

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN
FÖR SJUKSKÖTERSORS TIDSKRIFT

Psyche

NUMMER 2 2016



ÅRSKONFERENS 2016:
**DIALOG OCH
PARTNERSKAP**

**SVÅRA MÖTEN I
AMBULANSSJUKVÅRD**

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 eller 2. Betala in avgiften på 325 kr via bankgiro 5118-1592 och då ange namn och personnummer.

Utgivningsplan 2016

Nr 1 vecka 12, 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 karl-henrik.forsman@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



ÅRSKONFERENS 2016 DIALOG OCH PARTNERSKAP

ATT MÖTA SJÄLVMORDBENÄGNA PATIENTER I AMBULANSSJUKVÅRD



PARTNERSKAP OCH SAMARBETE



INDIVIDUELL SAMARBETSPLAN

"Konferensen bjöd på mycket input för den som i sin vardag arbetar med psykiatrisk omvårdnad och flera har uttryckt positiva omdömen om konferensen både direkt på plats och via sociala medier..."

Nöjda deltagare på årskonferensen!

Temat för PRFs årskonferens i Göteborg den 15 april var som bekant "Dialog och partnerskap i psykiatrisk omvårdnad". Nytt för i år var möjligheten att skicka in abstrakt för presentation av pågående eller genomförda forsknings- och utvecklingsprojekt. Konferensen genomfördes under en dag med två parallella spår med många mycket intressanta presentationer. Konferensen bjöd på mycket input för den som i sin vardag arbetar med psykiatrisk omvårdnad och flera har uttryckt positiva omdömen om konferensen både direkt på plats och via sociala medier.

I samband med årskonferensen hölls också PRFs årsmöte där årsberättelse och ekonomisk årsredovisning för 2015 samt förslag till verksamhetsplan och budget för 2016 avhandlades. Som brukligt är avtackades avgående styrelsemedlemmar och tillträdande hälsades välkomna. Som avslutning åt alla som ville en gemensam middag på Skybar på Riverton hotell med utsikt över Göteborgs hamn. För den som missade eventet i år kan deltagande nästa år varmt rekommenderas.

Förberedelserna med Narrative Nursing – The Nordic Conference of Mental Health Nursing i Malmö den 14-16 september i samarbete med PSSN (Psykiatrisjuksköterskors samarbete i Norden) fortsätter och aktivi-

tetsnivån i detta arbete trappas nu upp ytterligare. En hel del av styrelsemötet i Stockholm i maj kommer att fokuseras på detta arbete. Gå gärna in på konferensens hemsida www.narrativenursing.se för att läsa mer och anmäla deltagande!

Nu är sommaren snart här och en ny kull med specialistutbildade sjuksköterskor med inriktning psykiatrisk vård kommer snart ut i verksamheterna. Många av studenterna har skrivit mycket läsvärda magisteruppsatser som examensarbete och vi kommer få möjlighet att läsa en del av dessa i förkortad form här i Psyche. Det är just i det reflekterade mötet mellan verksamhet och utbildning eller mellan teori och praktik som utveckling och förnyelse tar fart och det vill vi gärna lyfta fram.

Tveka inte att ta kontakt med idéer och förslag på viktiga områden för PRF att engagera sig i. Min övertygelse är att vi tillsammans kan vi bidra till att vidareutveckla specialistsjuksköterskans roll och funktion i psykiatrisk hälso- och sjukvård och i all annan verksamhet där psykiatrisjuksköterskor verkar.

Besök oss gärna på www.psykriks.se och fortsätt att gilla eller utmana oss på sociala medier. Jag önskar er en riktigt härlig sommar och ser fram emot att träffa er den 14-16 september i Malmö!

ORDFÖRANDE HAR ORDET



HENRIKA JORMFELDT
ORDFÖRANDE, PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN FÖR SJUKSKÖTERSKOR

"Min övertygelse är att vi tillsammans kan vi bidra till att vidareutveckla specialistsjuksköterskans roll och funktion i psykiatrisk hälso- och sjukvård och i all annan verksamhet där psykiatrisjuksköterskor verkar..."

ÅRSKONFERENS 2016

DIALOG OCH PARTNERSKAP I OMVÅRDNAD

text och foto SEBASTIAN GABRIELSSON

Psykiatrisjuksköterskor från hela landet hade anlänt till Göteborg och tagit plats på hotell Riverton när PRFs ordförande Henrika Jormfeldt hälsade välkommen. Temat för PRFs årskonferens 2016 var Dialog och partnerskap i psykiatrisk omvårdnad.



Utsikt från konferenshotellet.

FÖRST UT BLAND föreläsarna var Ulrica Hörberg, psykiatrisjuksköterska och docent vid Linnéuniversitetet. Hennes keynote hade titeln "Dialog och partnerskap som förutsättning och möjlighet i

psykiatrisk omvårdnad - Men vad innebär det egentligen?" Hon argumenterade för att vi behöver fokusera på omvårdnad som sätter personen och dennes hälsa i fokus. Patienten i fokus måste

handla om att sätta patientens perspektiv i fokus. Den andra huvudtalaren var Ulla H Graneheim, psykiatrisjuksköterska och docent vid Umeå universitet vars keynote hade titeln "Att lyssna, tolka och förstå – en väg till personcentrerad omvårdnad". Hon menade att det inte finns någon objektiv sanning i personcentrerad vård. Bara flera subjektiva tolkningar. Mer om innehållet i dessa kommer du att kunna läsa om i kommande nummer av Psyche. Sist ut var Louise Kimby och Susanne Gustafsson från (H)järnkoll: "Att vägra vara en diagnos - att motverka negativa attityder och förbättra bemötandet genom samtalet och den egna berättelsen".

Mellan huvudtalarna kunde

deltagarna välja mellan kortare presentationer i två parallella spår. Några av presentationerna kan du läsa mer om i detta nummer, och några har vi berättat om i tidigare nummer. Det var inte helt lätt att välja och många deltagare sprang mellan salarna för att hinna höra just det de tyckte var intressantast.

Istället för traditionella talargåvor hade PRF valt att bidra till att ge fler barn möjlighet att gå i skola genom att köpa School in a box från Unicef till föreläsarna.

Årskonferensen 2016 avslutades med att PRFs ordförande riktade ett stort tack till alla fantastiska föreläsare och alla som kommit för att lyssna, diskutera och umgås. Nästa tillfälle att ses blir i Malmö 14-16 september!



Till vänster: Psykiatrisjuksköterskor från hela landet hade samlats.

Till höger: Per Granvik, Olle Herrström och Fredrik Thyberg från Vuxenpsykiatrien Trelleborg föreläste om den egenupplevda erfarenheten som kunskapskälla.



PRF's ordförande Henrika Jormfeldt hälsade välkommen.



Hanna Tuveesson från Blekinge tekniska högskola föreläste om rolltydlighet bland vårdpersonal i psykiatrisk slutenvård.



Keynote Ulrica Hörberg från Linnéuniversitetet.



Keynote Ulla H Graneheim från Umeå universitet.



Michael Viklund från Norra Stockholms psykiatri talade om självvald inläggning vid psykossjukdom.



Styrelseledamot Kalle Forsman skötte registreringen av deltagare och föreläste även senare om stöd och behandling via internet.

Rösthörandekurs i dialog

text PÄR BENGTSOON och CHRISTINA BERGSTRÖM

Vid årskonferensen beskrev Pär Bengtsson och Christina Bergström, psykiatrijuksköterskor vid psykosmottagningen i Ljungby, sitt kliniska arbete med rösthörandekurser för personer med svårhanterligt rösthörande och behov av långsiktigt lärande av rösthantering.

EFTERSOM EN ANSENLIG del av vår patientgrupp upplever att rösthörandet negativt påverkar deras dagliga livsföring i stort, började vi undersöka hur vi ytterligare skulle kunna möta de behov och önskemål som fanns i patientgruppen. I samband med genomförandet av en kurs i rösthörande med förutbestämda ramar och kursinnehåll försökte vi fånga vad deltagarna själva önskade att en kurs skulle innehålla för att ge ett meningsfullt lärande.

Inspirerade av hälsopedagogiska Aker-metoden genomförde vi sedan fyra kurser där deltagarna själva under resans gång utformade ramar och innehåll i dialog med kursledare. Som kursledare lutade vi oss framförallt åt boken "Förstå och hantera röster" av Marius Romme & Sandra Escher. De yttre ramarna för dessa kurser blev att varje kursomgång omfattade 8-11 träffar under ca 1,5 timme per gång. Det var 3-5 deltagare i varje grupp, större grupper skulle göra det svårare att låta alla komma till tals. Varje grupp var sluten dvs. alla deltagare var med från början, och det rädde sekretess inom gruppen, för att öka tryggheten i gruppen.

Vi upptäckte ganska snart att det var nödvändigt att vara två kursledare då en av oss fick lyssna och framförallt dokumentera på whiteboardtavlan vad som kom upp i gruppens diskussioner samtidigt som den andre fick vara mer aktiv i dessa diskussioner och uppmuntra alla till att bli delaktiga under kurstillfället. Fakta varvades med erfarenhetsutbyte och allt detta fångades på whiteboardtavlan för att sedan efter varje enskilt tillfälle sammanställas skriftligt av kursledarna. Detta material fick deltagarna nästkommande kurstillfälle och det utgjorde samtidigt ett moment av repetition för dem.

Inför kursslutet skapade vi ett större kompendium utav alla enskilda sammanställningar och på så vis fick deltagarna en dokumentation av hela kursens innehåll samtidigt som det också blev ett material för kommande kurser. Inte sällan använde vi oss av hemmuppgifter till kommande tillfälle.

Under varje kurstillfälle ingick fikapaus och det som genomströmmade kurserna var en stor portion humor vilket många gånger avdramatiserade fenomenet att höra röster. Deltagarna upptäckte att de inte var ensamma om att höra röster och inte heller ensamma om att ha svårigheter att kunna hantera detta. I slutet av varje kursomgång gavs tillfälle att ta med sig någon närstående för att delge dessa vad vi arbetat med under kursen. Såväl anhörig som boendestödare eller god man dök upp. Vi upptäckte att det hos några av deltagarna fanns behov av någon form av repetitionskurs och ett par av deltagarna deltog också i fler än en kursomgång.

