

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN  
FÖR SJUKSKÖTERSORS TIDSKRIFT

# Psyche

NUMMER 1 2017



**RÅDGIVNINGSSKÖTERSKA  
I THAILAND**

**Personen i sitt sammanhang  
SJUKSKÖTERSKEBRISTEN**

# Psyche

Psyche är Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskors (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  
psyche@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 2017 är 325 kr. Studenter och pensionärer betalar 200 kr. Medlem blir man genom att 1. Anmäla medlemskap via [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se) eller 2. Betala in avgiften via bankgiro 5118-1592 eller SWISH 123 069 28 06 och 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



Psykiatriska  
Riksföreningen  
för Sjuksköterskor

## INNEHÅLL

### LIKT OCH OLIKT I LONDON



### SJUKSKÖTERSKEBRISTEN SPEGLAR SAMHÄLLET'S VÄRDERINGAR



STÖRRE  
MÖJLIGHETER  
TILL SPECIALIST-  
UTBILDNING

### RÅDGIVNINGSSJUKSKÖTERSKA I THAILAND



MILICA MARSENIC

### ökad psykisk ohälsa UTMANING FÖR VÅRDEN



...av och till aktualiseras frågan om hur PRF ser på den kliniskt verksamma sjuksköterskan i psykiatrisk vård som inte har specialistkompetens....

# Personcentrerad vård och jämlik hälsa – HUR NÅR VI DIT?

**PRF HAR DELTAGIT** i ett inledande möte med Vårdförbundet kring styrning av vårdens organisation för en personcentrerad vård och jämlik hälsa. Dialogen synliggjorde komplexiteten i det system som avgör kvaliteten på den psykiatriska vård som slutligen når den enskilde patienten. I diskussionerna framstod patientens utsatthet och vikten av varje enskild medarbetares förmåga att arbeta personcentrerat mycket tydligt. En förhoppning är att samarbetet med Vårdförbundet ska tydliggöra den specialistutbildade sjuksköterskans kompetens i den psykiatriska vårdorganisationen.

Av och till aktualiseras frågan om hur PRF ser på den kliniskt verksamma sjuksköterskan i psykiatrisk vård som inte har specialistkompetens. Jag vill därför ägna några rader åt att försöka förtydliga föreningens förhållningssätt i frågan. I föreningens stadgar slås fast att PRF utifrån ett psykiatriskt omvårdnadsperspektiv ska bidra till utvecklingen inom psykiatrisk vård, sprida kunskap avseende psykiatrisjuksköterskans verksamhetsområde och verka för att psykiatrisjuksköterskans kompetens efterfrågas och kommer till nytta i olika sammanhang. I detta arbete välkomnar PRF varje sjuksköterska som engagerar sig i och arbetar i någon av alla de kontexter som inbegriper att främja psykisk hälsa. Alla sjuksköterskor som

arbetar i psykiatrisk hälso- och sjukvård ska därmed känna sig varmt välkommen som medlem i PRF - med eller utan specialist-sjuksköterskeutbildning. Samtidigt vill PRF uppmanera alla som arbetar inom fältet att utbilda sig och erhålla formell kompetens för att utföra och utveckla det avancerade och ansvarsfulla arbetet innebär att möta människor med psykisk ohälsa. Idag är det allt för vanligt att specialistsjuksköterskans kompetens vare sig efterfrågas eller utnyttjas. Här har föreningen en viktig uppgift att sprida kunskap till sjukvårdens ledare om vad specialist-sjuksköterskekompetens innebär och hur den kan användas för att komma patienterna till godo.

Deadline är nu passerad för att skicka in ett abstrakt till PRFs årskonferens den 23-24 mars i Växjö på temat "Psykiatrisk omvårdnad – igår, idag och imorgon". Programmet finns på [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se) och ser mycket lockande ut. Jag kan bara hälsa dig och dina kollegor varmt välkomna till Växjö! PRFs årskonferens är den enda årligen återkommande nationella konferens som fokuserar helt och hållet på psykiatrisk omvårdnad. Att delta vid denna specifikt nischade konferens är ett sätt att främja psykiatrisk omvårdnad som vetenskapligt och praktiskt kunskapsområde.

Till sist lite statistik. Jag har glädjen att meddela att hemsidan har haft 22 985 besök under

## ORDFÖRANDE HAR ORDET



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

2016 vilket motsvarar ca 157 besök per dag. Samtidigt följer 377 personer PRF via Facebook och Twitterkontot har 458 följare. Fortsätt att följa oss via PRFs facebookside och på Twitter, och besök oss gärna på föreningens hemsida [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se)

**VI SES I VÄXJÖ DEN 23-24 MARS!**



# LIKT OCH OLIKT I LONDON LONDON

text och foto JENNY MOLIN

I december 2016 for en grupp omvårdnadsforskare från Umeå till London på ett kombinerat forsknings- och studiebesök. Jenny Molin, specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård och doktorand vid Umeå universitet, delar med sig av erfarenheter och reflektioner kring patientråd, checklistor, utvecklingsarbeten och ett besök på Freudmuseet.

**JAG SKICKADE ETT** mail och kände mig modig. Ni vet, ibland måste man våga lite för att vinna. Efter några veckors väntan fick jag svar och ja, jag var välkommen att komma på besök.

Fiona Nolan är professor i psykiatrisk omvårdnad och verksam vid universitet i Essex i England. Hennes forskning har på olika vis kommit att handla om den terapeutiska relationen och engagemang. Jag fick kännedom om hennes forskning i samband med att vi började arbeta med den intervention vi ska testa i mitt forskningsprojekt. Dels har hon erfarenhet av interventionen och dels har hon metodologisk erfarenhet när det gäller utvärdering av interventioner. Jag kände mig nyfiken på hennes arbete.

Efter en del mailkonversation och ett Skypemöte beslutade vi om ett studiebesök i London i mitten av december 2016. Mina handledare skulle också bli med. Vi fick ett program och såg med spänning fram emot att få ta del

av flera spännande projekt som man arbetar med inom psykiatrisk heldygnsvård i centrala London.

#### **Inspektion med patientrådet**

Första dagen började med att vi begav oss till St Pancras hospital. Där fick vi möta deltagarna i klinikens patientråd. För vår skull hade de ändrat mötesdag och de var väldigt angelägna om att få berätta om sitt arbete. Med månatliga råd hade de till uppgift att inspektera de olika avdelningarna på kliniken. Efter samling delade de upp sig i par och begav sig till varsin psykiatrisk vårdavdelning för inspektion. Vi fick följa med varsin grupp. Självt fick jag besöka en avdelning för kvinnor. Väl inne på avdelningen började inspektionen. Hur såg det ut med personal för dagen och hur var deras arbetsbelastning? Vi gick runt i de olika utrymmena på avdelningen och kontrollerade hur det såg ut. Var det städlat i de gemensamma rummen,

fanns det tillgång till uppdaterad information, var brödet färskt i patientköket och hur såg det ut i tvättstugan? Vi pratade med de personer som vårdades på avdelningen. Hur fungerade avdelningen, hur var personalens bemötande och fick de den hjälp de behövde? Allt protokollfördes noggrant och efter inspektionen återsamlades patientrådet och gick igenom protokollet för de olika avdelningarna. En rapport skrevs och skickades till klinikledningen som i sin tur förväntades respondera och åtgärda eventuella brister. Vi imponerades av patientrådets arbete och engagemang och reflekterade kring hur ett sådant arbete skulle kunna se ut i svenskt kontext. Skulle klinikerna vara beredda att öppna sina dörrar på det sättet och med allt vad det skulle kunna innebära exempelvis angående sekretess? Skulle ett sådant arbete kunna bidra till ökad delaktighet och inflytande för patienter som vårdas inom

svensk psykiatrisk heldygnsvård? Vilka konkreta förändringar skulle vi kunna få se?

Inom psykiatrisk heldygnsvård i Storbritannien arbetar enbart sjuksköterskor med specialistutbildning inom psykiatrisk vård. Totalt besökte vi fem vårdavdelningar under vår vistelse i London. Genomgående för alla avdelningar var ett strikt säkerhetstänk när det gäller vårdmiljön och att de på ett uttalat, aktivt och regelbundet sätt arbetade med observationer och bedömningar av patienternas mående. Beskrivningarna av arbetet förmedlades med en självklarhet och ett språk som förmedlade yrkes stolthet vilket kändes inspirerande och upprätsande. Mycket var förtydligt och rutinstyrt vilket verkade skapa trygghet och förenklade deras arbete men det skapade ändå reflektion hos mig. Formaliserade observationer med detaljerade protokoll samt checklistor kan påverka våra perspektiv om vi inte är uppmärksamma. Som jag ser



◀ Översta bilden: Freudmuseet i Hampstead och under Den psykoanalytiska soffan.

det finns det en risk att patienterna blir objekt och vi observatörer. Man kan ställa sig samma fråga som Phil Barker ställde vid den nordiska konferensen i Malmö: vad får man egentligen veta om personen man vårdar om man enbart ägnar sig åt formella observationer där patientens berättelse inte finns med som en punkt på checklisten? Det uttalade säkerhetstänket ledde till liknande reflektioner. Min upplevelse är den att ett strikt säkerhetstänkande kan ha en negativ påverkan i

den fysiska miljön. Låsta dörrar, stora glasrutor, fastbultade och galonklädda möbler, plexiglastäckta tv apparater, inga gardiner, tavlor eller blomkrukor för att ge några exempel på hur det kunde se ut. Kan man återhämta sig i en sådan miljö och vad förmedlar en sådan miljö till de som vårdas där?

#### Utvecklingsarbete

Under våra dagar i London fick vi, utöver studiebesöken på de olika avdelningarna, möjlighet att träffa psykiatrisjuksköterskor

som bedrev kliniskt utvecklingsarbete. Vid en klinik fanns en grupp sjuksköterskor som arbetade med praktisk utveckling när det gäller riskbedömning och riskhantering. I detta inkluderades arbete med anhöriga samt suicidprevention. Vid en annan klinik träffade vi en sjuksköterska som genomförde en pilotstudie där man testade användning av digitala verktyg i samband med observationer. Detta för att minska dokumentationstid och formalisera observationerna som nu skulle komma att inkludera såväl psykiskt som somatiskt status hos patienterna. Att börja undersöka vitalparametrar på patienterna i samband med observationer var något nytt för dem. Psykiatrisjuksköterskor i Storbritannien har nämligen inte den somatiska kompetens som vi sjuksköterskor i Sverige har. Vilka risker detta kan innebära för patienterna var något som diskuterades en del under vårt besök.

Slutligen vill jag lyfta fram ett utvecklingsarbete som bedrevs på South London och Maudsley. Under flera år har man där arbetat aktivt med att öka säkerheten på avdelningarna, minska hot- och våldssituationer. Detta gör man genom modellen "4 steps to safety". Modellen bygger på:

1. Proaktiv vård
2. Engagemang i patienterna
3. Teamarbete
4. Miljö

Varje steg består av olika interventioner som sjuksköterskorna på avdelningarna arbetar med. Tanken med modellen är även att patienterna ska vara delaktiga i processen, att man vill hitta bättre sätt att arbeta på för att få resultat som håller i sig över tid. Om du vill veta mer och få till-

gång till material kan du använda länken i slutet av artikeln.

