnosen. Samtidigt beskrev samma kvinnor goda möten, då de blev trodda och där personalen tog sig tid att sitta ner och lyssna på deras berättelser av utsatthet. De berättade även hur personalen närmade sig med en känslighet och att de även erbjöd sig att hjälpa kvinnan med vidare kontakter eller att anmäla brottet. En annan kvalitativ intervjustudie med tio kvinnor

med våldserfarenhet visar hur "symptom på våld" felaktigt kan förklaras som symptom i en psykiatrisk diagnos. Kvinnorna som vårdades i en allmänpsykiatrisk kontext beskrev hur de plågades av rädsla, skam, skuld, isolering och behov av att fly med hjälp av alkohol. "Symptom" som även finns vid affektiva tillstånd. De resultaten indikerar ytterligare vikten av att ställa frågor om erfarenhet av våld bland kvinnor som söker psykiatrisk vård.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer, SOSFS 2014:7 föreskrivs att vårdgivaren ska se till att hälso- och sjukvårdspersonalen ställer frågor om våld när ett barn eller en vuxen visar symptom eller tecken som väcker misstanke om att de har blivit utsatta för våld. Om misstanke kvarstår om våld eller andra övergrepp ska personalen undersöka om det

finns barn i familjen och i sådana fall göra en anmälan till socialtjänsten. Personalen ska även informera om möjligheten till vård och omvårdnad från hälso- och sjukvården, stöd och hjälp från socialtjänsten och frivilligorganisationer. Dessutom ska personalen beakta patientens behov av psykisk och fysisk vård.

Då prevalensen av erfarenhet av våld i nära relation är hög bland kvinnor i psykiatriska kontexter rekommenderar Socialstyrelsen dessutom att alla kvinnor i psykiatriska kontexter ska tillfrågas om erfarenhet av våld i nära relation. Även barn som vårdas på BUP ska tillfrågas då det är vanligt att barn som erfarit eller bevittnat våld i familjen upplever psykisk ohälsa.

Så hur ska vi fråga...

Fråga! Våldsutsatta kvinnor berättar ofta inte spontant men

har inget emot att besvara frågor om våld. Det är viktigt att ställa frågor om våld när kvinnan är själv. Ställs frågan när en partner är närvarande kan det förhindra att kvinnan svarar och risken för våld kan även öka. Val av tolk kan vara väsentligt och använd professionell tolkservice. Studier har även visat att kvinnor känner sig tryggare av att svara på frågor om erfarenhet av våld om det finns en tillåtande miljö. Broschyrer och information från kvinnoorganisationer och liknande signalerar att det är en tillåtande miljö att berätta om sin utsatthet. Information från kvinnofridslinjen kan beställas kostnadsfritt. Det är också viktigt att ta sig tid att lyssna och att visa att man tror på kvinnans berättelser. Fråga inte "varför går du inte", och påtala inte att "du klarar dig, du är stark" då det kan öka känslan av skam och skuld. Undvik att fråga om kvinnan varit utsatt för kvinnomisshandel då det är vanligt att kvinnor inte beskriver sig själva som en misshandlad kvinna. Beskrivande och reflekterande frågor är att föredra och kan ställas enligt följande:

"Många kvinnor har upplevt våld i sina relationer och det påverkar hälsan. Jag brukar därför fråga och informera alla."

"Har din partner någonsin slagit dig eller fysiskt skadat dig?"

"Kan du berätta för mig om hur du har det i din relation?"

"Har du blivit tvungen till att göra något om du inte känt dig ok med?"

"Är det ok för dig att träffa vem du vill och när du vill?"

"Är du rädd för din partner?"

Men hur ska jag göra...

Respektfullt och förstående bemötande är avgörande för en bra kontakt mellan den våldsutsatta kvinnan och psykiatrisjuksköterskan. Det är väsentligt att tydligt klargöra att mannen är ytterst ansvarig för sitt beteende samt att tänka på patientens ome-

delbara säkerhet. Har kvinnan någon säkerhetsplan? Det kan innebära att man har någon att kontakta, någonstans att åka och ev. en väska med kläder och liknande. Att informera om att det är en kriminell handling kan vara viktigt för kvinnan och information om polisanmälan kan vara avgörande för kvinnans framtid. Finns det barn i familjen ska anmälan göras till socialtjänsten. Medicinsk vård och behandling samt krisberedning och trygghetskapande åtgärder ska initieras vid behov. Psykiatrisjuksköterskan kan beroende på verksamhet erbjuda uppföljning och kontakt samt ge patienten en lista med tillgängliga stödresurser i kommunen. Vid dokumentation är det betydelsefullt att vara tydlig. Skador kan beskrivas eller fotograferas och det är även väsentligt att inte bara beskriva att kvinnan var rädd, utan även omfattningen av rädslan och hur det påverkat kvinnans liv. Var kvinnan själv vid samtalet? Det kan inte minst vara viktigt vid en rättegång.

"Äntligen äger jag min egen historia"

I mitt avhandlingsarbete har jag använt mig av Tidsgeografi för att grafiskt konstruera våldsutsatta kvinnors livsförlopp. Fokus i tidsgeografi är förflyttningar över ett livsförlopp där geografien är ankare för minnet. På kvinnornas livslinje markerades sociala händelser, stressfulla händelser, erfarenhet av våld och förövar, psykisk ohälsa samt vart de vänt sig för hjälp och stöd. De elva kvinnor som deltog i studien upplevde att "de äntligen ägde sin historia". Det fanns ett terapeutiskt värde i att se sitt livsförlopp. Kvinnorna upplevde att de kunde tydligare förstå varför livet hade blivit så här, de kunde se förklaringar till psykisk ohälsa samt identifiera både positiva och negativa perioder. Genom tillgång till sitt grafiska livsförlopp kan samtal om våldsutsatthet initieras och bearbetning påbörjas.

LÄS MER

■ Socialstyrelsen (2014) **Att vilja se, vilja veta och att våga fråga:** Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet.

■ Socialstyrelsen (2015) **Våld:** Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. (Finns att ladda ner på Socialstyrelsens hemsida, <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinarrelationer>)

■ **Kvinnofridslinjen:** www.kvinnofridslinjen.se (Kostnadsfritt informationsmaterial)

■ Örmon, K., Torstensson-Levander, M., Sunnqvist, C., Bahtsevani, C. (2014) **Vulnerable and without protection:** Lifetime experiences of abuse and its influence on mental ill health. An interview study among Swedish women within general psychiatric care. *Open Journal of Nursing*, 4, 34-41. doi.org/10.4236/ojn.2014.41006.

■ Örmon, K., Torstensson Levander, M., Sunnqvist, C., Bahtsevani, C. (2014) **The duality of suffering and trust:** abused women's experiences of general psychiatric care – an interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15-16), 2303–2312.

■ Örmon, K., Torstensson-Levander, M., Bahtsevani, C., Sunnqvist C. (2015) **The life course of women who have experienced abuse – A life chart study in general psychiatric care.** *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(5), 316-25.

Bättre vård vid självskadebeteende

text BRITT-MARIE LINDGREN

Britt-Marie Lindgren skriver om Nationella självskadeprojektet - ett handlingsprogram för att utveckla kunskapen om vården av unga med självskadebeteende.

ÅR 2009 GJORDE Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en inventering av heldygnsvården. Det framkom då att patienter med självskadebeteende var en grupp som var svår att ge bra vård och att de utsattes för mycket tvångsvård och tvångsåtgärder. I en överenskommelse mellan SKL och regeringen från oktober 2011 så enades man om ett stöd till kommuner och landsting för att utveckla och samordna insatserna för att minska antalet unga med självskadebeteende. Satsningen skulle bestå av ett antal aktiviteter som syftade till att utveckla kunskapen om och vården av unga med självskadebeteende.

