

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN  
FÖR SJUKSKÖTERSORS TIDSKRIFT

# Psyche

NUMMER 3 2016



NORDISK KONFERENS  
NARRATIV  
OMVÅRDNAD

GENUS OCH  
RÄTTSPSYKIATRI



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 anknäring 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](http://www.psykriks.se) eller 2. Betala in avgiften på 325 kr via bankgiro 5118-1592 och då ange namn och personnummer.

## Utgivningsplan 2017

Nr 1 vecka 11, nr 2 vecka 23,  
nr 3 vecka 39, nr 4 vecka 50.

## Prenumerera

Prenumerationspris för 2015 är 400:-/år (inom Norden 450:-/år). Teckna prenumeration via PRF:s hemsida [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se) eller kontakta prenumerationsansvarig [karl-henrik.forsman@psykriks.se](mailto:karl-henrik.forsman@psykriks.se)

## Annonsera

För information och annonsbokning kontakta Sebastian Gabrielsson, [sebastian.gabrielsson@psykriks.se](mailto:sebastian.gabrielsson@psykriks.se)

## Tryck och formgivning

Ågrenshuset, Bjästa  
[www.agrenshuset.se](http://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



## INNEHÅLL

### NORDISK KONFERENS I MALMÖ MED BERÄTTELSEN I CENTRUM



### GENOMBROTT FÖR DIGITALT STÖD I FÖRBÄTTRINGSARBETE



### DIALOG OCH PARTNERSKAP



### ATT LYSSNA, TOLKA OCH FÖRSTÅ - en väg till person- centrerad omvårdnad



...på en bra konferens om psykiatrisk omvårdnad reduceras aldrig personen som erhåller psykiatrisk vård till en diagnos eller en beskrivning av en samling problem...

# I konferensens tecken 2016!

**I** skrivande stund är jag på väg från Malmö efter att den nordiska konferensen Narrative Nursing – Building new knowledge precis har genomförts i samarbete med PSSN (Psykiatrisjuksköterskors Samarbete i Norden). Den avslutande uppmaningen till konferensens deltagare från professor Phil Barker påminde oss om att vi själva aktivt måste definiera vad vi gör som är verksamt för att kunna göra mer av detta och mindre av det som inte är lika verksamt. Vi måste själva definiera vårt uppdrag och kräva utrymme för den omvårdnad som vi, utifrån vår kompetens, bedömer att vi behöver genomföra.

Jag blir ofta optimistisk och känner en stor samhörighet på konferenser som fokuserar på psykiatrisk omvårdnad. På en bra konferens om psykiatrisk omvårdnad reduceras aldrig personen som erhåller psykiatrisk vård till en diagnos eller en beskrivning av en samling problem. På en omvårdnadskonferens måste den som är föremål för omvårdnaden alltid belysas som en hel människa med ett förflutet, en aktuell livssituation och möjliga framtidsscenarier ur ett mångdimensionellt perspektiv. Jag tror att det är synliggörandet av denna komplexitet och strävan att beakta helheten som väcker känslan av att lösningar är möjliga. Gemenskapen med övriga deltagare grundar sig i vetskapen att vi alla är öppna för

denna komplexa helhet och strävan efter det bästa för patienten i psykiatrisk omvårdnad.

Ni som regelbundet läser Psyche har säkert uppmärksammat att PRF investerar mycket arbete i att arrangera konferenser. Anledningen till detta är att nätverkande och kunskapsspridning är av stor betydelse i arbetet med att stärka vår profession och utveckla omvårdnad inom området psykisk (o)hälsa. Att delta vid konferenser är också en fantastisk möjlighet för enskilda sjuksköterskor att få input, träffa kollegor och utvecklas inom sitt yrke. PRF:s nästa årskonferens genomförs den 23-24 mars 2017 i Växjö på temat "Psykiatrisk omvårdnad – igår, idag och imorgon", börja gärna förbereda era abstrakt redan i höst så att ni är beredda att medverka när det är dags!

Under hösten kommer PRF bland annat att engagera sig i den heta debatten om delegering av läkemedel. Det är avgörande att konsekvenser av förändringar i lagar som reglerar delegering av läkemedel utreds noga med avseende på patientsäkerheten. Att sänka kompetenskraven kan aldrig vara en rimlig lösning på svårigheter att utbilda, rekrytera och behålla sjuksköterskor i psykiatrisk vård.

De är mycket stimulerande att se den höga aktiviteten på PRFs facebookside och den ökande dialogen på Twitter. Ditt och dina

---

---

## ORDFÖRANDE HAR ORDET



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

---

kollegors aktiva medlemskap i Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor är betydelsefullt. Jag uppmanar er som vanligt att besöka föreningens hemsida [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se). På [www.narrativenursing.se](http://www.narrativenursing.se) kommer mer information om vad som presenterades under den precis avslutade konferensen.

Jag önskar er en riktigt härlig höst från ett soligt och varmt Malmö!

# NORDISK KONFERENS

## MED BERÄTTELSEN I CENTRUM

text SEBASTIAN GABRIELSSON foto JOACHIM ECKERSTRÖM och SEBASTIAN GABRIELSSON

14-16 september samlades cirka 140 deltagare i ett soligt och varmt Malmö för att utbyta erfarenheter och diskutera psykiatrisk omvårdnad. Temat för årets nordiska konferens var Narrative Nursing. En av huvudtalarna var professor Phil Barker, som också avslutade konferensen med en sammanfattande reflektion.

VART TREDJE ÅR anordnar någon av de nordiska psykiatrisjuk-sköterskeorganisationer som ingår i Psykiatrisjuk-sköterskors samarbete i Norden (PSSN) en internationell vetenskaplig konferens – Nordic Conference of Mental Health Nursing. Senast hölls den i Reykjavik på Island 2013 och 2019 är det dags för Färöarna, men nu var det alltså PRFs tur att anordna konferensen i Sverige. Cirka 140 deltagare, de flesta från de nordiska länderna men även från övriga

Europa, USA och Kanada, hade samlats på Börshuset i Malmö för att under tre dagar ta del av presentationer, keynoteföreläsningar, workshops, posters och utställare. Allt med fokus på psykiatrisk omvårdnad och årets tema Narrative Nursing.

Konferensen ramades in av professor Phil Barker som tillsammans med sin fru Poppy Buchanan-Barker utvecklade tidvattenmodellen. De närvarade under hela konferensen och som avslutning bjöd Phil Barker

deltagarna på sina reflektioner.

### Utmaningen som möjlighet

Barker inledde med att lyfta fram vad han uppfattade som en politisk dimension av konferensen:

– Kent Andersson, politikern från Malmö stad, inledde med att berätta historien om Malmö. Han berättade om hur Malmö förändrats över åren och han valde att tala om möjligheterna. Livet utmanar både individer och städer och han ställde

frågan: Hur svarar vi på dessa utmaningar? Krisen är också en möjlighet. PRFs ordförande Henrika Jormfeldt inledde med att kräva att psykisk hälsa ses som en mänsklig rättighet. Detta kommer inte av sig själv utan är något som vi måste kampanja och slåss för.

En av keynoteföreläsningarna som Barker lyfte fram var Lena Wiklund Gustins:

– Lena talade om hur vi formar varandras verklighet och erfarenheter. Det kan vi göra i



Deltagarna tar plats.





Solsken över Malmö.



Konferensmiddag i Börshuset.

en positiv eller negativ bemärkelse. Samma händelse kan tolkas som positiv eller negativ. Lena påminde också om att det som är viktigt i vårt arbete är att vara uppmärksam och vänlig. Vi behöver vara vänliga både mot andra och mot oss själva. Vi behöver också komma ihåg att vi alla är människor och delar erfarenheten av att vara människor. Människor ser olika ut, men om vi börjar prata med varandra märker vi att vi alla pratar om samma saker.

Barker reflekterade även över en film som visades och diskuterades på konferensen, *Ida's Diary*, som följer en ung kvinna som skadar sig själv och är tänkt att kunna användas i undervisning.

– Kameran i *Ida's Diary* får mig att tänka på mig själv. Kameran bär vittnesbörd om någon annans erfarenhet utan att döma. Den filmar det som händer utan att kommentera. Det påminde om att det viktigaste vi gör, det gör vi när vi inte tycks göra någonting. Hur förklarar vi för de som betalar vår lön att det som ser ut som att vi inte gör någonting kan resultera i något väldigt viktigt? Det är en utmaning för alla forskare.

Jörgen Öijervall från Högskolan i Halmstad höll en presentation om Drama in clinical supervision som Barker tyckte påminde om att livet kan vara både en tragedi och en komedi:

– Som existencialist tycker jag det är viktigt att inte glömma det absurda. För livet kan vara, eller kanske alltid är, absurt. Vi vet vad det är men vi förstår det inte fullt ut. Den levda erfarenheten kan kanske inte förstås, men den kan utforskas. Utifrån *Ida's Diary* reflekterade någon över att Kirkegaard säger att för att verkli-



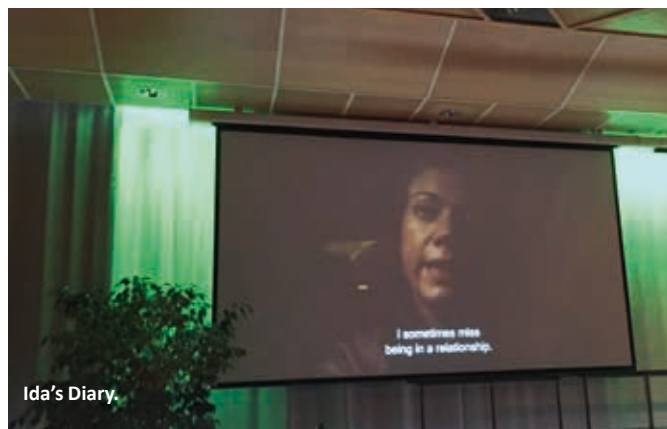
Jörgen Öijervall.



Jenny Molin.



Lena Wiklund Gustin.



Ida's Diary.

gen förstå någon så behöver vi gå i dennes skor, men att han ärligt talat inte ville gå i hennes skor. Och kanske behöver vi inte alltid gå i den andres skor, kanske kan vi helt enkelt bära vittnesbörd, som kameran gjorde.

