

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN
FÖR SJUKSKÖTERSORS TIDSKRIFT

Psyche

NUMMER 2 2017



**PSYKIATRISK OMVÅRDNAD
– IGÅR, IDAG OCH IMORGON**

**ANHÖRIG VID BEROENDE
OCH MISSBRUK**

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 anknäring 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 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 eller kontakta prenumerationsansvarig karl-henrik.forsman@psykriks.se

Annonsera

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

Tryck och formgivning

Ågrenshuset, Bjästa
www.agrenshuset.se

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

ISSN 0283-3468



Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

INNEHÅLL

FOKUS PÅ ANHÖRIGA VID BEROENDE OCH MISSBRUK



Boendestöd i dagligt liv för personer med schizofrenidiagnos: ERFARENHETER OCH MEDIAS ROLL



PREDIKO- SJUKAN – Sveriges första masspsykos?

EGEN FÖRETAGARE



ERLAND OLSSON

FOKUS PÅ HJÄRNAN när läkare samlades



...det känns mycket angeläget att PRF aktivt engagerar sig och tar taktpinnen i detta arbete i Sverige...

Kan vi kombinera INTERPROFESSIONELLT SAMARBETE OCH PERSONCENTRERAD? OMVÅRDNAD

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN för Sjuksköterskor är engagerad inom många olika områden. Ett av dessa är "Säker Suicidprevention", där flera olika organisationer tillsammans under 2017 genomför en pilotomgång i flera olika verksamheter i landet. Självvärdering och granskning i tvärprofessionella team ska förbättra suicidpreventionen och förebygga upprepade suicidförsök. PRF medverkar såväl i styrgruppen som med granskare ute på fältet.

Representanter för PRF har också varit i dialog med regeringens samordnare för psykisk hälsa. Det handlar om arbetet kring att se över lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) med fokus på tvångsåtgärder mot barn och unga under 18 år. PRF kommer också att medverka i den fortsatta processen.

PRF har också under våren inlett ett samarbete med psykologförbundet om hur vi tillsammans över professionsgränserna kan vidareutveckla teamarbetet kring patienten med patientens perspektiv och erfarenhetskunskap i centrum. Bakgrunden är signaler om att ett alltför ensidigt professionsperspektiv ofta hindrar användning av en balanserad modell som till lika delar bygger på biologiska, psykologiska och sociala perspektiv. Den dialog som hittills förts har synliggjort att den psykiatriska vård som bedrivs idag ofta vilar på en övervägande biomedicinsk grund. Det innebär att psykologiska, sociala och

emotionella faktorer ofta förbises som grund för såväl förståelse och behandling av psykisk ohälsa. En uttalad ambition är att samarbetet med psykologförbundet ska tydliggöra specialistsjuksköterskans kompetens och ansvarsområden, liksom övriga professioners kompetensområden och funktioner i den psykiatriska vårdorganisationen.

Intressant att notera är att just detta ämne av tvärprofessionell samverkan även var fokus för The 4th HORATIO European Festival of Psychiatric Nursing, med undertiteln "Working in partnership" den 11-14 maj 2017 på Malta. Mycket arbete genomförs just nu runt om i Europa för att förtydliga de olika professionernas olika kompetenser och ansvarsområden. Syftet är att slutligen kunna orkestrera alla dessa kompetenser till en funktionell enhet i arbetet med att främja vårdtagarens hälsa och återhämtning i samband med psykisk ohälsa. Det känns mycket angeläget att PRF aktivt engagerar sig och tar taktpinnen i detta arbete i Sverige.

Under styrelsemötet den 6-7 maj beslutades att PRFs årskonferens 2018 ska genomföras i Halmstad den 12-13 april på temat "Psykiatrisk omvårdnad i klinisk praxis". Att delta vid denna nationella specifikt nischade konferens i psykiatrisk omvårdnad är ett mycket bra sätt att uppdatera sin egen kompetens, skapa kontakter och främja psykiatrisk omvårdnad som vetenskapligt och praktiskt

ORDFÖRANDE HAR ORDET



HENRIKA JORMFELDT
ORDFÖRANDE, PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN FÖR SJUKSKÖTERS KOR

kunskapsområde. Planera redan nu in ovanstående datum. Har du medverkat i något utvecklingsprojekt eller genomfört en forskningsstudie vill vi uppmantra till att redan nu planera och förbereda en presentation och skicka in abstrakt så snart det är möjligt. Följ uppdateringar kring konferensen på föreningens hemsida www.psykriks.se

PRF har haft drygt 11000 besökare på hemsidan hittills i år vilket

motsvarar närmare 600 besök per vecka. Föreningens Facebookgrupp har 278 medlemmar och Twitterkontot har 503 följare. Genom att aktivt följa, gilla och kommentera PRF på sociala medier kan du på ett enkelt sätt hålla dig uppdaterad och påverka föreningens olika aktiviteter och engagemang.

Jag önskar alla en riktigt härlig sommar!

FOKUS PÅ ANHÖRIGA VID
**BEROENDE
OCH MISSBRUK**

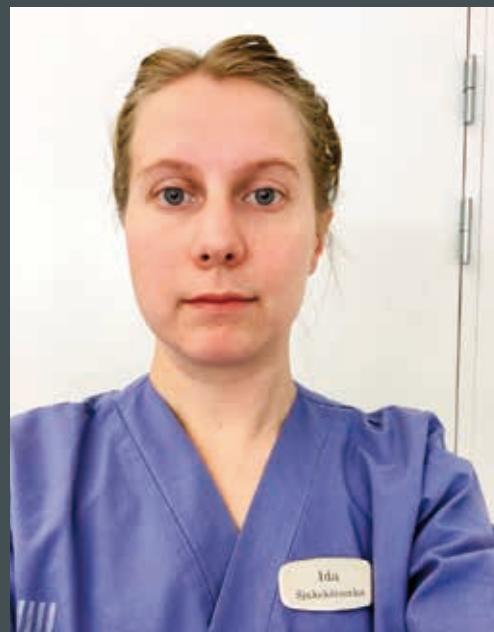
text EVA CLASING OCH IDA BJÖRK



Personal i beroendevården behöver bli bättre på att se anhöriga till personer med skadligt bruk av alkohol och droger. Dessa utsätts för hög psykisk och social merbelastning och behöver information, stöd och behandling som tar hänsyn till och utgår från deras unika situation. Eva Clasing och Ida Björk, specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård, sammanfattar sina magisteruppsatser i vårdvetenskap skrivna vid Ersta Sköndal högskola.

VI ARBETAR BÅDA inom beroendevården och har i våra magisteruppsatser skrivit om att vara anhörig till personer med alkoholproblematik respektive skadligt bruk av alkohol eller droger. En av anledningarna till detta var att vår erfarenhet är att sjuksköterskans främsta fokus är patienten, och att deras anhöriga kan hamna i skymundan. Anhöriga anses vara en viktig resurs för patienten och ett stöd i att leva ett nyktert och drogfritt liv. Anhöriga får ta ett stort ansvar över patienten, samtidigt som deras egna behov av stöd och hjälp inte tillgodoses i tillräcklig utsträckning av hälso- och sjukvården. Dessutom är kunskapen om denna anhörigrupp bristfällig, och det saknas studier i ämnet. Därför ville vi lyfta fram de anhörigas perspektiv i våra magisteruppsatser.

Alkohol- och drogproblematik är ett omfattande problem och får stora konsekvenser för den enskilda individen, anhöriga och samhället. Det finns en hel del forskning kring anhöriga till personer med olika former av psykisk ohälsa. Däremot är forskning kring anhöriga till personer med alkohol- och drogproblematik ett eftersatt område, vilket är problematiskt eftersom det kan finnas både betydande likheter och skillnader med andra grupper av



Eva Clasing, till vänster och Ida Björk, till höger, båda specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård.

anhöriga. Tidigare forskning visar att många anhöriga till personer med alkohol- och drogproblem påverkas negativt i någon utsträckning och får försämrad livskvalitet, samt att anhöriga till personer med alkoholproblematik drabbas i större utsträckning av fysisk ohälsa samt känslor av skam och skuld än anhöriga till personer med psykisk ohälsa. Det finns studier inom psykiatrisk vård där det framkommit att det

finns otydliga rutiner kring inkludering av anhöriga i vårdandet, vilket leder till psykisk ohälsa hos anhöriga.

Ingen inblick i vården

Vi valde att skriva om anhöriga utifrån olika perspektiv med kvalitativ forskningsdesign med induktiv ansats. Båda genomförde individuella halvstrukturerade intervjuer och har använt kvalitativ innehållsanalys med

induktiv ansats som analysmetod. Syftet med Evas studie var att undersöka hur sjuksköterskor beskriver anhörigas situation när närstående vårdas i beroendevården samt vad som händer med anhöriga när närstående övergår från barn- och ungdomsvård till vuxenvård. Det som framkom tydligast i Evas studie var att de närstående förlorade inblick i vården i samband med att deras barn skulle räknas som vuxen. ▶

Det kunde ske från en dag till en annan att anhöriga inte längre på ett naturligt sätt var delaktiga i vården, vilket ledde till att deras roll förändrades fullständigt. Detta kunde vara utifrån olika anledningar som exempelvis att den närstående inte ville inkludera sina anhöriga i vårdförloppet eller att det saknades rutiner inom vården att inkludera de anhöriga då den närstående blivit myndig.