I efterhand har vi kunnat urskilja vissa teman som våra samtal ofta landade i trots att dessa inte på något sätt var förutbestämda såsom fenomenet rösthörande i stort; hur förhåller man sig till detta; hur förklarar man fenomenet att höra röster; hur påverkar det mig? Vi kunde även gemensamt upptäcka att det innebar både för- och nackdelar att höra röster. Ett stort utrymme fick naturligtvis rösthantering

och diskussion kring olika strategier. Deltagarna delade själva med sig av sina strategier och vid några tillfällen bytte man strategier med varandra och fick gå hem och "testa" hur det utföll. Självförtroende var ett tema som vi ägnade mycket tid åt, framförallt självförtroende kopplat till upptäckten att man själv kan återta makten och kontrollen över rösterna. Att upptäcka att det är jag som har kontrollen och bestämmer och inte mina röster var ett steg i rätt riktning för flera. Under kurserna myntade vi några begrepp och metaforer som också ofta återkom. Deltagare beskrev hur de ofta hamnade i en "röstfälla" med innebörden, att via hot eller löften, "tvingas" respektive "lockas" ge rösterna ett allt större utrymme och makt för att till sist nästan helt uppslukas av rösterna.

För att kunna utvärdera kurserna bad vi deltagarna att utifrån VAS-skalans 0-10 (linje 10cm) skatta hur meningsfullt man upplevde att varje enskilt tillfälle var. Även efter avslutad kursomgång skedde en skattning av kursen som helhet. Resultatet blev skattningar som pendlade mellan VAS 6-10. Vid kursavslut ställde vi även i enkätform frågor till deltagarna kring hur man upplevt det hela, vad som varit bra, vad som kunde gjorts annorlunda eller om man hade övriga synpunkter. Även närstående fick samma skattningar och frågor.

Tilläggs kan att både kursdeltagare och ledare stundtals hade oerhört roligt då vi träffades.

Några av de kommentarer vi fick av deltagarna som återkoppling

"– det har varit bra att det finns fler personer med röster, att få höra vad de tänker, deras synpunkter på sjukdomen, röster och vad man kan göra"

"– jag har lärt mig om sjukdomen, jag är inte ensam om detta" "hade regelbundet röster före kursen och i kursen har jag funnit strategier som fungerat"



Eva Andreasson är psykiatrisjuksköterska och fil.mag. Hon arbetar vid Nå Ut teamet, Psykiatri psykos, på Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Individuell samarbetsplan

text EVA ANDREASSON

Psykiatrisjuksköterskan Eva Andreassons presentation på årskonferensen handlade om Individuell Samarbetsplan (ISP) som ett verktyg för bättre omhändertagande vid återinsjuknande i psykos.

I SVERIGE VÅRDAS dagligen 3 000 patienter med hjälp av tvångsvårdslag. De flesta av dem har en psykossjukdom. Återfall i psykos är vanligt och leder i många fall till att patienten behöver vård med tvång.

Att tvångsvårda patienter innebär många gånger att vi vårdpersonal ställs inför etiska dilemman. Det är oerhört svårt att veta hur vi på bästa sätt ska hjälpa en patient som är psykotisk och uppenbart behöver vård, men inte inser det själv. Trots att vi strävar efter att ge patienterna

ett så gott, tryggt och respektfullt omhändertagande som möjligt blir det inte alltid så bra som vi önskar.

Patienter som tvångsvårdas är sårbara och utsatta. Det är skrämmande att tas från sitt sammanhang och låsas in. Särskilt utsatta är patienter som tvångsvårdas för första gången.

Många patienter uttrycker att de är rädda på grund av sina psykossymtom, för medpatienterna och för personalen. De vet inte som ska hända och hur länge de ska behöva stanna på

sjukhuset. Att vårdas med tvång innebär för många patienter en traumatisk upplevelse. Negativa värderfarenheter skapar misstro mot psykiatrin. Det kan medföra att patienten drar sig undan vid försämring i stället för att söka vård.

Från min forskning har jag dragit slutsatsen att tvångsvårda även kan leda till negativa konsekvenser även för personalen. Risken att vi blir "hemmablinda" är stor; att vi till exempel slutar se människan bakom symtomen. Med hjälp av en Indivi-

duell samarbetsplan (ISP) ges patienten möjlighet att bearbeta sin tvångsvårdsupplevelse, ge feedback på omhändertagande de fått och tillsammans med sina vårdkontakter diskutera hur framtida tvångsvård kan förhindras.

Som grund för ISP ligger en studie som genomfördes under år 2008–09 på Psykiatri Psykos i Göteborg. Syftet var att beskriva patienters uppfattningar om hur omhändertagandet vid tvångsvård kan förbättras. Det som framkom var vikten av att

få känslomässigt och praktiskt stöd samt att få hjälp att förstå och kunna vara så delaktig och självständig som möjligt trots vård. Tvångsvård kan ses som ett nödvändigt skydd, men skulle i många fall kunnat undvikas. I studien framkom även att den fysiska och psykiska vårdmiljön är viktig för tryggheten. Rutiner upplevs ibland onödiga, kränkande och svåra att förstå. När brister i våra rutiner skapas ett onödigt lidande för patienten.

Den Individuella Samarbetsplanen

ISP ingår i vårdprogrammet Integrerad psykiatri och som en av strategierna för återfallsprevention. Med stöd av ett projekt implementeras nu ISP på Psykiatri Psykos i Göteborg.

ISP är i första hand ett instrument som är till för patienter som vårdats enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). ISP utformar patienten med stöd av sin case manager efter vårdtidens slut, när hen mår stabilt och känner sig redo.

Tre delar

ISP består av tre delar; en del för utvärdering av senaste tvångsvårdstillfället alternativt av sin tidigare tvångsvårdserfarenhet, en handlingsplan vid Tidiga tecken och en del där patienten ges möjlighet att utforma sin delaktighet vid tvångsvård.

Patienten intervjuas om sina erfarenheter och betygsätter det omhändertagande de fått, på en betygsskala mellan 1-5, där 1 är mycket missnöjd och fem mycket nöjd. Medelbetyget hittills är 2,5. Patienten får lämna synpunkter; vad de värdesatt och vad de saknat i omhändertagandet. De tillfrågas om tvångsvård och tvångsåtgärder hade kunnat förhindras och i så fall hur. Enligt preliminära resultat anser 57 % av patienterna som återhämtat sig efter att de tvångsvårdats att tvångsvård hade kunnat undvikas. De ger också ofta konkreta förslag på hur.

Patienter som förstår att de varit sjuka och behövt vård kan erbjudas att utforma en Delaktighet vid tvångsvård (DT). Synpunkterna från utvärderingen tas då tillvara. Patienten har där möjlighet att formulera vilket praktiskt och känslomässigt stöd hen behöver för ett gott

RESULTAT

Vid aktiverandet av överenskommelsen i ISPs Handlingsplan n=8



och tryggt bemötande vid ett eventuellt framtida tvångsvårdstillfälle. Hur tvångsåtgärder kan förhindras eller hanteras och om hen önskar restriktioner.

Alla patienter kan erbjudas att utforma en Handlingsplan vid Tidiga tecken enligt ISP, även de som aldrig tvångsvårdats. Det är en fördel om patientens Resursgrupp (dvs. närstående och vård/stödkontakter) är med i utformandet. I Handlingsplanen beskriver patienten sina Tidiga tecken på försämring och medlemmarna i Resursgruppen hur de uppmärksammar att patienten mår sämre. Därefter följer en åtgärdsplan som omfattar vad patienten kan göra själv och vilket stöd hen önskar av sin omgivning. Patientens läkare kan ge en ordination, t ex hur ordinarie medicin kan höjas. På så vis kan patienten ha en flexibel medicindos.

I nästa del erbjuds patienten att göra en överenskommelse med oss, om hur situationen ska hanteras om omgivningen, men inte patienten själv observerar en försämring och behov av ökade behandlingsinsatser. Patienten formulerar vilket bemötande hen behöver för att acceptera att ta emot vård. Patienter ger ofta konkreta förslag på vad vi ska säga eller göra. Patienten formulerar också vilka behandlingsinsatser hen tror sig behöva och hur närstående ska involveras i situationen. Patienten erbjuds

även möjligheten att kryssa i färdiga förslag på åtgärder. De är åtgärder som patienter i min och Ingela Skärsäters studie från 2012 ansåg kan förhindra tvångsvård, se:

■ Om någon i min omgivning, men inte jag själv, uppmärksammar att jag har Tidiga tecken vill jag ha ett möte för att diskutera åtgärder för att förhindra återinsjuknandet.

■ Jag vill få möjlighet att välja mellan olika alternativa lösningar, t.ex. ta emot medicin eller läggas in på sjukhus

■ Om jag väljer att inte ta emot rekommenderad vård vill jag informeras om vad det kan innebära för mig.

Överenskommelsen har aktiverats åtta gånger. Vid sex av tillfällena kunde återfallet hanteras i öppenvården. Det har medfört positiva konsekvenser för flera av patienterna. De som tidigare drog sig undan av rädsla att bli tvångsvårdade tar nu själva kontakt och aktiverar Handlingsplanen.

Användandet av ISP leder till ett personcentrerat arbetssätt där patienten ses som expert på sin egen hälsa och som en resurs. ISP ökar patienters möjlighet till självständighet. Det innebär en trygghet för både patienten och närstående att veta hur situationen ska hanteras för att minska konsekvenserna vid tecken på ett återinsjuknande.

LÄS MER

■ Andreasson E. & Skärsäter I. (2012) Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: Basis for an action plan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19, 15–22.



RENÉ NILSSON, till höger, är specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård och arbetar inom psykiatrisk öppenvård vid Norrlands Universitetssjukhus.