### Historier om att vara människa

Lisbeth Drejer Dybro från Danmark hade en presentation med titeln *Telling work-stories and learning and nursing*. Barker uppskattade att hon använde ordet historier:

– Jag gillar inte ordet narrativ för egentligen betyder det bara historier. Lisbeth ställde frågan: Vad händer? Det är en mycket bra fråga. Genom att hon introducerade historier i konferensen började jag tänka på sagor. Sagor

är historier som kan vara mycket kraftfulla, men de är inte nödvändigtvis helt sanna. Men de är viktiga. Sjuksköterskor klagat ibland över att patienter ändrar sin historia. Men människor ändrar, anpassar, förstärker sina historier. Och ibland berättar de historier som verkar vara sagor och som är svåra att tro på. Er utmaning är att ta er in i den sagan och upptäcka budskapet i historien.

Barker återkom till att det egentligen inte fanns någonting som var nytt i den mänskliga erfarenheten och att psykiatrisk omvårdnad är ett mänskligt hantverk som bara kan läras genom den levda erfarenheten:

– Det finns inte något som nu beskrivs som psykisk sjukdom

eller störning som inte kan återfinnas i någon av Shakespears karaktärer. Han förstod galenskap ur ett mänskligt perspektiv och han skrev om det. I Skandinavien finns Ibsen och Bergman. Bergman som berättade filmade historier om att vara människa. Kanske de av er som undervisar blivande sjuksköterskor borde fråga sig hur mycket tid studenterna ägnar åt att läsa Shakespeare eller Ibsen, eller åt att titta på Bergmans filmer. Genom att läsa, se och diskutera med varandra kan de lära känna sig själva och vad det är att vara människa.

### Motståndsrörelsen

Med utgångspunkt i fransmannen Jean-Manuëll Morvillers presentation reflekterade Barker över betydelsen av den terapeutiska alliansen:

– Kanske vi ingår i en motståndsrörelse. Jag har hört många prata om de risker som tros finnas i att gå samman med patienten och göra motstånd mot det vi kallar galenskap eller psykisk sjukdom. Detta är något som kräver mod, precis som det krävdes mot att ansluta sig till en motståndsrörelse under andra världskriget. Att ställa sig bredvid någon som är hotad

- ▶ kanske är en av våra utmaningar. Om du ansluter dig till patienten i ett metaforiskt motstånd mot galenskap och psykisk sjukdom behöver du fundera över hur detta påverkar dig som person.

Barker uppskattade Jenny Molins två presentationer av sin forskning om vardagsliv i psykiatrisk slutenvård:

– Jag gillade titeln Från vision till resignation. Människor har ideal som sedan motarbetas tills de nästan ger upp. I hennes och många andras presentationer återkom kaos och oordning. Att människor inte hade möjlighet att göra vad de tyckte att de borde göra på grund av olika omständigheter. När vi jobbade med tidvattenmodellen på en avdelning tyckte personalen inte att de hade tid att arbeta på det sätt som modellen föreslår. De bestämde sig då för att stänga avdelningen fyra timmar per dag. Sjuksköterskorna skulle under denna tid inte vara tillgängliga för psykiater och andra eftersom de då skulle ägna sig åt omvårdnad. På ett annat ställe fick sjuksköterskorna kalendrar så att de kunde boka in möten istället för att alltid vara tillgänglig för annan personal. På så sätt tog sjuksköterskorna makt och skaffade sig tid att göra omvårdnad.

### Skriv så folk förstår

Barker uppfattade att det under konferensen förekom många referenser till postmoderna idéer. Själv menade han att det är viktigt att konstatera att verkligheten existerar bortom texten och att vi är i den i detta nu, men att det kan vara svårt att uttrycka verkligheten i ord. Han lyfte fram den engelske författaren George Orwell som någon som haft stor betydelse för honom och hans skrivande. Särskilt betydelsefull var essän *The politics of the English language* där Orwell beskriver hur det engelska språket är ett kraftfullt vapen som används som ett politiskt verktyg. En av de saker Barker menade att han lärt sig från Orwell var att aldrig använda ett långt ord när ett kortare fungerar. Utifrån detta konstaterade han att Orwell nog uppskattat att vi talade om historier istället för narrativ. Han vände sig sedan till de bland deltagarna som ägnade sig åt forskning och beklagade att vetenskapliga tidskrifter efterfrå-

gar jargongtyngd smörja istället för att publicera en historia som de flesta kan förstå.

– Språk är kommunikation. Innan ni börjar prata, fundera därför på om någon kommer att förstå det ni har att säga.

### Toppen av isberget

En av keynoteföreläsarna var Gisli Kort Kristofferson från Island som talade om Narrative therapy and mindfulness; the why and how of it. Barker reflekterade över Gislis beskrivning av varje person som expert:

– Något jag tycker är problematiskt är begreppet expert genom erfarenhet som syftar på någon som har erfarenhet av psykiatrisk vård eller det vi kallar psykisk sjukdom. De tas ofta in för att vara med och utveckla psykiatriska verksamheter. Jag tycker det är bra, men vi får aldrig glömma att de bara är experter på sin egen erfarenhet. De är inte experter på dem som nu är inne i verksamheten. För, som Gisli sa, har du mött en person med schizofreni så har du bara mött en person med schizofreni. Men han påminde oss också om isberget. Att det mesta som vi kan se av en person är bara en liten topp ovanför ytan, medan det mesta av vad den personen är ligger under ytan. Det personen kan eller vill berätta om vem den är ligger ovanför ytan. Alla journaler, all den mängd information som vi tvångsmässigt samlar är bara beskrivningar av den lilla toppen av isberget. Det kanske är nödvändigt, men vi måste komma ihåg att det verkligt intressanta inte kan ses ovanifrån, enbart underifrån.

Joachim Eckerströms presentation om självvald inläggning för personer med emotionell instabilitet påminde Barker om att han i början av sin karriär gjorde mycket forskning utifrån single case experimental design.

– Om varje person är lika unik som ett fingeravtryck, vad är då poängen med att forska på grupper? Forskning handlar om att komma på vad som fungerar för den här individen. Det som fungerar för en person kommer inte att fungera för en annan. I varje fall inte på exakt samma sätt. Jag vet inte i vilken utsträckning single case experimental design används idag, men ni borde använda det mer. Varje utvärdering

borde fokusera på: Vad fungerade för dig? Vad gjorde skillnad för dig? I tidvattenmodellen är det denna fråga vi ställer. Vad fungerar för dig? Vad fungerar inte för dig? Sen försöker vi sluta göra det som inte fungerar och göra mer av det som fungerar.

### Slåss för förändring

Barker avslutade sin sammanfattning med att mana psykiatrisjuksköterskor till kamp:

– Något som återkommit under konferensen är glimtar av historier om sjuksköterskor och omvårdnad. Varför har det tagit er så lång tid att inse att historien om er och vad ni gör är viktig? Varför är ni så blyga? Psykologer är aldrig blyga. Psykiatriker är aldrig blyga. Men sjuksköterskor är blyga. Det ni gör nu och det ni behöver göra är att fråga er vilken sorts sjuksköterska ni vill vara? Inom andra verksamheter skulle man inte acceptera det kaos och brist på organisation som finns inom psykiatrin. Man skulle hålla krismöten och diskutera vad man behöver göra för

att hitta tillbaka till sitt syfte och göra det som behövs. Ett problem för er är att de som betalar er inte riktigt förstår vad det är ni kan göra. Men det är inte deras problem – det är ert problem! Ni måste komma underfund med hur ni förmedlar till dem vad som är viktigt och varför ni måste göra mer av det ena och mindre av det andra. Om ni inte gillar det ni håller på med har ni två val. Antingen slutar ni och börjar jobba någon annan stans eller så stannar ni och slåss för att förändra systemet inifrån.

## LÄS MER

■ Material från konferensen kommer att läggas ut på [www.narrativenursing.se](http://www.narrativenursing.se)

■ Twitter: #ncmhn2016



fMingel.



Phil Barker.







Jessica Revelj, Ana-Marie Ciuca, Ola Winqvist och Catrin Hägerholm informerade om genombrott.nu.

# GENOMBROTT FÖR DIGITALT STÖD I FÖRBÄTTRINGSARBETE

text och foto SEBASTIAN GABRIELSSON

Många organisationer och företag deltog som utställare och sponsorer vid den nordiska konferensen. Däribland SKL som informerade om ett nytt digitalt verktyg som stöd för förbättringsarbete i vården – genombrott.nu.

**SVERIGES KOMMUNER** och Landsting (SKL) utvecklar ett digitalt stöd i vårdens förbättringsarbete. Under 2015 utvärderades verktyget genombrott.nu över hela landet och under 2016 fortgår vidareutvecklingen.

Catrin Hägerholm, projektledare på SKL, menade att det är angeläget att vara med på konferensen:

– Hit kommer det mycket drivande psykiatriska människor, så vi tyckte att det var en ypperlig plats att visa det nya verktyget på. Vi har sedan 2010 jobbat i programmet "Bättre vård – mindre tvång" med kliniskt förbättringsarbete för att minska de onödiga tvångsåtgärderna inom vården. 2014 började Ola fundera på en idé. Han drog in mig i den och vi diskuterade hur vi kunde stödja

de kliniska teamen så att de inte behövde lägga ner så mycket tid på administrativa uppgifter. Det blev ett digitalt stöd för att stödja kliniskt förbättringsarbete specifikt riktat mot psykiatri, men som också kan användas inom somatiken. En sak som jag tycker är särskilt bra är att man tvingas till riktig patientdelaktighet. Det är omöjligt att jobba med kliniskt förbättringsarbete om man inte får till det.

Även projektledarkollegan Ola Winqvist är nöjd med medverkan på konferensen:

– Folk på konferensen är nyfikna. Eftersom det är många nordiska grannländer också så har vi haft besök från Norge, Danmark och Färöarna. Det har varit stort intresse och man har velat veta hur man anmäler sig. Det har varit jättegivande att pra-

ta med människorna här. Stödet är ju färdigt nu och sprids inom psykiatri. 65 arbetsplatser har hittills hoppat på. Jag hoppas vi passerar 100 nu under hösten.

En klinik som använder stödet är rättspsykiatri i Växjö. Med på konferensen fanns sjuksköterskorna Jessica Revelj och Ana-Maria Ciuca.