Prioritera bort sig själv

Syftet med Idas studie var att beskriva livssituationen med särskilt fokus på hälsa hos vuxna anhöriga till personer med alkoholproblematik. I Idas studies resultat framkom att anhöriga hade haft en otrygg barndom där de inte blev sedda eller uppmärksammade av föräldern som hade alkoholproblem. Vissa hade upplevt en kärlekslös barndom, eller att kärleken var villkorad utifrån hur de var och betedde sig. De blev vuxna tidigt

och fick ta ansvar för hemmet och alla vardagliga göromål i hushållet. Detta fortsatte i vuxen ålder, drivna av dåligt samvete. Att prioritera den närstående före allt annat var väldigt tids- och energikrävande. Man var ständigt redo att avbryta eller ställa in planer och aktiviteter. I Evas studie framkom att oron var omöjlig att kontrollera för de anhöriga vilket ledde till oförmåga att slappna av mer än korta stunder. De var beredda på att det alltid kunde hända något.

I Idas studie beskrivs att för flera anhöriga var aggressivitet och våld en del av vardagen. Det kunde vara riktat mot dem själva eller andra familjemedlemmar. Alkoholproblemen påverkade alla relationer till det sämre, både mellan den anhöriga och den närstående men även övriga relationer inom familjen och till personer utanför familjen. Man hade även stöttat den närstående ekonomiskt, både långsiktigt genom att exempelvis köpa en

lägenhet och kortsiktigt genom att betala skulder och stå för dagliga omkostnader.

Flera av de anhöriga berättade för Ida att de var eller hade varit medberoende till sin närstående med alkoholproblem. Att vara medberoende innebar att ständigt tänka på andra, ta hand om andra och utgå från deras behov i första hand. Detta ledde till att de prioriterade bort sig själva, sin egen vilja och sina egna känslor och behov. I Evas studie framkom att anhörigas vardagliga liv och livsstil förändrades fullständigt under lång tid. Sådant som tidigare hade varit ett glädjeämne för anhöriga hade efter en tid försvunnit. De isolerade sig i sin hemmiljö istället för att åka ut på resor som de önskat göra.

Ensamhet och ständig oro

I Idas studie framkom att den närstående fanns hela tiden i deras tankar, och de var väldigt mottagliga för minsta förändring i den närståendes beteende eller mående. Flera av dem hade utvecklat ett starkt kontrollbehov som kunde komma fram både på jobbet, hemma med familjen och gentemot sig själva. Det som framkom tydligast i Evas studie var den ständiga oron som de anhöriga upplevde. Denna ständiga oro medförde olika livs-omständigheter för de anhöriga som var kopplat till en oförmåga att slappna av. Att ha ett barn eller en närstående som har ett skadligt bruk av alkohol eller droger innebär för den anhörige att leva med oro. Oron finns hela tiden för att den närstående kan dö när som helst. I Idas studie framkom att flera upplevde dålig självkänsla med känslor av värdelöshet och konflikträdsla. De beskrev att de försummade sig själva i en längtan efter bekräftelse. Att ständigt ha fått

löften brutna av sin närstående ledde till tillitsproblem, rädsla för att binda sig och misstro mot andra människor. Flera av dem upplevde både fysiska och psykiska konsekvenser av livet som anhörig. Stress, trötthet, utmattning och sömnbrist var vanligt. Även muskelsmärter samt somatiska tillstånd såsom IBS och hypertyreos nämndes.

Livet med den närstående ledde till ett brett spann av starka känslor. Vissa känslor var förknippade med specifika händelser, som nervositet inför att träffa sin närstående, och andra präglade deras mående på ett mer genomgripande sätt. Flera av dem hade förlorat kontakten med sitt känsloliv och hade svårigheter med att identifiera, sätta ord på och uttrycka känslor. De anhöriga beskrev känslor som ilska, irritation, ångest, ledsamhet, dåligt samvete, oro, hopp och hopplöshet men även stark kärlek och stunder av glädje. Både i Evas och Idas studie framkom att anhöriga hade ensamhetskänslor. De var ensamma i sin unika situation men även ensamma på grund av isoleringen i sin hemmiljö. I Idas studie beskrev flera anhöriga att de kände sig ensamma i livet, vilket även var en följd av känslor av skam och skuld. Skam och skuld kunde uppstå när den närstående var berusad i offentligheten, till exempel på skolavslutning eller på julfirande. Men det kunde också handla om skam inför att ha valt att vara i en kärleksrelation med en person med alkoholproblem, att känna sig misslyckad som förälder till ett barn med alkoholproblem samt okunskap om beroende som ett sjukdomstillstånd. Kunskap om beroende och att kunna berätta för andra om sitt liv minskade känslor av skam och skuld.

...de anhöriga beskrev känslor som ilska, irritation, ångest, ledsamhet, dåligt samvete, oro, hopp och hopplöshet men även stark kärlek och stunder av glädje...

För att komma vidare i livet hade de anhöriga tagit till olika åtgärder och strategier. Terapi, anhörigutbildningar och framför allt stödgrupper för anhöriga lyftes fram som väldigt betydelsefullt. Att få dela en gemenskap med andra i samma situation, få berätta fritt och få stöd och hjälp var viktigt. Man fick konkreta verktyg att hantera livet. Att ta hand om sig själv och göra sådant som man tyckte om var stärkande. De hade förändrat sitt tankesätt eller beteende gentemot den närstående med alkoholproblem, bland annat att lära sig säga nej, sätta gränser, släppa på kontrollen och lämna tillbaka ansvaret till den närstående. Vissa hade även utvecklat ett undvikande beteende eller flydde från deras påfrestande livssituation genom att exempelvis flytta till en annan stad eller vara restriktiv med telefonsamtal. Vissa anhöriga försökte ha så lite kontakt med den närstående som möjligt, men starka familjeband och en vilja att ha kontakt med resten av familjen gjorde att man inte bröt kontakten helt. Det hade några andra anhöriga gjort, efter en lång process. Döden var också något som de anhöriga reflekterade kring. Man var tacksam att fortfarande ha den närstående i livet, men samtidigt fanns en längtan efter döden, eftersom man hoppades att det skulle vara en lättnad och befrielse.

Stärkas som person

I Idas studie framkom att de anhörigas livssituation skiljer sig från andra anhöriggrupper och de behöver information, stöd och behandling från hälso- och sjukvården som tar hänsyn till och utgår från deras unika situation, för att stärka dem som

personer och därmed deras livssituation och hälsa. I Evas studie som beskrivs utifrån ett sjuksköterskeperspektiv framkommer liknande gällande de anhörigas situation. Anhöriga till personer med skadligt bruk av alkohol eller droger utsätts för hög psykisk och social merbelastning.

Som psykiatrisjuksköterska finns ett ansvar att inte enbart vårda den enskilda patienten utan även dess anhöriga. Våra studier visar på vikten av att psykiatrisjuksköterskan är ett professionellt stöd för de anhöriga, och att vi fortsätter arbeta med att stärka anhörigas delaktighet i vården. Studier kan även fungera som underlag för att utforma olika insatser riktade till anhöriga. Psykiatrisjuksköterskor kan dessutom använda det som framkommit i våra uppsatser i utbildning för sjuksköterskor och annan personal i hälso- och sjukvården och därigenom kan vården av patienter och stöd till anhöriga integreras så att de drabbades lidande minskas. Vi har mycket att lära av varandra.

Dags att söka STIPENDIUM

Styrelsen för Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor behandlar stipendieansökningar två gånger per år, i januari och september. Ansökan ska vara styrelsen tillhanda senast den 15 januari respektive 15 augusti. Som medlem sedan minst ett år kan du söka stipendium. Ändamålet ska vara att främja forskning, utveckling och utbildning inom psykiatrisjuksköterskans område eller att främja psykiatrisjuksköterskans yrkesfunktion.

Ansökan ska vara skriftlig och innehålla namn, personnummer, adress och för vilket ändamål stipendiet söks. Vidare ska ansökan innehålla en specificerad kostnadsberäkning och om man sökt andra bidrag eller stipendier. Gäller det en kurs ska kopia på kursprogrammet biläggas ansökan. Dessutom ska ansökan innehålla förslag till spridning av inhämtade kunskaper, exempelvis artikel i Psyche, seminarium eller bidrag till studiedagar. Vid ej genomförd aktivitet ska erhållet belopp återbetalas. Stipendier kan inte sökas för av PRF anordnade kurser/konferenser.

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

VÄLKOMMEN MED DIN STIPENDIEANSÖKAN!



Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

Psykiatriska Riksföreningen för
Sjuksköterskor
c/o Henrika Jormfeldt
Bråddared, 313 97 Simlångsdalen
henrika.jormfeldt@psykriks.se




BOENDESTÖD I DAGLIGT LIV FÖR
PERSONER MED SCHIZOFRENIDIAGNOS:

Erfarenheter och medias roll

text HENRIKA JORMFELDT

Medier har betydelse för hur vi ser på psykisk ohälsa. De kan både bidra till och motverka stigmatisering. Något som sällan blir nyheter och rapporteras om är det dagliga livet för personer som lever med psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser. Förmodligen skulle mediebilderna se annorlunda ut om dessa personers erfarenheter och perspektiv fick större genomslag. **Henrika Jormfeldt, specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård och docent** vid Högskolan i Halmstad, rapporterar om den första studien i ett nytt tvärdisciplinärt forskningsprojekt.



SOM KLINISKT AKTIV sjuksköterska i psykiatrisk vård och forskare inom omvårdnad har jag ofta sett och kommit i kontakt med personer som lever under oacceptabla förutsättningar. Jag har upplevt att det relativt slutna samhällssystem som vården utgör inte erbjuder särskilt stora möjligheter att förändra dessa förutsättningar. Psykiatrisk vård har traditionellt genomförts i tysthet och utan insyn. Det gör att den vård som erbjuds utsatta grupper inte utsätts för insyn och kontinuerlig granskning i samma grad som andra verksamheter. Ofta har jag undrat hur mycket Sveriges befolkning generellt vet om vilka förutsättningar personer med varaktig psykisk ohälsa lever under i vårt land. Jag tvivlar på att allmänheten skulle stå bakom den vård som bedrivs idag om de hade tillräcklig kunskap för att göra en rättvis bedömning.