ANNA NORDLANDER, till vänster, är distriktsköterska och psykiatrisjuksköterska. Arbetar på Hörnefors hälsocentral i Västerbottens län.

text RENÉ NILSSON och ANNA NORDLANDER

Att möta självmordsbenägna patienter i ambulanssjukvård

Utryckningen vid larm om självmord är komplex. Ambulanssjuksköterskan ska bland annat ansvara för specialiserad omvårdnad, identifiera patienter med riskbeteenden och förebygga lidande och utsatthet. René Nilsson och Anna Nordlander, specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård, sammanfattar här sin magisteruppsats vid Umeå universitet om ambulanssjuksköterskors upplevelse att möta patienter som bedöms vara självmordsbenägna.

UNDER VÅR SPECIALISTUTBILDNING med inriktning mot psykiatrisk vård genomförde vi under hösten 2015 en studie inom ramen för vår magisteruppsats. Syftet med studien var att beskriva hur ambulanssjuksköterskor i Västerbotten upplevde möten med patienter som bedömdes vara självmordsbenägna.

Självmord

Definitionen av självmord är en planerad handling som

leder till döden. Handlingen ses som medveten och utförs av personen själv. Förekomsten av suicid varierar mellan olika geografiska områden i Sverige, beroende på grad av utbildning och socioekonomiska faktorer. Suicid är den vanligaste dödsorsaken bland män i åldrarna 15 - 44 år och den näst vanligaste dödsorsaken bland kvinnor i samma ålder. Bemötande och omhändertagande av patienter i suicidnära situationer skiljer sig

mellan länder men också inom Sverige. Utryckning vid larm om självmord är komplex då polis, räddningstjänst och ambulans kan larmas. Ambulanssjuksköterskan ska i sin profession bland annat ansvara för specialiserad omvårdnad i komplexa vårdmiljöer. Hen ska också kunna identifiera patienter med riskbeteenden och symptom med tecken på ohälsa samt förebygga lidande och utsatthet i plötsligt förändrade livssituationer. Faktorer som

bemötande, attityder, förståelse och empati skapar förutsättningar för om man lyckas skapa ett förtroendeingivande möte med en självmordsbenägen person. Psykiatrisk akutmobilitet (PAM) är det officiella namnet på "psykiatriambulansen" som i nuläget endast finns i Stockholms och Västra Götalands län. I dessa bilar finns sjuksköterskor med psykiatrisk kompetens vars huvudsakliga uppgift är bland annat att åka på akuta larm för

"Arbetet ansågs vara svårbedömt och utmanande och de tyckte att deras uppgift var otydlig..."

att förebygga självmord. Detta har visat sig vara ett framgångsrikt koncept då man i utvärderingar funnit att omvårdnaden för patienterna förbättrades och färre patienter behöver åka med till psykakuten.

När vi genomförde litteratursökning inför studien så fanns relativt få studier gjorda som undersökte ambulanssjuksköterskors upplevelser. De tidigare studier som utförts visar att sämre attityder mot självmordsnära personer förekom hos sjuksköterskor som arbetade i spetsen av vårdkedjan. Det framkom också att sjuksköterskor kände ilska, frustration, brist på empati, hjälplöshet och irritation i mötet med suicidnära personer. Studier som har undersökt patienters upplevelser i akutsjukvården efter självmordsförsök visar att en stor andel upplevde att de inte blev bemött med respekt, inte tagna på allvar, inte lyssnade till, straffade och att sjuksköterskorna inte såg deras grundläggande behov. Flertalet uppgav att ingen frågade kring deras psykiska mående och att sjuksköterskan visade ett ointresse för dem som person och deras känslor.

I vår studie genomförde vi åtta intervjuer, där två kvinnor och sex män berättade om sina erfarenheter och upplevelser i mötet med självmordsbenägna patienter. Intervjuerna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Analysen resulterade i tre kategorier och nio subkategorier. I resultatet framkommer att ambulanssjuksköterskornas erfarenheter och upplevelser handlar om deras roll som ambulanssjuksköterska i mötet med patienten. Vidare handlar det om upplevda hinder

i mötet med patienten samt om ambulanssjuksköterskans inställning till denna patientgrupp.

Ambulanssjuksköterskans roll

Ambulanssjuksköterskorna beskrev att de i grunden vill patienten väl och försöker frambringa goda förutsättningar till kontakt genom att skapa trygghet och ett lugn runt patienten. Metoderna för detta kunde vara att lägga en hand på axeln, säga tröstande och lugnande ord, vara metodiska i sitt handlande, ge information eller kontrollera patientens blodtryck. De beskrev också att ett gott bemötande kunde innebära att erbjuda patienten skjuts, plåstra om deras sår, vara närvarande i situationen, vara fördomsfri i mötet, använda sig av humor och lyssna på det som patienten berättade.

Deras roll i mötet beskrevs även vara att hantera oönskat problembeteende och de ansåg att det var viktigt att minimera dessa beteenden hos patienten. Detta kunde handla om att patienten var upprörd, upplevdes simulera eller om patienten försökte skada sig själv. Flera av de manliga ambulanssjuksköterskorna berättade att det var framgångsrikt att använda metoder som kan beskrivas som fostrande, förnedrande, negligerande, konfronterande, avledande, fysiska åtgärder och samtal. Fostran beskrevs i intervjuerna vara när de uppmanade patienterna att bete sig som vuxna, att ställa sig upp, inte ställa till med en scen och att de uppmanade patienterna att inte skada sig eftersom det ansågs förbjudet. Förnedring beskrevs där de förminskade patienten, förlöjligade deras agerande och använde ironiska skämt kring de-

ras tragiska livssituation. Fysiska åtgärder användes genom att ta bort föremål och genom fasthållning vid tillfällen när patienten försökte skada sig själv. Nonchalering användes framförallt när patienten upplevdes simulera eller var ledsen, upprörd eller arg. Konfrontation användes när patienten upplevdes simulera, till exempel svimma eller hyperventilera. Avledning och samtal användes när patienterna upplevdes vara uppslukad av negativa tankar. Ändamålet med avledningen och samtalet beskrevs vara för att hjälpa patienten att förflytta fokus från sina negativa tankar. Ibland kunde ambulanssjuksköterskorna även sinsemellan använda sig av rollspel (där en spelade god och den andre spelade ond). Syftet med detta var för att uppnå ett beteende hos patienten som ambulanssjuksköterskorna ansåg vara mer hanterbart.

Att bedöma risker beskrevs också som en del i arbetet. Den riskbedömning som de gjorde var om det fanns en ökad risk för självmord, om patienten kunde skada sig själv eller någon annan samt bedömning av patientens kroppsliga tillstånd. Det framkom stora individuella skillnader i hur ambulanssjuksköterskorna bedömde risken. Någon beskrev att de använde självmordstrappan, en annan RETS-PSY och enstaka använde sig av ISS-koder. Övriga uppgav att de bedömde risken genom samtal. För att bilda sig en uppfattning i förväg om hur säkert det var för ambulanssjuksköterskorna att åka ut till patienten gjordes ibland en förhandsbedömning av aktuell händelse eller om patienten tidigare uppträtt hotfullt. I dessa situationer tog ambulanssjukskö-

terskorna kontakt med SOS alarm för att höra hur man upplevt patienten under samtalet eller om det framkommit information från personen som tagit kontakt med SOS alarm. Det togs ibland kontakt med polis och akutmot-tagning för att undersöka om patienten tidigare var känd eller om hen tidigare varit hotfull i någon grad. För att fastställa säkerheten samverkade ofta polis och ambulans vid larm om suicid. Polisen gick då in först till patienten för att säkra platsen innan ambulanssjuksköterskorna med försiktighet närmade sig patienten och sedan utförde de sitt arbete. För att bedöma somatiskt akuta tillstånd använde ambulanssjuksköterskorna sig alltid av det strukturerade arbetssättet ABCDE.

Hinder i mötet med suicidnära patienter

Deltagarna beskrev att det kan finnas organisatoriska hinder för ett gott möte med självmordsnära patienter. Här framkom det att rutiner sågs som ett viktigt arbetsinstrument i ambulanssjuksköterskornas arbete och att det fanns tydliga systematiska rutiner vid medicinska, kroppsliga och livshotande tillstånd. Flertalet ambulanssjuksköterskor berättade att de helt saknade underlag, verktyg, tydliga rutiner och förutsättningar i mötet med självmordsnära patienter. Samtliga ambulanssjuksköterskor uppgav att de inte hade tillräckligt med kunskaper vilket heller inte ansågs prioriterat i organisationen. De grundade sitt arbete utifrån tidigare händelser i yrkeslivet när de skulle bemöta denna patientgrupp. De beskrev även att faktorer i arbetsmiljön som hög vårdtyngd, nattjänst- ▶

► göring och långa arbetspass påverkade vårdrelationen negativt.

Ambulanssjuksköterskorna tyckte det var svårt att upprätthålla ett professionellt förhållningssätt om de kände sig rädda och osäkra i arbetet. Vid dessa situationer hindrades eller begränsades mötet med patienten. Flertalet tvivlade även på om deras insats gjorde någon större skillnad och de ansåg därför att deras främsta arbetsuppgift var att agera som transport till den psykiatriska vården.

Deltagarna beskrev svårigheter med att samarbeta med en kollega om denne saknade eller hade bristande utbildning och erfarenhet, eller inte hade en positiv inställning till att åka på larmet. Om patienten inte ville ta emot vård eller om närstående tog för stort utrymme påverkade detta vårdmiljön negativt.

Inställning till självmordsnära patienter

När ambulanssjuksköterskorna berättade om självmordsnära patienter målades bilden upp att det var tragiskt att dessa personer inte ville leva. Deras livsöden beskrevs som miserabla och sorgliga. Patienterna framställdes även som svårt psykiskt sjuka med bristande socialt skyddsnät och att de var personer som levde i ensamhet.

Patienternas självmordshandling ansåg ambulanssjuksköterskorna vara ett rop på hjälp och de beskrev patienterna som nyckfulla, oberäknliga, aggressiva, inåtvända och uppmärksamhetsökande. Ambulanssjuksköterskorna beskrev mötet som betungande, deprimerande, hjälplöst och hopplöst. Arbetet ansågs vara svårbedömt och utmanande och de tyckte att deras uppgift var otidlig. De berättade

att de kunde vara snälla och lyssna på patienten men att larm vid självmordshandlingar egentligen inte var deras uppgift utan ett arbete för polisen.