#### Besök på Freudmuseet

Våra dagar i London var som ni förstår väldigt innehållsrika och intensiva. Förutom det program som Fiona ordnat åt oss och som jag nu berättat en del om tog vi tillfället i akt och lämnade pulsen i centrala London för att besöka Freudmuseet i Hampstead. Även det en upplevelse vill jag lova. Huset där museet håller till är det hus där Freud bodde tillsammans med sin familj efter att de flytt från Österrike och nazisterna 1938. Huset blev kvar i familjens ägor fram till dess Anna Freud avled 1982. Museet är centrerat kring Freuds studier och bevarat precis som det var under hans livstid. På så vis fick vi möjlighet att se hans antikvitets-samling bestående av ungefär 2000 olika fynd samt de möbler han fick med sig i flykten från Österrike. Naturligtvis även den, utan tvekan, mest kända möbelen - den psykoanalytiska soffan, där alla hans patienter fått luta sig tillbaka. Enligt uppgift ska soffan vara anmärkningsvärt bekväm. Vid vårt besök var den rikt färgade iranska matta som vanligtvis täcker soffan på rengöring men det förtog inte den speciella upplevelsen av att få vandra runt i det som varit.

Dagarna i London bjöd på nya kontakter inom forskningsvärlden men framförallt skapade det vi fick vara med om eftertanke. Jag bär med mig tankar om hur olikt och samtidigt likt det kan vara och tänker vidare kring hur våra val av fokus och arbetssätt både styrs av och påverkar våra perspektiv. Jag är övertygad om att det har betydelse för vad vi förmedlar till de personer vi vårdar.

## LÄS MER

■ Mer information om 4 steps to safety: <http://www.slam.nhs.uk/patients-and-carers/4-steps-to-safety>

# Personen i centrum eller personen i sitt sammanhang?

text LENA WIKLUND GUSTIN

Många begrepp har lyfts fram med den goda intentionen att vårdpersonal ska se hela människan och inte bara diagnosen. Att vi idag slår på trumman för personcentrerad vård talar för att misslyckandena varit allt för många. Hur undviker vi ännu ett? Lena Wiklund Gustin lyfter fram utmaningar i utvecklingen av en personcentrerad vård och argumenterar för att personen måste ses i sitt sammanhang.

**UNDER DE SENASTE** decennierna har den psykiatriska vården genomgått stora förändringar. De gamla mentalsjukhusen har lagts ned till förmån för öppnare vårdformer. Olika modeller för att organisera vården har prövats, såväl på en övergripande nivå genom subspecialisering och sektorisering som i relation till den enskilda patienten genom exempelvis kontaktmannaskap, vårdlag och patientansvariga sjuksköterskor.

Att de stora psykiatriska sjukhusen lagts ned, och att allt fler patienter vårdas inom öppenvård och bor i egna eller kommunala boenden innebär dock inte att psykisk ohälsa har minskat i samhället. Sedan 2014 är psykisk ohälsa den vanligaste anledningen till sjukskrivning i Sverige. Samtidigt är patienter i dag också mer aktiva än tidigare. Patientföreningar i Sverige, och det man ibland talar om som "Patients' Rights Movement" internationellt, lyfter – liksom forskare – också fram vikten av att utveckla vården så att den i högre grad dels tillvara tar det friska, dels inkluderar patienter inte bara i den egna vården utan också i arbetet med att utveckla psykiatrisk vård. Detta är också i linje med WHO:s rekommendationer, där man inför framtiden påtalar såväl behovet av förebyggande och hälsofrämjande vård som en bredare samverkan mellan hälso- och sjukvård, kommuner, privata aktörer och det civila samhället.

WHO lyfter också vikten av att vården fokuserar på människorna i samhället och deras behov (people-centered care), och inte tar sin utgångspunkt i organisatoriska behov.

Såväl ute i världen som i Sverige lyfts därför vikten av att beakta hälsa och återhämtning istället för att för ensidigt fokusera på sjukdom och behandling av den. Inom ramen för denna tradition förstås psykisk ohälsa i termer av att en person pga sina psykiska funktionshinder har problem att klara livet. Återhämtning handlar då om att utveckla en förmåga att klara sitt liv trots såväl de symtom och den stigmatisering som är förknippad med psykiatriska sjukdomar.

Detta är helt i linje med kärnkompetensen "personcentrerad vård", där fokus bör riktas såväl mot patientens berättelse som mot partnerskapet. Samtidigt som "personcentrering" idag ges stor uppmärksamhet i såväl lokala riktlinjer som i forskning, så manar introduktionen av begreppet också till eftertanke. Vi har genom åren blivit bekanta med begrepp som "individuella vårdplaner", "helhetsyn" och "patientcentrerad vård" – samtliga har lyfts fram med den goda intentionen att vårdpersonalen skall se hela människan, inte bara diagnosen, och beakta detta när vården planeras. Detta har skett med varierande framgång, och det faktum att vi idag slår på trumman



Lena Wiklund Gustin är docent i vårdvetenskap vid Mälardalens högskola samt professor i psykisk helsearbete vid UiT, Norges Arktiske Universitet. Hon nås på [lena.wiklund@mdh.se](mailto:lena.wiklund@mdh.se)

för personcentrerad vård talar för att misslyckandena varit allt för många.

## Utmaningar

Hur kan vi undvika att det blir likadant med personcentrerad vård? Jag tänker att detta hör samman med flera faktorer. Ekonomi är en sådan, eller snarare hur ekonomin styr prioriteringar. Om personcentrering och återhämtningsfokus inte premieras så finns det en risk att annat går före. Redan idag vet vi att sjuksköterskor kommer i

kläm mellan sina etiska ideal och organisationens krav då det gäller patientdelaktighet. En annan faktor av betydelse är innebörden av begreppet personcentrering. Om personcentrerad vård reduceras till att "människan som patient" snarare än "människan som patient" ställs i centrum för "experternas" kunnande, så riskerar den bärande idén med personcentrerad vård med ett återhämtningsfokus att falla. Det kan då bli lite av "Kejsarens nya kläder", där vi pratade om något

nytt och fint som i verkligheten är snarlikt det vi redan gör.

Ytterligare en utmaning ligger i om vi reducerar personcentrerad vård till att enbart fokusera på den enskilda personen. Jag vet att sjuksköterskor idag är duktiga på att samtala med patienter om deras erfarenheter, att lyssna på deras berättelser. Däremot tycker jag mig se att vi inte alltid är lika bra på att ta tillvara de resurser som finns i det sammanhang som personen finns i. Vi behöver med andra ord utveckla kunskap och färdigheter som hjälper oss att ställa rätt frågor till patienten och dennes närstående – och vara öppna för deras svar. Det finns bra redskap för detta, som öppna dialoger som tar sin utgångspunkt i patienten och dennes närståendes behov snarare än det som professionella vårdgivare anser vara det bästa. De kan utgöra komplement till de individuella, vårdande samtal som sjuksköterskor redan idag för med enskilda patienter.

Vi behöver också i högre grad än idag inkludera personer med egna erfarenheter som patienter – eller som man säger på engelska "Experts by experience" – i såväl vårdutveckling som forskning. Olika former av participatory research eller brukarmedverkan kan bidra till att värden utvecklas på ett sätt som är mer i linje med WHO:s vision och bädda för såväl personcentrerad som empowerment.

För att kunna arbeta personcentrerat tror jag också att vi som sjuksköterskor behöver bli mer medvetna om psykiskt sjuka personers villkor i samhället. När UKÄ gjorde sin granskning av specialistsjuksköterskeutbildningarna 2013, så var ett av de examensmål de granskade kopplat till specialistsjuksköterskestudentens "förmåga att med helhetssyn på människan göra åtgärdsbedömningar utifrån relevanta vetenskapliga, samhälleliga och etiska aspekter med särskilt beaktande av de mänskliga rättigheterna". Det är ingen överdrift att säga att specialistsjuksköterskor i regel är bättre på de vetenskapliga – och även de etiska – aspekterna än de samhälleliga. Här finns mycket att lära.

#### Estniska erfarenheter

För en tid sen var jag i Tallinn för att diskutera ett Nordiskt sam-

arbete om en masterutbildning med inriktning mot dialogiska och kollaborativa metoder inom psykiatrisk vård. Den kommer att byggas på specialistsjuksköterskeutbildningen och inkludera en intensivvecka på vart och ett av de deltagande lärosätena. Om utbildningen erhåller finansiering från NORDPLUS för studenternas reskostnader till intensivveckorna kommer den att starta höstterminen 2017 vid Mälardalens högskola. Övriga medverkande är NTNU i Gjøvik och Arcada University of Applied Science i Helsingfors.

Förutom att diskutera utbildningen så träffade vi också två personer som själva hade erfarenheter av att leva med psykisk ohälsa. Jag fick lära mig att psykiatri i Estland skiljer sig en hel del från Sverige. En anledning till det som slog mig lite extra, är att det i Estland efter Sovjetunionens fall finns en misstro mot myndigheter. Detta, i kombination med en lågt prioriterad psykiatrisk vård, har bidragit till att brukare själva initierar olika projekt för såväl stöd som försörjning. Vid Tallinns universitet bedrivs därför forskning om detta. Tänk om vi skulle kunna inspireras av de estniska erfarenheterna för att som svenska sjuksköterskor visa på patienters möjligheter i samhället. Trots skilda kulturer och olika förutsättningar, så tror jag att vi för att arbeta med personcentrerad vård också måste ha beredskap att arbeta med "personen i samhället", inte bara med "personen på kliniken".

Avslutningsvis vill jag således betona att en förändrad vård och förändrade önskemål från personer med psykisk ohälsa ställer nya krav på den psykiatriska vårdens utformning och därmed på vårdarens kompetens. En ökad brukarmedverkan innebär också en förändrad yrkesroll och förändrade arbetssätt. Därför betonar exempelvis Stacey och Stickley återhämtning som ett centralt begrepp inom sjuksköterskeutbildningar. Jag tänker att det fokus på återhämtning och personcentrerad som börjar få större utrymme i våra svenska specialistsjuksköterskeutbildningar är en bra grund för framtiden, samtidigt som vi i dessa utbildningar kan behöva beakta den samhälleliga nivån mer. Så länge specialistsjuksköterskeutbildningen är begränsad till 60 högskolepoäng tror jag dock att vi

behöver ha huvudfokus kvar vid individperspektivet. Diskussioner förs idag om hur specialistsjuksköterskeutbildningarna kan och bör utvecklas. I sammanhanget nämns förlängda utbildningar, masterexamen och avancerade specialistutbildningar. Inom ramen för dessa tror jag att ett vidare perspektiv som inte bara tar fasta på teorier och metoder

för att arbeta med personen i sitt sammanhang utan också rustar sjuksköterskor för att bidra till att utveckla sammanhang som kan främja människors psykiska hälsa och inkludering i samhället bör ingå. Jag hoppas också att såväl sjuksköterskor som utbildare redan nu reflekterar över dessa och liknande frågor. Är du en av dem får du gärna höra av dig till mig.

## LÄS MER

■ **World Health Organization.** WHO. (2016). *Working for health and growth*. Geneva: WHO, High-Level Commission on Health. Employment and Economic Growth <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>.

■ **Återhämtning.** Gagne, C. (2007). Recovery: a common vision for the fields of mental health and addictions. *Psychiatric rehabilitation journal*, 31(1), 32-37. doi:10.2975/31.1.2007.32.37

Jacobson, N. (2003). Defining recovery: An interactionist analysis of mental health policy development, Wisconsin 1966-1999. *Qualitative Health Research*, 13(3), 378-393. doi:10.1177/1049732302250334

Sowers, W. (2005). Transforming systems of care: the American Association of Community, Psychiatrists Guidelines for Recovery Oriented Services. *Community Mental Health Journal*, 41(6), 757-774. doi:10.1007/s10597-005-6433-4

Stacey, G., & Stickley, T. (2012). Recovery as a threshold concept in mental health nurse education. *Nurse Education Today*, 32(5), 534-539.

Topor, A. (2011). Kan psykiatri bli återhämtningssinriktad? Psykiatriens praktik och kunskap kontra brukarpraktik och kunskap. *Tidskrift för psykisk helsearbete*, 8(4), 303-313.