Olika perspektiv

Min kollega Malin Hallén är universitetslektor i medie- och kommunikationsvetenskap. Hon har intresserat sig för hur psykisk ohälsa framställs i media och hur detta påverkar allmänhetens

inställning till personer med psykisk ohälsa. Med våra olika ingångar började vi fundera på att undersöka detta område i ett projekt som kombinerar våra båda perspektiv. Idag krävs ofta att forskningsprojekt har tvärdisciplinärt samarbete för att få forskningsfinansiering. Samtidigt ställer denna typ av samarbete över disciplinränsen nya krav på forskare eftersom olika discipliner av tradition har olika terminologi, frågeställningar, perspektiv och forum att publicera sin forskning i.

Svårigheten för oss blev inledningsvis hur vi skulle närma oss kärnproblematiken. Vi bestämde oss för att genomföra en studie som beskrev erfarenheter av kommunalt boendestöd och försöka belysa dessa utifrån ett medieperspektiv. Vårt upplägg blev att i bakgrunden till vår studie beskriva forskning från både våra respektive perspektiv. På så vis kunde vi belysa argument för att det finns samband mellan hur psykisk ohälsa beskrivs i media och de förutsättningar i dagligt boende som erbjuds personer med psykisk funktionsnedsättning i Sverige idag. Studiens resultat bygger på brukares egna

erfarenheter av kommunalt boendestöd och i diskussionsavsnittet belyses dessa erfarenheter ur ett perspektiv som speglar medias betydelse för såväl den allmänna opinionen som politiska beslut.

Undersökningen genomfördes i Intresseföreningen för Schizofreni och Andra Psykoser (IFSAP) i Halmstad. Fyrtiotvå brev med information om studien och en inbjudan att skicka in nedskrivna berättelser om erfarenheter av boendestöd skickades ut och 24 beskrivningar av erfarenheter kom tillbaka. Fem beskrivningar var inskickade av personer med egna erfarenheter, fjorton var skrivna av närstående och fem beskrivningar skickades in från personer med professionella erfarenheter av boendestöd för denna grupp. Syftet med den genomförda preliminära studien var att beskriva erfarenheter av kommunalt boendestöd och belysa dessa utifrån ett medieperspektiv.

Behov tillgodoses inte

Resultatet visade tre typer av boendestöd som brukarna hade omfattande behov av men som ofta inte tillgodosågs i kommu-

nens verksamhet. "Stöd att upprätthålla hälsosamma rutiner i det dagliga livet", "Stöd att skapa meningsfullt innehåll i vardagen" och "Stöd att tillgodose behov av integritet och respekt".

Den första av de tre typerna av stöd i boendet var "Stöd att upprätthålla hälsosamma rutiner i det dagliga livet". En närstående uttryckte att:

"Personalen i kommunens särskilda boende uppmärksammar inte brukarens behov tillräckligt och därför får brukaren inte det stöd och den uppmuntran som behövs för att han ska klara av att delta i aktiviteter som skulle kunna leda till återhämtning för honom"

"Stöd att skapa meningsfullt innehåll i vardagen" En person med erfarenheter ur ett professionellt perspektiv beskrev sin bild:

"Personer i särskilda kommunala boende har inte samma möjligheter att utveckla sina förmågor och chanser eftersom de helt enkelt inte uppmärksammas tillräckligt och får den uppmuntran de behöver för att genomföra vardagliga uppgifter... De får helt enkelt inte hjälp"

- Den tredje typen av stöd som efterfrågades var "Stöd att tillgodose behov av integritet och respekt". En person med egna erfarenheter av att behöva stöd beskrev sina erfarenheter så här:

"De första åren när jag blev sjuk blev jag bara placerad i en lägenhet och lämnad åt mitt öde med förskrivna mediciner. Det tog flera år av misär innan personalen tog någon notis om min situation och hjälpte mig tillbaka till livet igen. Nu har jag rätt stöd från personalen men det hade jag behövt redan från början"

Stigmatisering ett hinder

Hälsa- och sjukvården för personer med schizofreni i Sverige liksom i många andra länder tenderar att huvudsakligen fokuseras på psykiatriska symtom och psykisk sjukdom. Människor som diagnostiserats med schizofreni har ofta betydande hälsoproblem och upplever nedsatt välbefinnande på många områden i det dagliga livet. Personer med schizofreni tillhör också en högriskgrupp att utveckla övervikt, hjärt- och kärlsjukdomar samt diabetes typ 2 med en förkortad medellivslängd på ca 15-20 år. I enlighet med den vedertagna bilden av psykisk sjukdom i vårt samhälle betraktas schizofreni ofta som en obalans i hjärnan och basen i behandlingen är medicinsk. När patienten är medicinskt färdigbehandlad inom hälso- och sjukvården ansvarar kommunen för att erbjuda personen behovsanpassat stöd i boendet.

Forskning har under lång tid visat att hälsofrämjande och förebyggande vård- och stödinsatser ofta är otillräckliga för att möta basala mänskliga behov hos personer med schizofreni. En anledning till detta kan vara stigmatiserande attityder hos såväl allmänhet som inom vård och stödorganisationer. Stigmatisering inom vården riskerar



Personer med schizofreni tillhör också en högriskgrupp att utveckla övervikt, hjärt- och kärlsjukdomar samt diabetes typ 2 med en förkortad medellivslängd på cirka 15-20 år.

att medföra att personer med psykisk ohälsa inte får adekvat vård och stöd i enlighet med sina rättigheter. Medier är en viktig källa till information om psykiatriska tillstånd och spelar därmed en viktig roll att utveckla uppfattningar, föreställningar och åsikter hos allmänheten generellt såväl som hos beslutsfattare och vårdpersonal. Medier kan på detta sätt antingen motverka eller bidra till stigmatisering av psykisk ohälsa.

Tydliggöra kopplingen

Resultat från denna inledande studie stödjer tidigare forskning som visar att dagens hälso- och sjukvård liksom kommunalt boendestöd inte tillgodoser basala behov hos personer med schizofreni och därför bidrar till betyd-

ande, kostsamma och onödiga hälsorisker för denna grupp. Fortsatt forskning kring mediernas roll i beslutsfattande och sambanden mellan samhällets attityder till psykisk ohälsa och de värderingar som ligger till grund för politiska och ekonomiska beslut avseende vård och stöd i boendet för personer med schizofreni är angelägen ur såväl individ-, grupp- och samhällsperspektiv.

Den utmaning vi står inför är att fortsätta arbetet med att tydliggöra kopplingen mellan media, allmänhetens perspektiv, politiska beslut och dagliga vård- och stödinsatser. Ytterligare en studie som påbörjats bygger på intervjuer med psykiatrisjuksköterskor och journalister som arbetar

speciellt med frågor som rör psykisk hälsa. Ambitionen är att lyfta frågor om insyn och öppenhet i psykiatrisk vård och kommunala stödinsatser och dess betydelse för att motverka stigmatisering av psykisk ohälsa.

LÄS MER

■ Jormfeldt, H., & Hallén, M. (2016). Experiences of housing support in everyday life for persons with schizophrenia and the role of the media from a societal perspective. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2016, 11: 30571 - <http://www.ijqhw.net/index.php/qhw/article/view/30571>amhällsvetenskap

Välkommen på konferens!

Telefonrådgivning inom psykiatrin

*Öka tryggheten och effektiviteten i
bedömningarna över telefon!*

Göteborg | 31 augusti 2017

*Boka tidigt
- det lönar sig!*

För mer info & anmälan tiabkonferens.se



**TEKNOLOGISK
INSTITUT**



ERLAND OLSSON

text SEBASTIAN GABRIELSSON foto PRIVAT

EGEN FÖRETAGARE

Bland de många olika roller och verksamhetsområden som psykiatrisjuksköterskan kan verka inom finns en väg som kanske både skrämmer och lockar många – att starta och driva ett eget företag. En av de som gjort just detta är Erland Olsson, ägare och verkställande direktör för ett företag som erbjuder vårdgivare olika tjänster.



Vem är du?

Jag är specialistsjuksköterska i psykiatri. Har arbetat inom psykiatri större delen av mitt vuxna liv. Sedan ett år tillbaka bor jag i Upplands Väsby dit jag flyttat med min nya kärlek. Jag har fyra vuxna barn samt två bonusdöttrar som mitt "orginalex" hade när vi träffades.

Vid sidan om företagandet så är dans min stora passion, så det ägnar jag mig åt några kvällar i veckan. Annars gillar jag skog och natur. Min käresta har anmält oss till Vasaloppet – öppet spår 2018, så just nu tränar jag för att kunna fullfölja det.

Var och med vad arbetar du nu?

Sofrosyne, som mitt företag heter, har som devis att "Vi gör vården bättre varje dag". Vi arbetar med kvalitetsutveckling, tillhandahåller tjänsten Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) till ett antal företag och kommuner, tillhandahåller Personligt ombud till personer med psykisk funktionsnedsättning i Uppsala samt organiserar journalsjukvård med utgångspunkt i Upplands Väsby.

Vilka utbildningar har du?

Jag började i vården som 16-åring och har gått den långa vägen. Först började jag som vårdbiträde, sedan utbildade jag mig till skötare och så småningom till sjuksköterska och specialistsjuksköterska. Utöver det har

jag ett antal mindre kurser på högskolenivå.