– Vi är sjuksköterskor med kvalitetsuppdrag, berättar Jessica. Vi håller i trådarna lite med det här programmet och peppar patienter och personal att svara på enkäter för att visa på förändringar åt ena eller andra hållet. Det är mycket användbart och väldigt lättnavigerat. Man hittar, det man behöver finns och det är inte för mycket på sidan. Enkäterna är liknande för patienter och personal och de är väldigt enkla att följa. De handlar om hur man

upplever delaktighet, bemötande, rättigheter och vistelsemiljö. Ibland kan man behöva hjälpa till och förklara vad som menas, men då använder vi samma förklaring på hela kliniken.

– Jag tycker det är jättesmidigt, säger Ana-Maria. Alla kan logga in och se hur vi arbetar.

## LÄS MER

■ <http://www.uppdragpsyiskhalsa.se/vuxna-aldre/tvangsvard/genombrott-nu/>  
[www.genombrott.nu](http://www.genombrott.nu)

# ATT LYSSNA, TOLKA OCH FÖRSTÅ

– en väg till personcentrerad omvårdnad

text ULLA HÄLLGREN GRANEHEIM foto SEBASTIAN GABRIELSSON

Ulla Hällgren Graneheim, sjuksköterska och docent i omvårdnad vid Umeå universitet, var en av huvudtalarna vid PRFs årskonferens i Göteborg. Utifrån konferensens tema Dialog och partnerskap i psykiatrisk omvårdnad delade hon med sig av reflektioner och exempel från vård och forskning inom psykiatri och demensvård. Hon menar att en personcentrerad omvårdnad utgår från patientens livsvärldsperspektiv och innebär att betrakta den andres upplevelse av verkligheten som sann.

**MED PERSONCENTRERAD VÅRD** menar jag att personen med fysisk och/eller psykisk ohälsa först och främst är en person som, trots sin sjukdom, har känslor, tankar och önskingar och agerar i relation till sin omgivning och personer i sin omgivning. För att kunna utforma en personcentrerad omvårdnad är det till hjälp att förstå något av personens livsvärld, med andra ord, innebörden av de upplevelser som

personen kommunicerar med sina symptom och beteenden. I dagspress, studentarbeten och ute i vården är det inte ovanligt att definiera patienten utifrån hans sjukdom. Begrepp som "den schizofrene", "den bipoläre", "den demente" reducerar patienten till en sjukdom och personen osynliggörs. Följande text innehåller reflektioner kring några centrala utgångspunkter av betydelse för en personcen-





"De hade ambitioner att göra sitt bästa, att planera och samtala tillsammans med patienterna men möttes av en stressig vardag med brist på tid och överbelagda avdelningar...."

trerad vård och exemplifieras med erfarenheter och forskning från psykiatrisk vård och demensvård.

### Det finns ingen objektiv sanning

Det finns ingen objektiv sanning – bara flera subjektiva tolkningar. Människor tolkar världen på olika sätt beroende på det sammanhang hon lever i, eller med andra ord utifrån den förförståelse hon har beroende på bland annat ålder, kön, livshistoria och kultur. Både närstående och professionella vårdare kan uppleva att personer med psykisk ohälsa verkar leva där och då i stället för här och nu, det vill säga i en annan värld, i en annan tid och i ett annat sammanhang än vi gör.

Att leva i ett annat sammanhang kan illustreras av en episod från min första tid på ett behandlingshem för unga vuxna med schizofreni. Där träffade jag "Guds dotter" som vid lunchtid en dag spottade i soppkastrullen. Utifrån vårt perspektiv var detta ett inadekvat beteende. Utifrån hennes perspektiv var det en omsorgfull handling eftersom soppan var förgiftad och hon på detta sätt räddade våra liv. Efter flera år när hon skrevs ut från behandlingshemmet beskrev hon ambivalensen med att tillfriskna. Å ena sidan var hon tacksam, hon behövde aldrig mera vara så rädd som hon varit som "Guds dotter". Å andra sidan skulle hon aldrig mer få ha så roligt och känna sig så betydelsefull.

Vårdares syn på personer som lever i ett annat sammanhang är ofta att "patienten saknar verklighetsuppfattning." Uttalandet antyder att det finns en brist hos patienten. Om vi utgår från att det finns en enda objektiv sanning om hur verkligheten är



beskaffad är ju detta påstående sant. Som jag ser det har patienten en verklighetsuppfattning, bara inte densamma som min.

### Kunskap skapas i relation till andra

Samtal och observationer av patienter, och likaså forskningsintervjuer och observationer i forskningssyfte, bygger på förståelse och samarbete mellan vårdaren/forskaren och patienten/intervjupersonen. Kunskap skapas i relation till andra.

För att få kunskap är det viktigt

att lyssna för att förstå, inte för att hitta motargument. I tidskriften *Issues in Mental Health Nursing* pågår en diskussion där deltagarna frågar sig om Freud fortfarande har någon betydelse för psykiatrisk omvårdnad? Under många decennier har Freuds idéer verkat irrelevanta medan framgångarna för till exempel kognitiv beteendeterapi, och psykofarmakologi varit stora. Det medicinska paradigmet har invaderat den psykiatriska vården och sjuksköterskans roll har samtidigt begränsats till att

omfatta förvaltningen av medicinskåpsnyckeln. Ändå tycks det vara så att freudianska begrepp fortfarande återfinns i kursplaner och litteraturlistor på olika håll i världen. Tidskriftens redaktör Sandra P. Thomas skriver att uppfattningen att det kan vara terapeutiskt att få berätta sin historia för en icke-dömande, empatisk lyssnare började med Freud och att vi fortfarande behöver möjligheten att skapa mening av tidigare upplevelser av kaos och rädsla. Samtalet är ett samarbete som tillåter oss ▶

- ▶ att ombilda ett kaotiskt förflutet till något vi kan leva med. Även omvårdnadsforskaren Phil Barker framhåller i Tidvattenmodellen betydelsen av att få berätta sin historia för att på så sätt kunna återhämta sig.

I en studie som jag och mina medarbetare genomförde beskrev sjuksköterskorna motsättningen mellan sina ideal och den verklighet de möter när de börjar sitt kliniska arbete. De beskrev en otillfredsställande arbetssituation och en känsla av otillräcklighet. De hade ambitioner att göra sitt bästa, att planera och samtala tillsammans med patienterna men möttes av en stressig vardag med brist på tid och överbelagda avdelningar. En sjuksköterska menade att dialogen inte var prioriterad. Hon sa: "Det här med att samtala är lite laddat, jag känner det som om jag inte gör mitt jobb på avdelningen. Att en del tycker att jag skulle ha prioriterat nåt praktiskt i stället för att samtala. Och jag känner pressen från kollegorna att det inte är bra nog. Samtidigt är jag bekymrad över att patienter som ville prata inte har haft den möjligheten". Det finns fler studier som visar på liknande resultat och jag blir bekymrad över att sjuksköterskorna har en arbetssituation där det inte finns tid att lyssna till patienten och skapa ett samspel som kan ge kunskap om patientens livsvärld, livshistoria, aktuella problem och så vidare. Jag önskar att vi kom därefter att det vore självklart att prioritera dialogen.

#### **Det är inte möjligt att inte kommunicera**

Vi kommunicerar på olika sätt och det är inte möjligt att inte kommunicera. Aktivitet och

passivitet, tal och tystnad är budskap som vare sig de är avsiktliga eller inte avsiktliga påverkar andra som inte kan avstå från att svara. Till de mest spännande och utmanande sätten att kommunicera hör tystnaden, som också behöver förstås. Det finns många olika slags tystnad beroende på varför man blir tyst. Är vi tysta för att vi är blyga, rädda, arga, behöver tid att reflektera? Jag har märkt att studenter i yrkesmässig handledning kan ha svårt att stå ut med tystnad och att ångestnivån i gruppen ofta stiger. I vårt prestationsinriktade samhälle premieras görandet och dit räknar jag att tala, att ta plats, att marknadsföra sig själv. Det innebär att tystnad och reflektion kan bli hotfullt och ångestskapande. Om vi inte tar oss tid att lyssna och reflektera försvåras möjligheten att förstå det andra vill förmedla.

Betydelsen av att förstå vad en person försöker kommunicera kan illustreras med ett exempel från mötet med John som jag träffade på ett demensboende. Han var 79 år och hade levt ett hektiskt och kringflackande liv. Han hade arbetat till 72 års ålder och varit bosatt på många platser i Sverige och runt om i Europa. Han hade en demensdiagnos och hans beteendeförändringar beskrevs i journalen som inadekvat aktivitet, verbala utbrott och hotfullt beteende. I den studie vi genomförde då var syftet att förstå hur det är att leva på ett demensboende. Våra frågor var till exempel: Hur har du det här? Vad gör du på dagarna? Med vem umgås du? John återkom vid samtliga fyra intervjutillfällen till en situation från sin ungdom då han hade tjänstgjort på en u-båt. Han beskrev detaljerat situatio-

nen på u-båten, vad han upplevt där och hur det kändes att vara där, vilka han umgicks med och så vidare. Vi undrade mycket om han förstod våra frågor och vi förstod till en början inte hans berättelse. Inte förrän vi analyserat och tolkat de utskrivna texterna. Ett tema som gick som en röd tråd genom flera av intervjupersonernas berättelser var en känsla av att vara instängd på boendet. Under dessa förhållanden passade berättelsen om u-båten i sammanhanget och den blev en uttrycksfull metafor för den instängdhet han upplevde på demensboendet. Det gick också att förstå varför han ibland var hotfull och aggressiv – han slogs för sin frihet! Berättelsen är också en illustration över att emotionella minnen är mer bestående än kognitiva minnen och personer med demenssjukdom använder emotionella minnen för att kommunicera upplevelser om det som händer här och nu. Om vi inte tagit oss tid att reflektera över Johns berättelse hade vi inte förstått budskapet.

Ett annat sätt att kommunicera handlar om hur man från vårdens sida utformar miljön inom den psykiatriska vården. En miljö som är fattig på stimuli har Jenny Molin beskrivit i sin studie om patienters perspektiv på vardagslivet på psykiatrisk slutenvårdsavdelning. Där beskriver patienterna att de söker skydd i en stigmatiserande miljö. De beskrev att när de blev inskrivna på avdelningen var det som att bli intagen för förvaring. Avdelningen beskrevs som fattig på stimuli, omöblerad och utan tanke på att skapa trivsel. En av patienterna sa: "När du kommer till avdelningen är det noll stimuli. Det finns inte en

enda gardin, och det finns bara tre stolar som är fastskruvade i väggen i korridoren. Det finns inga sängbord. Det finns ingenting. Du får bara en känsla av att du inte borde vara där." En vanlig uppfattning om en stigmatiserande miljö bland personalen är att vårdtiderna blir längre om det är för fint och patienterna trivs för bra på avdelningen – trots att forskning visat att en vacker miljö kan leda till snabbare återhämtning. Det är rimligt att anta att en personcentrerad vård inte underlättas i en stimulfattig och otrivsam miljö.