Upplevelser av hot kunde öka eller minska beroende på kön och ålder hos patienten. Unga personer och medelålders män kunde upplevas mer hotfulla medan kvinnor upplevdes mindre hotfulla framförallt unga ensamma kvinnor. Det var lättare att använda fostran, tillrättavisningar, konfrontation och fysiska åtgärder, till exempel att hålla fast eller avvärja föremål, gentemot kvinnor i motsats till män. I mötet med män tillkallades polisen i större utsträckning. Självmordsnära personer upplevdes överlag öka känslan av hotfullhet. Om något föremål eller tillhygge fanns i närheten eller om personen var påverkad av alkohol eller droger medförde även detta en ökad hotbild där fysiskt våld skulle kunna uppstå.

Negativ inställning men vilja att hjälpa

Ambulanssjuksköterskorna beskrev att de hade kunskapsbrist, kände osäkerhet och rädsor

samt hade negativa attityder mot självmordsbenägna patienter.

Denna studies resultat överensstämmer med tidigare forskning om att ambulanssjuksköterskor har en negativ inställning i mötet med självmordsnära personer, men att de i grunden har en vilja och en önskan om att hjälpa patienten. Eftersom andelen självmordsnära personer ökar i samhället och ambulanssjuksköterskorna i sin yrkesprofession har som uppgift att möta dessa personer blir deras professionella omhändertagande en utmaning om det föreligger kunskapsbrist. Vår studies resultat visar på hur angeläget det är att ambulansverksamheten ger sjuksköterskan möjlighet att söka och implementera evidensbaserad kunskap för att utveckla omvårdnaden i mötet med suicidnära patienter. Utbildning kan även bidra till att minska ambulanssjuksköterskors negativa attityder och förbättra deras förhållningssätt. Vården av de självmordsnära patienterna behöver utvärderas frekvent för att fånga upp brister och förbättra omvårdnaden i det prehospitala mötet för denna patientgrupp.

LÄS MER

■ Nordentoft, M., Bjarking, L. & Hemmingsen, R. (2002) 'Psychiatric emergency outreach: a report on the first 2 years of functioning in Copenhagen', *Nord J Psychiatry*, 56(6), pp. 399-405.

■ Rees, N., Rapport, F. & Snooks, H. (2015) 'Perceptions of paramedics and emergency staff about the care they provide to people who self-harm: Constructivist metasynthesis of the qualitative literature', *J Psychosom Res*, 78(6), pp. 529-35.

■ Socialstyrelsen (2003) Vård av suicidnära patienter - en kunskapsöversikt. Available at: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10650/2003-110>





STIGMATISERING AV PERSONER MED

SJÄLVSKADE- BETEENDE

text ALEXANDRA JOHANSSON och ALEXANDRA KÄLLSTRÖM

Det finns ett stort behov av att förbättra omvårdnaden och bemötandet av personer med självskadebeteende. Specialistsjuksköterskestudenterna Alexandra Johansson och Alexandra Källström sammanfattar här sitt examensarbete vid Högskolan i Halmstad. Syftet med studien var att beskriva upplevelser av stigmatisering inom hälso- och sjukvården hos personer med självskadebeteende.



ALEXANDRA JOHANSSON, 41 år
leg. sjuksköterska och specialist-
sjuksköterskestudent med flera års
erfarenhet av psykiatrisk slutenvård.



ALEXANDRA KÄLLSTRÖM, 29 år
leg. sjuksköterska och specialist-
sjuksköterskestudent med flera års
erfarenhet av psykiatrisk slutenvård.

"Begreppet stigmatisering har beskrivits som ett fenomen som bildas när människor delar upp vad som anses var normalt och vad som anses vara onormalt utifrån människors olikheter..."

VI ARBETAR PÅ en stor enhet med affektiva sjukdomar och möter många av patienter med självskadebeteende. Vi ser ett stort behov av att förbättra vårdprogram och rutiner kring dessa patienter med målet att förbättra omvårdnaden och bemötandet. Mer resurser behövs för att kunna arbeta vidare med ett tydligt, gemensamt mål. Vi upplever att specialistsjuksköterskeutbildningen har gett oss en bättre grund att stå på och fler verktyg att tillhandahålla i de arbetsledande funktionerna, i förbättringsarbete och samverkan. Henrika Jormfeldt, docent i omvårdnad har varit handledare för magisteruppsatsen.

Stigmatisering

Vår uppsats syftade till att beskriva upplevelser av stigmatisering inom hälso- och sjukvården hos personer med självskadebeteende. Ämnet valde vi utifrån det paradoxala i att patienter som söker vård och hjälp riskerar att bli försämrade på grund av stigmatisering och bristfälligt bemötande av hälso- och sjukvårdspersonal. Vi tror att genom beskrivning av fenomenet stigmatisering och med ökade kunskaper kan pro-

blemet uppmärksammas. Något som förhoppningsvis kan leda till minskad stigmatisering av personer med självskadebeteende.

Begreppet stigmatisering har beskrivits som ett fenomen som bildas när människor delar upp vad som anses var normalt och vad som anses vara onormalt utifrån människors olikheter. En sådan uppdelning leder till ett "vi" och ett "dem", vilket är vanligt gentemot personer med psykisk ohälsa och kan leda till att allmänheten tar avstånd och undviker personer med psykisk ohälsa. I en studie av omvårdnadsforskaren BrittMarie Lindgren med flera beskriver personer med självskadebeteende att det förekommit professionell stigmatisering i form av respektlöshet, vilket förmedlat en känsla av att ha blivit behandlad som ett objekt alternativt som en sak utan själ. Omvårdnadsforskaren Kent-Inge Perseus har beskrivit hur personer med självskadebeteende ofta har en komplicerad relation till hälso- och sjukvården i stort, där självskadebeteendet i sig väcker olika känslor hos vårdpersonalen, såsom osäkerhet, vanmakt och stress.

Studien genomfördes med

kvalitativ och induktiv metod med en fenomenologisk ansats. Ansatsen fokuserar på människans livsvärld och den fenomenologiska forskaren frågar vad essensen av ett visst fenomen är för personen med självskadebeteende som upplever fenomenet. Dataanalysen utmynnade i följande tre kluster som står för informanternas upplevelser av fenomenet: Nedvärderande och fördömande, misstroende och förminskande samt oförstående, obekräftande och kunskapsbristande.

Ett vårdlidande

I resultatets första del beskrivs stigmatiseringens konsekvenser, och där framkommer att samtliga informanter beskrev ett vårdlidande, ett ökat lidande i samband med vård, när de utsattes för stigmatisering inom hälso- och sjukvården. Informanterna beskrev att det känts hopplöst innan de fick rätt hjälp, att det känts som att de inte orkat kämpa mer, att de velat ge upp, att de varit hopplösa fall och att de aldrig skulle bli bättre för att de kanske förblev utan hjälp. Vid stigmatiserande bemötande upplevde informanterna att de egna nedvärderande tankarna ökade och att de då vände ännu mer mot sig själva, vilket blev bekymmersamt eftersom de redan innan vänt mycket inåt, mot sig själva. Informanterna beskrev att de får känslor av skam och skuld vid självskada, trots att de för egen del tyckte att måendet tillfälligt lättade när de självskadade. De berättade att de skämdes inför omgivningen och att de skämdes inför hälso- och sjukvårdspersonal. En informant önskade att utbildning i ämnet ökade, med syfte att minska på fördomarna och för att omgivningen och hälso- och sjukvården skulle förstå att den som är sjuk faktiskt gör så gott hen kan.

I första klustret med rubriken "Nedvärderande och fördömande" framkommer att samtliga informanter beskrev bemötandet som något definitivt avgörande, och förklarade att bemötandet skedde både verbalt och icke-verbalt. Informanterna upplevde att det tog onödigt lång tid innan de fått den rätta hjälpen och att vägen dit kantades av bristande bemötande.

Flera negativa upplevelser av stigmatiserande bemötande beskrevs, från såväl BUP, primärvård, ungdomsmottagning och specialistpsykiatri.

I andra klustret med rubriken "Misstroende och förminskande" beskrev en informant tydligt hur det var när hon blev misstrodd och ifrågasatt relaterat till att hon också hade psykisk ohälsa. Informanten hade ett gallstensanfall och sökte akut men när de läste henne journaler och såg att hon hade psykiatrisk öppenvårdskontakt samt psykiatriska diagnoser fick hon flera olika kommentarer. En informant beskrev hur det var när hon sökte hjälp på sin vårdcentral för ett somatiskt problem. Läkaren uppmärksammade att hon nyligen varit inlagd i psykiatrisk heldygnsvård och började då ifrågasätta de somatiska problemen som en undran om de var självförvållade. Sådana händelser beskrevs som något som bidrog till en rädsla inför framtida vårdbehov för att man ska bli misstrodd bara för att man har psykisk ohälsa och självskadebeteende med sig i bagaget. Informanten menade att det var som att få en stämpel på sig. På grund av att man har skadat sig tidigare eller haft ett självskadebeteende, så skulle det alltid vara aktuellt och förevigt hänga med.

I det tredje och sista klustret med rubriken "Oförståelse, obekräftande och kunskapsbristande" beskrev en informant hur hon inom psykiatrisk heldygnsvård upplevde att personalens egna känslor ibland kom emellan när de inte visste hur de skulle hantera situationen. Ibland blev de arga och kom med otrevliga kommentarer. Att inte bli förstådd eller bekräftad inom specialistpsykiatri medförde ytterligare besvikelse för informanterna eftersom förväntningarna var högre och det funnits ett hopp inför att få hjälp via just denna instans. En informant beskrev sin besvikelse över att inte bli förstådd och bekräftad på en psykiatrisk heldygnsvårdsavdelning.

Resultatet visar att stigmatisering och bristande bemötande upplevs av personer med självskadebeteende inom olika instanser inom hälso- och sjuk-

vården. Informanterna upplever att de blir nedvärderade, fördömda, misstrodda, förminskade, oförstådda, obekräftade och bemötta med för lite kunskap. De är eniga i att detta bemötande är grundat i stigmatisering. Upplevelsen leder till att lidandet ökar, att patienten anklagar sig själv, skäms och tappar hoppet.