Därutöver har jag gått i livets skola. Genom jobb som koordinator i psykiatrireformen, chefsjobb inom psykiatrisk öppenvård och akutvård vid Akademiska sjukhuset samt som verksamhetschef inom socialtjänsten och MAS har jag fått en bred erfarenhet av såväl kommunalt som landstingsfinansierad vård. Därutöver har jag varit politiskt engagerad och var vice ordförande och ordförande för nämnden inom socialtjänsten i sammanlagt 14 år. Jag har också varit ordförande för Tierp Volley som spelat i elitserien under fem år.

Numera lägger jag mitt ideella engagemang i Uppsala Stadsmission och Diakonistiftelsen Samariterhemmet där jag sitter i styrelserna samt har vissa volontäruppdrag.

Hur kom det sig att du blev psykiatrisjuksköterska?

Egentligen är det väl slumpen. Jag var skoltrött som 16-åring och hoppade av gymnasiet. Började jobba som lantarbetare men fick "lappsjuka". Åter hemma i Uppsala gick jag upp på Ulleråker och sökte jobb. Detta var 1976 med skriande arbetskraftsbrist, så jag fick börja med fast tillsvidareanställning på heltid dagen efter.

Efter några år började jag läsa in gymnasiet och fick ett erbjudande om att gå skötarutbildningen som även innehöll en läke-

Väl tillbaka från skötarutbildningen fick jag börja gå på vikariat som försteskötare. Efter några år fick jag också chansen att utbilda mig till sjuksköterska och ytterligare några år senare till specialistsjuksköterska.

medelsadministrativ kurs. Väl tillbaka från skötarutbildningen fick jag börja gå på vikariat som försteskötare. Efter några år fick jag också chansen att utbilda mig till sjuksköterska och ytterligare några år senare till specialistsjuksköterska.

Hur kom det sig att du blev egen företagare?

Som chef för psykiatriska akutmottagningen på Akademiska sjukhuset upplevde jag en frustration. Under de fem år jag jobbade där fick jag byta chef fem gånger. Det kom nya direktiv och saker skulle omorganiseras. Inte sällan som en följd av att någon konsult varit inne och haft tankar om verksamheten utan att fullt ut förstå kärnan. Detta innebar att det var svårt att upprätthålla trygga rutiner och att skapa kvalitetsutveckling.

När jag sedan började inom funktionshinderomsorgen i Uppsala kommun så fanns där en spännande kvalitetskultur. Dessvärre beslutades det om en omorganisation bara dagar efter att jag börjat. Flera av de personer jag trodde att jag skulle arbeta med fick gå med omedelbar verkan. Jag blev kvar mindre än ett år och bestämde mig för att inte hamna i samma situation igen. Därför startade jag mitt företag.

Tänker du fortfarande på dig själv som sjuksköterska?

Vi har en tanke att alla som arbe-

tar hos oss ska ha kompetensutveckling på gång. Jag vill inte att någon ska känna sig instängd i sin yrkesroll och då är det viktigt att man är anställningsbar. Det innebär också att jag vill att alla sjuksköterskor jobbar regelbundet i sin ursprungsbefattning. Det innebär att såväl jag själv som Pia Kejroth som också är specialist-sjuksköterska och jobbar hos mig kliver in i sjuksköterskerollen i princip någon gång varje vecka.

Vilken nytta har du nu som företagare av din utbildning och erfarenhet som sjuksköterska?

Jättestor – hela mitt företagande bygger på att jag är legitimerad sjuksköterska.

Vilka är de största skillnaderna mellan att arbeta som sjuksköterska "på golvet" och att arbeta som företagare?

En stor skillnad är att man måste tänka efter vem som betalar för det man gör och på vilka grunder. Det gör väl att man fokuserar på kärnverksamheten mer. Sen gäller det också att vara innovativ, att kunna fundera ut lösningar på de problem våra betalande kunder står inför och att kunna anpassa tjänster för deras behov.

En nackdel med de tjänster vi erbjuder är att jag nog aldrig känner mig helt ledig. Jag vill finnas som stöd för våra sjuksköterskor som kan stå med svåra beslut på jouttid. Därför händer det

emellanåt att telefonen ringer mitt i natten.

Som företagare kan jag också avbryta affärsrelationer med betalande kunder som jag inte trivs med. Det innebär en viss dynamik.

Vilka råd kan du ge till den som funderar på att starta företag?

Om du är i en livssituation där du känner att du kan klara en viss osäkerhet när det gäller inkomsterna och du har en idé du brinner för så ta steget. Det finns mycket hjälp att få om man letar. De flesta kommuner har någon form av nyföretagarcenter. Almi företagspartner är ett statligt företag som också hjälper till på ett bra sätt. Det finns också mallar för hur man skriver en affärsplan och hur man räknar på lönsamheten i företagsidéer. Som sjuksköterska kan man ju alltid komplettera genom att arbeta på timmar eller hyra ut sig själv. Kirkegaard har varit en följeslagare genom livet. "Att våga är att förlora fotfästet ett tag – att inte våga är att förlora sig själv".

Hur ser en typisk dag på jobbet ut?

Jag vet inte om jag kan beskriva en typisk dag. Ibland har jag kundbesök, ibland är jag chef och vissa dagar mer administratör. För min del är det en del av charmen, ingen dag är den andra lik och det är sällan man vet i förväg hur dagen ska bli.

LÄS MER

■ På www.vardforbundet.se hittar du information om vad som är viktigt att tänka på om man är sjuksköterska och vill starta företag.



FOKUS PÅ HJÄRNAN när läkare samlades

text och foto HENRIKA JORMFELDT

Svenska Psykiatriska Föreningens kongress 2017 var en varierande och välbesökt konferens med kompetenta talare. Men hur relateras helhetssyn till individens sammanhang och hur fungerar samverkan i relation till omvårdnadsperspektivet? Henrika Jormfeldt, PRFs ordförande och docent i omvårdnad vid Högskolan i Halmstad, sammanfattar sina intryck.

...ur ett omvårdnadsperspektiv upplevde jag detta fokus på hjärnan som ett relativt snävt och i viss mån ensidigt perspektiv på helhetssyn. Utgångspunkt i flera presentationer var antagandet att hjärnans dysfunktion får konsekvenser för personens funktion, liv och relationer...

SVENSKA PSYKIATRISKA Föreningen är en förening som prioriterar utbildning och fortbildning för läkare som huvudsakligen är verksamma inom psykiatri. Jag hade den stora förmånen att delta vid deras kongress i Göteborg den 15 till 17 mars. Min första reflektion utifrån mitt perspektiv som sjuksköterska var över storleken på kongressen och det stora antalet deltagare på flera hundra personer. Detta kan jämföras med det väsentligt mycket mer begränsade deltagarantalet vid Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskors årligen återkommande årskonferens. Om orsaken till detta är ojämnt fördelade resurser eller på att Svenska Psykiatriska Föreningens kongress är överlägsen PRFs årskonferens ur en eller flera aspekter för förstås en av sammanhanget logisk följdreflektion.

I foajén möttes jag av rollups med texten "Helhetssyn och samverkan", som är Svenska Psykiatriska Föreningens vision. Detta är en vision som är både positiv och hoppgivande, men kanske lägger olika professioner lite olika mening i dessa begrepp beroende på vilken disciplin vi tillhör.

Med hjärnan i fokus

Det inledande föredraget av Predrag Petrovic, "Känslostormar – Emotionell instabilitet och hjärnan", och symposiet med det inledande föredraget av Lars Farde, "Hjärnabildning – har forskningen någon betydelse för den kliniska vardagen", visar att helhetssyn kan vara något annat än omvårdnadsprofessionen vanligtvis menar. Ur ett omvårdnadsperspektiv upplevde jag detta fokus på hjärnan som ett relativt snävt och i viss mån ensidigt perspektiv på helhetssyn. Utgångspunkt i flera presentatio-

ner var antagandet att hjärnans dysfunktion får konsekvenser för personens funktion, liv och relationer. Det omvända, att hjärnans funktion påverkas av det liv personen som hjärnan finns i lever, och i vilken miljö detta sker, är mindre uttalat som grund för insatser och behandlingar. Som sjuksköterska letar jag oftast efter, och hittar vanligtvis, förklaringar till problem och svårigheter i en människas miljö och samverkan med omgivningen. Den medicinska professionen utgår huvudsakligen från att anledningen till psykisk ohälsa finns att finna i den enskilda individens hjärna och att det är detta som sedan i sin tur får konsekvenser i det dagliga livet.

Under sitt föredrag med titeln "Morfologiska hjärnförändringar vid psykos – kan Magnet Röntgen användas för diagnos?" visar Ingrid Agartz flera studier som påvisar att neuroleptikabehandling medför hjärnatrofi. Hon säger samtidigt att vetenskapen idag inte har tillräcklig kunskap om ifall neuroleptikabehandling är skadlig och leder till hjärnatrofi eller inte. Underförstått är att man inte kan ta ansvar för om behandlingen medför sådana eventuella risker då man inte har tillräcklig evidens. Hur mycket "forskning och alarmerande fynd" vi i vårt moderna samhälle kan ha tillgång till och samtidigt hävda att vi inte har tillräcklig kunskap. Utifrån ett omvårdnadsperspektiv leder blotta misstanken om att en behandling leder till hjärnatrofi till stor försiktighet. Utifrån ett forskningsmetodologiskt perspektiv torde det vara mycket svårt att dra några säkra slutsatser av studier angående hjärnförändringar vid psykos innan man med säkerhet kan avgöra om eventuella förändringar i hjärnan verkligen

beror på sjukdomstillståndet eller om det kan ha orsakats av behandlingen eller uppstått av confounders som felaktig kost, inaktiv livsstil eller missbruk relaterat till otillräckliga stöd- och omvårdnadsinsatser.