Det övergripande målet var att antalet unga med självskadebeteende skulle minska och ett delmål var att minska inläggningarna av unga i slutenvård samt att minska antalet tvångsåtgärder. Ytterligare mål handlade om att utveckla och samordna kunskap kring unga med risk för eller med allvarliga självskadebeteenden och att skapa ett bättre tidigt omhändertagande genom en struktur som bättre tillgodoser dessa personers behov av vård.

Nationella självskadeprojektet är organiserat i en natio-

nell styrgrupp och i regionala kunskapsnoder. Den nationella styrgruppen består av representanter från de olika kunskapsnoderna samt representanter från SKL, Socialstyrelsen och patient- och närstående. Tre kunskapsnoder har etablerats med såväl styr- som utvecklingsgrupper och särskilda projektledare. Skånenoden omfattar Region Skåne, Östergötland, Kronoberg, Jönköping, Kalmar, Blekinge och Halland och leds av David Ershammar. Västra Götalandsnoden omfattar VG-region samt Örebro läns landsting och leds av Lise-Lotte Risö Bergerlind. Stockholmsnoden omfattar Stockholms läns landsting, Uppsala, Sörmland, Gotland, Värmland, Västmanland, Dalarna, Gävleborg, Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten och leds av Clara Hellner Gumpert. De olika noderna har organiserat sitt arbete lite olika och det kan man läsa vidare om på nationella självskadeprojektets hemsida.

Bland uppdragen i överenskommelsen från 2011 fanns bland annat att SKL skulle uppdraga till landstingen att genomföra en förstudie för att sammanställa aktuell kunskap (internationellt och nationellt) och praxis

angående verksam behandling och klinisk inventering rörande självskadebeteende. Studien skulle även innehålla en redogörelse för vilka resurser som finns på området i dagsläget i form av enheter och kunnig personal både i öppen- och slutenvård. En inventering av aktuella utvecklingsaktiviteter skulle också vara en del av studien.

Många aktiviteter

Mängder av aktiviteter har genomförts inom ramen för de olika noderna sedan 2012 och vissa av dem fortsätter även detta år. Aktiviteterna har bland annat handlat om att ta fram kunskapsunderlag om behandling utfall, prevalensmätningar av självskada, i samverkan med SHEDO (Self-Harm and Eating Disorders Organisation) skapa en anhörigutbildning, utbildningsinsatser av olika slag till personal inom hälso- och sjukvård men också en webbutbildning som finns tillgänglig på projektets hemsida, intervjuer med personer med självskadebeteende, framtagande av rekommendationer för insatser vid självskadebeteende osv.

Majoriteten av de aktiviteter som initierats respektive genom-

förts inom ramen för respektive nod kommer även resten av projektet tillgodo på nationell nivå. Det sker till exempel genom produktion och underhåll av hemsidan, den webbaserade utbildningen som distribueras via hemsidan, prevalensmätningarna, satsningen för att identifiera och om möjligt hämta data ur befintliga register, inventering om utmaningar i slutenvården, utvärdering och implementering av behandlingsmetoderna ERGT (Emotion Regulation Group Therapy) och ERITA (Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents) m.m.

Specialiserade enheter

Ett av nationella självskadeprojektets uppdrag är också att stötta huvudmännen i att utveckla bättre insatser och vårdformer för de med allvarliga självskadebeteenden och allra störst behov av heldygnsvård. Enligt en arbetsgrupp som undersökt förutsättningarna för att skapa en högspecialiserad vårdenhet för denna patientgrupp så handlar det om ca 50-70 personer i hela riket. Arbetsgruppens förslag innebär att det skulle inrättas två högspecialiserade heldygnsvårdsenheter som ska kunna ta emot

personer från hela landet samt även ha en utåtriktad verksamhet som omfattar konsultationer, handledning och fortbildning för hemlandstingen och kommunerna. Den vård som ska erbjudas på enheterna ska kännetecknas av en helhetssyn på vårdtagarens behov, vårdtagarens och närståendes delaktighet, tillräcklig vårdtid (månader) där ett långsiktigt perspektiv på rehabilitering och ökad funktionsnivå står i centrum samt en omfattande och intensiv samverkan med vårdgivare på hemorten (landsting och kommun). Vårdinnehållet ska individualiseras för varje enskilt fall och den behandling som erbjuds ska omfatta såväl psykologiskt arbete (individuell terapi och/eller grupperapi) som miljöterapeutiska interventioner som t ex beteendeaktivering, färdighetsträning, andra ändamålsenliga aktiviteter. Vid etablering av de högspecialiserade enheterna behöver stor vikt läggas på rekrytering av lämpliga personer för just den här vården. Vårdmiljön ska erbjuda småskaliga avdelningar med några få vårdplatser på varje. Den ska vara trygg och ge trygghet för alla som vistas där. Arbetsgruppen föreslår att den ligger i anslutning till annan psykiatrisk verksamhet i någon medelstor stad.

Nya SBU-rapporter

Nationella självskadeprojektet har också uppdragit åt SBU att ta fram två kunskapsöversikter. Den ena rapporten handlar om patientsupplevelser vid självskadebeteende och den andra rapporten handlar om skolbaserade program för att förebygga självskadebeteende hos barn och ungdomar. SBU-rapporterna publiceras i månadsskiftet augusti/september så när detta läses har publiceringen av rapporterna genomförts.

Utifrån min horisont så måste jag nog säga att de pengar som satsats i projektet får anses vara väl investerade. Otroligt mycket har åstadkommit i de olika noderna och samarbetet med de olika brukarorganisationerna har bidragit med viktig erfarenhetskunskap. Det ska bli intressant att följa utvecklingen av högspecialiserade enheter och se vilket/ vilka landsting som visar intresse för att starta en sådan.



LÄS MER

■ Det finns väldigt mycket material att ta del av på projektets hemsida för er som är intresserade: www.nationellasjvalvskadeprojektet.se

■ SBU-rapporterna finns att läsa via SBU:s hemsida: www.sbu.se

Avslappningsrum i heldygnsvård

text ANNA BJÖRKDAHL

Anna Björkdahl, psykiatrisjuksköterska och forskare på Stockholms läns landsting skriver om projekt Lugna rummet som handlar om sinnesstimulerande avslappningsrum i psykiatrisk heldygnsvård.



Anna Björkdahl är psykiatrisjuksköterska, med. dr. och ledare vid utvecklingscentrum, Centrum för psykiatrforskning, Stockholms läns landsting. Foto: Elisabeth Edén.

SINNESSTIMULERANDE RUM

INOM just psykiatrisk heldygnsvård är förhållandevis nytt. I Sverige har sådana rum, med få undantag, inte tidigare prövats eller utvärderats systematiskt. I litteraturen används olika begrepp såsom "comfort room", "sensory room", "multisensory room" etc. för beskrivningar av likartade rum. I kliniska rapporter beskrivs hur den multisensoriska miljön kan vara aktiverande eller lugnande och riktas mot syn, doft, hörsel, känsel och smak. Rummet är vanligtvis men inte alltid beläget inne på en avdelning och kan omfatta inredning som till exempel olika typer av belysning, fotografier, målningar, aromatiska oljor, musikspelare, video, datorer, böcker, spel, tyngdtäcken, bekväma möbler, madrasser och kuddar. I rummet kan patienter välja bland olika typer av sinnesstimuli och när och hur länge de vill stanna. Syftet med sinnesstimulerande rum är dock i samtliga fall att erbjuda patienter en plats för avslappning och avkoppling, att minska



Illustration: Lotta Glave.

stress och att stödja patienter att utveckla egna lugnande eller aktiverande strategier.