■ **Personcentrerad vård.** Kristensson Ugglå, B. (2014). Personfilosofi - filosofiska utgångspunkter för personcentrerad vård inom hälso och sjukvård. In I. Ekman (Ed.), *Personcentrerad i hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (pp. 21-68). Stockholm: Liber.

■ **Delaktighet och brukarmedverkan.** Burns, J. K. (2009). Mental health and inequity: A human rights approach to inequality, discrimination, and mental disability. *Health and Human Rights*, 11(2), 19-31.

Connolly, J., MacGabhann, L., & McKeown, O. (2015). Developing a dual diagnosis service in Cork, Ireland by way of participatory action research (PAR). *Advances in Dual Diagnosis*, 8(1), 29-41. doi:10.1108/ADD-09-2014-0022

Jansen, T.-L., & Hanssen, I. (2016). Patient participation: Causing moral stress in psychiatric nursing? *Scandinavian Journal of Caring Science, e pub ahead of print* doi: 10.1111/scs.12358.

SKL. (2016). Patient och brukarmedverkan. Positionspapper - för ökad kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting,

Socialstyrelsen. (2011). Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2013). *Att ge ordet och lämna plats - vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Starkey, F. A. (2005). *Participatory research with mental health service users: a strategy for empowerment?*, University of Bristol.

Tomes, N. (2006). The patient as a policy factor: A historical case study of the consumer/survivor movement in mental health. *Health Affairs*, 25(3), 720-729. doi:10.1377/hlthaff.25.3.720

Wilken, J.-P., Medar, M., Bugarszki, Z., & Leenders, F. (2014). Community support and participation among persons with disabilities. A study in three European countries. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 23(3), 44-59. doi:http://doi.org/10.18352/jsi.410

■ **Öppna dialoger.** Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2011). *Sociala nätverk i dialog*. Lund: Studentlitteratur.

# SJUK SKÖTERSKE BRISTEN

text HENRIKA JORMFELDT

## speglar samhällets värderingar

Synen på psykisk ohälsa och psykiatrins prioriteringar speglar djupt rotade värderingar som är svåra att ändra. PRFs ordförande Henrika Jormfeldt menar att det är dags att återerövra de grundläggande frågorna om vad psykisk hälsa egentligen utgörs av och hur den bäst kan främjas.

**SOM DOCENT I** omvårdnad ägnar jag huvuddelen av min arbetstid åt att forska inom området psykiatrisk omvårdnad och att utbilda specialistsjuksköterskor med inriktning mot psykiatrisk vård. Min bakgrund utgörs av 16 års erfarenhet som psykiatrisjuksköterska både inom sluten/heldygnsvård och i psykiatrisk öppenvård huvudsakligen för personer som diagnostiserats med schizofreni eller annan varaktig psykosproblematik. Mina uppdrag som förtroendevald i Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor (PRF) och Schizofreniförbundets lokala organisation i Halmstad

(IFSAP Halmstad) har sannolikt bidragit till att bredda, fördjupa och verklighetsförankra min bild av såväl psykisk ohälsa som av psykiatriska vård- och stödsatser. Att flera av mina allra bästa vänner har diagnosen schizofreni är ytterligare en anledning till att det för mig känns nödvändigt att vara engagerad i samhällets förutsättningar att på olika sätt främja psykisk hälsa.

### **Svårförändrade värderingar**

På senare tid har röster höjts för att psykiatrin måste förändras i sin organisation från ett uppifrån och ner perspektiv till ett

nerifrån och upp perspektiv. Jag delar till fullo denna inställning och gläds varje gång någon uttrycker vikten av att arbeta för en utveckling, som egentligen borde vara självklar, där patienten ges ökade möjligheter att påverka sin egen vård. Samtidigt kan jag inte bortse från att vårt samhälle, där den psykiatriska vården är en viktig del, bygger på djupt rotade värderingar som är mycket svåra att förändra i grunden. Som exempel kan nämnas att i vårt samhälle har ju alla människor lika värde. Men hur definieras och realiserar detta värde? Är det med hjälp av innehållet i

lönekuvertet eller att överhuvudtaget få ett lönekuvert? Är det att vara "snäll" och bidra till att andra mår bra eller är det vår kunskapsnivå som definierar vårt värde som människor? Det ultimata beviset för vilket värde vi har som människor i vårt moderna samhälle tycks i förlängningen vara hur mycket vi kan påverka för oss själva och andra. Ett sådant resonemang stämmer väl överens med teorigrunden för begreppet "empowerment" (egenmakt) som motsats till maktlöshet. Det finns också vetenskapliga bevis för att empowerment samvarierar med ►





Henrika Jormfeldt är specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård, docent i omvårdnad vid Högskolan i Halmstad och ordförande för Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor.

## ...utifrån mitt arbete som sjuksköterska och som förtroendevald i Schizofreniförbundets lokala förening IFSAP i Halmstad är min bild att vårdens viktigaste uppgift är något helt annat...

► psykisk hälsa medan dess motsats "maktlöshet" på samma sätt samvarierar med psykisk ohälsa.

Vi människor i vårt moderna samhälle har möjlighet att definiera vårt värde med hjälp av olika kombinationer av attribut. Klart är att upplevelsen av det egna människovärdet lätt urholkas av att inte ha arbete, ekonomiska resurser eller möjlighet att påverka sin situation. Även hur vi ser på andras värde påverkas av hur hen lyckats prestera i ovanstående hänseenden. Många av principerna för hur vi människor värderar varandra är huvudsakligen outtalade, oreflekterade och förgivettagna och medför stora konsekvenser för jämlikhet och grundläggande mänskliga rättigheter i relationer mellan människor.

I denna kontext ska den psykiatriska vården möta, vårda och behandla människor som av olika anledningar tappat sin självrespekt, sin upplevelse av det egna människovärdet och mer eller mindre temporärt förlorat sin förmåga att upprätthålla de attribut som står till buds för att skapa och underhålla de roller och funktioner som normalt säkerställer upplevelsen av att ha ett människovärde i vårt samhälle.

### Omvårdnadsperspektivet

I samband med en föreläsning för specialistsjuksköterskestudenter hade jag förmånen att prata en stund på tu man hand med en kompetent och engagerad psykiater som arbetar kliniskt i psykiatrisk vård och vi kom att prata om vad som är vårdens viktigaste uppgift för personer med psykosproblematik. Hans självklara utgångspunkt var att schizofreni är en sjukdom i hjärnan med genetiska orsaker. Under vårt samtal uttryckte han spontant sin övertygelse att vårdens absolut viktigaste uppgift för denna grupp är att så snart som möjligt ställa korrekt

diagnos och, för att undvika att patienten blir besviken och tappar förtroendet för vården, informera om schizofrenidiagnosens kroniska och pessimistiska prognos. I resonemang från min tidigare yrkesverksamhet vet jag att läkare ofta argumenterar för att den som lyckas återhämta sig från schizofreni har varit feldiagnostiserad. Så utifrån ett medicinskt perspektiv är detta kanske ett helt korrekt förfaringsätt men utifrån mitt omvårdnadsperspektiv präglad av nära relationer med personer med egna erfarenheter av såväl schizofreni som psykiatrisk vård är ett sådant perspektiv alltför ensidigt och förenklat för att inte säga destruktivt, farligt och felaktigt. Flera av mina vänner som fått denna diagnos fungerar utmärkt idag med hjälp av den självkänedom och det sociala nätverk de skapat sig med åren precis som jag och de flesta andra människor har gjort för att må bra.

Utifrån mitt arbete som sjuksköterska och som förtroendevald i Schizofreniförbundets lokala förening IFSAP i Halmstad är min bild att vårdens viktigaste uppgift är något helt annat. Med hänsyn till vilka möjligheter vi människor har att skapa och upprätthålla vår självrespekt och vår upplevelse av att ha ett människovärde är min bild snarare att den psykiatriska vårdens viktigaste uppgift är skapa en fristad när kraven har blivit övermäktiga, att lyssna och förstå vilka behov som behöver tillgodoses för att den person som söker vård succesivt ska kunna mobilisera sin förmåga att åter börja bygga upp sina nödvändiga livsförutsättningar. Det kan behövas vila, samtal och/eller medicin men det ska avgöras i samråd med den det berör. Det är också viktigt att vården förmedlar kunskapen om att återhämtning från psykisk ohälsa sällan är linjär utan går i vågor med toppar och dalar där

framsteg följs av återhämningsperioder för att inte förväxla perioder av återhämtning, som kan innebära tillfälligt ökade symptom, med "försämring" eller "återinsjuknande".

I sammanhanget kan det vara viktigt att påtala att medicinering är regel i dagens psykiatriska vård, både i Sverige och internationellt, medan förekomst av en strukturerad samordnad individuell planering av vård och stödsatser där patienten är delaktig fortfarande utgör undantagen även för de som har det allra svåraste och mest långvariga behoven av vård och stöd i Sverige.

För utvecklingen av en bättre psykiatrisk vård är det betydelsefullt att personer med egna erfarenheter av psykisk ohälsa får möjlighet att uttrycka och berätta om sina erfarenheter i olika medier. Dessvärre är det mycket lätt för allmänhet och beslutsfattare att uppfatta enskilda berättelser som tragiska undantag i en för övrigt fungerande vård. Här skulle specialistsjuksköterskans kompetens, överblick och erfarenheter ha en avgörande betydelse för att kartlägga problematiken men hur ofta kommer psykiatrisjuksköterskan till tals i den allmänna debatten? Och vad kan det bero på?

### Kejsarens nya kläder

Specialistsjuksköterskor har absolut tillräcklig utbildning, kunskap och kompetens för att se hur illa många patienter i psykiatrisk vård far, de har också tillräcklig insyn och överblick för att se hur omfattande problemen verkligen är. Som sjuksköterska

hamnar man lätt i en position mellan läkarens ordinationer och vårdtagarens behov och önskemål. Som sjuksköterska har man ett enormt ansvar för patientens liv och hälsa men ett relativt begränsat utrymme att fatta beslut. Det kan lätt uppfattas som att sjuksköterskans kompetens utvärderas utifrån i vilken grad hen lyckas få patienten att följa läkarens ordination, trots att den enda riktigt viktiga utvärderingsparametern borde vara hur många av psykiatris patienter som faktiskt kan komma tillbaka till ett rikt och meningsfullt liv med intakt eller återerövrat människovärde och självrespekt. Många sjuksköterskor i psykiatrisk vård har säkert i likhet med mig själv enträget försökt att göra rätt i mötet med den enskilda patienten, i dialogen med den medicinskt orienterade läkaren och den oroliga närstående som vill ha svar, liksom i debatten med den allmänhet som ofta är lyckligt ovetande om hur illa det är ställt i den psykiatriska vården.

Den kompetenta och kunniga sjuksköterskan flyr den psykiatriska vården och vårt samhälle svarar med att föreslå nya regler för hur läkemedlen ska kunna distribueras utan sjuksköterskans överinseende. Är det inte dags att återerövra de grundläggande frågorna om vad psykisk hälsa egentligen utgörs av och hur den bäst kan främjas? Är det någon som vågar lyfta på lockets och se att vi har fastnat i en sorgsam version av kejsarens nya kläder när det gäller det vedertagna medicinska perspektiv på psykisk hälsa som vårt moderna samhälle har antagit?

## LÄS MER

■ En version av denna text har tidigare publicerats som ett blogginlägg på [www.samordnarepsykiskhalsa.se/bloggar/gastbloggen/](http://www.samordnarepsykiskhalsa.se/bloggar/gastbloggen/)

# Större möjligheter till **SPECIALIST UTBILDNING**

text SEBASTIAN GABRIELSSON

300 miljoner kronor satsas nu på att motverka bristen på specialistsjuksköterskor inom bland annat psykiatri. Samtidigt verkar möjligheterna att kunna studera inom ramen för en särskild utbildningsanställning öka.