Man kan verkligen ställa sig frågan hur vården i vårt moderna samhälle förhåller sig till evidens när våra riktlinjer avråder från behandlingar som patienter och närstående efterfrågar med motiveringen att det saknas evidens, samtidigt som vi fortsätter att behandla frikostigt med höga doser av mediciner som forskning har visat orsakar hjärnatrofi. En fråga är om vi i vårt samhälle skulle använda andra typer av behandlingar lika frikostigt om de fanns så avgörande kunskapsluckor kring dess önskade och oönskade effekter.

Var fanns omvårdnads-perspektivet?

En programpunkt var en intervju med Sture Bergvall av Helena Norman på rättsmedicinalverket. Hon inledde intervjun med att benämna Sture Bergvall som huvudpersonen i vår tids största rättsskandal. Sture Bergvall håller med och tillägger att det också är att betrakta som en vårdskandal. Under sju år efter att Sture Bergvalls psykofarmaka hade satts ut levde han helt tyst med oerhört strikta rutiner bestående enbart av det mest grundläggande i livet som promenader, måltider och sömn, vilket bidrog till hans återhämtning. Under dessa år upplevde Sture att det inte fanns någon att berätta sanningen för. Trots att han var omgiven av sjukvårdspersonal på avdelningen dygnet runt. En logisk reflektion är att ställa sig frågan - var fanns omvårdnads-perspektivet och psykiatrisjuksköterskan i denna historia? Sture berättar

att Hannes Råstam var den som gav honom livet tillbaka. Utan Hannes Råstams djupa empati, skarpsinne, och oerhört gedigna grävande hade resningsprocessen aldrig påbörjats. Sture Bergvall är övertygad om att han inte varit där han är idag, utan Hannes Råstams envetna kamp för rättssäkerhet.

Sture Bergvall berättar att hans psykiatriska historia började 1954 då han var 14 år och att han frigavs 2014 efter 50 år då han var 64 år gammal. Han betonar budskapet om vikten av att respektera patienten. Att möta psykiatrer på detta sätt genom att föreläsa på konferenser ser han som ett sätt att ta sitt ansvar. Sture Bergvall som nu lever ett nyktert stilla vardagsliv, är kritisk till rättspsykiatrisk vård och menar att brottspåföljd ska vara fängelse och att vård kan ges i fängelset. Han är märkbart berörd när han uttrycker den tacksamhet han känner för det liv han har idag. Denna oerhört gripande intervju väcker frågor som: Var fanns sjuksköterskorna? Var fanns omvårdnaden? Var står vi sjuksköterskor i dessa frågor och kan vår tystnad och underlåtenhet att ta ställning bidra till stigmatisering?

Jag fick inget entydigt svar på min inledande reflektion om orsaken till att Svenska Psykiatriska Föreningens kongress drar så mycket fler besökare än Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskors årliga nationella konferens. Många föreläsare var kompetenta och duktiga talare och variationen var stor bland de olika programpunkterna. Skillnaderna i storlek kan mycket väl vara en följd av vår tids vetenskapssyn och traditionellt biologiska perspektiv samt omvårdnads-perspektivets undanskymda ställning i vår samtid.

Psykiatrisk omvårdnad – IGÅR, IDAG OCH IMORGON

Småland bjöd på solsken och plusgrader när ett sextiotial deltagare samlades i Växjö i slutet av mars för PRFs årskonferens 2017. Temat för årets konferens var Psykiatrisk omvårdnad – igår, idag och imorgon.



Utställare, studenter och konferensdeltagare blandades.

PRFS ORDFÖRANDE Henrika Jormfeldt öppnade konferensen medan professor David Brunt hälsade deltagarna välkomna till Växjö och berättade om Linnéuniversitetet i vars lokaler konferensen hölls.

Därefter var det dags för Vårdförbundets vårdstrategiska chef Lisbeth Löpare Johansson som berättade om styrning för en personcentrerad vård och jämlik hälsa. Vården idag är uppbyggd som en fabrik, men det pågår ett paradigmskifte mot personcentrerad vård. Här har sjuksköterskor en viktig roll. Personcentrerad vård är ett sätt att möta klyftorna i samhället. Personer

med psykisk ohälsa har en överdödlighet samtidigt som de får en sämre vård. Psykiatrisjuksköterskor bidrar till att förändra detta. Vårdens paradigmskifte handlar om att gå från organisationsfokus till personfokus, från fokus på sjukdom och diagnos till fokus på hälsa och helhet, från hierarkier till team, från insatsuppdelad och episodisk till sammanhållen och sömlös, från fokus på styrning med fokus på kostnad och produktion till fokus på jämlik hälsa och personcentrering. Personcentrerad vård är ett etiskt förhållningssätt där vården utgår från den unika personen och hälsan, där man efter-

frågar personens förmågor och är aktiverande, och där vården är sammanhållen. Personcentrerad vård innebär att alltid möta andra människor med värdighet, medkänsla och respekt. Personcentrerad vård är inte en ny modell utan ett förhållningssätt som måste in i hjärtat och magen, inte bara i görandet. Hälsa blir då inte frånvaro av sjukdom utan att med glädje ta sig an sina livsuppgifter. Vi är på väg mot ett samhälle som handlar mer om processer än hierarki. Fokus blir då på att foga samman, relationer och sammanhang istället för på att dela upp, enheter och gränser. Det siffrorna har varit för

industrisamhället kommer berättelsen att vara i det samhälle vi nu går in i. Här finns ett stort utrymme för sjuksköterskor att ta. Utgångspunkter för en ny form av styrning bör vara att värdet skapas i mötet i mikrosystemet, i mötet mellan patienten och professionen. En ny styrning bör prioritera en sammanhållen vård och omsorg för personer med komplexa behov, att samskapa på alla nivåer samt på lärande och dialog.

David Brunt, senior professor i psykiatrisk omvårdnad, klev återigen upp på scenen. Den här gången för att berätta om Kalle. Presentationen bestod av fyra berättelser om en fiktiv person som fick illustrera hur tillvaron och boenden för personer med psykisk ohälsa förändrats. Mer om detta kommer vi kunna läsa i ett kommande nummer av Psyche.

Ytterligare en historisk tillbakablick bjöd Margareta Arnedotter Jansson på. Hon berättade om och läste ur en bok hon skrivit om en släkting som vårdades på Ulleråkers sjukhus under 1920- och 30-talet. Mer om detta i en separat artikel i detta nummer. Åsa Moberg, författare och samhällsdebattör, delade med sig av erfarenheter och synpunkter ur ett anhörigperspektiv. Eftermiddagen avslutades med ett besök på Psykiatrihistoriska museet. Därefter var det dags för PRFs årsmöte innan kvällens gemensamma middag på Stadshotellet.

...psykiatrin lider av projektsjuka. Det gäller att få till en långsiktighet och uthållighet och förändringar. Vården behöver en helt annan stödstruktur och en helt annan coaching...

Andra dagen inleddes med en föreläsning av Sebastian Gabrielson som ställde frågan om man ska stanna kvar i vården eller gå hem. En bearbetad version av denna finns som separat artikel i detta nummer.

Därefter var det dags för den nationella psykiatrisamordnaren Kerstin Evelius som pratade om innovation. 2030 kommer psykisk ohälsa vara den största sjukdomsbördan i världen. Det innebär att förebyggande och främjande insatser blir oerhört viktiga. Det krävs ett ledarskap för en hållbar personalförsörjning. Sjukvårdens organisation måste utgå från patienters behov, inte läkares AT-tjänstgö-

ring. Psykiatrin lider av projektsjuka. Det gäller att få till en långsiktighet och uthållighet och förändringar. Vården behöver en helt annan stödstruktur och en helt annan coaching. Bra, beprövade lösningar behöver breddinföras och fås in i undervisningen och sedan följas upp, inte utvärderas i mindre projekt. Det gäller t.ex. personcentrerad vård och självvald inläggning. Vi tror att det fungerar – varför inte satsa fullt ut redan från början?

Representanter för Statens institutionsstyrelse berättade om psykiatrisk omvårdnad inom tvångsvård för beroende. Per Enarsson berättade om predikosjukepidemin i 1800-talets

Småland. Finns att läsa om i separat artikel.

Några av presentationerna tog upp sådant som vi tidigare berättat om i Psyche. Anja Söderberg, adjunkt på Luleå tekniska universitet, berättade om erfarenheter av att använda professionella skådespelare i sjuksköterskeutbildningens psykiatriundervisning. Joachim Eckerström, adjunkt på Röda

Korsets högskola, rapporterade från ett projekt kring självvald inläggning som pågår i Norra Stockholms psykiatri.

Årskonferensen 2017 avslutades av PRFs ordförande Henrika Jormfeldt, docent i omvårdnad vid Högskolan i Halmstad som talade om vikten av helhetssyn och samverkan. Mer om detta kan du läsa i hennes rapport från psykiatrikongressen.

LÄS MER

På www.psykriks.se finns abstracts och åhörarkopior från vissa av presentationerna.



Till vänster: Professor David Brunt hälsade välkommen till Växjö tillsammans med Henrika Jormfeldt och Hampus Martinsson. Mitten: Besök på psykiatrihistoriska museet. Nedan: Styrelsen fick hjälp av specialistsjuksköterskestudenter från Linnéuniversitetet.