Frånvaron av vetenskaplig systematisk utvärdering gör det inte möjligt att dra några generaliserbara slutsatser om effekterna av sinnesstimulerande rum. Med något undantag har publicerade studier en enkel deskriptiv, hypotesgenererande design som omfattar data från enstaka avdelningar. Resultaten pekar generellt mot att sinnesstimulerande rum kan minska stress och aggressivitet hos patienter och bidra till ökat välbefinnande och

minskad förekomst av tvångsåtgärder.

Projekt Lugna rummet

Mellan 2011-2014 var jag projektledare för "Projekt Lugna rummet", som drevs inom ramen för det så kallade Parasollprojektet i Stockholms läns landsting. Syftet med projekt Lugna rummet var att introducera och utvärdera sinnesstimulerande avslappningsrum i psykiatrisk heldygnsvård. Målet var att sammanställa patienters och personals upplevelser och erfarenheter samt genomföra en kartläggning över patientbesök i rummen. Ytterligare ett viktigt mål var att kontrollera att rummen inte medförde en risk för patienternas säkerhet eller psykiska hälsa och välbefinnande.

Totalt upprättades "Lugna rummet" på tio olika heldygnsvårdsavdelningar i Stockholm som anmält intresse att delta i projektet. Avdelningarna omfattade allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, psykiatrisk intensivvård, psykosvård och rättspsy-

...Lugna rummet skulle vara ett stöd och en tillgång för så många patienter som möjligt...



Kedjetäcke. Foto: Anna Molander.

kiatri. Två enheter hoppade av olika skäl av projektet efter en tid medan de återstående åtta valde att fortsätta att driva sina rum även efter projektavslutet. Implementeringsstrategin fokuserade på förändringsarbetet som en social process. Detta omfattade att engagera chefsjuksköterskan och minst två särskilt ansvariga på varje avdelning som utbildade och entusiasmerade medarbetarna. De särskilt ansvariga från de olika avdelningarna utbytte erfarenheter och uppdaterade sina kunskaper på regelbundna gemensamma seminarier och i en blogg.

Vi valde att använda följande stimuli i rummen:

AVSLAPPNING: vilfätölj med fotboll

Syftet med fätöljen var att kunna koppla av och slappna av i kroppen och därmed få en grundläggande förutsättning för att ta in övrig lugnande stimuli.

SYN: fototapet och ljusdimmer

I rummet fanns en fototapet i vinkel som visade en ljus skog. Belysningen bestod av ett dagsljussken där patienten kunde reglera önskad ljusstyrka med en dimmer.

KÄNSEL: bolltäcke och kedjetäcke

Två olika tyngdtäcken fanns tillgängliga i rummet: bolltäcke och kedjetäcke. Tyngden och bollarnas eller kedjornas oregelbundna tryck mot kroppen kunde ge behagliga och lugnande effekter och "bädda in" patienten i vilfätöljen.

HÖRSEL: musikspelare

Det fanns en MP3 spelare i en högtalardocka där patienten kunde välja ljud och musik. Det fanns ljud från naturen som skogens sus med fåglar eller havsvågor och olika sorters avslappnings-

musik. Patienten kunde också välja att ta med valfri musik själv i egen spelare.

DOFT: doftoljor

Patienten kunde välja att ta med en frottélapp med en droppe doftolja gjord från lavendel, citron, ros eller tall. Patienten reglerade doftens intensitet genom att hålla tyglappen nära eller längre bort ifrån näsan.

Lugna rummet skulle vara ett stöd och en tillgång för så många patienter som möjligt utifrån individuella förutsättningar och ses som ett slags behandlingsrum för patienternas känslomässiga egenvård. Rummet kunde användas för att förebygga och hantera illabefinnande men även för att ge njutning och ökat välbefinnande utan att det behövde finnas något aktuellt problem.

Lugna rummet hade grundläggande regler och rutiner men det var ändå viktigt kunna tänka om i den enskilda situationen för att så långt det gick inte exkludera patienter som vill använda det. Rummet kunde användas spontant när behov uppstår eller genom att boka tid i förväg på en bokningslista. Vi valde att inte inkludera mer aktiverande eller interaktiva stimuli i rummet, t.ex. målarfärger, massagestol, bildspel, video etc. Lugna rummet var tillgängligt för patienter dygnet runt vilket innebar att även nattpersonalen varit engagerade i projektet. Personal har inte fått använda rummet. Försök i andra länder har visat att patienter då kan uppfatta rummet som personalens rum, även om detta inte sägs, och blir osäkra och rädda för att "inkräkta" genom att be om att få besöka rummet.

Säkerheten viktig
Patientsäkerheten har varit viktig i projektet. Patienter har i de flesta fall själva fått välja om ▶



Musikspelare. Foto: Anna Molander.

► de vill vara i rummet själva eller i sällskap av en personal och de flesta patienter har då valt att vara själva. Lugna rummet har omfattas av brandskydd, överfallslarm, inga sladdar har funnits och draperierna har varit uppsatta för att inte tåla belastning. För patienter som ute på avdelningen haft extra tillsyn eller vak har detta också gällt i rummet. I grundrutinen har det ingått att informera patienter om att personal kommer att titta till dem ca var 15 minut om inget annat överenskommit. Detta har dels varit av säkerhetsskäl men framför allt för att vid behov kunna erbjuda patienten stöd. För att rummets sinnesintryck ska få en lugnande effekt har patienter som varit känslomässigt och beteendemässigt mycket uppvarvade och som haft svårigheter i det akuta skedet att

hantera plötsliga impulser, ombeds att vänta med att använda rummet tills de känt sig något mer stabila. Samtidigt har vi haft exempel på hur patienter kunnat bryta sådana svåra beteenden just i Lugna rummet tillsammans med erfaren personal.

Erfarenheter

Erfarenheter från de tre år som Lugna rummet använts på avdelningarna har pekat på ett antal "måsten" för att rummen ska fungera så bra som möjligt:

- Det ska alltid vara frivilligt för patienten att välja att använda Lugna rummet.
- Rummet ska vara tillgängligt för patienter dygnet runt.
- Det ska alltid vara rent och fräscht i rummet.
- Patienter ska inte behöva "presteras" någonting för att få tillgång till rummet. Tillgång eller

nekande av tillgång till rummet får aldrig användas som en "valuta" för att motivera patienten till något.

- Rummet ska vara låst när ingen är där.
- Patienter använder rummet en och en men kan välja om en personal eller närstående ska vara med som stöd.
- Rummet ska vara "heligt" för sitt ändamål och inte användas för samtal, grupper, arbetsterapi, överbeläggning eller annat.
- Rummet är endast för patienter.
- Ett Lugna rummet som inte sköts och används på ett riktigt sätt bör avvecklas.

Under projektiden har vi har sett att det finns flera faktorer som bidrar till att rummet fortsätter att fungera bra över tid.

- Något av det viktigaste är att

ledningens på avdelningen, t.ex. chefsjuksköterskan och överläkaren regelbundet efterfrågar resultat och effekter och tydliggör för personal från alla yrkeskategorier hur rummet ska användas för bästa nytta för patienterna.

■ Enligt personalen på avdelningarna blev det tidigt tydligt att personalens engagemang hade en avgörande betydelse för hur mycket patienterna använde Lugna rummet. När avdelningar gav hög prioritet till att informera patienter om rummet, visade hur det fungerade och gav stöd, ökade intresset hos patienterna. Om en sådan prioritet av någon anledning inte kunde göras så minskade patienternas intresse och användande av rummen.

■ Det är positivt om det regelbundet sätts upp statistik på hur mycket rummet använts och hur patienterna har skattat t.ex. sitt välbefinnande när de använt det eller annan form av visuell feedback.