#### **Symtom är ett skydd mot psykisk smärta**

Min övertygelse är att symtom är ett skydd mot psykisk smärta och att beteenden är meningsfull kommunikation som berättar något om människors inre liv och deras upplevelser i relation till sin omgivning.

Det tydligaste exemplet på att symtom är ett skydd mot psykisk smärta är den forskning som gjorts om självskadebeteende. Psykisk smärta är svår att sätta ord på och då blir det svårt att förstå, både för en själv och för andra. Självskadan blir ett sätt att synliggöra smärtan genom att den blir fysisk – ett synligt sår. En av deltagarna i Britt-Marie Lindgrens studie om interaktionen mellan personer med självskadebeteende och deras vårdare sa: "Dom förstår inte – jag skär mej inte för att jag vill dö; jag skär mej för att kunna leva". Självskadan blir ett sätt att inge sig själv hopp. Så länge det finns liv (blod) finns det hopp.

#### **Bekräfta upplevelsen bakom symtomen**

Många undrar kanske om vi ska



”När du kommer till avdelningen är det noll stimuli. Det finns inte en enda gardin, och det finns bara tre stolar som är fastskruvade i väggen i korridoren. Det finns inga sängbord. Det finns ingenting. Du får bara en känsla av att du inte borde vara där..”



gå med i personens vanföreställningar, om vi ska ljuga för patienten. Svaret är nej, men vi kan bekräfta upplevelserna bakom symtomen.

Jag tänker på en episod från tiden på behandlingshemmet för unga personer med schizofreni. Jag hade nyss gått min specialistutbildning i psykiatri och på den tiden var det aktuellt med realitetsanpassning. Vid ett av de första samtalen med "Guds dotter" presenterade hon sig och

beskrev det sammanhang hon levde i. Jag tyckte detta var ett bra tillfälle att öva realitetsanpassning, så jag talade om för henne vad hon hette, varifrån hon kom, varför hon var hos oss och så vidare. Det hela slutade med att hon sa att "det är ju du som är tokig" och lämnade rummet. Och med all rätt! Hennes verklighet var sann för henne! När jag i stället engagerade mig i hennes värld och bekräftade hennes rädslor, men

också hennes glädjeämnen, fick vi så småningom en bra relation. Likaså, det skulle inte kännas humant att tio gånger om dagen lämna dödsbud till en person med demens som söker efter sin bortgångne make/maka. I stället för att argumentera för sanningshalten utifrån sin egen verklighetsuppfattning tror jag på att bekräfta upplevelsen bakom symtom och beteenden.

Det finns många berättelser om att personer med psykisk

ohälsa lever i kaos. Upplevelser av oordning inombords kan illustreras av mötet med Alice som jag träffade på ett demensboende under mitt avhandlingsarbete. Hon var då 84 år och hade sen 35 år tillbaka diagnosen schizofreni. Hon hade tillbringat de senaste 30 åren på institution varav de senaste åtta åren vid detta boende. Hennes beteende beskrevs i journalen som miss-tänksamhet och verbala utbrott som följdes av våldsamma fysiska ▶

”Det framkom att Alice levde i en tudelad värld där hon pendlade mellan himmel och helvete. Hon kämpade för att skapa ordning i en kaotisk livsvärld genom att agera som två olika personer..”

► angrepp riktade mot personer i omgivningen. Vi observerade interaktionen mellan henne och hennes vårdare och intervjuade hennes vårdare. Det framkom att Alice levde i en tudelad värld där hon pendlade mellan himmel och helvete. Hon kämpade för att skapa ordning i en kaotisk livsvärld genom att agera som två olika personer. Å ena sidan misstrodde hon vårdarnas avsikter och slogs för sitt liv. Å andra sidan bekräftade hon vårdarnas ansträngningar och visade sin uppskattning. Hon delade upp sig själv i delar. Alice ömsom nedvärderade ömsom idealiserade vårdarna. Hon delade upp samma vårdare i två olika personer, en som var god och en som var ond. Dessutom utsåg hon goda och onda vårdare och jämförde dem med änglar och horor. Där fanns horan av rang, de vanliga hororna och tuggummihororna. Vårdarna kämpade för att bevara sin värdighet. De beskrev att de också levde i en tudelad värld där de från dag till dag inte visste vilken Alice de skulle möta och vem de själva skulle bli sedda som. Vårdarna upplevde Alice som två olika personer och de hade motstridiga känslor gentemot henne. De strävade efter att förena Alice och sin egen verklighet till en sammanhållen värld. När vårdarna agerade mötte de henne i sin egen värld, vilket innebar att de bekräftade henne när hon ”uppförde” sig väl och konfronterade eller ignorerade hennes beteende när hon inte ”uppförde” sig. Ibland provocerade de henne men i dessa situationer var det ofta hon som fick sista ordet. Det här för tankarna till uppfostran och klassisk betingning. Personligen tycker jag det verkar absurt att försöka uppfostra en 84-årig

kvinnor med schizofreni. Men vårdarna strävade också efter att förstå hennes livsvärld. När de reflekterade över Alice och hennes agerande bekräftade de hennes verklighet. De begrunda hennes personliga livshistoria, hennes aktuella sjukdomsbild, sina egna arbetsvillkor och sitt eget beteende gentemot henne. Detta tycker jag bekräftar värdet av reflektion.

#### Det äkta mötet

Avslutningsvis några ord om det genuina mötet utifrån Bubers personfilosofi. I en svensk artikel som handlar om innebörden av att vårda vuxna personer med självskadebeteende framkom att resan mot återhämtning måste börja med ett genuint möte. En-

ligt Buber uppstår genuina möten när människor förstår varandras upplevelser av situationen och dessa möten karaktäriseras av ömsesidighet, deltagande och jämställdhet utan att någon ”bild” kommer emellan. Buber skriver om väsensmänniskor och bildmänniskor. Med ”bild” menar han de bilder människor gör sig av sig själva och varandra. Buber menar att om två bildmänniskor möts är det två levande människor och sex spöken närvarande. De sex spökerna är sådana de vill verka i varandras ögon, sådana de verkligen är i varandras ögon och sådana de är i sina egna ögon. Dessa spöken kan förhindra att ett äkta möte sker. Om två väsensmänniskor möts är det endast två levande människor

involverade. Enligt Buber har människan en önskan om att bli bekräftad för det hon var, är och kan bli och detta kan endast ske i ett äkta möte.

En personcentrerad omvårdnad utgår från patientens livsvärldsperspektiv och innebär att betrakta den andres upplevelse av verkligheten som sann, bland annat genom att beakta personens livshistoria, värderingar och personlighet samt nuvarande förmågor och upplevelser. Det kan vi åstadkomma genom att:

■ Lyssna för att förstå, inte för att hitta motargument

■ Skapa mening av tidigare livshändelser och upplevelser

■ Bekräfta upplevelsen bakom beteendet.

## LÄS MER

■ Birnbaum, S. (2015). Freud still matters to nursing: A response to Sandra P. Thomas, *Issues in Mental Health Nursing*, 36, 1017-1018, doi:10.3109/01612840.2015.1063027

■ Graneheim, U.H., Slotte, A., Markström Säfsten, H. & Lindgren, B-M. (2014). Contradictions between ideals and reality: Swedish registered nurses' experiences of dialogues with inpatients in psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 35, 395-402. doi: 10.3109/01612840.2013.876133

■ Lindgren, B-M., Öster, I., Åström, S. & Graneheim, U. (2011). They don't understand ... you cut yourself in order to live. Interpretative repertoires jointly constructing interactions between adult women who self-harm and professional caregivers. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-being*, 6, 754-doi:10.3402/qwh.v6i3.7254.

■ Lindgren, B-M. & Graneheim, U.H. (2015). Meanings of caring for people who self-harm as disclosed in narratives of dialectical behavior therapy professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 371-378.

■ Molin, J., Graneheim, U.H. & Lindgren, B-M. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care - patients' perspectives. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-being*, 11, doi: org/10.3402/qhw.v11.29897

■ Thomas, S.P. (2015). What's new about Freud? Editorial. *Issues in Mental Health Nursing*, 36, doi: 10.3109/01612840.2015.1000774





## Nordisk konferens om LUGNA RUMMET i psykiatrisk heldygnsvård

Den 18 november anordnas för första gången en Nordisk konferens om Lugna Rummet. Lugna Rummet är ett sinnesstimulerande avslappningsrum för patienter inom den psykiatriska heldygnsvården med syfte att öka patientens välbefinnande och minska tvångsåtgärder. Dagen innehåller en beskrivning av Lugna Rummet och andra sinnesstimulerande rum, hur de används, resultat för patienter, medarbetare och praktiska tips samt erfarenheter. Åsa Nilssonne, psykiater, författare och professor i medicinsk psykologi, berättar med utgångspunkt från sin bok "Mindfulness i hjärnan" om hjärnans känslighet för olika miljöer och upplevelser.

Välkommen till Münchenbryggeriet i Stockholm, Sverige den 18 november 2016

**Anmälan:** Information om programmet samt anmälan finns här: <http://www.conferecencemanager.se/lugnarummet>

**Kostnad:** 2 000 kr (exkl. moms). För dig som arbetar i Stockholm eller Gotland och har avtal med Stockholms Läns Landsting är kostnaden 1 000 kr (exkl. moms).

**Kontakt:** Katarina Andersson, [katarina.andersson@kentor.se](mailto:katarina.andersson@kentor.se), +4670 8964034  
Annika Dahlback, [annika.dahlback@sl.se](mailto:annika.dahlback@sl.se), +4670 0011442

Centrum för psykiatriforskning



# STIPENDIUM avseende vila och rekreation för sjuksköterskor och sjuksköterskestuderande

Stipendiet kan sökas av i Sverige legitimerade sjuksköterskor samt studerande som genomgår sjuksköterskeutbildning och som på grund av hälsoskäl är i behov av vila och rekreation för att bibehålla eller återvinna hälsa och arbetsförmåga.