BEHÖVS SJKSKÖTER I PSYKIATR

text SEBASTIAN GABRIELSSON

Är sjuksköterskan på väg ut ur psykiatrin eller är det kanske lika bra att vi går självmant? I sin keynote på PRFs årskonferens valde Sebastian Gabrielsson, chefredaktör för Psyche och lektor i omvårdnad vid Luleå tekniska universitet, att problematisera sjuksköterskans och omvårdnadens bidrag till psykiatrin och lyfta fram den enskilda sjuksköterskans ansvar i en bristfällig vård. Frågor som nu blivit än mer aktuella i och med socialstyrelsens nya läkemedelsföreskrifter.



Sebastian Gabrielsson är specialist-sjuksköterska i psykiatrisk vård och lektor i omvårdnad vid Luleå tekniska universitet.

ETT SÄTT ATT tydliggöra sjuksköterskeprofessionens bidrag till psykiatrin kan vara att ställa den här frågan: Vad skulle det innebära om sjuksköterskorna lämnade psykiatrin? Vad är det vår profession tillför – eller i alla fall skulle kunna tillföra – till psykiatrisk vård?

Som jag ser det tillför vi ett unikt perspektiv och en unik kompetens. Sjuksköterskan är omvårdnadsexperten. Sjuksköterskans perspektiv är omvårdnadsperspektivet. Och vi har en kompetens som är unik både genom sin bredd och sitt djup.

Ett professionsperspektiv är något som delas av alla medlemmar av en profession. Oavsett om vi arbetar patientnära, som chefer, utvecklare, lärare eller forskare. Ett omvårdnadsperspektiv innebär att vara intresserad av och ha fokus på människan, på hälsa, på hur du är och vad du gör i mötet med patienten. Omvårdnadsperspektivet är, som jag ser det, det vi menar när vi pratar om männ-

iskan som subjekt, när vi pratar om hälsa, välbefinnande och lidande, om vårdande och om omvårdnadens praktik.

Var för sig är inte de här delarna unika för sjuksköterskeprofessionen. Det som är unikt för oss är att vi när vi möter människor, när vi försöker förstå hur vi bäst kan hjälpa dem, så fokuserar vi på just de här fyra delarna och hur de hänger ihop.

Att ha ett omvårdnadsperspektiv innebär att fokusera på att förstå hur de människor du möter upplever sin situation. Det innebär att fokusera på patientens egen upplevelse av hälsa och välbefinnande. Omvårdnadsperspektivet innebär också att fokusera på hur du är i mötet med patienten och vilken betydelse detta har för patientens välbefinnande. Till sist innebär ett omvårdnadsperspektiv också att fokusera på hur de åtgärder som du vidtar står i relation till patientens upplevelse av sin situation och patientens upplevelse av hälsa och välbefinnande.

Sammantaget är det detta som gör det möjligt att identifiera och möta patienters individuella behov.

Bredden i kompetensen handlar om att vi har kunskap och kan använda verktyg från en mängd områden. Förutom den rena omvårdnadskunskapen har vi även en omfattande medicinsk kompetens. Detta är viktigt, men det är också viktigt att komma ihåg att det inte är denna som definierar oss. I varierande utsträckning har vi även psykologisk, sociologisk och pedagogisk kunskap, och verktyg hämtade från dessa fält. I denna uppräknings av bredden i sjuksköterskans kompetens har jag ännu inte gått utanför vad som är möjligt att inhämta inom ramen för grundutbildningen till sjuksköterska. Lägg till detta specialistutbildningar, klinisk erfarenhet, kompetensutvecklande kurser med mera, och bilden av sjuksköterskans kompetens blir ännu rikare.

Men framförallt har sjukskö-

ERSKOR IN?

terskan ett djup i sin omvårdnadskompetens. Djupet innebär en förmåga att kunna länka ihop praktisk handling med ett teoretiskt kunnande och tänkande. Kopplat till detta finns förmågan att kunna identifiera brister och bidra till att utveckla både den egna praktiken och den organisation man verkar i. En sjuksköterska med en modern utbildning kan förväntas se behov av kunskap, söka, värdera och omsätta den i praktiken. Inom omvårdnadsområdet kan vi inte lägga de förväntningarna på någon annan yrkesgrupp. Skötare och undersköterskor kan vara ytterst kompetenta och skickliga inom omvårdnad, men vi kan inte förvänta oss att de ska leda utvecklingen av området, för vi kan inte förvänta oss att de har den kompetensen. Andra yrkesgrupper kan vara ytterst kompetenta när det gäller forskning, utveckling, förbättring och ledarskap, men vi kan inte förvänta oss att de kan något om omvårdnad. Då kan vi inte heller

förvänta oss att de ska kunna leda och utveckla omvårdnad.

Så vad händer om vi tar bort sjuksköterskans perspektiv och kompetens från den psykiatriska vården? Jo det innebär att det blir färre som ser som sin främsta uppgift att se och möta hela människan. Det blir färre som prioriterar att försöka förstå och stötta patienter i att förhålla sig till sjukdom, vård och behandling. Framförallt så uppstår ett tomrum när det gäller förmågan att problematisera och utveckla dessa uppgifter. Vi får en vård där ett gott bemötande, aktivt vårdinnehåll, utvecklandet av tillitsfulla relationer och ett individanpassat omhändertagande blir reducerat till en fråga om god vilja, sunt förnuft och mån av tid. Och tyvärr så vet vi ju att den goda viljan inte alltid finns, att det sunda förnuftet inte alltid är så sunt, och att det alltid finns något annat att prioritera än tid med patienter.

Och kanske är det just det vi ser på många håll idag. Även om

vi fortfarande har sjuksköterskor i psykiatri – och det lär vi nog fortsätta ha ända till dess det blir möjligt att delegera bort läkemedelshandlingen – så innebär inte det nödvändigtvis att sjuksköterskans perspektiv och kompetens efterfrågas och nyttjas. Och då kanske vi lika gärna kunde gå hem.

Förutsättningar för god omvårdnad

Men vad krävs då för att sjuksköterskor ska kunna stanna, och för att det ska vara meningsfullt att vi stannar? Jag tänker att sjuksköterskor dels måste ges utrymme, dels ta ansvar för, att prata omvårdnad, tänka omvårdnad och göra omvårdnad. Det handlar om att åstadkomma en kulturförändring och om att befästa ett förhållningssätt som sätter patienten och dennes behov i centrum – ett personcentrerat och återhämtningsinriktat förhållningssätt som värderar människan, berättelsen, relationen. God omvårdnad helt enkelt.

Utifrån egen och andras forskning vågar jag mig på att peka på tre områden som särskilt viktiga för att möjliggöra uppkomsten och bibehållandet av god omvårdnad i psykiatrisk vård.

Jag menar att en god omvårdnadspraktik förutsätter reflektion och diskussion. Vad som är den bästa åtgärden och det bästa förhållningssättet för en viss patient i en viss situation kan vi inte veta på förhand. Checklistor, riktlinjer, diagnosmanualer och standardvårdplaner kan förvisso utgöra ett stöd för god omvårdnad, men de riskerar också alltid att bli ett hinder. Det vi i första hand behöver i vårdvardagen är istället utrymme och förmåga att kritiskt fundera över och diskutera vad vi håller på med. Vi behöver avsätta och prioritera tid att prata med varandra. Vi behöver kunna sätta ord på vad vi gör. Vi behöver tillåta varandra att tänka och göra olika.

Samtidigt behöver vi en uppställning gemensamma grundvärderingar och mål för vad vi

► håller på med. Vi behöver vara överens om att det är patientens upplevelser och erfarenheter som måste vara utgångspunkten för omvårdnaden. Vi måste vara överens om att det är den subjektiva upplevelsen av hälsa och välbefinnande som är målet. Vi måste vara överens om att det är okej att göra olika saker och tillämpa olika förhållnings-sätt, så länge syftet är att möta patientens individuella behov. Detta kräver också ett aktivt och närvarande omvårdnadsledarskap. Chefer som befinner sig på avdelningen, som kan och vågar vara ledare. Sjuksköterskor som är i det patientnära arbetet som trovärdiga förebilder och omvårdnadsexperter.

En god omvårdnadspraktik förutsätter också engagemang och ansvarstagande. Det måste vara möjligt och prioriterat att vara med och engagera sig i patienterna. Detta kräver förstås tillräckligt med personal, men det kräver också att vi anser att detta är det allra viktigaste. Viktigare än dokumentationen, viktigare än tvätten och matbeställningarna, viktigare än ronderna, och kanske till och med viktigare än att stoppa rätt piller i rätt kopp och i rätt patient på rätt tidpunkt. Om vi menar allvar med personcentrerad vård så måste vi också våga prioritera personen. Detta förutsätter ett personligt ansvarstagande för patienten som person och för vad man gör och inte gör. Det är alltid möjligt att prioritera något annat än att vara tillsammans med patienten. Det är alltid möjligt att luta sig mot någon regel, riktlinje, uttalad eller uttalad förväntan som säger att jag borde göra något annat än att sätta mig ner och lyssna, försöka bekräfta och förstå behoven hos människan jag möter. Det finns alltid någon annanstans jag behöver vara eller någon checklista som borde prickas av. Det finns alltid en ursäkt att fly. Så i slutändan kräver god omvårdnad att jag ser det som mitt ansvar att se, lyssna och möta människan - personen.

Att ta sitt ansvar

De här tre delarna tror jag är centrala för att åstadkomma

en hållbar omvårdnadsutveckling i psykiatrisk vård. Men en avgörande fråga är - hur tar man ansvar när omständigheterna gör det svårt att ta ansvar? Här tycker jag mig se tre möjligheter.