■ Det är viktigt att hela tiden se till att rummet är rent och fräscht och att försvunna eller trasiga saker byts ut så fort som möjligt. Det är viktigt att rummet inte blir stående en längre period utan full funktionalitet. Under hela projektiden har det varit mycket ovanligt med stölder eller att saker på annat sätt kommit bort. Det har inte förekommit någon form av vandalisering och slitage har under omständigheterna varit begränsat.

■ Det bör finnas relativt täta och regelbundna forum där personal får berätta om patienters vistelser i rummet som de särskilt tagit intryck av och även om det uppstått problem eller förbättringsidéer kring rummet. Detta omfattar även nattpersonalen som har en viktig roll i driften av rummet.

Ökat välbefinnande

Rummen har under projektiden använts dagligen eller flera

gånger i veckan. En majoritet av patienterna har använt flera olika sinnesstimuli och stannat i rummet mer än trettio minuter. Hälften av besöken har skett dagtid och hälften har varit jämnt fördelat över kvälls- och nattetid. Ingen stor skillnad har setts i besökens karaktär mellan kvinnor och män eller mellan patienter från olika diagnoskategorier.

Patienters självskattning av välbefinnande före och efter besök i rummen med hjälp av en VAS-skala, har visat att 84 % upplever ett ökat välbefinnande efter besök, 12 % upplever oförändrat välbefinnande och 4 % ett minskat välbefinnande. Inte heller detta har skilt sig avsevärt mellan kvinnor och män eller mellan olika diagnoskategorier. Patienter har i skriftliga utvärderingar och intervjuer beskrivit positiva effekter av Lugna rummet på känslomässigt tillstånd, fysisk avslappning och kognitiv funktion. Inga allvariga negativa händelser, såsom suicidförsök, allvarlig självskada, aggressionsutbrott eller vandalisering har inträffat i något av rummen under projektiden.

Patientcitat

"Jag överraskades av att det var så effektivt. Jag trodde väl att det skulle vara trevligt och så men det funkade för mig, jag slappnade av. Jag var där långa perioder, två timmar i sträck."

"Om jag ville kunde personal vara där men om jag ville pröva ensam så fick jag det också. Jag valde att vara ensam och det gick väldigt bra. Jag ville vara ensam för att jag ville pröva det, jag ville klara av det själv."

"Det har en otroligt lugnande effekt."

"Det var vacker musik som "öppnade upp", jag blev avslappnad,

kom även i kontakt med en räddslag jag bär på. Det var positivt att göra detta."

"Mycket bra medel för avslappning, tankesortering och meditation."

"Jag kände mig utvilad efteråt men av någon konstig anledning kände jag mer ångest."

"Mycket ångest och spänningar i ryggen, illamående. Det gick inte över."

Förvånad personal

Personalen fick beskriva förhoppningar och farhågor inför att starta upp Lugna rummet.

Många uttryckte att Lugna rummet representerade för dem något spännande och nyskapande inom psykiatrisk vård och att de hoppades att införandet skulle föra med sig nya attityder och ge patienter nya möjligheter i den dagliga vården på avdelningen. Vissa beskrev farhågor om att rummet inte skulle bli så mycket använt eftersom patienterna uppfattades vara alltför sjuka eller att de skulle vara ointresserade. Man var också rädd att personal som var negativt inställda till Lugna rummet skulle på ett negativt sätt påverka patienters intresse för att använda rummet. Kanske patienterna inte skulle tycka om rummet, att de skulle kunna bli klaustrofobiska, att rummet skulle skräpas ner eller bli vandaliserat eller att saker skulle bli stulna.

Efter projektets avslut har personalen beskrivit sin erfarenhet av att arbeta med Lugna rummet i hög grad positivt. Rummet har fungerat som en "fristad" för patienter som vill slappna av och vara ifred och den positiva effekten på många patienter har ibland förvånat personalen. Personalen har uppfattat att patienternas självbestämmande

...Jag kände mig utvilad efteråt men av någon konstig anledning kände jag mer ångest...

vid besöken i rummen bidragit till en utveckling av känslomässig egenvårdsförmåga och balans. Rummen har också av flera uppfattats bidra till en förbättrad vårdmiljö på avdelningen i stort.

Personalcitat

"Patienter som inte sovit på flera dagar har somnat i lugna rummet. Patienter som är uppvarvade på bristningsgränsen har kunnat slappna av."

"Det är ett verktyg som patienterna själva kan använda för att lindra sin ångest, och det stärker känslan av att inte vara beroende av andra och av mediciner."

"Vår avdelning är ganska liten till ytan. Lugna rummet har blivit som en "ventil", en fristad som vi saknat."

"En orolig patient som i vanliga fall hade bältats, blev lugn och mätte jättebra efter 45 minuter i rummet tillsammans med en skötare."

En intressant fråga efter den utvärdering som vi gjort, är den om Lugna rummets verkningsmekanismer. Vad är det som ger den positiva effekt på välbefinnande som många patienter och personal har beskrivit? Är det till exempel:

- Att hjärnan får aktivt lugnande sinnesstimuli från syn-, hörsel-, känsel- och doftintryck?
- Att få vara ifred på en kanske stökig avdelning?
- Att få bestämma själv?
- Att det är något nytt och annorlunda?
- Att personalen är positiv?

Även om många frågor kvarstår så ser framtiden lovande ut för sinnesstimulerande avslappningsrum inom den psykiatriska helldygnsvården. Intresset för projekt Lugna rummet har varit stort och i Stockholms psykiatri går vi vidare med möjligheter för fler enheter att starta upp. Liknande initiativ har tagits inom andra landsting och vi ser fram emot att tillsammans utveckla detta kunskapsområde vidare.

LÄS MER

■ För den som vill läsa **projektutvärderingen** i sin helhet kan den laddas ner på: <http://www.e-magin.se/paper/vph1390d/paper/1> eller så kan den beställas i tryckt version genom att kontakta: annika.dahlback@sll.se

Det går också bra att kontakta Anna Björkdahl: anna.bjorkdahl@sll.se



Niklas Andersson är fil.dr. i vårdvetenskap, universitetslektor och didaktisk ledare, vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Telefon: 033-435 43 52 E-post: niklas.andersson@hb.se.

Bättre vård med studenter

text NIKLAS ANDERSSON

I början av april disputerade psykiatrisjuksköterskan Niklas Andersson. Här skriver han om sin forskning som visar hur studenters närvaro bidrar till en bättre psykiatrisk vård.

ATT SJUKSKÖTERSKESTUDENTER GES möjlighet att genomföra sin verksamhetsförlagda utbildning, praktik, på psykiatriska kliniker tycks påverka patienternas hälsa och tillfrisknande positivt. Studenternas närvaro tycks medföra positiva konsekvenser även för ordinarie omvårdnadspersonal. Det visar en ny avhandling från Linnéuniversitetet, Växjö, i samarbete med Högskolan i Borås.