Stipendiet är avsett för vila och rekreation och kan inte utgå till studier eller till personliga levnadsomkostnader. Det kan inte heller användas till annan person än den sökande.

Sjuksköterskor som uppnått pensionsålder (67 år och äldre) kan inte erhålla stipendiet.

**Sista ansökningsdagar är årligen 1 februari, 1 maj och 15 oktober.**

### Skicka ansökan till:

Stiftelsen Dagmar och Axel Bildts donation, Svenska Röda Korset,  
Ekonomienheten, Box 17563, 118 91 Stockholm

Ansökan görs på särskild blankett som hämtas på Röda Korsets hemsida [www.redcross.se/Bildt](http://www.redcross.se/Bildt). Där finns även mer information om kriterier och avgränsningar för ansökan.

Har du frågor så kontakta Malin Bessner, Svenska Röda Korset, 08-452 48 81 eller [malin.bessner@redcross.se](mailto:malin.bessner@redcross.se)

**Välkommen med din ansökan!**



# Dialog och partnerskap

FÖRUTSÄTTNING OCH MÖJLIGHET I PSYKIATRISK OMVÅRDAD

## – Vad innebär det egentligen?

text ULRICA HÖRBERG foto SEBASTIAN GABRIELSSON

Vårdrelationer är både en möjlighet och en förutsättning för att kunna förstå och möta patienten och en möjlighet för att uppnå delaktighet. Det handlar om att försöka möta och förstå patienten som människa och den person hen är. Psykiatrisjuksköterskan och forskaren Ulrica Hörberg från Linnéuniversitetet reflekterar över dialog och partnerskap som förutsättning och möjlighet i psykiatrisk omvårdnad.

**DIALOG OCH PARTNERSKAP** kan ses som en förutsättning och en möjlighet inom psykiatrisk omvårdnad, men det krävs att begreppens innebörd problematiseras och reflekteras. Det handlar om grundläggande perspektiv – vad omvårdnad och vårdande är, roller och uppgifter som vårdare har och om människosyn, värdegrund och vårdkultur. I vårdande sammanhang behöver begreppen dialog och partnerskap sättas i relation till begreppet vårdrelation som inbegriper att det är en form av asymmetrisk relation. Dialog är mindre problematiskt i detta sammanhang därav kommer huvudfokus läggas på innebörden av partnerskap. Kan idén om partnerskap i psykiatrisk omvårdnad på något sätt utjämna denna asymmetri? Är det överhuvudtaget möjligt att tala om partnerskap inom denna kontext? Partnerskap är synonymt med samarbete ([www.synonymer.se](http://www.synonymer.se)) medan partner har betydelsen: person med vilken man samarbetar, man utför något, bildar ett lag, kompanjon och medspelare ([www.saob.se](http://www.saob.se)). Partnerskap är enligt omvårdnadsprofessorn Inger Ekman även ett av ledorden för personcentrerad vård med

innebörden ”två experter möts”. Detta i likhet med vårdvetarna Karin Dahlberg och Kerstin Segesten som beskriver att patienten är den största experten på sig själv samtidigt som vårdaren har expertkunskap som vårdare, vilka tillsammans kan bidra till främjande av hälsoprocesser. Filosofiprofessorn Bengt Kristensson Uggla lyfter fram den inbyggda asymmetrin mellan patient och personal inom hälso- och sjukvård, och beskriver med stöd av filosofen Paul Ricoeur (1913-2005), partnerskap inom personcentrerad vård som en form av asymmetrisk ömsesidighet, vilket ger stöd för att det finns en komplexitet i att tala om partnerskap i vårdssammanhang på grund av att patienten befinner sig i ett underläge.

### Människosynen grundläggande

Både den ontologi och de perspektiv som vårdare vårdar utifrån samt rådande vårdkultur är betydelsefulla i sammanhanget. Grundläggande handlar det om människosyn; hur människan ses, bemöts och betraktas inom den psykiatriska vården. Människosyn är i en mening individuell, men kan också prägla vården mer

generellt genom den vårdkultur som råder. Därför är det av betydelse hur dialog och partnerskap används och tillämpas i vårdandet. Frågor som varje vårdare bör reflektera över i relation till det egna vårdandet kan vara: Ses patientens som expert på att vara sig själv? Vem vet vad som är bäst för någon, är det patienten eller personalen? Ges det utrymme i vårdkulturen för tyckandeföreträde? Görs bedömningar främst utifrån subjektets (patientens) beskrivningar eller främst utifrån objektiva bedömningar som till exempel patientens beteende? Förvisso krävs både och, men det finns alltid en risk att personens/patientens egen syn kommer i skymundan. Det är en skillnad mellan om patienten främst förstås utifrån vårdarens eget perspektiv eller om vårdaren främst fokuserar på att försöka förstå hur patienten förstår sig själv som grund för bedömningar. Vårdare behöver således problematisera den egna förståelsen och vad den grundas på, det vill säga problematisera sina egna antaganden. Vårdrelationen är vårdarens redskap, men även dess innebörd kan problematiseras i sammanhanget. Är en vård-



”Partnerskap är enligt omvårdnadsprofessorn Inger Ekman även ett av ledorden för personcentrerad vård med innebörden ”två experter möts...”



Ulrica Hörberg, psykiatrisjuksköterska och docent i vårdvetenskap vid Institutionen för Hälso- och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet. Texten är en bearbetning av hennes keynoteföreläsning vid PRFs årskonferens 2016.

relation automatiskt vårdande? Kan en vårdrelation till och med vara icke-vårdande? Vem avgör om den är vårdande eller inte? Kan vårdrelationer jämföras med partnerskap? Är partnerskap en del i vårdrelationen och kan det möjligen bidra till att vårdrelationen är/blir vårdande?

Sjuksköterskan Judy Chow har i sin doktorsavhandling från 2013 studerat fenomenet vårdrelation och belyser i en metasyntes baserad på studier ur patienters och vårdares perspektiv dess asymmetri.

”Vårdrelation’ är en synnerligen ömtålig relation som etableras under en ömtålig tid i patientens liv och existens. Då grundstrukturen i en vårdrelation gestaltar patienten som en människa med ett ofrånkomligt hjälpbehov, finns även i vårdrelationens ontologi ett inbyggt ojämbördigt förhållande mellan patienten och vårdaren. I vårdrelationen ryms dessutom en risk för sårbarhet för båda parter, framförallt för den som behöver hjälp men också för den som är hjälpare. Vårdrelationen är därför en kraftkälla som är såväl potentiellt konstruktiv som destruktiv. ▶



► Den innebär såväl en risk som en utvecklingsmöjlighet för både patienten och vårdaren. För att främja vårdrelationens konstruktiva potential och undertrycka dess potentiella destruktiva kraft krävs att patienten och vårdaren visar respekt för varandra, är öppna för det gemensamma mötet samt att båda bidrar efter bästa förmåga. Detta främjar möjligheten att parterna kan mötas, skapa samförstånd om vårdrelationens och vårdandets mening” (Chow, 2013 s. 107).

Chow fokuserar på de risker och svårigheter som råder i vårdrelationer och de konsekvenser som asymmetrin kan bidra till, vilket ger stöd för att det finns en problematik med att använda

partnerskap i vårdsammanhang. Chow tydliggör också att vårdrelation inte per automatik är vårdande även om det är dess syfte. Först och främst är det en relation mellan den vårdbehövande och den som ger vård. Inom psykiatrisk omvårdnad finns både möjligheter och svårigheter i relationsarbetet jämförelsevis med andra vårdområden t.ex. kan det vara en utmaning när vården sker med stöd av tvångslagar inom psykiatrisk och rättspsykiatrisk vård. En möjlighet som ofta lyfts fram inom den rättspsykiatriska vården är att de ofta långa vårdtiderna ger möjligheter till att skapa vårdande relationer genom att ”vänta ut patienterna”, vilket jag beskriver i min egen doktorsavhandling. Psykiatrisjuk-

sköterskan och forskaren Martin Salzmänn-Erikson med flera problematiserar i en artikel från 2016 den så kallade klyschan att ”vänta ut patienterna” och beskriver det som passiv vård. Istället förespråkar de aktivt vårdande och tydliggör vårdares ansvar för aktivt vårdande.

Det avgörande är hur vårdaren ser, förstår och möter patienten i den psykiatriska vården och hur vårdaren ser på den egna rollen i mötet, i vårdrelationen eller i partnerskapet. Det intressanta är vad som händer personerna emellan i ett vårdande som präglas av partnerskap. Det krävs vissa ingredienser för att det ska bli ett partnerskap, såsom ömsesidighet, värdighet och tillit. Frågan är

dock om ömsesidighet kan nås fullt ut i en vårdrelation utifrån den inbyggda asymmetrin? Ömsesidighet kan inte nås fullt ut när det finns ett beroendeförhållande.

Risken är även att vi anammar nya begrepp utan att fördjupa oss i eller problematisera dess innebörd i det vårdande sammanhanget. Det finns en mängd olika benämningar av den vård som ges inom hälso- och sjukvård, såsom person- eller patientcentrerad vård, patientfokuserad vård och patienten i centrum för vård. Hur vården än benämns, är det viktigaste att tydliggöra hur patienten sätts i fokus för vård och med vilka förtecken – som subjekt och/eller objekt? Handlar

det om att patienten är i fokus för vård eller är det patienten som person och dennes perspektiv som sätts i fokus?

### Vårdkulturen betydelsefull

Den vårdkultur som råder har stor betydelse för hur goda perspektiv och modeller får fäste i vårdandet. Vårdkultur, oavsett om den kan ses som bra eller dålig, är problematisk i den mening att den oftast är förgivettagen. Den finns där och påverkar personer som lever och är verksamma i vårdkulturen, utan att man nödvändigtvis tänker på det. Oftast krävs det någon utifrån som ser, frågar och ifrågasätter vårdkulturen för att den ska bli synlig för dem som är bärare av den. Vårdkulturen kan bidra till att vårdare är/blir fast i strukturer och regler som har tappat sin bärighet, vilket är tydligt historiskt sett i psykiatrisk vård. I en artikel från 2015 som jag skrivit samman med Karin Dahlberg framgår hur den psykiatriska vården är bärare av och påverkas i nuet av sin historia, hur psykiskt sjuka människor har vårdats och behandlats på de stora mental-sjukhusen under 1900-talet.