Det ena är att ansvarstagande handlar om att göra motstånd. Att kämpa på och köra sitt eget race. Att vägra acceptera att resurserna inte räcker till. Att prioritera patientnära arbete framför administration. Att strunta i checklistan och istället ha ett samtal. Att vägra gå av skiftet utan att i varje fall någon patient fått känna sig sedd och bekräftad.

Det andra sättet innebär att istället omdefiniera vad mitt ansvar som sjuksköterska handlar om. Att kunna tänka att ansvaret inte handlar om personen, relationen eller berättelsen, men ändå kunna se sig som en bra sjuksköterska. Kanske genom att lägga yrkesstoltheten i att alltid få de praktiska uppgifterna färdiga i tid innan nästa skift går på. Eller genom att vara hjälten som alltid fixar de omöjliga situationerna genom att springa lite fortare, gena lite i kurvorna, rida ovanpå kaoset och inte fråga alltför noga efter hur patienterna faktiskt mår.

Ett tredje sätt att ta ansvar skulle kunna vara att lämna. Att inte längre ställa upp, inte acceptera, och inte fortsätta att möjliggöra en bristfällig vård.

Så vad är det då att ta ansvar? Kanske är det att stanna kvar i psykiatri och göra sitt bästa för att se, möta, lyssna, vara närvarande. Att fortsätta bidra till det stora vårdlotteriet där möjligheten till god vård beror på när och var man söker vård, och vem man har turen att träffa. Kanske är ansvarstagande att stanna kvar och arbeta, men skipa ambitionen om en god omvårdnad. Eller kanske är ansvarstagande att gå hem.

Att ta sitt ansvar genom att inte ta på sig andras ansvar.

Stanna eller gå?

Ja hur ska man göra? Ska man stanna eller gå? Ska vi fortsätta ställa oss till förfogande för den psykiatriska vården, även när den





► är underbemannad, överbelagd, underfinansierad och överadministrerad? Ska vi lärare fortsätta utbilda årgång efter årgång av nya sjuksköterskor, bara för att sen låta dem få sina ideal och ambitioner krossade i den så kallade verkligheten? Ska vi använda ännu mer forsknings- och utvecklingsmedel till att lappa och laga ett trasigt system? Ska chefer fortsätta rekrytera i sina fåfånga försök att fylla världens alla läckande kärler? Ska sjuksköterskor fortsätta gå till ett arbete som de inte ges förutsättningar att utföra? Eller ska man helt enkelt gå hem?

Det som inte går att komma undan är att frågan är på liv och död. Den är på liv och död för patienterna. Att gå med på att arbeta under bristfälliga förhållanden handlar inte om att vi inte hinner göra "det där lilla extra". Det handlar om att vi utsätter patienter för risker och lidande när vi inte hinner se, möta, bedöma, bekräfta, agera. Men den är också på liv och död för oss sjuksköterskor. Att vara del i en bristfällig organisation och göra ett dåligt jobb tär på en. En kompetent och erfaren sjuksköterska jag pratade med beskrev hur viktigt det var att vara tunnhudad, att ha en viss skörhet, för att kunna vara en god vårdare. Att vara tunnhudad i en organisation som tär och sliter funkade inte i längden. Antingen förhärdas du eller så går du sönder.

Den som var med på den nordiska konferensen i Malmö i höstas kunde lyssna till professor Phil Barker. Han använder gärna havet som liknelse när han pratar om psykisk sjukdom, och jag skulle vilja låna den liknelsen för en stund. I mina mörkaste stunder kan jag tänka att det är hela den psykiatriska vården som har lidit skeppsbrott. Patienter, anhöriga, personal. Alla trampar vi vatten eller klamrar oss fast vid någon vrakspilla. Det blåser och stormar och vågorna piskar. Och alla är vi lika oförmögna att i längden rädda någon annan från att sjunka ner i djupet.

Men samtidigt pågår en vågrörelse. En vågrörelse som är så stor och så långsam att vi som befinner oss i vattnet har svårt

att över huvud taget uppfatta den. Det är en gigantisk våg, som har byggts upp under lång tid. Vi kan kanske ana att den finns där men vi vet inte vad den innebär. Är den ett hot eller ett löfte? Kommer den att lyfta och bära oss mot den personcentrerade vårdens paradistränder, eller kommer den att kollapsa och krossa oss i den slutgiltiga uppgivenhetens sista trötta suck? Är det någon idé att fortsätta trampa vatten eller är det lika bra att ge upp?

Det finns tecken på att vi faktiskt är på väg mot en kollaps. Det finns krafter som argumenterar för att vi borde ge upp och sänka kompetens- och kvalitetskraven i psykiatrisk vård. Jag tror att det finns en reell risk för en utveckling där kvalificerade arbetsuppgifter omdefinieras och överförs på okvalificerad personal, där teoretiskt förankrad utbildning ersätts av lärlingsutbildningar, och där kritiskt reflekterande, självständiga och ifrågasättande sjuksköterskor som driver på världens utveckling ersätts av fogliga och "anställningsbara" händer i vården.

Men jag tror fortfarande att det finns hopp för psykiatrin. Jag vill tro att den stora vågen ändå är en rörelse mot någonting bättre. Allt fler pratar om vikten av att se och möta personen, att lyssna till berättelsen. Allt oftare talas om nödvändigheten av att bryta upp maktstrukturerna och på allvar ta in patienter och närstående som jämbördiga parter. Psykisk ohälsa lyfts upp som den stora och prioriterade utmaningen för hälso- och sjukvården, ja för hela samhället. Det satsas äntligen pengar på att specialistutbilda sjuksköterskor, och arbetsgivare verkar på allvar försöka ge anställda rimliga ekonomiska förutsättningar att läsa vidare.

Förhoppningsvis får vi se en utveckling där sjuksköterskor faktiskt ges möjlighet att nyttja hela sin kompetens. En vård där sjuksköterskor kliver ut ur läkemedelsrummen och expeditionerna och istället möter patienterna. En vård där vi pratar mindre om vad andra gör eller borde göra, och istället pratar mer om vad

vi själva håller på med. Där vi ständigt ifrågasätter och försöker utveckla det vi gör. Där vi alla medlemmar av sjuksköterskeprofessionen, oavsett om vi arbetar med patienter, personal eller studenter, är med och bygger ny sjuksköterskekunskap och ser till att den kommer till nytta för patienterna. En psykiatrisk vård där vi kan och vill ta ansvar för patienten som person och för vår egen praktik. En vård där vi aldrig behöver ställa oss frågan om det kanske vore bäst för alla om vi bara gick hem.

Nyckeln till läkemedelsrummet

Men kanske är det inte upp till oss längre om vi vill stanna kvar? Socialstyrelsens nya läkemedelsföreskrifter medger bland annat att läkare i slutenvård kan delegera iordningställande och administrering av läkemedel till icke legitimerad personal, uppgifter som tidigare varit förbehållna legitimerade sjuksköterskor. Inom psykiatrin och andra verksamheter som har svårt att rekrytera och behålla sjuksköterskor finns en uppenbar risk att sjuksköterskeprofessionen, och därmed omvårdnad som självständigt kompetensområde, helt försvinner. Detta ställer stora krav på sjuksköterskeprofessionen att fortsätta utveckla och argumentera för den egna kompetensen, men också för verksamheterna att inse sambandet mellan sjuksköterskekompetens och god och säker vård.

Många gånger har jag hört personal i psykiatrisk slutenvård säga att "det enda som skiljer

skötarna från sjuksköterskorna här är att sjuksköterskorna har nyckel till läkemedelsrummet". Ofta sagt med stolthet. Ett uttryck för att man minsann inte gör skillnad på folk och folk. Ibland sagt med en uppgiven suck. För visst är det skillnad. Eller i alla fall borde det vara det.

Akademiseringen av sjuksköterskeyrket och utvecklingen av en självständig profession har pågått länge. En modernt utbildad sjuksköterska har idag en treårig högskoleutbildning på grundnivå. En specialistsjuksköterska har ytterligare minst ett års utbildning inom sin specialitet på avancerad nivå. Därtill krävs en legitimation med de förpliktelser och möjlighet till ansvarsutkrävande som det innebär. Vilken utbildning en undersköterska eller skötare har är högst oklart. Detta är inte reglerat. Det är i stället upp till den enskilda arbetsgivaren vilka man väljer att anställa i dessa funktioner.

Forskning visar att antalet sjuksköterskor, deras utbildningsnivå och deras arbetsförhållanden har betydelse för patientsäkerhet och kvalitet i slutenvården. Länge har behovet av sjuksköterskor för läkemedelshandling inneburit en garant för ett minimum av sjuksköterskor i den psykiatrin. Att detta krav nu försvinner innebär ett än större behov att synliggöra och värdera sjuksköterskans kompetens.

Om vi misslyckas i detta återstår bara för den sista psykiatrisjuksköterskan att lämna nyckeln till läkemedelsrummet under mattan när hen går.

LÄS MER

Ejneborn Looi, G. (2015). Omvårdnad som reflekterande praktik: Att se och använda alternativ till tvång i psykiatrisk vård. Doktorsavhandling Luleå tekniska universitet, 2015. Luleå. <http://tu.diva-portal.org/smash/get/diva2:991363/FULLTEXT01.pdf>

Gabrielsson, S. & Ejneborn Looi, G. (2017). Att se och möta individuella behov: Introduktion till omvårdnad i psykiatrisk vård och omsorg. Stockholm: BoD.

Gabrielsson, S., Sävenstedt, S., & Olsson, M. (2016). Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses' experiences of good nursing practice in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 434-443.

SAVE THE DATE!