Inte bara okunskap

Resultatet av vår studie vittnar om att stigmatisering inom hälso- och sjukvården innebär hela spektret av negativa känslor för patienten. Från att känna sig obekräftad och inte tagen på allvar till att uppleva ett vårdlidande som riskerar att utsläcka det lilla hopp som finns. Vårdlidandet har enligt den vårdvetenskaplige forskaren Katie Eriksson i sig egentligen inget samband med själva sjukdomen, utan uppkommer i mötet mellan patienten och vårdpersonalen. Med underlaget som erhållits genom de tre intervjuerna kunde problemet ringas in om hur personer med självskadebeteende upplevde bemötandet från personal inom hälso- och sjukvården. Det stigmatiserande bemötandet fanns representerat i hela vårdkedjan. Varför är det så? Det går inte att endast skylla på okunskap. Då skulle inte problemet finnas i specialistpsykiatri där det till och med finns specifika kunskaper i ämnet och personal ofta får fortlöpande utbildning i problematiken. Enligt Nationella självskadeprojektet är det inte enbart patienter som har svårt att förstå och läsa av andra människor vid känslomässigt dysreglerat tillstånd, utan även

personalen påverkas på detta sätt. Att som personal känna rädsla, ilska, frustration, maktlöshet eller känna sig manipulerad när en patient självskadar kommer att påverka bemötandet. Personal som är känslomässigt påverkad har svårare att både förstå och bemöta patienten på det sätt som hen egentligen vill och har kunskaper om. Det är mycket begärt att personal inte får påverkas känslomässigt. Samtidigt kan dåligt bemötande och stigmatisering leda till att patientens mående försämras, trots vård, där tilltron till vården kan minska samt utsläcka det lilla hopp som finns. Det kan tolkas som att det inte räcker med utbildning, kunskap och goda intentioner i vården för patienter med självskadebeteende eftersom personalens känslor verka ha företräde vid skarpa situationer. Av den anledningen verkar det rimligt att förena utbildningen och kunskaperna med exempelvis gruppdiskussioner, simuleringsovningar, debriefing och processhandledning för att vara mer än teoretiskt förberedd på känslosamma händelser.

Det är en utmaning för den specialistutbildade sjuksköterskan inom psykiatrisk omvårdnad att implementera dessa nya kunskaper och, som Nationella självskadeprojektet menar, arbeta utefter tillgänglig kunskap, systematiskt följa upp insatserna och utforma program baserat på detta. Vår studie kan göra hälso- och sjukvårdspersonal uppmärksamma på patienters upplevelse av hur det faktiskt är att utsättas för stigmatisering, vad stigmatisering är för dem och vad det leder till såväl emotionellt som praktiskt.

LÄS MER

- Eriksson, K. (1994). Den lidande människan. Arlöv: Liber Utbildning.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet*, 367, 528-529.
- Lindgren, B-M., Wilstrand, C., Gilje, F., & Olofsson, B. (2004). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 284-291.
- Nationella Självskadeprojektet. (2015). Nationella självskadeprojektet. Hämtad 2015-12-26, från <http://www.nationellasjalvskadeprojektet.se/om-projektet.html>
- Perseus, K-I. (2012). Att tämja en vulkan – Om emotionell instabilitet och självskadebeteende. Lund: Studentlitteratur.

Till vänster, ANNELIE SJÖBERG 42 år, har arbetat som sjuksköterska sedan 2008 och inom psykiatri sedan 2009. Nuvarande arbetsplats är psykosavdelning 10B i Hudiksvall. – En specialistutbildning inom psykiatrisk vård känns både spännande och intressant då psykiatri är under ständig utveckling.

Till höger, ANNE-SOFIE HALLBERG, 29 år, har arbetat som sjuksköterska sedan 2010 och inom psykiatri sedan 2013. Nuvarande arbetsplats är på Sundsvalls sjukhus, psykiatriska jourmottagningen. – Det var först när jag prövade på att arbeta inom psykiatri som jag hittade det området jag ville specialistutbilda mig inom som sjuksköterska, nämligen psykiatri.



Att vårda personer med beroende

text ANN-SOFIE HALLBERG och ANNELI SJÖBERG

Sjuksköterskor i beroendevård bör ta stöd från sina kollegor i det kliniska arbetet. Om man är trygg i sin yrkesroll, känner sig säker på sin arbetsplats och har rätt kunskaper bemöter man sina patienter bättre. Ann-Sofie Hallberg och Anneli Sjöberg sammanfattar en intervjustudie med fokus på sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med beroendediagnos inom specialiserad beroendevård. Studien utgör deras examensarbete vid specialistsjuksköterskeprogrammet på Umeå universitet.

SYFTET MED VÅR studie var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med beroendediagnos inom specialiserad beroendevård. Bakgrunden till studien var att vi enbart hittade ett begränsat antal studier som fokuserar på sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer med beroendediagnos inom specialiserad beroendevård. Den forskning som vi fann redovisar att sjuksköterskor upplever vården av personer med beroendediagnos som en balansgång mellan frustration och förståelse för patientens problem och att relationen mellan sjuksköterskan och patienten är viktig och bör präglas av stöd, ärlighet och tydlighet. Vidare finns studier där de svårigheter som kan uppstå i vårdrelationen där frustration, svårigheter att förstå beroendet och avståndsstagande lyfts fram. Omvårdnadsforskaren Lena Wiklund-Gustin har beskrivit betydelsen av att personal har ett icke dömande och öppet förhållningssätt när

man samtalar om beroende och det lidande som är kopplat till detta. Sjuksköterskan bör vara lyhörd och ha förmåga att ge personen stöd, kunna möta svåra känslor och hjälpa patienten att bygga vidare på de positiva tankebanorna. Sjuksköterskan behöver också ha en förståelse för personen med beroende och dess behov och problem för att kunna ge en god vård. Visserligen finns redan ett antal studier innan denna men endast ett fåtal av dem är från den specialiserade beroendevården.

Vi genomförde en kvalitativ intervjustudie med nio sjuksköterskor under december 2015 och januari 2016. Studien genomfördes vid två enheter inom specialiserad beroendevård i två olika landsting. Den första enheten är ett privat behandlingshem i södra Norrland. Enhet två är en avdelning med psykiatrisk heldygnsvård i södra Norrland, där den nämnda patientgruppen vårdas. Av de nio intervjuade så var sex kvinnor och tre män.

Sex av sjuksköterskorna hade en specialistutbildning med inriktning mot psykiatrisk vård. Deras erfarenhet som sjuksköterska varierade mellan 1,5 år och 35 år (median=10,5). De hade även varierande grad av erfarenhet av att vårda patienter med en beroendediagnos mellan 1,5 och 34 år (median=7,5). Intervjuerna analyserades sedan med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat

Deltagarnas erfarenheter av att vårda personer med beroendediagnos inom specialvård visade sig handla om rollen som sjuksköterska och relationen mellan sjuksköterskan och patienten med vardera fyra respektive fem subkategorier. Tabell 1 visar en översikt över de kategorier med tillhörande subkategorier som analysen utmynnade i

Relationen mellan sjuksköterskan och patienten

I resultatet framkommer att när patienterna blir bra bemötta

underlättas samspelet mellan patienten och sjuksköterskan och en bra kontakt skapas som underlättar vården. Sjuksköterskorna upplevde glädje och stolthet då patienterna lyckas med sin behandling. Dessa erfarenheter ger arbetsglädje och hjälper sjuksköterskorna att orka fortsätta ha ett positivt förhållningssätt till patienter som inte är motiverade till behandling.

Deltagarna beskriver att patienterna efterfrågar läkemedel i större grad än de efterfrågar samtalsterapi. Deltagarnas erfarenheter visar på att patienterna hellre går efter vilken sorts läkemedel de erbjuds än att se till sina egna symtom när det kommer till medicindelning. Patienterna blir upprörda om de inte får de läkemedel de anser sig behöva, och de blir nöjda och lugna om de får de läkemedel de efterfrågade. Det framkommer dock inte om patienternas missnöje beror på brist på tid till samtalsterapi eller andra orsaker. Sedan framkommer det att del-

tagarna anser att det är en del av sjukdomsbilden för patienterna att försöka få just de läkemedlet de vill ha. En sjuksköterska berättade:

Det var en patient som kom in och sa att "Jag behöver en tablett för ångest" Jag sa att "Det går ju inte att medicinera för allting för att det är ju så du har levvt ute" jag förklarade lite så där. (7)

Deltagarna beskriver också att om samsjuklighet förekommer hos patienten så försvåras drogfriheten, dels på grund av att patientens impulskontroll kan vara försvagad, men även att patienten kan ha en benägenhet att använda drogen för att självmedicinera bort symtom på andra sjukdomar. Vid sådana tillfällen kan det ibland vara svårt att skilja på om symtomen är från en psykiatrisk grundsjukdom eller om det beror på drogavvändandet. Deltagarna beskriver även att det ibland kan vara obehävt och kännas dubbelt att ha makten att bestämma patientens behandling. Å ena sidan finns ett behov av att sätta gränser för "besvärliga" patienter och en vilja att ha kontroll och beredskap för att skapa en stabil och säker arbetsplats. Å andra sidan beskriver de att patienterna har ett eget ansvar över sitt liv och därmed också makten över det. Patienten har till exempel makt att skriva ut sig om hen inte längre orkar eller vill ha vård.

Rollen som sjuksköterska

Sjuksköterskornas erfarenheter i denna studie är att patientgruppen ofta blir dåligt bemötta och möts av en misstänksamhet i den övriga vården. Deltagarna har erfarenhet av att patienterna

inte får den vård de har rätt till men även att de blir felbehandlade på grund av sin beroendediagnos. Deltagarna upplever både ilska, frustration och sorg och har svårt att acceptera att denna patientgrupp får sämre vård.

Trots att deltagarna hade svårt att acceptera detta var deras erfarenhet att det inte tjänade något till att ställa någon till svarts utan de uttryckte en hopplöshet över situationen.