Karin Dahlberg och Inger Ekman är redaktörer för boken – Vägen till patientens värld och personcentrerad vård - Att bli lyssnad på och förstådd (ges ut under hösten 2016) där jag har skrivit ett kapitel som handlar om förståelsens betydelse i relation till den rättspsykiatriska vården och de förutsättningar och utmaningar som finns inom denna kontext. Det har inneburit att jag har problematiserat innebörden av förståelse i relation till vårdande i rättspsykiatrisk kontext. Exempelvis, hur vet jag att jag förstår? Är det den andre jag förstår eller är det min egen förståelse som kommer till uttryck? Vad grundas min förståelse av den andre på? På ett sätt är det väldigt enkelt, samtidigt som det är väldigt svårt och komplext. I detta samman-

hang har dialogen en grundläggande betydelse. Inte bara dialog med ord, utan också den dialog som sker utan ord genom blickar, uttryck och kroppen, vilket kan uttryckas som mellanmänsklighet.

Vårdrelationer är både en möjlighet och en förutsättning för att kunna förstå och möta patienten och en möjlighet för att uppnå

delaktighet. Det handlar om att försöka möta och förstå patienten som människa och den person hen är. Karin Dahlberg och Kerstin Segesten menar att ett livsvärldsperspektiv i vårdandet kan vara ett stöd för att så långt som det är möjligt försöka att förstå hur patienten förstår sin situation. Samtidigt behöver vårdaren vara ödmjuk inför detta faktum att

hen inte förstår allt och inte alltid förstår "rätt". Tänkvärt är också att patienten förstår sig själv genom andras betraktelser av dem. Exempelvis påverkar hur vårdaren uttrycker sig till eller ser på patienten patientens förståelse av sig själv, vilket betyder att vårdaren behöver problematisera och ifrågasätta den egna förståelsen av och syn på den hen möter.

---

## LÄS MER

- Chow, J. (2013). *Vårdandets symfoni: fenomenet vårdrelation i skenet av två världsbilder*. (Doktorsavhandling). Växjö: Linnaeus University Press.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlberg, K., & Ekman, I. (2016). *Vägen till patientens värld och personcentrerad vård - Att bli lyssnad på och förstådd*. Stockholm: Liber AB. (Utkommer hösten 2016).
- Ekman, I. (2014). (red.). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber AB.
- Hörberg, U. (2008). *Att vårdas eller fostras. Det rättspsykiatriska vårdandet och traditionens grepp*. (Doktorsavhandling). Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete, Växjö universitet.
- Hörberg, U. (2015). *Caring Science and the Development of Forensic Psychiatric Caring. Perspectives in Psychiatric Care*. 51, 277–284. doi: 10.1111/ppc.12092
- Hörberg, U. & Dahlberg, K. (2015). *Caring potentials in the shadows of power, correction, and discipline: Forensic psychiatric care in the light of the work of Michel Foucault*. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*, 10: 28703 - <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.28703>
- Hörberg, U. (2016). *Betydelsen av förståelse i vårdande inom rättspsykiatrisk vård. I: Vägen till patientens värld och personcentrerad vård - Att bli lyssnad på och förstådd*. K. Dahlberg & I. Ekman (red.). Stockholm: Liber AB. (Utkommer hösten 2016).
- Kristensson Ugglå, B. (2014). *Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I: Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. I. Ekman (red.). Stockholm: Liber AB.
- Salzmänn-Erikson, M., Rydlo, C & Wiklund Gustin, L. (2016). *Getting to know the person behind the illness – the significance of interacting with patients hospitalised in forensic psychiatric settings*. *Journal of Clinical Nursing*, doi: 10.1111/jocn.13252





# GENUS OCH RÄTTSPSYKIATRISK VÅRD

Text ESA KUMPULA

## – framtida utmaningar och möjligheter

Uppfattningar om kvinnor och män och vad som är manligt och kvinnligt i rättspsykiatrisk vård behöver ifrågasättas och är möjliga att förändra. Esa Kumpula är specialistsjuksköterska, universitetsadjunkt och doktorand vid Mälardalens högskola med fokus på genus och rättspsykiatri. Med utgångspunkt i sin egen forskning reflekterar han över utmaningar och möjligheter för både vårdare och patienter.

**SÅ HÄR** i efterhand minns jag det som, hur jag som ny sjuksköterska i rättspsykiatrisk vård blev förvånad över den tydliga överrepresentationen av män på avdelningen. Relativt fort lärde jag mig: "vi gör ingen skillnad", "alla gör samma saker". Förutom då ur ett säkerhetsperspektiv: "det måste finnas mer män på varje pass i förhållande till kvinnor". Idag är jag inte lika säker på att det måste finnas mer män på passen eller att vi inte gör skillnad på kvinnor och mäns arbetsuppgifter. Som vårdare har vi lärt oss att inte göra åtskillnad på patienter oavsett genus, klass, etnicitet eller sexualitet, men trots våra kunskaper och erfarenheter finns det fortfarande kvar föreställningar om hälso- och sjukvården som en genusneutral arena. Finns det något av naturen givet som är kvinnligt

eller manligt, och i sådana fall varifrån kommer det? Och om vi gör skillnad, vad innebär det för jämställdheten på avdelningen och i förlängningen för omvårdnaden av patienten? Mot den här bakgrunden kommer jag reflektera kring konstruktioner av genus och illustrera med några korta och övergripande exempel. Exempelen har sin utgångspunkt i vårdarnas språk användande i ett sammanhang som rättspsykiatrisk vård. Reflektionerna utgår från egen forskning om rättspsykiatrisk vård. Avsikten med texten är att öppna upp för funderingar och kritiska tankar kring genusedningar i skärningspunkten mellan strukturer och vardagshandlingar som äger rum i vården. I det som vi tenderar att ta för givet. Begreppet vårdare kommer fortsättningsvis referera till sjuksköterskor och skötare.

I det vardagliga livet tar vi ofta genus som en självklarhet utan att reflektera över hur förståelsen har skapats eller vilken betydelse det har för samspelet och relationer inom gruppen vårdare samt för omvårdnaden av patienten. På samma vis som när vi pratar om eller förhåller oss till människor gör vi ofta genus utan att vara medvetna om det. I hälso- och sjukvården använder vi begrepp som människa, patient, person eller individ. Att använda begreppen okritisk bidrar till att osynliggöra konstruktioner av genus när vi kategoriserar oss som kvinna eller man, vilket skapar konsekvenser för bemötandet av patienten. Samtidigt som det utesluter andra föreställningar om det "normala". Vardagliga händelser och situationer som vi delar med varandra passerar då utan eftertanke. Som genusforskaren Raewyn Connell påtalar är det inte svårt att registrera existensen av genus, men svårare att förstå hur processen sker. Då, när jag jobbade som sjuksköterska, pratade vi sällan om betydelsen av genus för relationer inom arbetsgruppen, till patienter och till de arbetsuppgifter som förväntades av oss. En inte helt ovanlig kommentar som återkom och återkommer i olika variationer och sammanhang är: "Måste allting handla om

könsfrågor? Det blir så tröttsamt att hela tiden prata om det." Jag menar att frågor om genus bör diskuteras. Tröttheten får vi ta en annan gång. Det handlar om att genus är en grundläggande kategori som formar en människa och inom rättspsykiatrisk vård jobbar vi med människor.

### Rättspsykiatrisk vård

Rättspsykiatrisk vård skiljer sig åt från övrig hälso- och sjukvård i den meningen att patienterna blir dömda och överlämnade till vård utan någon egentlig tidsbestämelse samt att män, manliga vårdare och manliga patienter tillsammans utgör en majoritet på en rättspsykiatrisk slutenvårdsavdelning. En av den rättspsykiatriska vårdens uppgifter är att skydda samhället och förhindra ytterligare brott från att ske. Detta medför att skydds- och säkerhetsaspekter har en central och avgörande del i verksamheten. Utöver det syftar den rättspsykiatriska vården till att stärka patientens hälsa och förbättra livskvaliteten.

### Genus – något vi gör

Jag refererar begreppet genus till ett sätt att organisera sociala praktiker, ett feminitet- och maskulinitetsgörande. Jag menar att genus inte är "av naturen givet" eller en uppsättning fixerade el- ▶

◄ **ESA KUMPULA**. Specialistsjuksköterska med arbetslivserfarenheter inom barn- och vuxenpsykiatri samt rättspsykiatrisk slutenvård. Tidigare vårdutvecklare inom rättspsykiatrisk vård. Idag universitetsadjunkt och doktorand vid akademien för Hälsa, Vård och Välfärd, Mälardalens högskola, Västerås.

– Jag vill tacka Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor för stipendium. Stipendiet bidrog till att jag kunde genomföra en forskarvistelse vid University of Wollongong, Australien. Syftet med vistelsen var att skapa möjligheter att delta, diskutera och skapa internationella forskarkontakter och förhålla mig till forskning från ett globalt perspektiv. Vistelsen erbjöd även möjligheter att bli del av ett internationellt forskarnätverk som är gynnsamt för utveckling av forskarutbildningen och för framtida kontakter efter forskarutbildningens avslut.

ler stabila egenskaper. Däremot gör vi gör en åtskillnad mellan kön, som har sitt ursprung i biologi, vilket fortfarande än idag används för att skilja könen åt med kategorisering som: könsorgan, hormoner, kromosomer. Det är inte biologin i sig självt som skapar skillnader. Skillnaderna kommer mer ur hur vi tolkar och vad vi gör av tolkningar. Begreppet genus ska heller inte missförstås som att det enbart riktar sig till kvinnor och konstruktioner av femininitet och kvinnors liv. Det handlar lika mycket om män, om konstruktioner av maskulinitet och mäns vardagsliv. Däremot är det förenklat att påstå att sociala konstruktioner bara sker genom relationer mellan människor. Det är också mönster i vardagen som gestaltas genom våra föreställningar, hur vi använder symboler, hur vi agerar, pratar, klär oss och så vidare. Med symboler menar jag bland annat hur språk används för att konstruera genus. Jag menar inte att ord ursprungligt handlar om genus, men det är hur ord används i förhållande till normer och värderingar om kvinnligt och manligt som skapar betydelse för konstruktioner av genus. Exempel på värderande synsätt är bland annat: hysterisk och rationell. När jag resonerar om genus ska det förstås som något som görs, som skapas och återskapas och inte som ett stillastående statiskt tillstånd, vilket betyder att det är en process som är möjlig att förändra.