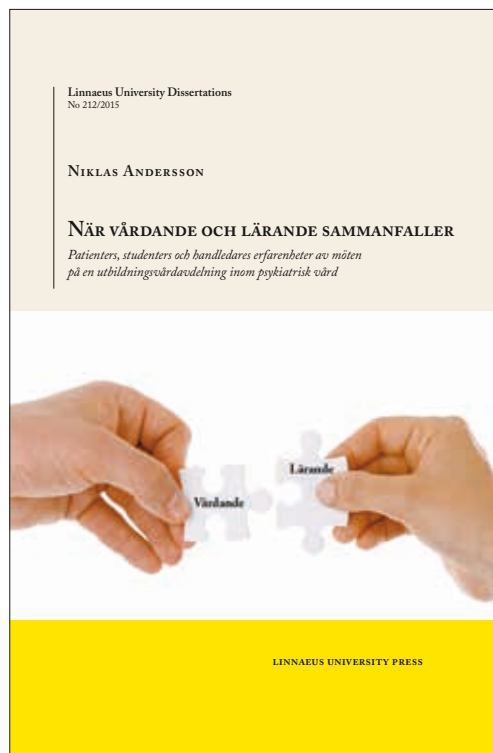
Jag som skrivit denna avhandling heter Niklas Andersson och har dels efter 10 års arbete som psykiatrisjuksköterska i Västra Götalandsregionen, och sju år som universitetslärare nyss doktorerat. Det som jag studerat i min avhandling är hur studenters lärande påverkar den vård som patienter erhåller när de är inlagda inom psykiatrisk heldygnsvård. Jag har även studerat vilken typ av handledande stöd som krävs för att gynna såväl ett bra lärande som en god omvårdnad. För att få klarhet i detta har intervjuer, observationer och dagboksbeskrivningar genomförts med studenter, patienter och handledande sjuksköterskor. Deras berättelser handlar om hur det är att vårda i ett lärande

syfte, att vårdas av studenter samt hur det är att handleda studenter i att vårda. Berättelserna har sedan analyserats enligt en forskningsmetod, vilken är utvecklad av Karin Dahlberg, Helena Dahlberg och Maria Nyström för att studera vårdande och hälsa. Resultatet innehåller en del intressanta områden.

Studenter vill lära

Det som är mest framträdande i forskningsresultatet är hur patienter upplever att det är att vårdas av studenter. Psykisk ohälsa och lidande kan innebära såväl tappad livsgnista som känslor av meningslöshet. Att i detta sammanhang vårdas av studenter kan innebära att vara både utsatt och sårbar. Det kan också infinna sig förväntningar och krav att patienterna måste finnas till hands för studenterna. På detta sätt finns både hälsomöjligheter och risker. Det förefaller dock som att möjligheterna överväger. Patienterna tycks vara väl medvetna om riskerna, studenter är ju inte färdigutbildade. Praktikperioden sker under studenternas fjärde termin (utbildningen är sammanlagt på sex terminer).

Studenterna är nyfikna, de ställer frågor och vill veta, patienterna får berätta vilket blir vårdande. Patienter tycks föredra att samtala med studenter eftersom de är motiverade, vill lära sig vårda och tycks då vara beredda att lyssna när patienterna berättar. Det tycks finnas en stor förståelse bland patienterna och de tar ett stort ansvar för att hjälpa studenterna i att lära sig vårda. Ur ett patientperspektiv tycks det helt enkelt vara så att man föredrar att samtala med studenter, som inte vet och kan, men som vill lära sig, hellre än att prata med någon som tror sig kunna! Efter som samtal är den viktigaste och vanligaste vårdaktiviteten inom psykiatrisk vård så sammanfaller här vårdande och lärande på ett positivt sätt. Det blir en stark närvaro i mötet, studenterna har tid för längre möten och olika aktiviteter, på ett sätt som den ordinarie omvårdnadspersonalen inte tycks ha. På så sätt erbjuder studenternas närvaro patienterna en extra guldkant i en daglig tillvaro på avdelningen, som annars kan präglas av en stark ohälsa, lidande och dessutom en långsam tristess. I forsknings-



▶ resultatet framträder även en annan intressant aspekt. Det tycks finnas ett ömsesidigt samspel mellan studenter och patienter. Båda parter är i ett maktunderläge mot omvårdnadspersonalen, båda blir på olika sätt bedömda. Patienter blir bedömda utifrån sin hälsa och sjukdom, studenter blir bedömda vad gäller vårdande förmåga och lärandebehov. Här tycks studenter och patienter ömsesidigt kunna stödja och stärka varandra genom att ta del av varandras berättelser. Som redan nämnts kan psykisk ohälsa och sjukdom innebära en försvagad livslust. Det förefaller dock som att patienter kan hämta kraft i studenternas motivation och engagemang i att lära sig vårda.

Frånvarande handledare

Som student kan det vara svårt att komma till den akuta psykiatriska heldygnsvården. Studenter har berättat hur de i samtal med patienter känt sig osäkra och rädda. Här var behovet stort efter en närvarande handledare som kunde skapa trygghet. Studenterna var helt enkelt rädda för att de skulle säga något fel som skulle få patienten att må ännu sämre, ja till och med att ta sitt liv. Tyvärr visade det sig att handledaren till och från var frånvarande, vilket skapade ensamhet med både frustration och besvikelse som följd. Det hela innebar att studenten fick ta egna initiativ till att möta patienterna. Istället för handledande stöd fick här studenterna använda sig av sina egna kraft- och inspirationskällor såsom motivation, nyfikenhet och omsorg om patienten. När studenterna satt i samtal med patienter visste de inte vad, när eller hur de skulle säga något. De valde då att istället vara tysta och lyssna på patienternas berättelse om hur det är att leva med

psykisk ohälsa och sjukdom. Att någon lyssnat på djupet på detta sätt har varit en stor vinst för både patienten och studenten. Ur ett studentperspektiv visade det sig här att patientmöten fick ersätta handledningen. Det var i patientmötet som studenterna hittade trygghet och gemenskap, vilket öppnade dörrar till att lära sig vårda.

Att vara handledande sjuksköterska inom psykiatrisk heldygnsvård upplevs många gånger som en svår konst. Uppdraget handlar om att kunna förena studenters lärandebehov med patienters vårdbehov i en miljö som ofta är präglad av stress och krav på prestation. Här finns upplevelser av både tidsbrist och frustration över att inte räcka till. Handledning av studenter sker alltid på vårdandets villkor, det vill säga att det är alltid patienters hälsa och vårdbehov som styr. Patienters hälsa förändras ständigt, vilket gör att det är svårt att planera studenters lärande. Samtidigt gör denna oförutsägbarhet att handledningsuppdraget känns både spännande och utmanande. Mycket tycks handla om att lära känna, såväl studenters vårdande förmågor och lärandebehov som patienters vårdbehov. Det hela syftar till att bedöma och värdera om studenter och patienter självständigt ska kunna mötas. Trots att handledningsuppdraget tycks vara påfrestande framkommer också andra mer positiva sidor. Genom att handleda motiverade och nyfikna studenter som ständigt ställer frågor ges de handledande sjuksköterskorna möjlighet att själv få nya kunskaper, vilket ses som ytterst värdefullt.

Möjligheter och hinder

När studenter genomför sin verksamhetsförlagda utbildning inom psykiatrisk vård finns både

hinder och möjligheter, vilka påverkar såväl studenter som patienter och handledande sjuksköterskor. En bra omvårdnad och ett gott lärande tycks sammanfalla när studenter och handledare har en strävan att vilja veta mer om patienten. Detta sker genom att lyssna på patienters berättelser om hur det är att leva med psykisk ohälsa och sjukdom. På så vis visar patienters berättelser vägen till både en bra patientvård och ett gynnsamt lärande.

Jag anser att avhandlingens resultat tydligt visar att studenter och patienter bär på liknande frågor och kan söka svaren tillsammans. Tyvärr finns fortfarande en gammal kultur i psykiatrisk vård där lärande och vårdande hålls isär. Konsekvenser av detta blir att aktiviteter som handlar om studenters lärande inte inkluderar patienters närvaro. Sjuksköterskor borde, efter samtycke, kunna leda möten med flera patienter och studenter kring hur det är att exempelvis leva med depression.