**REGERINGEN HAR SLUTIT** en förnyad överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om statligt stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården genom den så kallade Professionsmiljarden. Nytt för årets överenskommelse är att 300 miljoner kronor i överenskommelsen öronmärks för att ge möjlighet till specialistutbildning av sjuksköterskor.

Regeringen skriver i ett pressmeddelande att medlen ska göra det möjligt för medarbetare att kombinera studier med arbete genom utbildningsanställningar och olika former av utbildningsförmåner som t.ex. delvis eller full lön under studierna. Denna form av specialistutbildning ska stimuleras inom områden där de nationella behoven är stora som inom t.ex. psykiatri, vård av äldre eller inom operation. Överenskommelsen omfattar sammanlagt 976 miljoner kronor för 2017.

– Kompetensförsörjningen är nyckeln till att förbättra vården samt korta väntetiderna och specialistsjuksköterskor är en grupp vi har en reell brist på som är allvarig. Det är därför extra viktigt att vi nu kan bidra till att fler får möjlighet till specialistut-

bildning, säger sjukvårdsminister Gabriel Wikström.

**AST** Vårdförbundet och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, slöt i december ett nytt centralt avtal där bland annat vikten av fler utbildningsanställningar för att lösa kompetensbristen lyftes fram.

– Vi har redan en tydlig samsyn med SKL kring utbildningsanställningar – nu finns alla möjligheter för landsting, regioner och kommuner att ta ansvar för situationen i vården, säger Lisbeth Löpare Johansson, vårdstrategisk chef på Vårdförbundet.

Vårdförbundets ordförande Sineva Ribeiro välkomnar regeringens satsning och hoppas att arbetsgivare nu ska ta vara på chansen att använda deras modell för akademisk specialisttjänstgöring (AST) fullt ut:

– För att satsningen ska lyckas krävs också att arbetsgivarna låter sjuksköterskorna söka specialistutbildningarna. Nu är det tyvärr många som nekas att söka eftersom bristen på personal är så stor. För att få fler att söka sig till vården och stanna kvar krävs både högre löner och tid för vila och återhämtning. Vi måste få ett

helhetsperspektiv på situationen i vården och där är kompetensutveckling, lön och arbetsmiljö alla viktiga delar som hänger ihop, menar Sineva Ribeiro.

## Sök utbildning

Ett flertal lärosäten ger specialistsjuksköterskeutbildningar med inriktning psykiatrisk vård med planerad start hösten 2017 (se tabell). Ytterligare lärosäten har pågående utbildningar och/eller planerar att ta in nya studenter kommande terminer. Sista anmälningssdag inför höstterminen är 18 april. Specialistsjuksköterskeprogrammet psykiatrisk vård omfattar 60 högskolepoäng vilket motsvarar två terminers heltidsstudier. Antagningskraven kan variera något mellan olika lärosäten, men i princip krävs en grundutbildning som sjuksköterska på kandidatnivå och yrkeserfarenhet. Utbildningen leder till en specialistsjuksköterskeexamen med inriktning psykiatrisk vård. Beroende på upplägg kan den även leda till en magisterexamen i omvårdnad eller vårdvetenskap. Läs mer om de olika utbildningarna på [www.antagning.se](http://www.antagning.se)

## LÄS MER

■ Mer om AST på [www.vardforbundet.se](http://www.vardforbundet.se)  
Sök utbildning på [www.antagning.se](http://www.antagning.se)



Sjukvårdsminister  
Gabriel Wikström.  
Foto: Kristian Pohl

## Här kan du läsa till specialistsjuksköterska med inriktning psykiatrisk vård till hösten

Lärosäte	Studieort	Undervisningsform	Studietakt
Ersta Sköndal Bräcke högskola	Stockholm	Normal	50 % (4 terminer)
Högskolan Väst	Trollhättan	Normal	50 % el. 100 % (2 el. 4 terminer)
Linköpings universitet	Linköping, Jönköping, Karlstad, Örebro	Distans (10 träffar)	50 % (4 terminer)
Linnéuniversitetet	Växjö, Västervik	Distans (14 träffar)	50 % (4 terminer)
Luleå tekniska universitet	---	Distans (0 träffar)	50 - 100 % (3 terminer)
Malmö högskola	Malmö	Normal	100 % (2 terminer)
Mälardalens högskola	Västerås och Eskilstuna	Normal	100 % (2 terminer)
Uppsala Universitet	Uppsala	Normal	100 % (2 terminer)

text och foto SEBASTIAN GABRIELSSON

# ÖKAD PSYKISK OHÄLSA

## utmaning för vården

Den psykiska ohälsan ökar och måste prioriteras både i vården och i samhället i stort. Det var budskapet på en endagskonferens med undertiteln "Innovation för psykiatrins revansch" som anordnades i Stockholm i början av februari. Psyches chefredaktör Sebastian Gabrielsson rapporterar.

**NÅGOT FÖRSENA** anländer jag till Stockholm och konferensen Psykiatridagen 2017 som anordnas av tidningen Dagens Medicin. Föreningen beror på "ett signalfel söder om Arlanda". Medan jag blir sittandes på

pendeltåget kan jag inte låta bli att tyst för mig själv formulera ett dåligt skämt: Vad är det för likhet mellan psykiatrin och tågtrafiken? Ingen av dem går på räls! Och nog tycks det väl ur bägge verksamheterna strömma en

oändlig mängd förklaringar som ursäktar en stillsam men ständigt fortskridande katastrofsituation där märkligt nog vare sig patienternas eller passagerarnas säkerhet någonsin erkänns hotad.

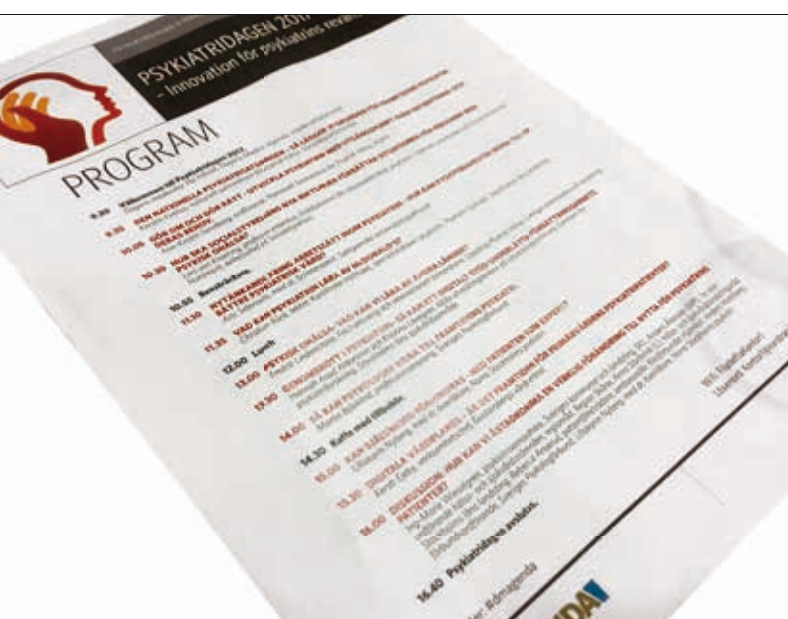
Frågan blir då hur vi ska bära åt oss för att få psykiatrin på rätt spår? Under dagen framkom en rätt stor samstämmighet bland de inbjudna talarna om vad som behöver göras. Framförallt behöver arbetet med psykisk ohälsa prioriteras och samordnas, både i vården och i samhället i stort. I detta ingår att primärvården behöver fokusera på psykisk ohälsa för att verkligen kunna fungera som första linjens psykiatri. En stor utmaning för vården är att kunna erbjuda både generella, lättillgängliga insatser och mer kvalificerade personcentrerade vårdinsatser. En central del i utvecklingen av psykiatrisk vård är att systematiskt involvera brukare och anhöriga.

Dagen bjöd på flera intressanta talare. Tyvärr var inte psykiatrisjuksköterskan och omvårdnads-

perspektivet representerade i programmet. Sett till innehållet tycker jag att detta är märkligt. Specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård borde väl vara en självklar grupp att vända sig till om man vill diskutera hur vi stärker patientperspektivet i psykiatrisk vård.

### Involvera brukare och anhöriga

Kerstin Evelius, nationell samordnare för psykisk hälsa vid Socialdepartementet, inledde. Hon menade att tidigare psykiatrisatsningar har lett till många bra innovationer men att dessa ofta blivit tillfälliga och med dålig spridning. Verksamheter vill ofta göra ett bra jobb och anstränger sig för det. Vissa styrs dock av en rädsla att göra fel. Det som saknas är stöd och ansvarstagande ute i verksamheterna när personal möter patienter. Fokus hamnar på att mäta och utvärdera istället för att faktiskt leverera. Det blir problematiskt att titta på goda exempel från andra verksamheter eftersom vård inte är




Flera intressanta talare men frånvaro av sjuksköterskor på programmet.

Avfärter - Train departures cont.			
Linje	Ås	Ås	Ås
6	Upptåget	8510	
3	Pendeltåg	2228	
4	SJ Regional	268	
5	Upptåget	8418	
4	SJ Regional	825	
3	SJ InterCity	42	
3	Pendeltåg	2227	
5	Upptåget	8420	
3	Pendeltåg	2229	
2	SJ Snabbtåg	568	
5	Upptåget	8422	
4	SJ Regional	829	

Ankommande tåg - Train arrivals			
Linje	Ås	Ås	Ås
5	Upptåget	08:25	
2	SJ InterCity		
8	SJ Regional		
2	SJ Regional		
3	Pendeltåg	08:35	
4	Upptåget		
5	Upptåget		
8	SJ Regional		

Information  
 Stockholm C - Uppsala C: Förflyttningar kan förekomma pga ett tidigare växning mellan Arlanda och Upplands Västby



Spår 2-10  ↓



## Hur får vi psykiatrin på rätt spår?

ett linjärt förlopp. Vi måste istället se hela patienten och förstå vad som är viktigt för patienten. För att kunna göra detta måste vi hitta ett sätt att samarbeta i det stora komplexa system som rör psykisk hälsa. Ingen i sjukvården har kontroll över vad andra gör, men för att det ska bli bra måste alla lita på att de andra gör ett bra jobb. Hela systemet faller om några inte gör sitt jobb. Vi måste sluta leverera dåliga produkter och bygga upp ett säkerhetssystem som förhindrar detta, men vi kan inte förvänta oss att IVO ska kunna motverka dålig vård. I stället måste detta ansvar läggas på verksamhetsledningarna som bland annat måste involvera brukare systematiskt i detta, t.ex. genom brukarrevisioner. Målet är att inom tre år ha en uppsättning indikatorer med mått relevanta för anhöriga och brukare. Vad är produkten ut ur systemet? Makten behöver förskjutas till patienterna och de som möter dem.

Ann-Kristin Sandberg, ord-

förande för NSPH, framhöll att utmaningen för personal är att med sin sakkunskap efterfråga och fånga upp patientens perspektiv och jobba i en allians. Psykiatrin behöver utgå från patienten, lyssna på anhöriga, vara kunskapsbaserad, erbjuda delat beslutsfattande, vara säker och trygg, vara jämlik och tillgänglig, vara effektiv, flexibel och ges i tid. Människor är olika, även när de behöver vård. God vård kan inte vara detsamma för alla. De flesta vill mötas av intresse och respekt och personal som har en tilltro till patientens egen förmåga. Vården behöver utgå från patientens behov, inte personalens eller politikernas.

Ullakarin Nyberg, överläkare, pratade om personcentrerad suicidprevention och menade att inställningen till suicidprevention är på väg att vända. I mötet med självmordsnära personer är öppna frågor och en öppenhet för patientens berättelse nyckeln till förtroende. Personcentrerad vård innebär att mötas som två

experter. Som professionella kan vi bidra med motkrafter, kanske lite verktyg och råd, men inte lösningar. Att arbeta med självmordsnära människor måste innebära att fokusera på hopp och möjligheter. Det är viktigt att bekräfta och signalera närvaro i det första akuta mötet, att hänvisa till istället för att hänvisa bort.