### Omvårdnad i en mansdominerad miljö

Den första reflektionen har sin utgångspunkt i spänningsförhållandet mellan omvårdnad, som ofta associeras med kvinnliga egenskaper, och att utföra den i ett vårdssammanhang där män, vårdare och patienter tillsammans utgör en majoritet. Reflektionen tar sin utgångspunkt i att språk gör någonting med verkligheten och hur vi förhåller oss till den även om språk ofta tolkas som "naturligt" eller "oskyldigt". Beroende på sammanhang och vårdarnas beskrivningar av patienten konstrueras samtidigt föreställningar om hur de vill bli uppfattade i rättspsykiatrisk vård. Med det som bakgrund blir det också möjligt att rikta frågor om vilka effekter vårdarnas språk användning har för exempelvis

om bemötande av patienten. Jag kommer presentera några exempel som återkommer i olika sammanhang och som kan framstå som "naturliga" och "oskyldiga" i rättspsykiatrisk vård. Väljer vi däremot att närma oss språket med utgångspunkt i normer och värderingar om genus sker någonting annat. Ett exempel är hur kvinnor som vårdare beskriver måltidssituationer på avdelningen med begrepp som viktigt, trevligt, lugnt, harmonisk och lugn och ro. Begreppen skapar associationer till den privata sfären med ansvar för hem och familj och hur det kan användas för att stärka identitet som kvinna och vårdare i rättspsykiatrisk vård. Det andra exemplet handlar om hur män som vårdare kan använda sig av tuffa, hårdare tag, hotfulla, orka stå emot (om patienten), vilket skapar associationer till föreställningar om attityder och manlighet. Det kan också tolkas som att vårdarens kroppsliga förmåga att hantera olika situationer i förhållande till patienten kan användas för skapandet av en identitet som man och vårdare. Med exemplen vill jag visa att när vårdarna använder språk i ett sammanhang som rättspsykiatrisk vård sker saker. I det här sammanhanget handlar det om hur språket bidrar till att forma eller utgör markörer för identiteter som vårdare, vilket sker i förhållandet till konstruktioner av två kön, kvinna och man.

### Genuskodade arbetsuppgifter

Den andra reflektionen bär med sig föreställningar om kvinnligt och manligt och hur det kan relateras till uppfattningar om genuskodade arbetsuppgifter och vardagssysslor. Vad vi ska göra och vad vi förväntas att göra. Till exempel, att torka bort kaffefläckar från borden i besöksrummen eller upplockade av dagstidningar och kaffekoppar från vardagsrumsbordet visar hur ordningen har sin utgångspunkt i sociala relationer. Och på så vis blir det också del av ett större mönster som handlar om (o)jämlighet. Det kan också handla om hur fysiska aktiviteter som att få komma ut från avdelningen bidrar till att bibehålla strukturer och genusmönster på avdelningen. En möjlig tolkning är att samspelet mellan kropp

och fysiska aktiviteter kan bidra till att utveckla manliga relationer i ett vårdande sammanhang. Men, konsekvenser av samspelet mellan kropp och fysiska aktiviteter är att det kan skapa begränsningar för andra former av maskulinitetskonstruktioner att ta plats i den rättspsykiatriska vården. Med detta vill jag illustrera hur det komplexa samspelet med betoningen på säkerhets- och skyddsaspekter i rättspsykiatrisk vård, och när vårdandet ofta tolkas med kvinnliga egenskaper, kan skapa förväntningar på och motsatsförhållanden mellan kvinnor och mäns agerande. Ett kategoriserande av arbetsuppgifter som dels kan utesluta andra möjligheter att forma sig som kvinna eller man men som även kan förstärka normer och villkor för hur individen ska vara.

### Ifrågasatt maktstrukturer

I ett rättspsykiatriskt vårdssammanhang är det inte ovanligt att frågor om makt relateras till etik, om relation till patienten, till tvångsätgärder och konsekvenser av tvång eller till sjuksköterskans arbetsledande funktion. Jag menar att frågor om makt i ett rättspsykiatriskt vårdssammanhang bör vidgas till att handla om (o)jämlighet mellan könen. Det finns även andra maktordningar som etnicitet och sexualitet som inte behandlas i

texten. Det skulle kräva ytterligare utrymme. Att våga vara obekvämt och ifrågasätta konstruktioner av genus för att skapa förändring är inte enkelt. Det är mycket som står på spel. Bland annat att ge avkall på privilegier som stödjer kategoriseringar av kvinnor och män. Jag har försökt visa på några utmaningar i rättspsykiatrisk vård som handlar om att "göra motstånd" mot det vi tenderar att ta för givet med konsekvenser för maktrelationer och arbetsuppgifter på avdelningen. Jag menar att vi bör skapa utrymme och reflektera över hur vår förståelse om hur genus skapas och upprätthålls och inte se det som fixerade föreställningar om vem eller vad jag är som kvinna eller man. Det innebär samtidigt att reflektera över begreppen människa och patient i förhållande till genus när den rättspsykiatriska vården betonar vikten av att se människan bakom brotten. Möjligheterna för rättspsykiatrisk vård är att rikta frågor och ifrågasätta hur maktstrukturer skapas och vidmakthålls, och hur ifrågasättandet kan bidra till en ökad jämställdhet på avdelningar och bryta ner kategoriseringar av kvinnor och mäns arbetsuppgifter. Målet är att motverka "stereotypiserade" könsmönster av vårdare och patienter och därigenom bidra till att stärka och utveckla den egna kompetensen och omvårdnaden av patienten.

## LÄS MER

■ Connell, R. (1995). Maskuliniteter. Daidalos.

■ Connell, R. (2009). Om genus. Andra upplagan. Daidalos  
Johannisson, K. (1994). Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle. Stockholm. Norstedts.

■ Kulick, D. (2005). QueerSverige. Natur & Kultur.

■ Pease, B. (2010). Undoing privilege. Unearned advantage in a divided world. London: Zed books.

■ West, C., & Zimmerman, D. (1987). Doing Gender. Gender and society, 1(2), 125 – 151.



Kristina Eivergård. Doktorand vid  
Mittuniversitet och adjunkt vid  
Ersta Sköndal Högskola. ▶



Patienten måste vara närvarande och personalen använda ord som patienten själv använder. Annars riskeras patientsäkerheten och den personcentrerade vården blir bara tomt prat. Kristina Eivergård, omvårdnadsforskare med intresse för psykiatri och genusfrågor, skriver om sitt avhandlingsarbete.

text KRISTINA EIVERGÅRD

# HUR TALAR VI OM VÅRA PATIENTER?

## I MITT AVHANDLINGSARBETE

undersöker jag hur vi som psykiatrisk vårdpersonal uttrycker oss om de patienter som vi vårdar. För att kunna undersöka det har jag utfört ljudinspelningar av rapporteringar och ronder inom tre olika psykiatriska verksamheter; allmänpsykiatri, rättspsykiatri och kommunal psykiatri. Inspelningarna är gjorda på olika platser i landet.

Det som har kommit fram i bearbetningen av materialet från de allmänpsykiatriska vårdavdelningarna är att vårdpersonalen använder sig av ett vardagligt språk när de beskriver och bedömer patienternas mående. Detta skulle kunna vara av godo eftersom ett språk som bygger på medicinska termer inte anses gagna patienterna. Vid närmare analys så visar det sig att de ord och begrepp som används i stor utsträckning är sådana som "social, trevlig, svår, manipulerande, fräsch, provocerande. Det är ord och begrepp som är socialt och

kulturellt förankrade. Det innebär att dess betydelse varierar med vem som uttalar sig.

I samhället i stort kan det finnas såväl köns- som klassmässiga värderingar vilka samverkar i betydelsen av till exempel ordet social. Vad innebär det då att vara social i ett sammanhang och inte ett annat? Hur orden används i samhället kan dock vara möjligt för den enskilde patienten att förstå. Men om orden och begreppen är specifika för den psykiatriska kontexten, det vill säga om de vardagliga orden bär på en för psykiatrin speciell betydelse som inte patienten är medveten om, då kan det jämföras med om personalen bara använder ett medicinskt språk. Att då som patient bli omtalad som social och trevlig kopplas i materialet samman med om patienten har varit i matsalen och ätit. På rapporten och vid rondens skapar detta en syn på patienten som "bättre" i sitt

mående, vilket tar sig uttryck i att patienten kan bli föreslagen till permission eller utskrivning. Frågan är dock om patienten är medveten om att bedömningen sker på dessa grunder? Är det så enkelt att bara för att patienten äter i matsalen så mår denne bättre? Att äta tillsammans med andra patienter kan likväl vara ett utslag av ett mer eller mindre uttalat krav på avdelningen. Som sådant blir då patients handling mer att se som en lyckad fostran eller socialisering än bevis på tillfrisknande. Detsamma gäller om patienten inte håller ordning på sitt rum och därmed blir omtalad som provocerande.

Eftersom patienten inte själv var närvarande vid rapportering-

arna och ronderna så finns inte heller möjlighet att få insikt i på vilka grunder bedömningarna vilar. Om det ska vara möjligt då behöver patienterna dels vara närvarande, dels är det nödvändigt att vårdpersonalen använder sig av ord och begrepp som patienten själv använder i beskrivningar av sitt mående. Görs inte det riskeras såväl patientsäkerheten och den personcentrerade vård som idag anses vara centra, att bara bli tomt prat.

I det fortsatta avhandlingsarbetet kommer en del av materialet att analyseras med ett genusperspektiv. Det kommer då att handla om hur det talas om kvinnor och män i rättspsykiatrin och i kommunal verksamhet.