Patienter, studenter och handledare har alla en strävan efter delaktighet och de bär ett ansvar för varandra. Detta borde



handledande sjuksköterskor kunna dra nytta av när de handleder studenter. Jag vill och önskar att denna avhandling ska inspirera till att skapa mötesplatser där studenters, patienters och handledares vårdande omtankar och

reflekterande eftertankar kan mötas och förenas.

Om vårdande lärs ut och lärandet vårdas på detta sätt finns god möjlighet för både en bra patientvård och ett gynnsamt lärande för studenterna.

”Den som vill lära sig vårda, kan växa och bli stor.

Genom att få veta, var hälsa och lidande bor.

För den som vill lära om livet, och som har valt slitstarka skor, är chansen att vårdande och lärande sammanfaller, tämligen stor.

Det som krävs är att använda sitt mod och våga titta in, för att begrunda och upptäcka något, innanför sitt skinn”.

Dikt av Niklas Andersson, med inspiration av Olle Ljungström

LÄS MER

För vidare läsning rekommenderas:

■ Berglund, M. & Ekebergh M. (red.). **Reflektion i lärande och vård – en utmaning för sjuksköterskan**. Lund: Studentlitteratur.

■ Gidman, J. (2012). **Listening to stories Valuing knowledge from patient experience**. Nurse education in practice. Vol. 13, (3). 192-196.

■ Mossop, M. & Wilkinson, T. (2006). **Nursing education in gerontological clinical settings: What do elderly patients think of student-rendered care?** Journal of Gerontological Nursing 32, (6).49-55.

■ Silén, C. & Bolander Laksov, K. (red.) (2013). **Att skapa pedagogiska möten i medicin och vård**. Lund: Studentlitteratur.

Kultursensitiv PSYKIATRISK VÅRD till samer

text och foto CHRISTINA RESLEGÅRD



Psykisk ohälsa är vanligt bland samer samtidigt som bemötande och kompetensen i primärvård och psykiatri upplevs som bristfällig. Christina Reslegård skriver om en lärorik studieresa till norska Finnmark och Samiskt Nationellt Kompetenssenter.

I JÄMTLANDS LÄN finns flera samebyar med sydsamisk befolkning. I mötet med psykiatrisk vård inom primärvård eller specialistpsykiatri har den samiska minoritetsbefolkningen ofta känt sig missnöjd. Man har tyckt att förståelsen för det samiska sättet att leva och kunskapen om den samiska kulturen varit bristfällig hos dem man möter. Studier har också påvisat att psykisk ohälsa bland samer är mycket vanligt särskilt bland rensköttande unga män. Självmordsproblematik och missbruk/beroende anses vanligt förekommande.

Sedan januari 2015 har Region Jämtland Härjedalen ett samarbetsavtal med SANKS som gäller samer i alla åldrar. SANKS är ett SAMiskt Nationellt Kompetenssenter i Norge. Avtalet innebär att vi kan få handledning via videolänk, utbildning i kulturförståelse samt möjlighet att konsultera, auskultera och remittera samiska patienter dit för slutenvård.

ST-läkare inom psykiatri kan göra delar av sin utbildning på SANKS. SANKS har sitt huvudsäte med psykiatrisk vård i Finnmark, i Laxelv och Karasjok. Laxelv ligger cirka 65 mil nordost om Tromsø, 19 mil söder om Nordkap. Finnmark är det nordligaste av Norges fylken. Det gränsar mot Finland och Ryssland. SANKS har också verksamhet på andra ställen i Norge, på det man kallar utekontor och som finns i Oslo, Snåsa, Bodø och Tysfjord. Där ger man behandling, rådgivning, handledning, undervisning och information. SANKS har ett distriktsansvar, det vill säga man har ansvar för hela befolkningen, men man har ett särskilt ansvar för den samiska befolkningens psykiska hälsa. Man tar emot samer från hela Norge och numera alltså också samer från Sverige.

Man tar emot samer från hela Norge och numera alltså också samer från Sverige.

Studieresa

Tillsammans med mina arbetskamrater från primärvårdens psykosociala enheter fick jag i

mars 2015 möjlighet att göra en studieresa till SANKS i Finnmark.

Laxelv är en tätort på fjordstranden som byggdes upp efter andra världskriget. Här hade tyskarna byggt en stor flygplats som blev startpunkten för tätortens utveckling. På SANKS i Laxelv finns allmänpsykiatrisk vårdavdelning och vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning inklusive akutteam. Här behandlas ångest, depression, personlighetsstörningar, psykos och beroendeproblematik. All vård är på frivillig basis och den tvångsvård som är nödvändig bedrivs i Tromsø. Man samarbetar med patienternas hemkommuner

och med NAV, som är den norska motsvarigheten till Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Öppenvårdsmottagningen har remisstväg. Till Akutteamet hänvisas personer med psykos, suicidrisk, trauma och livskriser. Akutteamet reser på planerade hembesök runt om i Finnmark.

Karasjok, sju mil söder om Laxelv, är en ort med dominans av samisk befolkning. Här bedriver SANKS vård för barn, ungdomar, unga vuxna samt missbruksbehandling. Inom ett par år kommer också verksamheterna i Laxelv att flyttas till Karasjok. I Karasjok finns för närvarande BUP för barn och ungdomar från 0 till 18 år. Remisser kommer från läkare eller "barnevaernet". Problematiken kan handla om anknytning, relation, och samspel inom familjen, ätstörningar, ångest eller nedstämdhet. BUP har ett mobilt team som erbjuder intensiv behandling under en kortare tid.

I Karasjok finns även UPA (Ungdomspsykiatrisk avdelning) för ungdomar mellan 13 och 18 år. Vanliga problem som ungdomar vårdas för är ångest, depressioner, OCD, självskadande beteende, psykos, bipolära tillstånd, beroende och självmordsproblematik. I behandlingen läggs fokus på miljöterapi. Vårdavdelningen samarbetar under vårdtiden med ungdomens familj, skola, hemkommun och remitterande instans. PUT (Samiskt ungdomspsykiatriskt team) vänder sig till personer i åldern 15-30 år, med inriktning främst på självmords- och beroendeproblematik. Remiss behövs inte, ungdomar kan själva ta kontakt. Familj, vänner, lärare eller distriktssköterskor kan också förmedla kontakt. Familjeavdelningen tar emot familjer där problematiken handlar om svårigheter med samspel och samarbete. Behandlingen erbjuds när polikliniska insatser inte har medfört önskvärda förändringar. Behandlingstiden är fyra veckor och man kan ta emot två familjer samtidigt. Man har skola för barnen och familjerna bor i egna lägenheter. Närhet till natur och fokus på kultur är en viktig del av behandlingen. I Karasjok har SANKS även en FoU-enhet som främjar forskning och utvecklingsarbete gällande kultur och psykiatri, inom och

utom SANKS:s område, och som samordnar forskningsmiljöer nationellt och internationellt.

Finnmarkskliniken ligger strax utanför Karasjok och bedriver beroendevård både i slutenvård och öppenvård. Behandlingen är en frivillig korttidsbehandling om tre månader med möjlighet till uppföljning under två år. Behandlingen är inriktad på miljöterapi och man erbjuder motiverande samtal, ett kultursensitivt perspektiv, mentaliseringsbaserad terapi, kognitiv terapi, gruppbehandling, individuella samtal och fysisk aktivitet. Man tar emot patienter med alkoholproblem, narkotikaproblem, läkemedelsmissbruk, blandmissbruk samt spelberoende.