I studien tar deltagarna upp att det är viktigt att var trygg i sin profession för att lättare kunna möta patientgruppen och att detta kräver både kunskap och erfarenhet. Om personalen är kompetent så är deltagarnas erfarenhet att patienterna lyckas bättre i sin behandling. Deltagarna anser vidare att tydliga rutiner och riktlinjer gör arbetet lättare, roligare och skapar trygghet. När det finns en tydlig struktur och arbetslaget jobbar lika blir det lättare att vårda patienterna eftersom de inte kan spela ut personalen mot varandra. Deltagarna upplever även att det känns bra att i svåra situationer, med aggressiva patienter, kunna hänvisa till läkarordinationer och gällande rutiner för att få stöd i sitt beslut.

Det framkommer även att deltagarna har en viss beredskap för hot och våld redan innan de har träffat en patient. De beskriver en oro över att patienten ska bli våldsam samtidigt som de beskriver att våldsamma reaktioner är sällsynta. Erfarenheterna från sjuksköterskorna i studien säger även att det är komplext och svårt att vårda beroendepatienter. Arbetet är psykiskt påfrestande, kräver mycket tålamod och ofta misslyckas vården vilket

LÄS MER

■ Bernie Pauly, B. McCall, J. Browne, A. Parker, J. & Mollison, A. (2015) Towards cultural safety. Nurse and patient perceptions of illicit substance use in a hospitalized setting. *Advances in Nursing Science* 38, 121-135. doi: 10.1097/ANS.000000000000070

■ Johansson, L. & Wiklund-Gustin L. (2015) The multifaceted vigilance – nurses' experiences of caring encounters with patients suffering from substance use disorder. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, e-pub. doi:10.1111/scs.12244

■ Price, O. & Wibberley, C. (2012) An exploratory study investigating the impact of the procedures used to manage patient substance misuse on nurse-patient relationships in a medium secure forensic unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19, 672-680. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01842.x

■ Van Sant, J. & Pattersson, B. (2013) Getting in and getting out whole: Nurse-patient connections in the psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing* 34, 36-45. doi: 10.3109/01612840.2012.715321

■ Wiklund Gustin, L. (2010) Vårdande vid psykisk ohälsa-på avancerad nivå. Studentlitteratur, Lund.

gör att sjuksköterskorna ibland upplever det som hopplöst.

Deltagarna lyfter även fram att många patienter sidomissbrukar på avdelningen vilket i sin tur försvårar vården. Sidomissbruket uppfattas som obehagligt och personalen känner besvikelse och ilska över patientens agerande då det både gör arbetet riskfyllt för sjuksköterskan, men även påverkar andra patienter på avdelningen. Det finns även en rädsla för att patienten ska avlida på avdelningen pga. sitt sidomissbruk. Deltagarna påtalar även att abstinensen gör patienten otrevlig och att man som sjuksköterska blir utsatt för manipulation av patienterna. Detta uppfattas som provocerande och att man känner sig utsatt.

Deltagarna anser att kollegor är mycket viktiga för att kunna orka med arbetet. Kollegorna ger stöd när det är slitsamt och man kan få hjälp i svåra beslut. Samverkan med kollegor ansågs minska den psykiska påfrestande som ibland kan uppstå i arbetet. De sjuksköterskor som deltog i studien upplevde även en ilska och frustration över att inte bli lyssnad på av ledning och att inte kunna påverka sin arbets-situation. En av sjuksköterskorna uttryckte det såhär: *Man måste kunna prata om det, skämta och ändå tänka att... hålla ihop och stötta varandra.*

"Jo men kom igen nu" Det är väl det (1)

Hur kan resultaten användas i det kliniska arbetet?

Studien visar att det är betydelsefullt med tydliga riktlinjer och att riktlinjerna bör vara utformade för att främja en personcentrerad vård med patienten i centrum. Att ha individen i centrum ger det bästa resultatet av den omvårdnad som ges.

Sjuksköterskan måste vara lyhörd och ha förmåga att kunna föra en dialog med patienten för att få till ett lyckat vårdtillfälle med en god omvårdnad. Vidare är det av vikt att se till helheten, flertalet av patienterna har exempelvis samsjuklighet vilket försvårar en framgångsrik behandling. Sjuksköterskan kan inte bortse från övriga sjukdomar som patienten har utan bör ta hänsyn till dessa när hen vårdar patienten.

Det framkommer också att man som sjuksköterska bör ta stöd från sina kollegor i det kliniska arbetet. Om man som sjuksköterska är trygg i sin yrkesroll, känner sig säker på sin arbetsplats och har rätt kunskaper så bemöter man sina patienter bättre. Det är en vinst både för patienten som möter en trygg sjuksköterska samt för sjuksköterskan som slipper det stresspåslag som okunskap kan ge.

Tabell 1 Översikt över kategorier och subkategorier

Kategorier	Subkategorier
Relationen mellan sjuksköterskan och patienten	Individen i centrum
	Medicinen i centrum
	Drogen är bara en del av patientens problem
	Balans mellan maktutövning och respekt för patientens autonomi
Rollen som sjuksköterska	Rätten till lika vård förbises
	Ett strukturerat förhållningssätt
	Beredskap för hot och våld
	Påfrestande och utsatt Nära samverkan med andra



Jenny Molin är specialist-sjuksköterska i psykiatrisk vård och doktorand vid Umeå universitet.

PARTNERSKAP OCH SAMARBETE

text och foto JENNY MOLIN

Komplexa omvårdnadsinterventioner, moralisk stress vid verksamhetsförlagd utbildning och ett nytt sätt att bedöma och stötta personer med suicidtankar. Jenny Molin, specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård och doktorand i omvårdnad vid Umeå universitet, rapporterar från The Scottish Mental Health Nursing Research Conference i Dundee med temat Partnership and Collaboration with service users.

JAG HADE TUR.

I början av december 2015 skickade jag in ett abstrakt till en konferens i Skottland, tre dagar för sent. Trots att det var sent blev jag inbjuden att muntligt presentera resultaten från min studie "Quality of interactions influences everyday life in psychiatric in-patient care- patients perspectives". Jag fick även ett stipendium från PRF som täckte delar av kostnaderna. Det skulle alltså bli en aprilresa till Dundee för mig.

Dundee är den fjärde största staden i Skottland med 150 000 innevånare. Staden ligger på den skotska östkusten, mellan Aberdeen och Edinburgh. Dundee är känt för sin marmeladindustri och för sin journalistik men även för sin forskaraktivitet. I staden finns två universitet, University of Dundee och Abertay university. Vid det senare hölls konferensen med temat Partnership and Collaboration with service users.

Kvällen innan bjöds vi som rest till konferensen på en informell

middag. Det var ett trevligt initiativ där jag fick möjlighet att träffa Bernadine Wojtowicz från Kanada, Professor John Baker från Leeds university, Professor Geoff Dickens från Abertay university samt fyra psykiatrisjuksköterskestudenter från Edinburgh. Under kvällen hann vi prata om både forskning och utbildning. Det är verkligen spännande att få höra hur forskning integreras i utbildningen i Skottland och hur olika utbildningen inom vårt område ser ut i olika länder.

Professor John Baker var en av konferensens keynote speakers. Baker är psykiatrisjuksköterska och hans forskning handlar om att utveckla komplexa interventioner inom psykiatrisk vård. Han menar att forskning måste leda till klinisk nytta och att sjuksköterskor inom psykiatrisk vård forskar för lite, att vi gör saker varje dag utan att reflektera över eller ifrågasätta vad vi egentligen gör. Ett exempel på det är vid behovs-medicinering. Baker

har gjort flera studier där han fokuserat på användandet av vid behovs-medicinering inom psykiatrisk heldygnsvård och det var dessa studier han berättade om under sin mycket intressanta och för mig ögonöppnande presentation. Baker menade att vid behovs-medicinering är en avancerad omvårdnadsintervention som sällan ifrågasätts. Det är ofta psykiatrisjuksköterskors förstahandsval och många gånger deras enda val när det gäller oroliga patienter. Vid behovs-medicinering har visat sig öka användandet av tvångs-åtgärder (!!), används väldigt mycket och är inte utvärderat! Det vill säga, vi har inget bevis för att denna avancerade omvårdnadsintervention har effekt! Ändå fortsätter vi att använda oss av det.

Universitetet i Abertay är litet och har ca 5000 studenter. Det ligger mitt i Dundees centrum och har utbildat den skotska arbetskraften sedan

1888. Den skotska artigheten var påtaglig och det var lätt att känna sig välkommen bland så många hjälpsamma människor. Dagen gick fort och vi fick höra många intressant presentationer fördelade på fyra spår där teman som heldygnsvård, återhämtning, studenter och innovation diskuterades.

Vi var två talare från andra länder vid konferensen. Bernadine Wojtowicz från Lethbridge College i Alberta, Kanada presenterade sin studie "Moral distress during psychiatric clinical placements: Perspectives of nursing students and their instructors". Hennes resultat visade att sjuksköterskestudenter vid sin VFU inom psykiatrisk vård upplevde mer moralisk stress i vardagliga situationer på avdelningen än vid mer extrema situationer som kunde uppstå. Hon menade att vi, med vetskap om detta behöver fundera över hur vi förbereder våra studenter inför deras VFU. Wojtowicz menade ▶



Desperate Dan.



Temat för konferensen var Partnership and Collaboration with service users.



Professor John Baker.

► att vi behöver ge dem verktyg inför mötet med moraliskt stressande situationer så att de kan ha styrkan att säga ifrån när det upplever något som fel.

En annan presentation som fångade mitt intresse genomfördes av fyra psykiatrisjuksköterskestudenter. I Skottland specialiserar sig studenterna direkt och deras utbildning är 4 år. Ross Fagan, Angela Hawthorne, Elspeth Leaver och Jessica Baxter från Edinburgh presenterade resultaten från deras studie "Nursing and midwifery student attitudes toward people with mental illness". De kunde visa att både personliga och professionella erfarenheter av att ha mött personer med psykisk ohälsa påverkar studenternas attityder gentemot personer med psykisk ohälsa. Ingen studentgrupp i deras studie hade dåliga attityder men studenter som hade VFU inom psykiatrisk vård visade sig ha signifikant bättre attityder. Således lyfte de fram betydelsen av VFU inom psykiatrisk vård för sjuksköterskestudenter.