## LÄS MER

■ Eivergård, K., Enmarker I., & Hellzén O. (2016). The Talk About the Psychiatric Patient. *Issues in Mental Health Nursing*. <http://dx.doi.org/10.1080/01612840.2016.1206153>



Psykiatriska  
Riksföreningen  
för Sjuksköterskor

[www.psykriks.se](http://www.psykriks.se)

[www.facebook.com/psykriks](https://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](mailto:henrika.jormfeldt@psykriks.se)

##### VICE ORDFÖRANDE/KASSÖR

Britt-Marie Lindgren, Umeå  
070-643 33 08  
[britt-marie.lindgren@psykriks.se](mailto:britt-marie.lindgren@psykriks.se)

##### SEKRETERARE

Eva Lindgren, Luleå  
070-292 93 42  
[eva.lindgren@psykriks.se](mailto:eva.lindgren@psykriks.se)

##### LEDAMOT

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

##### LEDAMOT

*Hemsidesansvarig*  
Joachim Eckerström, Stockholm  
0739-31 40 55  
[joachim.eckerstrom@psykriks.se](mailto:joachim.eckerstrom@psykriks.se)

##### LEDAMOT

Hampus Martinsson, Växjö  
070-915 24 15  
[hampus.martinsson@psykriks.se](mailto:hampus.martinsson@psykriks.se)

##### LEDAMOT

Jenny Molin, Umeå  
072-200 33 98  
[jenny.molin@psykriks.se](mailto:jenny.molin@psykriks.se)

##### LEDAMOT

Jenny Karlsson, Stockholm  
070-235 27 28  
[jenny.karlsson@psykriks.se](mailto:jenny.karlsson@psykriks.se)

#### PSYCHE 2016

*Chefredaktör och ansvarig  
utgivare*

Sebastian Gabrielsson, Luleå  
070-548 38 64  
[sebastian.gabrielsson@psykriks.se](mailto:sebastian.gabrielsson@psykriks.se)

#### REDAKTIONSRÅD

Åsa Priebe, Södertälje  
[asa.priebe@gmail.com](mailto:asa.priebe@gmail.com)

Jörgen Öijervall, Varberg  
[jorgen.oijervall@hh.se](mailto:jorgen.oijervall@hh.se)

#### LOKALREDAKTÖRER

Mikael Nilsson, Varberg  
0340-48 13 93  
[mikael.nilsson@lthalland.se](mailto:mikael.nilsson@lthalland.se)

Christina Reslegård, Östersund  
063-463 13 b  
0640-166 37 a  
[christina.reslegard@rjl.se](mailto:christina.reslegard@rjl.se)

#### REVISORER 2016

##### ORDINARIE

Ingemar Wånebring, Bankeryd  
036-30 78 58 b  
036-32 31 40 a  
[ingemar.wanebring@rjl.se](mailto:ingemar.wanebring@rjl.se)

Ulf Rogberg, Jönköping  
[ulf.rogberg@lj.se](mailto:ulf.rogberg@lj.se)

##### SUPPLEANTER

Patrik Dahlqvist-Jönsson,  
Halmstad  
070-320 66 51  
[patrik.dahlqvist-jonsson@lthalland.se](mailto:patrik.dahlqvist-jonsson@lthalland.se)

Rose-Marie Björklund, Göteborg  
0725-76 06 06  
[rosemarie.bjorklund@gmail.com](mailto:rosemarie.bjorklund@gmail.com)

#### VALBEREDNING 2016

##### SAMMANKALLANDE

Jörgen Öijervall, Varberg  
[jorgen.oijervall@hh.se](mailto:jorgen.oijervall@hh.se)

Kristina Haglund, Uppsala  
070-514 96 84  
[kristinahaglund@gmail.com](mailto:kristinahaglund@gmail.com)

Maria Åling, Stockholm  
072-519 36 46  
[maria.aling@psykriks.se](mailto:maria.aling@psykriks.se)

# RAPPORT FRÅN HEARING OM DELEGERING

**20 SEPTEMBER DELTOG** jag, på uppdrag av PRF, vid Socialstyrelsens hearing angående en kommande översyn av föreskrifter om delegering. Jag deltog som representant för Vårdförbundet och Svensk Sjuksköterskeförening då fokus för just denna träff var psykiatrisk vård.

Samtalet kretsade kring hur begreppet delegering uppfattas och används i psykiatrisk vård, samt eventuella brister i den aktuella författningen. Överlag uppfattades delegering i psykiatri framförallt handla om läkemedelshandling och tvångsvård. Det konstaterades att ansvarsfördelningen och synen på vem som var formellt respektive reellt kompetent var otydlig. Till exempel kan uppgifter som telefonrådgivning, suicidriskbedömning och övervakning i samband med ECT utföras av skötare utan att detta benämns delegering.

Kommunals representant framhöll särskilt att man såg positivt på förslaget att kunna delegera läkemedelsadministrering i slutenvård samt behovet av yrkeslegitimation för undersköterskor. Hon lyfte även behovet av en nationell reglering av undersköterskeutbildningen för att säkerställa kompetensnivån.

Tillsammans med Elisabeth Strandberg från Svensk Sjuksköterskeförening försökte jag delge ett sjuksköterske- och omvårdnadsperspektiv. Vi framhöll att psykiatri inte bör särbehandlas när det gäller möjligheten till delegering då psykiatri patienter har samma behov av kompetent personal som andra patienter. En sjuksköterska kan i sitt omvårdnadsarbete kan omsätta kunskap inom t.ex. psykoterapi utan att detta för den skull innebär att sjuksköterskan utför psykoterapeutiskt arbete som skulle kunna kräva en delegation. En omfördelning av arbetsuppgifter kan inte lösa det akuta behovet av kompetent personal i psykiatri. Utökad möjlighet till delegering riskerar att legitimeras och befästa en kompetensbrist. Möjlighet till delegering av läkemedelshandling i slutenvård är inte önskvärd eller motiverad av patientsäkerhetsskäl. Däremot är handräckningsmöjlighet viktig i slutenvård. Vi uppfattar det som oklart om Socialstyrelsen menar att delegeringsmöjligheten ska ses som ett undantag eller ett normaltilstånd i vården. Det är viktigt att möjligheten till delegering är begränsad och tydlig, men det är viktigare att fokusera på och tydliggöra vilken kompetens som krävs i psykiatrisk vård. Vi uppfattar inte nuvarande författning som problematisk i sig, men tillämpningen är problematisk på grund av vårdens organisation i kommunal hälso- och sjukvård. Delegeringsförfarandet kan underlättas om kravet på uppföljning kan överföras till annan person än den som utfärdar delegationen.

Slutligen framhölls det som positivt att Socialstyrelsen bjöd in professionsföreträdare tidigt i processen. Rapport från förstudie planeras att publiceras i december.

*Sebastian Gabrielsson*



Psykiatriska  
Riksföreningen  
för Sjuksköterskor

Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor (PRF) och Psykiatrisjuksköterskors samarbete i Norden (PSSN) vill särskilt tacka följande sponsorer av Nordic Conference of Mental Health Nursing 2016



Nationella  
Självskadeprojektet

+ NurseConnect



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting



UPPDRAG  
Psykisk Hälsa  
- uppdragpsykiskhalsa.se -

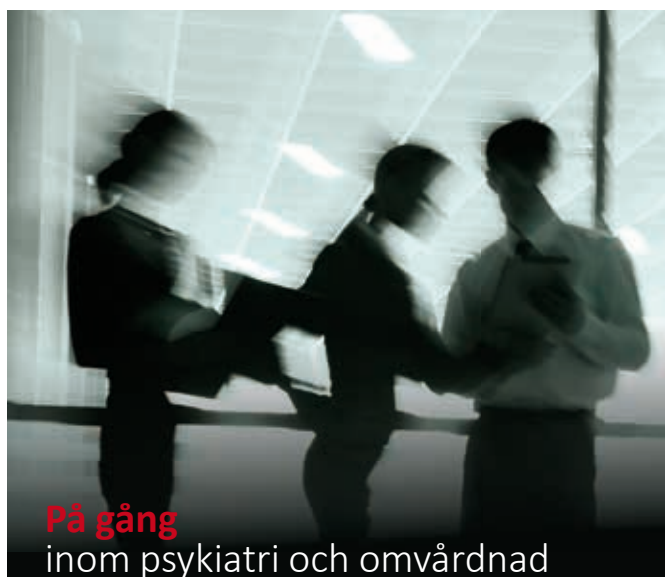
# RAPPORT FRÅN STYRELSEMÖTE AUGUSTI 2016

**STOCKHOLM VISADE SIG** från sin allra bästa sida – åtminstone på lördagen – då vi i strålände väder ute tillbringade helgen i Vårdförbundets lokaler med styrelsearbete. Styrelsen var något begränsad i antal på plats då andra mer personliga event var inbokade. Tur att det finns telefon så att man kan ha kontakt i alla fall! Helgens fokus var till stora delar planeringen av den Nordiska konferensen i Malmö som när det här skrivs närmar sig med stormsteg. Det är mycket som ska fixas såhär på sluttampen för att allt ska klaffa men vi ser framåt med tillförsikt och tror att vi kommer att få mycket intressanta dagar.

Tyvärr har PRF:s kassör Ewa Langerbeck meddelat att hon inte kan fortsätta med sitt uppdrag i styrelsen vilket vi beklagar men har förståelse för. Ewa har gjort ett fantastiskt arbete i styrelsen, vi tackar och bockar storligen. Som ersättare på kassörsposten kommer undertecknad, Britt-Marie Lindgren, att gå in. Det kommer sannolikt att ta lite tid att sätta sig in i uppdraget men jag ska göra mitt bästa med "mentorstöd" av Ewa under hösten.

Helgens arbete avslutades med att vi bestämde att kommande styrelsemöte i november kommer att genomföras på videolänk – det vill säga vi sitter uppkopplade med varandra vid datorn istället för att ses IRL (in real life).

*BrittMarie Lindgren*



## På gång inom psykiatri och omvårdnad

### 2016

30th Annual Conference / American Psychiatric Nurses Association (APNA) / 19-22 oktober, Hartford, Connecticut, USA

Nordisk konferens om lugna rummet / Centrum för psykiatrforskning / 18 november, Stockholm

### 2017

10th Annual Psychopharmacology Institute and 19th Annual Conference / International Society of Psychiatric Mental Health Nurses (ISPN) / 7 – 11 mars, Baltimore, Maryland, USA

Årskonferens: Psykiatrisk omvårdnad – igår, idag och imorgon / Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor (PRF) / 23-24 mars, Växjö

4th European Festival of Psychiatric Nursing / Horatio - European Nurses Association / 11-14 maj, Malta

Custody & Caring 15th Biennial International Conference / 4-6 oktober, Saskatoon, Saskatchewan, Kanada





# 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](http://www.psykriks.se) eller genom att betala in avgiften på 325 kr via bankgiro 5118-1592 och då ange namn och personnummer.