Ökad kunskap

Vad fick vi då med oss efter våra fyra dagar i Finnmark? Vi fick verkligen ökad kulturförståelse och kunskap. Kanske mest kunskap om hur lite kunskap vi har kring en ursprungsbefolkning som finns så nära men ändå så långt borta. Så lika men ändå så olika. Vi lärde oss också att det finns många olika samiska grupperingar. Sjösamer har inte samma omständigheter som rensköttande samer. Norska samer har en starkare ställning i samhället än svenska samer. Norska samer har större vetorätt mot ingrepp i deras landområden (t. ex. gruvdrift). Nordsamer har inte samma konflikter med markägare som sydsamer.

I Norge är det inte tillåtet att registrera människor efter etnicitet. Efter kriget stiftades stränga lagar i Norge för att förhindra etnisk diskriminering. Det betyder att man på SANKS inte frågar efter om människor är samer eller inte. Man frågar istället vilka språk man talar eller vilka språk som föräldrarna talar. På det sättet kan man finna det samiska ursprunget. Flera generationer har hållit sin samiska tillhörighet i skymundan av tvång och/eller ovilja att anpassa sig till nationalstaten (storsamfunnet). Detta innebär bland annat att språket varit på väg att dö ut. Att samiska barn tidigt lämnat familjen för att gå på internatskola har påskyndat "språkavvecklingen". Bland personalen inom SANKS finns idag bara några få medarbetare med samiska språkkunskaper.



...vi fick verkligen ökad kulturförståelse och kunskap...

Att lära nytt om samisk ohälsa är en process och kräver återkommande fortbildning.

Vilka kulturella och sociala skillnader kan man generalisera kring när det gäller samisk befolkning? Kanske egentligen inte någon skillnad alls men ändå:

- Att vara same och medlem i en renägarfamilj är ett ekonomiskt åtagande. Därför är skilsmässor är ovanliga men om man skiljer sig flyttar man ofta från orten och mister kanske kontakten med barnen.
- Psykisk sjukdom och suicid kan i kulturen ses som ett straff för tidigare generationers ondska eller misstag.
- Det finns en samisk norm att inte prata om sina problem utanför familjen, särskilt gäller detta män.

Men detta är också normer som vi kan känna igen från andra grupper, i större eller mindre grad.

Finns det skillnader i den psykiatriska vårdens innehåll om man jämför värden på SANKS och den psykiatriska vården i Sverige? Ja, jag tycker att det finns skillnader. Man var inriktad på miljöterapi men i det begreppet rymdes ock-

så mycket som vi kallar omvårdnad. Man hade mer aktiviteter för patienter och för patienter och personal tillsammans än vad jag är van vid. Umgänge, utflykter och hobbyverksamhet är viktigt. Paramedicinsk personal som till exempel socionomer och psykologer gick på schema och fanns alltså tillgängliga även kvällar och helger.

Nya frågor

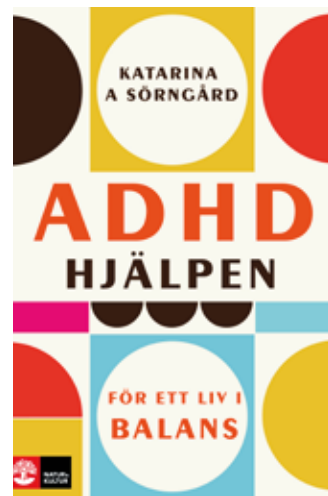
En av de frågeställningar vi åkte hem med handlade om hur vi ska balansera mellan en individualiserad och en kulturgemensam vård? Ska alla vi möter i vår globala värld få en kulturellt anpassad vård? Eller ska man få en individuellt anpassad vård?

En annan frågeställning handlade om fördelar och nackdelar med att få vård långt hemifrån. Samarbetet mellan de olika delarna av vårdkedjan blir ju med nödvändighet lite svårare. Och inte minst: vilken kulturkompetens har SANKS om det svenska samhället? Och vilken kompetens behöver man? Kanske mer funderingar efter studiebesöket än innan men jag är mycket nöjd med att ha gjort ett lärorikt studiebesök på en, för mig, spännande och vacker plats.

RECENSIONER

Praktiska råd vid ADHD

TITEL **ADHD-hjälpen: För ett liv i balans**
FÖRFATTARE **Katarina A. Sörngård**
FÖRLAG **Natur och kultur**
UTGIVNINGÅR **2015**
RECESENT **Christina Reslegård**



Den här boken vänder sig i första hand till vuxna med ADHD-diagnos. Den utgår från KBT. Även behandlare kan ha stor nytta av boken. Delar av boken vänder sig till anhöriga, både föräldrar och partners. Till dessa lämnas konkreta tips om tillvägagångssätt för att lösa problem.

I boken kan man få tips om strategier och tillvägagångssätt för att hantera de problem som tillhör funktionsnedsättningen. Författaren, som är leg. psykolog, leg. psykoterapeut och specialist i neuropsykologi, lär ut strategier för att bland annat komma till rätta med svårigheter att planera, organisera, bromsa, reglera känslor och att förbättra sin uppmärksamhet. Dessa kan sägas utgöra kärnproblem hos personer med ADHD. Läsaren får genom boken följa ett antal personer som tillämpar strategierna i vardagen.

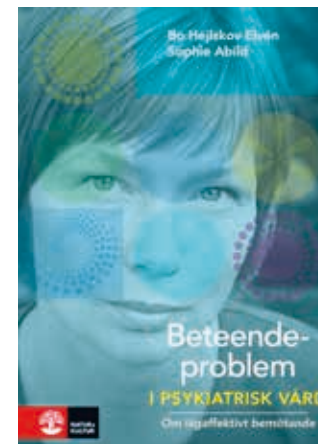
Författaren tar också upp frågor om hur en neuropsykiatrisk utredning går till samt vilket stöd samhället kan erbjuda. Hon betonar att ADHD är en funk-

tionsnedsättning som inte kan uppfostras eller tjas bort. Istället behövs stöd och uppmuntran samt träning för att kunna få vardagen att fungera bättre. Att upptäcka att man kan förändras ökar motivationen och stärker självförtroendet.

Författaren tar också upp läkemedelsbehandling. Hon betonar där att koncentrationen förvisso ökar med medicinering men att personen med ADHD inte lär sig något nytt. Förutsättningarna att använda sina kunskaper ökar men man tillägnar sig inte några nya färdigheter genom enbart läkemedelsbehandling.

Boken är vetenskapligt förankrad men samtidigt praktisk och lättläst. Författaren har förmågan att förklara komplicerade sammanhang på ett förståeligt sätt. Man kan också konstatera att bokens strategier stämmer överens med Socialstyrelsens rekommendationer och råd för behandling av ADHD.

Sammanfattningsvis är detta en bok som är användbar i många sammanhang.



Viktigt om våld och vård

TITEL **Beteendeproblem i psykiatrisk vård: Om lågaffektivt bemötande**
FÖRFATTARE **Bo Hejlskov Elvén och Sophie Abild**
FÖRLAG **Natur och kultur**
UTGIVNINGÅR **2015**
RECESENT **Git-Marie Ejneborn Looi**

Bo Hejlskov Elvén är psykolog, författare och föreläsare. Han har synts flitigt i media där han i olika sammanhang argumenterat för vikten av ett lågaffektivt kunskapsbaserat bemötande i hot- och våldsituationer.

Denna bok handlar specifikt om psykiatrisk vård. Den är skriven tillsammans med dottern Sophie Abild med egen erfarenhet av att vårdas i båden öppen och slutna psykiatrisk vård.