**Nya riktlinjer för depression och ångest**

Lars von Knorring, professor emeritus, och Arvid Widenlou, Socialstyrelsen, diskuterade hur socialstyrelsens nya nationella riktlinjer om depression och ångestsyndrom kan förbättra situationen för psykisk ohälsa. De underströk att rekommendationer alltid är på gruppnivå och att man i det individuella mötet kan behöva agera på ett annat sätt. De centrala rekommendationerna för vuxna lyfter att hälso- och sjukvården ska erbjuda en hög tillgänglighet och en aktiv uppföljning. Detta kan låta självklart men verkar vara svårt att få till.

Variationen är stor över landet och vårdgarantin innebär ofta bara att man inom 30 dagar får en tid där man får veta att det är ett halvårs väntetid till behandling. Vidare bör specialpsykiatrin erbjuda en säker diagnostik redan från början. Man bör också efterfråga och undersöka somatisk samsjuklighet genom att erbjuda somatisk utredning. Till exempel har personer med affektiv sjukdom en fördubblad dödlighet i hjärt- kärlsjukdom. Med en väl fungerade öppenvård skulle mycket somatisk slutenvård kunna undvikas. En strukturerad självmordsriskbedömning ska utföras och dokumenteras. Skattningsskalor kan inte ersätta en klinisk bedömning, men kan användas som komplement. Instrumentet SAD PERSONS scale ska inte användas alls. När det gäller behandling är riktlinjerna inte särskilt annorlunda mot tidigare. KBT, IPT, läkemedelsbehandling är förstahandsval vid lindrig till medelsvår depression. Psykodynamisk terapi kan även

## ...vi kan erbjuda avancerade, kostsamma behandlingar men det är inte säkert att patienterna får tillgång till dem...

▶ erbjudas. Vid medelsvåra och framförallt svåra depressioner ska läkemedel och ECT erbjudas. Nytt är att transkraniell magnetsstimulering kan erbjudas. Effekten ligger mittemellan ECT och ingen behandling alls. Fördelar är att man slipper narkos och sannolikt har mindre biverkningar. När det gäller återfallsförebyggande behandling är en nyhet att mindfulnessbaserad kognitiv beteendeterapi kan erbjudas. När det gäller tvångssyndrom rekommenderas KBT med exponering och responsprevention samt behandling med tvångssyndrom. Vid PTSD rekommenderas KBT med traumaexponering medan EMDR kan erbjudas.

### Ansvar och roller

Aris Seferiadis, medicine doktor och fysioterapeut pratade om hur fysioterapeuter kan bidra till en bättre psykiatrisk vård. Han menade själv att fysioterapeuter är en väldigt liten grupp i det psykiatriska sammanhanget. Utgångspunkten var den ökade dödligheten hos personer med psykisk ohälsa kopplad till självmord, levnadsvanor, läkemedelsbiverkningar samt sämre tillgång till somatisk vård. Aris menade att fysioterapeuter tillsammans med andra professioner hade kunskap och ansvar för att jobba med levnadsvanor, t.ex. genom att undersöka den fysiska prestationsförmågan och motivera till förändringar. Särskilt lyfte han aerobisk kapacitet som en viktig riskfaktor att titta på. Fysisk träning som behandling har visat sig ha betydelse vid beroende, stress, depression, smärttillstånd, metabolt syndrom, övervikt, ångestsyndrom. Aris menade, utifrån sina egna erfarenheter, att fysioterapeuter borde kunna spela en viktig roll i både psykiatrisk slutenvård, öppenvård och rehabilitering. Inom slutenvården skulle de kunna bidra med noggrann utredning, psykopedagogiska insatser, fysisk träning och somatisk rehabilitering. I öppenvård kan de bidra

i behandling av psykisk ohälsa genom fysisk träning avspänning kroppskänedom, hälsofrämjande arbete med fokus på fysisk aktivitet och levnadsvanor. Slutligen såg han en möjlighet att arbete mer med arbetslivsinriktad utredning och behandling, omgivningsanpassning samt strategier för att hantera funktionshinder.

Martin Björklind, professionsansvarig på Sveriges psykologförbund, pratade om hur psykologer kan bidra till framtidens psykiatri. Det finns en otydlighet när det gäller roller och ansvarsfördelning. Till exempel kan man behöva diskutera likheter och skillnader när det gäller psykologi och omvårdnad och utifrån det diskutera samarbeten och rollfördelning. Här uttrycktes också ett intresse att diskutera med PRF. Hälso- och sjukvård är en komplex verksamhet och de olika kunskapsfält som krävs för att den ska fungera expanderar enormt. Därför kan inte en profession behärska alla delar av uppdraget. Vården blir mer effektiv och jämlik om ansvar fördelas på kompetensområden. Martin menade att en specialistpsykolog har lång erfarenhet och fördjupad skolning och därför unik kompetens att utveckla och förmedla psykologin i psykiatri. Specialistpsykologen behöver därför erkännas ett övergripande ansvar för sitt område inom psykiatri, ett psykologiskt ledningsansvar.

### Effektivisering genom digitalisering

Christian Rück, lektor och psykiater menade att psykiatri aldrig har varit bättre i Sverige än vad den är idag, men att tillgången på vård är bristande, att det är bristande kvalitet i erbjuden vård och att det finns hinder för en patientcentrerad vård. Vi kan erbjuda avancerade, kostsamma behandlingar men det är inte säkert att patienterna får tillgång till dem. Nya patientgrupper tillkommer men resurserna ökar

inte. Det otydliga vårdinnehållet gör det svårt att involvera patienten som beslutsfattare. Christian såg att lösningarna på dessa problem innefattar bättre uppföljning och standardiserade behandlingspaket, till exempel. KBT vid depression. Traditionellt har metodimplementering i psykoterapi inneburit långa utbildningar, handledning och styrning genom vårdprogram. Detta har inte löst problemet med kvaliteten. Här framhöll han att internetbaserad KBT vara en lösning där samma paket erbjuds många. Detta har visat god effekt och kräver inte nödvändigtvis hög specifik kompetens hos behandlare. Det möjliggör också stor geografisk täckning och kan på så sätt motverka det geografiska lotteriet. I sammanhanget varnade Christian för en kommande lavin av skräp under beteckningen e-hälsa, men pekade också på möjligheter. Standardisering kan vara ett sätt att erbjuda tillgänglig vård av hög kvalitet.

Hannah Asad Aldorsson och Kristina Lönegren, utvecklingsledare på Centrum för psykiatriforskning, SLL, berättade om genombrott.nu, det digitala stöd för förbättringsarbete som Psyche tidigare rapporterat om. Systemet är uppbyggt på subjektiva upplevelser och ger möjlighet att koppla dessa till objektiva data, till exempel antal tvångsåtgärder, och aktiviteter inom pågående förbättringsarbeten. Verktöget ger även möjlighet att sprida goda idéer mellan enheter. Det beskrevs som en mycket strukturerad metod men med utrymme för kreativitet.

Kerstin Ejeby, verksamhetschef Gustavsbergs vårdcentral pratade om digitala vårdplaner och berättade om arbetet på den egna vårdcentralen där man valt att ha fokus på psykisk hälsa. Personer med "lätt" psykisk ohälsa hör hemma i primärvården men primärvården sviker. Variationen är mycket stor i vad olika vårdcentraler erbjuder. Endast 17% av de som skulle behöva psykoterapi i SLL erbjuds detta. En drastisk ökning av antalet personer med utmattningssyndrom skulle delvis kunna förklaras med obehandlad ångest, ett tillstånd för vilken det finns evidensbaserad behandling. Gustavsbergs vårdcentral deltar i forskning



Avslutande paneldiskussion.



kring internetbaserad behandling vid olika tillstånd. Liksom Christian Rück menade hon att digitala metoder för bedömning och behandling kan vara effektiv för att öka tillgängligheten till evidensbaserad vård och bidra till att primärvården på riktigt blir en fungerande första linjens psykiatri.

#### Hur få till förändring?

Fredrik Lindencrona, FoU-ansvarig och internationell samordnare Uppdrag psykisk hälsa, SKL, argumenterade för att Psykisk hälsa behöver lyftas som en samhällsfråga. Depression är den sjukdom som har störst enskild sjukdomsburda för samhället. Vi når idag endast 20 % av de som behöver hjälp. Det som händer idag i Sverige är att första linjen byggs ut. Psykisk hälsa är många problem som måste ses som en helhet men adresseras var för sig. Välbefinnande är en central aspekt i detta.

Dagen avslutades med en panel som diskuterade hur vi kan åstadkomma en verklig förändring till nytta för psykiatrins patienter. Rebecca Anserud, patientföreträdare och ambasadör för Hjärnkoll menade att varje individ måste mötas som person och få hjälp med helheten. Vägen dit är att på många sätt inkludera patienter i vården och egenerfarna i förbättringen av vården. De verktyg som finns måste användas. Till exempel är SIP ett fantastiskt verktyg, men det är inte en självklarhet att det används. Sjukskrivning måste innehålla en aktiv återhämtning utifrån individuella förutsättningar. Att bryta skammen och minska stigmatiseringen är nyckeln till mycket i psykiatin. Om vi inte pratar om hur det upplevs ur ett brukarperspektiv kan vi inte bygga en bättre vård. Tidiga insatser i primärvård mycket viktigt. Det finns ett stort glapp mellan öppen och slutenvården i psykiatin – det behövs en mellanvård.

Inga-Marie Wieselgren, psykiatrisamordnare på SKL framhöll att vi måste förbättra på många olika nivåer och att det inte finns någon enkel lösning. Varje aktör måste ta sitt ansvar. Staten måste skapa fler platser i utbildningarna, kommun och landsting måste bli bättre arbetsgivare, och längst ut i verksamheterna behöver man bli riktigt bra på att använda

sig själv som verktyg. När det är pressat är det lätt att man skyller på någon annan. Många säger att psykisk ohälsa är den viktigaste frågan, men man handlar inte så. Kunskapen har ännu inte landat hos beslutsfattare. Vi måste både förebygga och satsa rejält på de som behöver mer insatser. Ullakarinn Nygren argumenterade också för att vi måste hitta rätt vårdnivå och inte behandla all psykisk ohälsa på samma sätt. Livslidande och normala reaktioner på trauma ska inte ses som psykiatriska symptom och behandlas i psykiatin. Vi måste bygga ut samverkan och hitta fler vårdnivåer. Vi kan inte heller lämna hela ansvaret på patienten utan måste gå in mycket mer kraftfullt till exempel vid allvarliga psykiska tillstånd hos unga.

Dagens moderator, Per Hånell från Dagens medicin, avslutade med att konstatera att om vi inte rättar till vården vid psykisk ohälsa kommer vi att behöva drastiskt prioritera ner övrig vård.

## LÄS MER

■ Nya nationella riktlinjer för depression och ångest finns på [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

■ Rapporten "Tänk nytt kring psykiatin" finns på [www.psykiologforbundet.se](http://www.psykiologforbundet.se)

■ Personcentrerad suicidprevention:

Jan Beskow och Ullakarinn Nyberg. Vinden vänder för suicidpreventionen: Från utifrån- till inifrånperspektiv. Läkartidningen mars 2016.



Linda Karlbom, specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård, både föreläste och deltog själv i utbildningen.