Slutligen vill jag nämna en presentation till som fångade mitt intresse. Paul Smith och Grant King från universitetet i Dundee

beskrev NEAREST, enligt dom ett nytt sätt att bedöma och stötta personer med suicidtankar. NEAREST står för Notice, Empathy, Ask, Respond, Explore, Safety och Together. Beskrivningen fick mig att associera till suicidstegen som vi använder i Sverige men med lite mer hur inkluderat. Det var det som gjorde detta intressant och jag kan se att vi skulle ha gott stöd av detta sätt att tänka när vi möter personer med suicidtankar. Jag tänker även att våra studenter skulle finna stöd i NEAREST då min erfarenhet är att studenter ofta frågar efter "huret" när det gäller bemötande och förhållningssätt. I sin presentation nämnde även Smith och King att de använder OSCE för bedömningar av deras psykiatrisjuksköterskestudenter. Det är något jag vill veta mer om.

Konferensen bekostades av skotska myndigheter. Det innebar bland annat att konferensen var kostnadsfri för alla deltagare, ett mycket lyckat drag då det i sin tur innebar att många studenter hade möjlighet att delta under dagen. Jag mötte flera studenter som var mycket intresserade av svensk psykiatri och nyfikna på hur vårt arbete ser ut. Det var också glädjande att se hur lärare,

forskare och studenter interagerade med varandra under dagen. Jag är övertygad om att den möjligheten har stor betydelse för studenternas lärande.

Jag lämnade ett Skottland

som visat upp sig från sin bästa sida, sol ute och sol inne. Mina förhoppningar är att få möjligheten att återvända och då kanske under en lite längre vistelse. Jag håller tummarna!

LÄS MER

Vill man läsa mer om Bakers studier om vid behovs-medicinering är detta några av de artiklar han skrivit i ämnet:

■ Price O, Baker JA. Resistance to changing practice from pro re nata prescriptions to patient group directions in acute mental health settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2013; 20 (7):623-630. DOI 10.1111/j.1365-2850.2012.01960.x

■ Usher K, Baker JA, Holmes CA. Understanding clinical decision making for PRN medication in mental health inpatient facilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2010; 17 (6):558-564. DOI disc logo 10.1111/j.1365-2850.2010.01565.x

■ Baker JA, Lovell K, Harris N. A best-evidence synthesis review of the administration of psychotropic pro re nata (PRN) medication in in-patient mental health settings. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17 (9):1122-1131. DOI 10.1111/j.1365-2702.2007.02236.x

Vill man läsa mer om vad Bernardine Wojtowicz skrivit går det att söka hennes artikel med denna titel:

■ Wojtowicz, B. & Hagen, B. (2014) A Guest in the House: Nursing Instructors' Experiences of the Moral Distress Felt by Students during Inpatient Psychiatric Clinical Rotations. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. DOI: 10.1515/ijnes-2013-0086



Register now!
Late abstract submissions welcome!

NARRATIVE NURSING

NORDIC CONFERENCE OF MENTAL HEALTH NURSING

14-16 SEPTEMBER 2016

BÖRSHUSET – MALMÖ

WWW.NARRATIVENURSING.SE

HOSTED BY THE SWEDISH ASSOCIATION OF PSYCHIATRIC
AND MENTAL HEALTH NURSES (PRF) AND THE ASSOCIATION OF
NORDIC PSYCHIATRIC NURSES (PSSN)



Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

GRATTIS ÅKE!

11 december disputerade Åke Grundberg vid Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska institutet. Opponent var docent Jonas Sandberg från avdelningen för omvårdnad, Hälsohögskolan Jönköping.



Åke Grundberg.

Hur känns det nu när disputationen är avklarad?

Tack, det känns bra än om det varit en "känslomässig dalbana" – alltifrån glädje till en känsla av tomhet och avsaknad av något som jag levtt med under en längre period.

Hur kom det sig att du började forska?

Jag har specialistutbildning inom psykiatri och distriktsvård. Uti-från dessa erfarenheter arbetade jag som utredare på dåvarande Socialstyreslen och då med Lex Maria-utredningar gällande självmord inom primär- och äldrevård. I samband med denna anställning deltog jag i ett seminarium som handlade om att multitsjuklighet är en riskfaktor för psykiska hälsoproblem som ångest och depression hos äldre individer. Här presenterades forskning som också bekräftade mina erfarenheter av att vårda multitsjuka äldre personer inom Avancerad Sjukvård I Hemmet (ASIH). Det kan närmast beskrivas som en väckarklocka då jag blev mer medveten om det faktum att psykiska hälsoproblem inte alltid identifieras hos de mest sjuka äldre – för att kunna erbjudas adekvat vård och behandling. Jag fördjupade mig sedan inom olika forskningsstudier av målgruppen, för att sedan upprätta en projektplan som en professor inom geriatrik slutligen använde vid en ansökan till Nationella Forskarskolan i Vård och Omsorg. Hade inte tänkt söka doktorandanställningen utan var nöjd med att ha lyft fram en "forskarfråga" som behövde besvaras. Efter att ha lagt ner mycket tid på etikansökan samt revidering av projektplan beslutade jag att ansöka om doktorandanställningen – efter viss övertalan från de handledare som kom att ingå i projektet vid Karolinska Institutet.

Vad heter avhandlingen?

Den heter Mental health promotion among community-dwelling seniors with multimorbidity – perspectives of seniors, district nurses and home care assistants.

Vad handlar den om?

Syftet med avhandlingen var att få en djupare förståelse om hur den psykiska hälsan kan främjas hos multitsjuka äldre personer som bor i ordinärt boende, inklusive äldre personers samt aktuella vård- och omsorgsaktörers perspektiv. I avhandlingen intervjuas multitsjuka äldre personer, distriktssköterskor respektive hemtjänstpersonal

om deras perspektiv på hur den psykiska hälsan kan främjas hos målgruppen.

Om du skulle sammanfatta dina viktigaste resultat...

De tre perspektiven var överensstämmande: Social och fysiska aktiviteter ansågs viktigt för att kunna främja psykisk hälsa då fysisk inaktivitet och social isolering försämra den. Fynden i avhandlingen visade vidare att hanteringen av psykiska hälsoproblem som depression är en utmaning för de som erbjuder hälso- och sjukvård samt omsorg till dessa äldre personer med komplexa vård- och omsorgsbehov. En övergripande slutsats var att samarbetet mellan distriktssköterskor och hemtjänst behöver förbättras och då informationsöverföringen mellan dem. Här handlar det om att distriktssköterskor inte ensam kan ta ansvaret för att främja den psykiska hälsan hos denna åldrande befolkning – utan är beroende av hemtjänstpersonals informerade kunskap om den äldre och dennes beteendeförändringar. Hemtjänstpersonalen beskrev att de identifierade olika riskfaktorer för psykiska hälsoproblem samt förändringar i beteende och boendemiljö. Vidare visste inte hemtjänstpersonalen vem som ansvarade för dessa äldre personers psykiska hälsa eller vem som borde kontaktas då en äldre individ visade – eller uttalade – tecken på psykisk ohälsa.

Hur kan man använda resultaten?

Här handlar det främst om att motverka den fragmenterade vård och omsorg som erbjuds till dessa sjuka äldre som bor kvar i sina hem – vilket torde kunna ske genom samverkan och informationsöverföring. Vi vet sedan tidigare att distriktssköterskor ansvarar för att delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter till hemtjänstpersonal, vilket främst handlar om administrering av iordningställda läkemedel. Denna process styrs av en delegeringsföreskrift (SOSFS 1997:14) som bl.a. beskriver förutsättningar för delegering av medicinska arbetsuppgifter. Här nämns att den som ska överlåta

en arbetsuppgift ska försäkra sig om att den som mottar upp-
giften också har förutsättningar
att fullgöra den innan ett
delegeringsbeslut fattas samt
att detta beslut ska följas upp
av den som ansvarat för dele-
geringen. Jag är medveten om
att distriktssköterskor många
gångar saknar den faktiska
tiden att utbilda och handleda
hemtjänstpersonal i samband
med delegeringsförfarandet.
Det är däremot inte orealistiskt
att ansvarig distriktssköterska
informerar hemtjänstpersonal
om tecken och symtom på
psykiska hälsoproblem vid
t.ex. depression samt tydliggör
ansvaret för hälsofrämjande
arbete, dvs. till vem hemtjänst-
personalen främst bör vända
sig till om beteendeförändring-
ar eller symtom uppstår hos
en äldre individ. Vidare bör
distriktssköterskor skapa forum
där ett kontinuerligt erfaren-
hetsutbyte kan ske mellan dem
och hemtjänstpersonal som
både observerar och hör talas
om förändringar som vittnar
om god personkännedom –
vilken skapas över tid.

Vad gör du härnäst?

Arbetar sedan disputationen
som lektor vid Sophiahem-
met Högskola i Stockholm.
Mitt uppdrag är att utveckla
verksamhetsförlagd utbild-
ning (VFU) inom kommunal
äldreomsorg. Vidare föreläser
jag om gerontologi ("läran
om det friska åldrandet") och
hälso- och sjukvårdslagstiftning
för sjuksköterskestudenter. Har
viss tid för forskning och skissar
just nu på en projektplan som
fokuserar på andra profession-
ers perspektiv på främjandet
av psykisk hälsa hos multisjuka
äldre personer som bor kvar
i hemmet med insatser från
olika aktörer.