Boken är uppdelad i två delar. Den första delen ger en bakgrund och är uppbyggd av ett flertal korta kapitel. Varje kapitel inleds med ett fall som följs av en reflektion där man diskuterar varför personal och patienter gör som de gör och vad de skulle kunna göra istället. Författarna argumenterar övertygande för varför utgångspunkten i vården måste vara att förstå patientens perspektiv. Genomgående kopplas till olika teorier som t.ex. spegelneuronsprocessen och affektutbrottsmodellen. Författarna tydliggör det meningslösa och kontraproduktiva i en vård uppbyggd på regler och rigida konsekvenser. Den andra delen fokuserar på hur ett lågaffektivt bemötande kan omsättas i praktiken. Den innehåller exempel-situationer, handlingsplaner och studiematerial.

Igenkänningsfaktorn är hög för den som har erfarenhet av psykiatrisk vård. Patientperspektivet är tydligt och ger en förståelse för hur personalens åtgärder och bemötande kan upplevas. Trovärdigheten stärks ytterligare av att resonemang och påståenden styrks med referenser. Dessa har samlats längst bak med tydliga kopplingar till texten.

Den psykiatriska vården kan och måste bli bättre. Författarna lyckas med konststycket att tydligt lägga ansvaret för detta på verksamheterna, utan att för den

skull verka anklagande mot personalen. Detta är en viktig, lättläst och omsättningsbar bok som borde finnas på varje psykiatrisk vårdavdelning.



Bo Hejlskov Elvén Fotograf: Carola Björk



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
Organisationsnr: 812000-0693

STYRELSE 2015

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

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

KASSÖR
Ewa Langerbeck
Malmö, tel 070-546 83 73
ewa.langerbeck@psykriks.se

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

LEDAMOT
Medlemsansvarig
Karl-Henrik Forsman
Jönköping, tel 070-6311893
karl-henrik.forsman@psykriks.se

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

SEKRETERARE
Eva Lindgren
Luleå, tel 070-292 93 42
eva.lindgren@psykriks.se

LEDAMOT
Hemsidesansvarig
Joachim Eckerström
Stockholm, tel 0739-31 40 55
joachim.eckerstrom@psykriks.se

LEDAMOT
Erik Rask
Varberg, tel 070-9967120

PSYCHE 2015

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

REDAKTIONSRÅD
Jonna Järvsén
Göteborg
jonna.jarvsen@psykriks.se

Åsa Priebe
Södertälje
asa.priebe@gmail.com

Jörgen Öijervall
Varberg
jorgen.oijervall@hh.se

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

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

REVISORER 2015

ORDINARIE
Ingemar Wänebring
Bankeryd, tel 036-30 78 58 b
036-32 31 40 a
ingemar.wanebring@rjl.se

Ulf Rogberg
Jönköping
ulf.rogberg@lj.se

SUPPLEANTER
Jörgen Öijervall
Varberg
jorgen.oijervall@hh.se

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

VALBEREDNING 2015

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

Jenny Molin
Umeå, tel 072-2003398
jenny.molin@umu.se

Kristina Haglund
Uppsala
tel 070-514 96 84
kristinahaglund@gmail.com

Internat med socialdepartementet

TEXT MARIA ÅLING

I augusti deltog Maria Åling och Henrika Jormfeldt som PRF:s representanter vid två internat anordnade av socialdepartementet med syftet att hitta rätt inriktning för psykisk hälsa de kommande åren.

Representanter för professions- och fackförbund, patient-, brukar- och anhörigorganisationer, verksamhetsföreträdare och myndighetsföreträdare hade bjudits in för att diskutera tidiga insatser till barn, vuxna och äldre. Vilka är de största utmaningarna och mest kreativa och kostnadseffektiva lösningarna för att motverka psykisk ohälsa, förbättra för de som har drabbats och skapa en mer hållbar psykisk hälsa med fokus på insatser till barn, unga, vuxna och äldre med omfattande behov? Många viktiga perspektiv på de utmaningar vi står inför belystes under internatet. Vikten av nationell implementering av den kunskap som finns och den kunskap som kontinuerligt produceras på psykisk hälsa-området poängterades. Behovet av ökad samverkan mellan vård- och omsorgsgivare, teamarbete såväl inom som utom organisationen samt behovet av ett aktivt ledarskap på alla nivåer togs upp av så gott som samtliga deltagare. Den psykiska ohälsan för personer med omfattande behov skulle kunna minska genom en rad åtgärder för att bryta isolering och ensamhet, t.ex. socialt företagande, lättillgängliga mötelokaler m.m. Arbetet för att göra vården mer jämlik måste fortsätta och intensifieras samt att situationen för patienter med somatisk samsjuklighet och/eller beroendeproblematik behöver uppmärksammas mer. Bemötandet i vården för personer med omfattande behov måste bli bättre och individen måste alltid stå i centrum för de insatser som ges. Patienten ska alltid få vara delaktig i behandlingsprocessen från början till slut, eftersom patienten bäst känner sin egen sjukdom och vet om sina behov av behandling och sociala insatser. Vi måste bli ännu bättre på att lyssna på, och tillvarata erfarenheter från, patienter med omfattande behov och tydliga vägar måste finnas då patienter blir felbehandlade i vården.



Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

FORSKARE?

BLI MEDLEM I PRF-S NATIONELLA FORSKARNÄTVERK

Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor har sedan 2009 ett nationellt nätverk av forskande sjuksköterskor inom området psykiatrisk omvårdnad. Ett huvudsakligt syfte med PRF:s Nationella forskarnätverk är att understödja ett kreativt och nära samarbete mellan klinisk omvårdnad och vetenskaplig kompetens. Vi vill lyfta fram och stärka den kliniska omvårdnadens förankring i vårdforskning och evidensbaserad vård och bidra till att stärka kvaliteten i den praktiska omvårdnaden. Forskarnätverket fungerar också som en resurs till Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor vid exempelvis framskrivning av remissvar, medverkan i nationella arbetsgrupper, workshops och hearings där särskild psykiatrisk omvårdnadskompetens behövs.

Nätverket har idag cirka fyrtio forskande specialistsjuksköterskor inom det psykiatriska omvårdnadsfältet varav flertalet är disputerade. Den kompetens som finns samlad hos såväl praktiskt verksamma sjuksköterskor som aktiva forskare inom psykiatrisk omvårdnad spelar en avgörande roll för att främja patienters hälsa inom psykiatrisk vård och närliggande områden. För medverkan i forskarnätverket krävs medlemskap i Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor och aktivt pågående forskning inom psykiatrisk omvårdnad.

Ansökan till forskarnätverket sker via Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskors hemsida www.psykriks.se. Frågor besvaras av nätverkssamordnare Henrika Jormfeldt på henrika.jormfeldt@psykriks.se.



På gång
inom
psykiatri
och
omvårdnad

2015

Discovering Horizons and Bridges in Care – Horatio Congress 8-10 oktober, Lissabon, Portugal

European Conference on Mental Health 21-23 oktober Riga, Lettland

European Congress on Violence in Clinical Psychiatry 22-24 oktober Köpenhamn, Danmark

APNA Annual Congress 28-31 oktober, Lake Buena Vista, Florida, USA

2016

Delaktighet och partnerskap i psykiatrisk omvårdnad – PRF:s årskonferens 15 april, Göteborg

Narrative Nursing - Nordic Conference of Mental Health Nursing (PSSN/PRF) 14-16 september Malmö

Posttidning B

Psyche c/o Karl-Henrik Forsman
Trädgårdsgatan 19
564 33 Bankeryd

**BEGRÄNSAD
EFTERSÄNDNING**

Vid definitiv eftersändning
återsänds försändelsen
med nya adressen
tydligt påskrivnen



Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

4 NUMMER

PRENUMERERA PÅ

Psyche
4000
KRONOR

se www.psykriks.se för prenumeration

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

Vid frågor kontakta prenumerationsansvarig Karl-Henrik Forsman,
tel 070-6311893, karl-henrik.forsman@psykriks.se

Vid medlemskap i PRF ingår prenumeration