# ADHD

text och foto LINDA KARLBOM

## FRÅN KLINISK KOMPETENS TILL SKRÄDDARSYDD UTBILDNING

Att fler patienter diagnosticeras med adhd och erbjuds läkemedelsbehandling har inneburit ett ökat tryck på psykiatrin och behov av kvalificerad uppföljning. Linda Karlbom, specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård har arbetat med patienter med adhd de senaste åtta åren och är sedan 2013 verksam på mottagningen för adhd på S:t Eriskplan i Stockholm. Här beskriver hon bakgrunden till en skräddarsydd universitetskurs för specialistsjuksköterskor med fokus på avancerade bedömningar, omvårdnadshandlingar och psykofarmakologi vid adhd.

**NÄR JAG BÖRjade** arbeta vid Norra Stockholms psykiatri gjordes redan merparten av uppföljningsbesöken av psykiatrisjuksköterskan och det var denne som tillsammans med patienten optimerade och även dosjusterade adhd-läkemedel, utifrån delegation från medicinskt ansvarig läkare.

Rekommendationen från läkemedelsverket är att samtliga behandlingsinsatser vid adhd, inklusive läkemedel skall följas upp, helst över lång tid och i strukturerad form. Detta för att läkemedlen bland annat kan påverka cerebrovaskulära funktioner. Variabler som blodtryck och puls samt viktutveckling skall tydligt dokumenteras och därefter följas regelbundet under behandlingens gång. Under pågående läkemedelsbehandling ska även eventuella nytillkomna sociala, medicinska och psykiatriska faktorer som kan påverka förutsättningarna för och effekterna av behandlingen uppmärksammas.

### Psykiatrisjuksköterskans roll

Psykiatrisjuksköterskans tidigare stödjande och vårdande samtal har mer och mer övergått till ett kunskapsutbyte mellan patient och sjuksköterska, där större vikt läggs på patientens egenansvar och egenvård. Socialstyrelsen

betonar vikten av att lyssna på patientens behov av medicinering och att ge information kring behandlingsmöjligheter så att vårdtagaren själv kan göra ett aktivt val. Patienten kan också behöva stöd för att skapa goda rutiner för att klara av att ta sitt läkemedel på ett ändamålsenligt sätt. Sådana insatser kan förbättra följsamheten och därmed förbättra effekten av behandlingen. Att patienter inte följer läkemedelsordinationer är känt sedan länge. Studier kring läkemedel och följsamhet visar på att endast 8 av 10 förskrivna recept hämtas ut, men att 10 % av dessa aldrig sedan används och att endast 50 % av de uthämtade medicinerna används på rätt sätt. Detta kan medföra ökat mänskligt lidande och ökade samhällsekonomiska kostnader.

På en konferens under våren 2015 då jag pratade med sjuksköterskor från stor del av landet, som också arbetade med patienter med adhd, visade det sig att det oftast var just psykiatrisjuksköterskan som skötte om större delen av läkemedelsbehandlingen, och att läkare forskrev utefter dennes rekommendationer. De sjuksköterskor som inte hade mandat att göra varken uppföljningar eller medicinjusteringar upplevde ofta att de hamnade i kläm då det är svårt för patienten

att få en tid hos en psykiater och att en bristande adhd-medicinering försämrade både funktion och mående.

Missnöje fanns i stort över att ingen formell kompetens getts rörande neuropsykiatriska tillstånd och medicinsk behandling, men också över att sjuksköterskor i stor utsträckning faktiskt gjorde läkarens syssla utan att få egentligt erkännande och således ersättning för det.

### Skräddarsydd utbildning

Detta var startskottet till idén om att skapa en utbildning och handledningsmodell för specialiserade sjuksköterskor inom psykiatri. Genom att utbilda specialistsjuksköterskor till att bli adhd-sjuksköterskor sågs även möjligheten att avlasta läkarresurser och att mer tid då kunde avsättas för avancerad psykiatrisk behandling. Specialistsjuksköterskors (och läkarnas) kompetens används då mer effektivt. Kostnaderna för vården kommer att minska till viss del och de olika yrkeskategoriernas specifika kunskaper kommer bättre till gagn för patienten. Förhoppningen är att adhd-behandling blir mer tillgänglig och jämlik oavsett var i landet patienten bor. Planen var att först utbilda sjuksköterskor vid Norra Stockholms psykiatri men att sedan möjliggöra utbild-

ning för resterande landsting.

Tillsammans med Röda Korsets högskola startade således en 7,5 poängs högskolekurs på avancerad nivå för sjuksköterskor i september 2016. 23 av 25 platser var tillsatta, och det fanns deltagare som åkt ända från västkusten för att kunna delta.

Kursen syftar till att studenten ska få fördjupade kunskaper och färdigheter i avancerade bedömningar och omvårdnadshandlingar samt psykofarmakologi vid adhd. Vid sidan om teman som rör personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar läggs vikt vid mera allmänt användbara metoder i psykiatrisk omvårdnad, såsom psykopedagogik och hälsofrämjande arbete. Och efter avslutad kurs kommer sjuksköterskan lättare kunna förklara begreppet adhd och beskriva olika aspekter av ohälsa och problem som är förenat med funktionsnedsättningen och på ett adekvat sätt analysera och bedöma omvårdnadsbehov vid adhd. Det ingår även att utifrån fördjupade kunskaper i psykofarmakologi och handledning analysera och bedöma farmakologisk behandling vid adhd.

Det pedagogiska synsättet bygger på att lärande är en aktiv och dynamisk process och kursen har ett tydligt nursing-perspektiv





Johan från Attention föreläste om lösningsfokus.

där specialistsjuksköterskan tillgodogör sig praktiska såväl som teoretiska kunskaper.

### Stort behov av behandling

ADHD är en utvecklingsrelaterad funktionsvariation med debut i barndomen. Svårigheterna blir ofta påtagliga först i skolsituationen eller vid övergången till vuxenlivet. Bland barn i skolåldern är prevalensen av adhd cirka 4–8 procent beroende på hur diagnostiskt tillvägagångssätt. Cirka 3–4 procent av den vuxna befolkningen beräknas ha adhd.

Forskning har visat på att personer med adhd oftare än andra har en ständig inre känsla av att inte hinna eller orka med. Detta tros beror på att småsaker i vardagen kräver extra planering och tankemöda och således tar mer energi att utföra. Det är vanligt att upplevelsen av att vara utarbetad förekommer och dessa personer har svårt att tåla vardagens stressmoment. Många personer upplever till följd av upprepade misslyckanden i studier, relationer

och arbetslivet en känsla av osäkerhet, otillräcklighet och bristande tilltro till den egna förmågan vilket kan leda till låg självkänsla men även till depression.

Samhället och människans livsbetingelser har förändrats mycket under senare årtionden och vi vet att det ställer nya krav på utformningen av vårdens organisation. Patienterna själva och deras anhöriga är mer pålästa om forskning, symtom och behandlingar vilket medför att önskemålen om delaktighet är större än tidigare. Inte bara behandlingsmetoderna är av stor vikt utan också hur vi ska tillhandahålla vardags- och stödinsatser.

Inom Norra Stockholms psykiatri visar det senaste statistikutdraget att nästan 30 % av befintliga patienter har en adhd-diagnos, och enligt socialstyrelsen är det likadant i större delen av landet. I och med att den medicinska utvecklingen har förbättrat möjligheterna att behandla personer med adhd, även i högre åldrar har trycket på vården ökat. Både forskning och beprövad erfarenhet talar för att personer med adhd, både barn och vuxna, har nytta av farmakologisk behandling för symtomreduktion samt förbättrad livskvalitet.

Under de senaste decennierna har det skett en närmast explosiv kunskapsutveckling kring neuropsykiatriska funktionshinder såsom adhd. Det har inneburit en successiv attitydförändring avseende utredning och behandling av dessa tillstånd från ett huvudsakligen psykoterapeutiskt synsätt till att integrera medicinska/ biologiska kunskaper i omhändertagandet av dessa patienter. Nya patientgrupper har därmed sökt sig till psykiatrin och kraven från samhället och medborgarna kring utredning och behandling har ökat, utan att konsekvensanalyser av resursbehov gjorts. Det finns således ett behov av att öka tillgängligheten av kvalificerad adhd-behandling med bibehållen hög kvalitet.

Under 2011–2012 var det

ungefär 60 procent av nydiagnostiserade vuxna över 18 år som påbörjade medicinsk behandling ett halvår efter diagnos sattes. Däremot är skillnaden i förskrivning – kommuner emellan – stor, mellan omkring 1,5 % upp till 12 % beroende på kommun. Det ökade användandet av adhd-läkemedel kan förklaras av att inflödet av nya användare stadigt har ökat över åren. Detta har medfört förändrade krav på de verksamheter som ger aktuella insatser och en kraftigt ökad efterfrågan på utredning och behandling. Implementeringen av denna nya kunskap sker i varierande takt – ibland allt för långsamt – i de olika verksamheter som möter personer med adhd-diagnos. Medicinering vid adhd innebär en initialt tät monitorering och därefter en regelbunden uppföljning, ibland genom hela livet. Detta innebär höga krav på en väl fungerande, kvalitetssäkrad och kostnadseffektiv sjukvård. Hittills har läkare stått för monitorering av medicinering och uppföljning av centralstimulantia och atomoxetin vilket blir allt svårare att tillhandahålla med tanke på den stora efterfrågan på ADHD-behandling som finns.

### Kurslitteratur.



## Detta ingår vid uppföljning

- Monitorering av tecken på cerebrovaskulära symtom. Cerebral vaskulit kan förekomma som biverkan (t.ex. huvudvärk, domningar, svaghet, koordinationsrubbnings m.m.).
- Tillväxt, psykiskt och kardiovaskulärt status bör regelbundet utvärderas:
- Blodtryck och puls vid varje dosjustering och därefter var tredje månad.
- Aptit bör följas regelbundet medan längd och vikt initialt mäts i samband med dosjusteringar och därefter var sjätte månad.
- Utvärdering av nytillkomna eller förvärrade psykiska symtom följs minst var sjätte månad.
- Vid varje återbesök bedöms uppkomst av eller försämring av depression samt suicidtankar och suicidrisk samt behov av tätare kontakt.
- Vidare bör alla patienter monitoreras beträffande felanvändning eller missbruk. Behandlingen bör omprövas varje år, eventuellt behöver man göra ett uppehåll i behandlingen för att se om patienten behöver fortsatt behandling.

Källa: psykiatristöd.se

## CITAT FRÅN KURSUTVÄRDERINGARNA

"Att prova ut centralstimulantia är lite som att prova skor, samma storlek passar inte alla..."

"Tycker att föreläsningarna var bra och givande, men hemuppgifterna krävde att man arbetade med adhd-patienter kliniskt"

"Viktigt med "handledningsworkshopen" där vi verkligen fick möjlighet till erfarenhetsutbyte oss sjuksköterskor emellan"

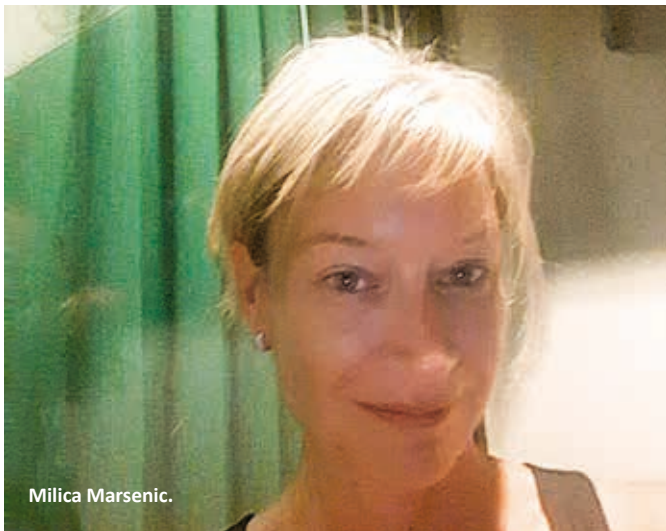
"Roligt med teoretisk utbildning som har förankring i den egna praktiska verksamheten"



MILICA MARSENIC

# Rådgivnings-sköterska i Thailand

text SEBASTIAN GABRIELSSON foto PRIVAT



Milica Marsenic.