LÄS MER

■ Avhandlingen finns tillgänglig
via [https://openarchive.ki.se/
xmlui/handle/10616/44892](https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/44892)



RECEN SIONER

TITEL **Juridik för sjuksköterskor - En handbok**

FÖRFATTARE **Lars-Åke Johnsson**

FÖRLAG **Karnov Group**

UTGIVNINGÅR **2015**

RECESENT **Henrik Lind**

Förvånande insikter i juridik

LARS-ÅKE JOHNSSON ÄR författare av flera böcker som avhandlar juridik inom hälso- och sjukvård och har tidigare varit ordförande i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Denna bok riktar sig till sjuksköterskor, som genom sitt arbete ofta gör komplexa bedömningar och ibland tar svåra beslut. Därtill har de övergripande lagar som styr sjukvårdspersonalens arbete på senare år blivit både fler och växt i sitt omfång. Utöver Hälso- och sjukvårdslagen har vi idag Patientsäkerhetslagen och Patientlagen, samt den nya tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg att förhålla oss till. Det är svårt att överblicka alla bestämmelser även för den insatte. Vad blir den juridiska påföljden om jag begår ett misstag i arbetet - blir jag

prickad eller varnad? Av vem? Förlorar jag min legitimation? Om det är någon som kan svara på de frågorna så är det författaren av denna bok som är den enda på området. Innehållet och nyare förändringar i lagarna summeras med fallbeskrivningar som sätter det hela i ett begripligt sammanhang. Fallbeskrivningar från psykiatrin finns, även om de gärna fått vara fler, då frågan om vad som är rätt och fel kan vara särskilt svår att besvara i psykiatrisk vård. Då boken täcker allt ifrån vårdgivarens ansvar till den enskildes - i många inom yrket vanliga situationer, kan den läsas som uppslagsbok eller i sin helhet. Den ger en fördjupad förståelse och erbjuder vissa ibland förvånande insikter i juridiken som styr sjuksköterskans arbete.





Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

www.psykriks.se
www.facebook.com/psykriks
[@psykriksstyrelse](https://www.twitter.com/psykriksstyrelse)

PRF
c/o Henrika Jormfeldt
Bråddared, 310 38 Simlångsdalen
Bankgiro: 5118-1592
Organisationsnr: 812000-0693

STYRELSE 2016

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

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

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

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

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

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

LEDAMOT
Jenny Molin, Umeå
072-200 33 98
jenny.molin@psykriks.se

LEDAMOT
Jenny Karlsson, Stockholm
070-235 27 28
jenny.karlsson@psykriks.se

PSYCHE 2016

Chefredaktör och ansvarig utgivare
Sebastian Gabrielsson, Luleå
070-548 38 64
sebastian.gabrielsson@psykriks.se

REDAKTIONSRÅD
Åsa Priebe, Södertälje
asa.priebe@gmail.com

Jörgen Öjjervall, Varberg
jorgen.ojjervall@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@rjl.se

REVISORER 2016

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

Ulf Rogberg, Jönköping
ulf.rogberg@lj.se

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

Rose-Marie Björklund, Göteborg
0725-76 06 06
rosemarie.bjorklund@gmail.com

VALBEREDNING 2016

SAMMANKALLANDE
Jörgen Öjjervall, Varberg
jorgen.ojjervall@hh.se
Kristina Haglund, Uppsala
070-514 96 84
kristinahaglund@gmail.com

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

NYA I STYRELSEN

JENNY KARLSSON



NÄR JAG LÄSTE till sjuksköterska (blev klar januari 1998) var det som att "jag hittade hem". Jag blev ganska direkt intresserad av vårdvetenskap och det kändes som att jag helt plötsligt fick ett språk för mycket jag tänkt och känt.

Under sjuksköterskeutbildningen förstod jag att psykiatri var det som lockade mig mest.

Jag jobbade ett kort tag på en medicinklinik och inom äldreården men hade en stark längtan tillbaka till studier så jag började på specialistutbildningen i psykiatri. Sedan jag blev klar med den 1999 har jag arbetat inom psykiatri i stort sett hela

tiden. Framförallt inom barn- och ungdomspsykiatri.

Parallellt med arbetet har jag pluggat en del. Det har blivit lite olika kurser som suicidologi och suicidprevention, Vårdvetenskap på Åbo Akademi och etik. Jag brinner för vård och vårdutveckling och under mina sista år på BUP pluggade jag till vårdlärare. Under en tid arbetade jag med ett vård- och omsorgscollege där jag undervisade i etik, vård, omsorg och psykiatri.

Nu arbetar jag som vårdutvecklare i Nacka för två slutenvårdsavdelningar och läser grundläggande psykoterapi på Ersta-Sköndal högskola. Nyligen har jag gått en utbildning i nationella självskadeprojektets regi till utbildare i att möta självskadebeteende. En utbildning som det är tänkt att all personal inom psykiatri ska gå.

Att få vara med i styrelsen ser jag som ett hedersamt, spännande och utvecklande uppdrag.

JENNY MOLIN



JAG HETER JENNY Molin och är 42 år. Jag är sjuksköterska och har specialistutbildning i psykiatrisk vård sedan 1997. Jag har också läst grundläggande utbildning (steg 1) i beteendeterapi.

Min yrkeserfarenhet har jag från psykiatrisk heldygnsvård men främst från 13 års arbete på den psykiatriska akutmottagningen i Umeå. Jag har uppskattat utvecklingsarbete vilket bland annat resulterat i att triagering infördes som ett gemensamt arbetssätt på vår mottagning 2011.

Jag har med ojämna mellanrum arbetat vid institutionen för

omvårdnad, Umeå universitet. Jag har främst arbetat som klinisk adjunkt och fått möta sjuksköterskestudenter under deras VFU inom psykiatrisk vård. Jag har uppskattat att följa studenternas utveckling. För många är det första gången de möter personer med psykisk ohälsa och den vård vi erbjuder. För mig har det varit, och är viktigt att det blir en positiv erfarenhet för studenterna.

Sedan våren 2014 är jag doktorand. Mitt projekt handlar om vardagslivet inom psykiatrisk heldygnsvård. Jag har intervjuat personer med psykisk ohälsa samt personal som arbetar inom heldygnsvård. Utifrån deras beskrivningar och önskemål är planeringen att testa en intervention i syfte att förbättra vardagslivet inom heldygnsvården. Projektet är både spännande och utmanande och förväntas vara klart våren 2018.

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.

Målsättningen är att kunna dela ut stipendium om totalt 15 000 kr under verksamhetsåret 2016.

VÄLKOMMEN MED DIN STIPENDIEANSÖKAN!



Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

**Psykiatriska Riksföreningen för
Sjuksköterskor**
c/o Henrika Jormfeldt
Bråddared, 310 38 Simlångsdalen
henrika.jormfeldt@psykriks.se



Henrika Jormfeldt tackade Maria Åling för hennes insatser i styrelsen.

Rapport från årsmöte

DAGEN INNAN ÅRSKONFEREN-SEN höll PRFs årsmöte på hotell Riverton i Göteborg. Ordförande Henrika Jormfeldt hälsade välkommen till de drygt 20 medlemmar som samlats och förklarade mötet öppnat. Matilda Eriksson bistod som mötesordförande. PRFs arbete under föregående år sammanfattades. Representanter för föreningen har deltagit i en mängd aktiviteter. Bokslutet för 2015 visar ett plusresultat. Antalet medlemmar är stabilt. I december 2015 fanns 632 personer registrerade som medlemmar. Under året anordnades en välbesökt och lyckad årskonferens i Uppsala. Psyche har utkommit med 4 nummer. En ny hemsida har lanserats. Det internationella arbetet har under året framförallt skett genom det nordiska samarbetsorganet PSSN där höstens nordiska konferens har planerats och förberetts. Revisorerna berömde styrelsen för ordning och reda i ekonomin och det övriga

arbetet och rekommenderade årsmötet att bevilja ansvarsfrihet vilket också skedde. Planer för det kommande året presenterades och diskuterades. Mycket energi kommer att ägnas åt det fortsatta arbetet med den nordiska konferensen. Medlemsavgiften för 2017 bestämdes till att vara oförändrad 325:- och 200:- för pensionärer och studenter.

Sittande ordförande Henrika Jormfeldt fick fortsatt förtroende då hon omvaldes på två år. Till nya ledamöter valdes Jenny Molin, specialistsjuksköterska och doktorand från Umeå och även Jenny Karlsson, specialist-sjuksköterska och vårdutvecklare i Stockholm. Hampus Martinsson och Karl-Henrik Forsman omvaldes som styrelseledamöter. Mångåriga styrelseledamoten Maria Åling valde att inte ställa upp till omval och avtackades. Även Mikael Nilsson som avslutade sitt valberedningsuppdrag avtackades.



På gång inom psykiatri och omvårdnad

2016

- Narrative Nursing – The Nordic Conference of Mental Health Nursing (PSSN/PRF)/14-16 september Malmö
- European Conference on Mental Health/14-16 september, Prag, Tjeckien
- 22nd International Network for Psychiatric Nursing Research Conference/15-16 september, Nottingham, England
- APNA 30th Annual Conference / 19-22 oktober, Hartford, Connecticut, USA

2017

- 4th European Festival of Psychiatric Nursing (Horatio)/maj, Malta



Bli medlem i PRF



Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor samlar sjuksköterskor som arbetar inom och/eller har specialistutbildning i psykiatrisk vård.

VAD GÖR PRF?

- Företräder psykiatrisjuksköterskan och det psykiatriska omvårdnadsperspektivet i media, konferenser, seminarier, utredningar, hearings med mera
- Anordnar nationella och internationella konferenser inom psykiatrisk omvårdnad
- Ger ut tidskriften Psyche som bevakar kunskapsutvecklingen inom psykiatrisk omvårdnad
- Är remissinstans för lagförslag, riktlinjer med mera som rör psykisk hälsa och psykiatrisk vård
- Tar fram kompetensbeskrivning och broschyr för specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård
- Samlar forskare inom psykiatrisk omvårdnad i ett nationellt nätverk
- Delar ut stipendier som främjar forskning, utveckling och utbildning inom psykiatrisjuksköterskans område eller främjar psykiatrisjuksköterskans yrkesfunktion
- Samarbetar nationellt med Svensk Sjuksköterskeförening och Vårdförbundet
- Samarbetar internationellt genom PSSN och Horatio-European Psychiatric Nurses

VAD INNEBÄR MEDLEMSKAP?

- Ett viktigt stöd för föreningens arbete
- Möjlighet att engagera sig i och påverka föreningen
- Prenumeration på tidskriften Psyche (4nr/år)
- Rabatterad deltagaravgift på konferenser
- Möjlighet att söka stipendier

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 2016 ÄR 325 KR.

Medlem blir man genom att antingen anmäla medlemskap via www.psykriks.se eller genom att betala in avgiften på 325 kr via bankgiro 5118-1592 och då ange namn och personnummer.