Arbetet handlar om att lyssna och ställa rätt frågor.

Psyches artikelserie Mitt yrke handlar om de många olika roller och verksamhetsområden som psykiatrisjuksköterskan kan verka inom. I detta nummer träffar vi Milica Marsenic som till vardags arbetar på BUP i Uppsala men just nu arbetar med telefonrådgivning i Hua Hin, Thailand.

## Vem är du?

Jag heter Milica Marsenic och bor för närvarande i Hua Hin Thailand. Ursprungligen kommer jag från Jordbro söder om Stockholm, ett ställe som väl alla känner till. Mina föräldrar kom hit på 70-talet från forna Jugoslavien. År 2000 flyttade jag till Uppsala och där bor jag kvar. Jag har en son som är 20 år och en dotter som är 18 år. Mina intressen är att resa, läsa, dansa och lära mig något nytt varje dag. Mina egenskaper är att jag gillar förändringar och utmaningar. Ingen dag får vara den andra lik!

## Var och med vad arbetar du nu?

Nu arbetar jag alltså med telefonrådgivning i Thailand för ett företag som heter MediCall. Vi har samma uppdrag och beslutstöd som 1177 i Sverige och svarar på samtal från Stockholm, Sörmland och Värmland. Annars jobbar jag på BUP på Akademiska sjukhuset i Uppsala men är för närvarande tjänstledig därifrån. På BUP arbetar jag med personer med depression, ångest och trauma, främst ensamkommande flyktingbarn.

## Vilka utbildningar har du och var har du arbetat tidigare?

Jag läste till specialistsjuksköterska på Uppsala Universitet. Har arbetat inom vuxenpsykiatri, som skolsköterska, på SIS-hem, behandlingshem för vuxna med psykisk sjukdom, BUP och 1177 telefonrådgivning.

## Hur det kom sig att du blev psykiatrisjuksköterska?

Jag valde att läsa till sjuksköterska för att bli barnmorska. Under utbildningen jobbade jag extra som sekreterare på psykiatriska akutmottagningen på Ulleråker i Uppsala. Min chef där, Gunvor Lindberg, sa att "inte ska du jobba som sekreterare här nu när du läser till sjuksköterska". Hon anställde mig som skötare istället och där jobbade jag tills jag blev färdig med utbildningen. Innan dess var psykiatrin helt främmande för mig, men tack vare Gunvor blev jag psykiatrisjuksköterska. Jag har inte ångrat mitt val.

## Hur kom det sig att du blev rådgivningsjuksköterska i Thailand?

Jag har i min tjänst på BUP även telefonrådgivning viss procent av min tjänst. Av en slump såg jag en annons ute på nätet att de sökte sjuksköterskor på MediCall i Thailand. Jag tänkte att det var en möjlighet för mig att kombinera jobb och semester samt komma undan vintern i Sverige. Den svenska vintern blir allt svårare för mig att acceptera med åldern. De erbjöd mig tjänsten och jag tackade ja direkt.

## Hur ser en vanlig dag på jobbet ut?

Jag jobbar heltid och mest nätter. Nattpass kompenseras med två timmar. När jag sitter på jobbet känns det som att jag är i Sverige. Tiden i datorn visar svensk tid,



◀ Ett sätt att komma undan den svenska vintern.

men när jag lämnar kontoret är jag i Thailand!

**Vilken nytta har du nu som rådgivningssjuksköterska av din utbildning och erfarenhet som psykiatri-sjuksköterska?**

Min psykiatriska kompetens är till stor nytta. För många är 1177 första steget till att våga söka hjälp och mitt arbete går ut på att lyssna, ge stöd och hänvisa till rätt vårdnivå. Jag jobbar tillsammans med barnmorskor, barnsjuksköterskor och distriktssköterskor. Vi ger varandra kollegialt stöd och min kompetens behövs lika mycket som alla andras.

göra bedömning via samtalet så jag måste lyssna, ställa rätt frågor och därefter identifiera, analysera och utifrån det bilda mig en uppfattning om patientens tillstånd. Jag måste bedöma behovet av vård och vilken vårdnivå jag ska hänvisa till. Jag går på röst och tonläge men kan inte se patienten, så mycket går ut på att kunna visualisera det patienten säger. Jag följer ett rådgivningsstöd som är till min hjälp och används på 1177 i hela Sverige. Det är en skillnad att inte se patienten framför mig men det finns också likheter – det handlar om att lyssna på vad patienten säger.

**Vilka är de största skillnaderna mellan att arbeta som sjuksköterska på en mottagning eller avdelning och att arbeta med telefonrådgivning?**

Skillnaden mot att arbeta på mottagning eller avdelning jämfört med telefon är att jag inte ser patienten. Jag kan endast

**Vilka råd kan du ge till den som funderar på att bli rådgivningssjuksköterska i Thailand?**

Ta reda på villkoren för vad som gäller. Man arbetar inte i Sverige och man arbetar utanför EU/EES-avtalen med de för- och nackdelar det kan medföra.

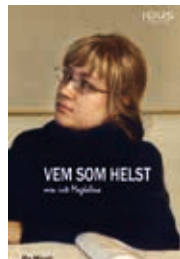


## FAKTA

1177 är ett nationellt telefonnummer för sjukvårdsrådgivning dit man kan ringa dygnet runt. Sjuksköterskorna som svarar bedömer behov av vård, ger råd och vägleder till lämplig vårdmottagning när så behövs. Varje landsting eller region driver sin egen verksamhet för sjukvårdsrådgivning. Tillsammans ingår alla i ett nationellt nätverk med ett gemensamt arbetssätt och gemensamt beslutsstöd. Sjuksköterskorna som arbetar på sjukvårdsrådgivningarna svarar på cirka 4,5 miljoner samtal per år. (Källa: [www.1177.se](http://www.1177.se))

MediCall är ett företag som arbetar under MedHelp i Sverige. MediCall är svenskägt, men registrerat som ett thailändskt företag. Företaget anställer svenska sjuksköterskor med lång och bred erfarenhet. Personer som ringer sjukvårdsrådgivningens vanliga nummer 1177 blir vidarekopplade till Thailand och märker ingen skillnad.

Källa: [www.medicall.se](http://www.medicall.se)



TITEL **Vem som helst men inte Magdalena**  
 FÖRFATTARE **Pia Minati**  
 FÖRLAG **Idus förlag**  
 UTGIVNINGÅR **2016**  
 RECENSENT **Pernilla Omérov**

# RECENSIONER

**ATT FÖRLORA SITT BARN** – bara tanken väcker smärta och ångest. Motvilligt tar jag upp boken och börjar läsa, snabbt inser jag att detta är en bok som man inte lägger ifrån sig. Efter att ha sträckläst några timmar ansöker jag om föräldraledighet och kryper ned mellan mina sovande döttrar. I takt med mina barns lugna andetag byts klumpen i magen sakta ut mot tacksamhet och löften om att bli bättre på att uppskatta livet jag har omkring mig – att leva mera här och nu.

Pia Minatis dotter Magdalena

## Berättelse som berör

tog sitt liv och nu har Pia skrivit en fantastisk bok. Pias berättelse berör flera aspekter som jag tycker är viktiga att lyfta och som jag har hört många förlustdrabbade föräldrar berätta om. Berättelsen om Magdalena och hennes mamma Pia gör mig vettskrämd men får mig också att vakna till. Tänker att boken behöver läsas av personal inom vården, landstingspolitiker och av alla oss som slits mellan "måsten" i vardagen.

Berättelsen om Magdalena är inte bara sorglig utan också en vacker berättelse om den villkorslösa kärleken mellan mor och barn. Det hugger åter igen till i magen och jag tänker på titeln "Vem som helst men inte Magdalena". Tänker på föräldrarna i mitt avhandlingsarbete "Föräldrar som mist en son eller dotter genom suicid" som liksom Pia vittnar om föräldrar som gjort allt och mer för sina små och stora barn. På de begåvade unga som inte fick chansen då en enda handling för evigt stängde alla

möjligheter. Tänker på föräldrarna som berättar hur de kämpat för att få hjälp då de inte själva räcker till – för det gör man inte då en närstående drabbas av psykisk ohälsa. Pia skriver om vikten av kvalificerade samtal i tillägg till den medicinska behandlingen och som så många gånger tänker jag att gränsen är nådd. Idag vet vi att det oftast behövs mer än psykofarmaka och skattningsskalor för att motverka hopplöshet, smärta och suicidalitet. Forskare och kliniker som arbetar med suicidprevention betonar vikten av mellanmänskliga relationer. Känslor som förtvivlan, rädsla, skam och skuld kan försvåra relationskapandet och tid, kontinuitet men också kunskap behövs för att överbrygga svårigheterna. Den lidande personen är expert på sin livsvärld men befinner sig i en kris där professionella kan hjälpa genom att bidra med sina kunskaper.

För att rädda fler liv krävs det satsningar på vården och att vi arbetar tillsammans – tillsammans

med patienten och närstående men också tvärprofessionellt. Specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård har fyra till fem års utbildning med fokus på att skapa en vårdande relation. Under sin utbildning tränas de i att hjälpa personen att hitta möjliga vägar genom att lindra lidande men framför allt genom att fokusera på individens resurser och möjligheter. När jag läser tänker jag att det är dags att börja utnyttja denna resurs och att arbeta personcentererat.

Pias berättelse om Magdalena är viktig för personer som i sin yrkesutövning kommer i kontakt med personer som brottas mot självmordstankar och närstående som delar deras kamp. Boken kan också ge ökad insikt till beslutsfattare som behöver få mer kunskap om patienter, närstående och efterlevandes behov.

Berättelsen om Magdalena visar att självmord kan drabba vilken familj som helst. Att självmord inte är något som bara drabbar andra utan något som angår oss alla. Pias berättelse påminner oss om att livet plötsligt kan rasa samman – om hur skört ett människoliv kan vara men också hur starkt. Tack Pia för att du delade din och Magdalenas berättelse! Detta är en bok som berör och som påverkar läsaren. Jag kan varmt rekommendera denna bok.



TITEL **Från patient till person: Om allvarliga psykiska problem – vardag, vård och stöd**  
 FÖRFATTARE **Gunnel Andersson, Per Bülow, Anne Denhov och Alain Topor**  
 FÖRLAG **Studentlitteratur**  
 UTGIVNINGÅR **2016**  
 RECENSENT **Git-Marie Ejneborn Looi**

## Lyckat helhetsgrepp om psykiska problem

**ALAIN TOPOR HAR** gjort sig känd som kraftig förespråkare för ett återhämtningsperspektiv på psykisk ohälsa. I bok efter bok har han förmedlat en tro på människans potential och utifrån ett socialt perspektiv visat på möjligheterna för varje människa att hitta sin väg framåt. Som läsare blir man ofta inspirerad och känner att alla alltid kan göra någonting – ingenting är hopplöst!

Det är med denna erfarenhet som jag intresserar mig för denna bok där Topor tillsammans med andra forskare vill lyfta fram vardagens betydelse och individen som aktör i sitt eget liv. De menar

att vardagslivet är ett nödvändigt socialt sammanhang för att förstå de problem som människor brottas med, deras resurser och sätt att hantera dem och att gå vidare i sina liv. De menar också att vi måste se individen som aktör i sitt liv, även när hen brottas med akuta psykiska problem och strikta restriktioner för sitt handlingsutrymme.

I det inledande kapitlet av Topor uppfattar jag att han talar mer i klartext än tidigare när han kritiserar den biomedicinska förståelsen av psykisk ohälsa. Även om han balanserar upp genom att själv framföra motargument märker jag att den mer biomedicinskt

programmerade delen av min psykiatrisjuksköterskehjärna stundtals vill gå i försvar. Med tanke på hur dominerande detta synsätt är i vården tror jag det kan vara viktigt och klokt att släppa garden och passa på att fylla på i den andra vågskålen.

Därefter följer ett kapitel som ger en tydlig och bra bild över psykiatris historia, något jag tror är viktigt att ta in för att bättre förstå varför vi står där vi står idag. Sedan kommer resonemang kring viktiga förutsättningar för ett vardagsliv med livskvalitet fördelat på kapitel om boende, ekonomi, relationer och läkemedel. Ett mycket

intressant kapitel tar upp personer med psykiska problems möten med vården. Boken avslutas med att Topor sammanfattar och problematiserar de förändringar som skett inom psykiatrin sedan mitten av 1900-talet.

Boken bygger på forskning och riktar sig i första hand till studenter och yrkesverksamma. Den är väl teoretiskt underbyggd och som vanligt med dessa författare så genomsyras den av ett inifrånperspektiv där människornas röst blir tydligt och hög. Sättet att skriva gör att dessa röster kommer in under min hud vilket är en förutsättning för att jag ska ta till mig kunskap och omsätta den.

Boken förmedlar på ett okonstlat sätt hopp och mening som professionella kan omsätta i vårdandet. Som medansvarig för en specialistutbildning känns boken som ett självklart val i den inledande kursen – som grund och för att balansera upp det biomedicinska perspektivet.



**Distanskurs!**

# Ledarskap och yrkesmässig handledning i omvårdnad

Hösten 2017 startar denna distanskurs på 30 hp, som ges under fyra terminer. En sammankomst per termin i Umeå.

**Ansökan senast 15 april.**

Läs mer: [umu.se/utbildning](http://umu.se/utbildning)



GÖTEBORGS PSYKOTERAPI INSTITUT

GRUNDAT 1974

Anordnar med start HT 2017:

Göteborg, Stockholm och Malmö:  
**Grundläggande utbildning (Steg 1) i psykoanalytisk teori och terapi**

Göteborg:  
**Grundläggande utbildning (Steg 1) i psykoanalytisk teori och terapi (Inriktning ungdom)**

**Handledar- och lärarutbildning**

**Symtomfokuserad korttidsterapi**

**031-711 97 51    [www.gpsi.se](http://www.gpsi.se)**

**Ansök  
15 mars-  
18 april**

## Psykioterapeutprogrammet

90 HP • INRIKTNING KOGNITIV BETEENDETERAPI

Läs mer på [ki.se/psykioterapeutprogrammet](http://ki.se/psykioterapeutprogrammet)

Ett medicinskt universitet



**Karolinska  
Institutet**



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)

#### RECENSIONSANSVARIG

Jenny Karlsson

[jenny.karlsson@psykriks.se](mailto:jenny.karlsson@psykriks.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@rlj.se](mailto:ulf.rogberg@rlj.se)

##### SUPPLEANTER

Patrik Dahlqvist-Jönsson,

Halmstad

070-320 66 51

[patrik.dahlqvist-jonsson@regi-onhalland.se](mailto:patrik.dahlqvist-jonsson@regi-onhalland.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)

## Styrelsemöte februari

**ÅRETS FÖRSTA** styrelsemöte, den 11-12 februari, hölls i Vårdförbundets lokaler i Stockholm.

Alla i styrelsen fanns på plats redan under fredagen för två andra event som vi passade på att bevaka när vi ändå skulle vara på plats i Stockholm. Sex ledamöter deltog i ett möte med Vårdförbundet om organisation och styrning i psykiatrisk vård och två ledamöter deltog i en endagskonferens anordnad av SKL omkring kunskapsstyrning. Se separata rapporter från dessa.

Alla åtta styrelseledamöter var på plats både lördag och söndag. På söndagen hade vi även telefonkontakt med Sebastian Gabrielsson för att följa upp arbetet med Psyche. Under lördagen betades diariet av och enskilda punkter följdes upp lite noggrannare. Bytet av kassör under senare delen av året har medfört att bokslutet för 2016 är lite fördröjt och det kunde därför inte följas upp vid detta styrelsemöte. Vi ägnade en del tid åt att formulera verksamhetsberättelse för 2016 och verksamhetsplan för 2017. En stor del av tiden ägnades också åt planering av det kommande årsmötet och årskonferensen i Växjö 23-24 mars. Nästa gång styrelsen ses är just på den konferensen – vi ses väl där?

*Britt-Marie Lindgren*

## Möte med Vårdförbundet om styrning för ökad personcentrering

**DEN 10 FEBRUARI** träffade en delegation ur PRFs styrelse Anders Printz, Lisbeth Löpare Johansson, Johan Larsson och andra ur Vårdförbundets ledning för diskussioner om styrning för en personcentrerad vård och jämlik hälsa.

Samtalen fördes kring hur ett samarbete mellan PRF och Vårdförbundet skulle kunna se ut. Vi diskuterade hur PRFs medlemmar kan få del av Vårdförbundets satsningar på akademisk specialisttjänstgöring (AST) då ett stort bekymmer är att andelen specialistsjuksköterskor ute i de psykiatriska verksamheterna är låg.

Diskussioner om eventuella framtida gemensamma aktiviteter fördes också. Framförallt rörde sig samtalet om hur Vårdförbundets idé om hur vård och omsorg kan organiseras utifrån ett personcentrerat arbetssätt kan användas konkret.

Det rådde stor samstämmighet om PRFs och Vårdförbundets ömsesidiga beroende av varandra. PRF behöver VFs storlek för att kunna påverka i viktiga frågor och Vårdförbundet behöver den kompetensen som finns i PRF vad gäller psykiatrisk omvårdnad och personcentrerad vård. Ambitionen är att fortsätta och fördjupa samarbetet mellan PRF och VF under 2017!

*Karl-Henrik Forsman*

## Styrgrupp för Säker Suicidprevention

**STARTSKOTTET FÖR** projektet Säker Suicidprevention har nu gått.

Syftet är att förbättra suicidprevention och förebygga upprepade suicidförsök. I januari 2017 bildades en styrgrupp där Jenny Karlsson är med som representant för PRF. Styrgruppen är igång med att planera och utforma den första granskningsomgången i projektet.

Projektet genomförs i samverkan mellan PRF, Svensk Psykiatrisk Förening, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri, svensk Förening för Akutsjukvård, Riksföreningen för Akutsjuksköterskor, Riksföreningen för Skolsjuksköterskor, Sveriges Psykologförbund, Suicide Zero och Löf.

*Jenny Karlsson*

## Workshop om struktur för kunskaps- spridning och kunskapsutveckling

**SOM REPRESENTANTER** för PRF deltog vi under fredagen den 10:e februari vid en workshop om struktur för kunskapsspridning och kunskapsutveckling som anordnades av Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. Utgångspunkten är den överenskommelse som finns mellan staten och SKL - "Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017". Vid mötet deltog företrädare från SBU, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten samt företrädare från olika landsting, kommuner, professionsföreningar och brukarföreningar.

Regeringen och SKL är överens om behovet av att stödja utvecklingen av strukturen för kunskapsspridning och kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa och ohälsa. Strukturen ska medverka till att förstärka styrningen med kunskap inom området genom att sprida bästa tillgängliga kunskap, förbättra arbetet med implementering och medverka till en ändamålsenlig uppföljning lokalt- och regionalt. Strukturen ska utgå från sjukvårdsregionerna.

SKL tillförs 45 miljoner kronor under 2017 för att inrätta högst sex stycken regionala resurscentrum. Syftet med att stimulera en organisation av hälso- och sjukvården i form av regionala resurscentrum är att nå ökad vårdkvalitet och förbättrade vårdresultat samt ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser inom området psykisk hälsa och ohälsa. Av medlen ska minst 10 miljoner kronor användas för att stärka samverkan mellan resurscentrumen och kommunerna. Regeringen och SKL bedömer att det är angeläget att resurscentrumens arbete i första hand tar sikte på första linjens vård, primärvårdens möjlighet att tidigt och effektivt möta psykisk ohälsa och förebygga och främja psykisk hälsa samt gränssnittet och samarbetet mellan olika aktörer och vårdgivare.

SKL åtar sig att förhandla med landsting/regioner och teckna avtal om inrättandet av resurscentrumen. SKL ska, tillsammans med den Nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S2015:09) och i nära samverkan med Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten samt andra relevanta aktörer, utarbeta kriterier som resurscentrumen åtar sig att arbeta mot. Senast den 31 mars 2018 ska SKL lämna en redovisning till regeringskansliet (Socialdepartementet) om hur arbetet med uppbyggnaden av resurscentrumen fortskrider samt hur man avser att ta sig an det fortsatta arbetet under 2018-2019.

*Britt-Marie Lindgren & Jenny Molin*



### På gång inom psykiatri och omvårdnad

**2017**

- ! Psykiatrisk omvårdnad – igår, idag och imorgon / Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor (PRF) årskonferens / 23-24 mars, Växjö
- ! 4th European Festival of Psychiatric Nursing / Horatio - European Nurses Association / 11-14 maj, Malta
- ! 23rd International Mental Health Nursing Research (MHNR) Conference / 14-15 september, Cardiff, UK
- ! Custody & Caring 15th Biennial International Conference / 4-6 oktober, Saskatoon, Saskatchewan, Kanada
- ! American Psychiatric Nurses Association (APNA) 31st Annual Conference / 18-21 oktober, Phoenix, Arizona, USA
- ! Australian College of Mental Health Nurses (ACMHN) 43rd Annual International Mental Health Nursing Conference / 25-27 oktober, Tasmanien, Australien

## Följ årsmötet på nätet!

**PRFS ÅRSMÖTE 2017** äger rum 23 mars kl. 16.30 på Psykiatriska kliniken i Växjö. Om du inte har möjlighet att delta på plats är du som medlem välkommen att följa årsmötet på nätet.

Om du vill delta via nätet behöver du anmäla dig genom att skicka ett mejl till [anmalan.arsmote@psykriks.se](mailto:anmalan.arsmote@psykriks.se) Ungefär en timme innan årsmötet får du ett mejl med en länk till mötet.

Detta sker på försök i år och vi ber därför om förståelse för eventuellt teknikkrångel. Vi vill gärna ha din hjälp att utvärdera för att se om detta är något vi ska fortsätta med.

*Styrelsen*

## Brosch för specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård

**PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN FÖR SJUKSKÖTERSKOR HAR TAGIT FRAM EN BROSCH FÖR SPECIALISTSJUKSKÖTERSKOR I PSYKIATRISK VÅRD**

Specialistsjuksköterska är en skyddad yrkestitel som bara får användas av legitimerad sjuksköterska som avlagt specialistsjuksköterskeexamen eller har en äldre vidareutbildning eller direktspecialisering.

Broschen är 22 mm i diameter, i metall och blå emalj med texten "Specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård" och en blå fjäril. Fjärilen är en symbol för psykisk hälsa. I grekisk mytologi sågs fjärilen som en symbol för förändring och förknippades med själens gudinna Psyche. Den blå färgen sågs bland annat symbolisera visdom, tillit, förtroende och sanning.

**Pris 179 kronor** (inklusive frakt inom Sverige). Beställ genom inbetalning till PRF:s bankgiro 5118-1592 eller SWISH 123 069 28 06. Ange namn och adress i meddelandefältet.



# 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 brosch 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.

**ORDINARIE MEDLEMSAVGIFT FÖR 2017 ÄR 325 KR.  
STUDENTER OCH PENSIONÄRER BETALAR 200 KR.**

Medlem blir man genom att antingen anmäla medlemskap via [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se) eller genom att betala in avgiften via bankgiro 5118-1592 eller SWISH 123 069 28 06 och då ange namn och personnummer.