PRF

HALMSTAD
12-13 APRIL

PRFs Årskonferens 2018
PSYKIATRISK OMVÅRDNAD I KLINISK PRAXIS

PREDIKO SJUKAN

– SVERIGES FÖRSTA MASSPSYKOS?

text PER ENARSSON

Per Enarsson, specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård och lektor vid Linnéuniversitetet, var en av talarna vid PRFs årskonferens i Växjö. Temat för konferensen var "Psykiatrisk omvårdnad – igår, idag och imorgon". Per valde att starta i gårdagen genom att berätta om predikosjukan som drabbade 3000 personer i 1800-talets Småland.

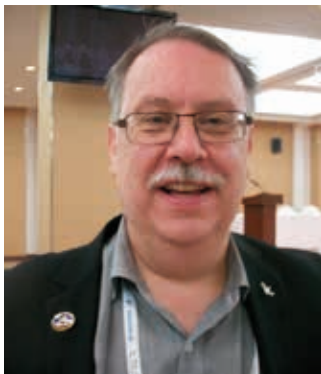
DENNA ARTIKEL FÖRSÖKER utforska hur synen på "vansinnet" förändrats till att det tar steget in i vår tids syn på psykisk ohälsa och sjukdom. Utgångspunkt är en händelse som gått till historien som predikosjukan. Den inträffade åren 1841-1842 i Småland och vid sin största utbredning hade 3000 personer insjuknat.

Många av oss har nog någon gång i dagligt tal använt uttryck som "jag blir galen", "du är tokig", "detta är vansinnigt" eller "jag blir rasande". Ord med en historisk laddning som delvis gått förlorad. Nu uttrycker det mer en förstärkning av en upprörd sinnesstämning. När vi i vår tid försöker förstå gången tid med utgångspunkt i vår egen tid finns risken att vi utövar kronologisk imperialism, det vill säga att vi tolkar och värderar händelser och människors handlingar med utgångspunkt i de värderingar vi idag hyser. Exempelvis kan det vara svårt för dagens människor att förstå hur starkt religionen influerade människors tänkande. Det närmaste vi kommer idag är

tron på naturvetenskapen som en absolut sanning.

Stora samhällsförändringar

Hur många är idag - om man inte är historiker - uppdaterade på vad som hände i Sverige på 1840-talet? 1800-talet är en tid med stora omvälvningar. Det säger vi för all del om nästa alla tidsåldrar - det står ofta i media att vi just nu lever i den mest omvälvande tidsåldern – vilket nog får sägas är en något historielös hållning. 1800-talets första hälft präglades av en snabb befolkningstillväxt i Sverige, industrialisering och bättre jordbruksmetoder låg bakom. Befolkningstillväxten ledde sedan till en omfattande emigration under andra halvan av 1800-talet. Miljoner flydde Sverige för att få en bättre livssituation, vilket bör komma ihåg idag då vi tar emot de som flytt i vår tid. Åren 1820-1840 togs ångkraften i bruk och påbörjade omgestaltningen den svenska landsbygden. Det ledde bland annat till enhetlig tid i Sverige då tågtabeller krävde det. År 1828 började växelundervisning



Per Enarsson är lektor och prefekt vid institutionen för hälso- och vårdvetenskap, Linnéuniversitet. Han forskar kring makt och patientinflytande inom psykiatrisk omvårdnad.



På 1840-talet användes fortfarande så kallade dårkistor. Foto: Sebastian Gabriellsson

...när vi i vår tid försöker förstå gången tid med utgångspunkt i vår egen tid finns risken att vi utövar kronologisk imperialism, det vill säga att vi tolkar och värderar händelser och människors handlingar med utgångspunkt i de värderingar vi idag hyser...



► i skolorna där de kunnigaste eleverna skulle ska undervisa de andra – därmed började barn delas in i grupper och betygsättas – och på den vägen är det med dagens debatt om betygssystemen. År 1842 blir skolundervisning obligatorisk men det dröjer många årtionden innan alla barn får gå i skola. På 1830-talet ”hände något med vädret” – på flera ställen i landet skedde stora översvämningar och riksdagen beslutade om att nationellt skulle grävas så kallade ”krondiken” för att leda bort allt vatten. År 1831 öppnas diligenstrafik öppnas i södra Sverige med fasta rutter och priser – både statlig (posten) och privata linjer öppnas. Dagen moderna bussystemet är fött. År 1839 ger Carl Jonas Love Almqvist ut ”Det går an” som handlar om kärlek och borgligt samvetsäktenskap – det första samboparet skapar upprörda känslor. År 1839 grundas skandinavismen av studenter från de nordiska länderna, en gryende nationalism tar form och leder till både goda och mindre goda

saker längre fram i historien. År 1850 avskaffas husagan, husbonden får inte längre slå alla i hushållet – bara sina barn. År 1860 kan en ogift kvinna bli myndig vid 25 år - gifter hon sig blir hon åter omyndig.

Socialt utsatta

I början av 1800-talet fanns ingen urskilning utifrån hjälpbehövandes olika behov. Fattiga, barn, kroniskt sjukan, fysiskt funktionsnedsatta och psykiskt sjuka hopades till olika förvaringsinrättningar. En av de mer kända är Danviks sjukhus i Stockholm (som Per Anders Fågelström berättat om i sin Stockholmskrönika). Stor trängsel, smuts, och ibland svårt karakteriserade den tidens socialvård. Särskilda tiggarpoliser patrullerade städernas gator för att för att skaffa undan ”oförsörjda hjon” från gatubilden. Att vara socialt utsatt och hemlös är ingen ny företeelse.

Den psykiatriska vården

Inom medicinen klassificerades sjukdomar på 1840-talet

fortfarande efter symtom och inte efter tänkbara orsaker. Även om det vid samma tid börjar skönjas en ny syn psykiskt sjuka – därmed kan man säga att det medicinska naturvetenskapliga inflytandet på anledningen till psykisk ohälsa ökade i relation till de andra förklaringsmodellerna. Människor med psykisk ohälsa blev vid tiden fortfarande inspärrande i så kallade ”dårkistor” – lokaler där dåtidens psykiskt sjuka låstes in och ofta kedjades fast - men de började ersättas med olika behandlingar. Kom ihåg att behandling ger man bara om det finns en tanke att insatserna leder till en förändring till det bättre.

Ett gryende intresse att fråga om patientens tidigare liv och att klassificera olika tillstånd började ske – diagnostisering och olika matriklar för hur diagnoser skulle ställas togs fram (precis som idag). Att sedan alla diagnoser med tiden anses inaktuella är fortfarande stort problem för psykiatrisk klassificering av sjukdomstillstånd då det naturveten-

skapliga perspektivet utgår från ”säker kunskap”. Behandlingstanken hade börjat i Frankrike i slutet av 1700-talet och ca 50 år senare började förändringen nå Sverige – goda nyheter färdas inte alltid fort. Följaktligen fick personer som led av raseri (psykos) pröva kräkmedel och stängdes in i mörklagda rum. Mot depression ordinerades exempelvis opium – och Sverige fick sina första sjukhusframkallade missbrukare. Den engelska idén om svängstolen fick genomslag på flera ställen i landet som Vadstena hospital och Danviks sjukhus (1813). Den roterade med 120 varv per minut till personen ofta blev medvetlös. De flesta kräcktes, några fick en stroke och många blödde näsblod. Efter en sådan runda blev de ”rasande” rätt spaka och det kunde antecknas i journalen att patienten förbättrats. Oron för en ny behandlingsvända gjorde säkert sitt till att föra patienten skulle uppföra sig.

Särskilt bra ansågs överraskningsbad vara. Då pratat vi inte om presentkort till spa. Den inte ont anande patienten leddes ut i en ofta vacker miljö, en park eller motsvarande där det fanns ett antal broar som gick över vattendrag. Då patienten befann sig mitt på bron låg läkaren, eller dennes medhjälpare, i buskarna vid brofästet och drog i en anordning så att en falllucka öppnades. Patienten föll oförberedd ner i vattnet och av chocken förväntades tankarna börja fungera bättre – kanske en tidig föregångare idéhistoriskt till ECT? Då simkunnighet var ovanlig uppstod ofta dödsångest och om patienten skulle drunkna så gick ju den terapeutiska verkan om intet så det gällde därför att vara snabb och fiska upp patienten.

Utbrottet

Nu är samhällsbakgrunden beskriven inför utbrottet av predikosjukan. Det började i Hjälmseryd socken i nuvarande Sävsjö kommun. År 1841 insjuknade den då 16 åriga flickan Anna Lisa Andersson. Hon hade redan i maj



De svåraste fallen togs till Jönköpings lasarett och Växjö lasarett för vård.

samma år insjuknat med huvudvärk och "oordning i underlivet". Efter en tid hade spasmer börjat uppträda i händer, armar, ansikte och ben. Under sjukdomstiden hade Anna Lisa börjat läsa andliga och världsliga böcker, historier och visor. När den världsliga repetoaren tog slut började hon i augusti och som omväxling läsa högt och sjunga andliga sånger. Enligt provinsialläkaren S E Sköldeberg, som besökte patienten i hennes hem i december 1841, hade patienten tidigare njutit full hälsa, haft ett sinne och förstånd i gott skick. Hon hade konfirmerats året innan med goda vitsord i kristendomskunskap (religion var – och är - en av förklaringsmodellerna då det gäller psykisk ohälsa) och menstruerat utan anmärkning (en annan av förklaringsmodellerna för psykisk ohälsa – kvinnors underliv – ordet "hysteri" kommer som bekant från grekiskans hystera = livmoder). Läkaren som befinner sig i en historisk brytningspunkt mellan olika förklaringsmodeller och berör indirekt bägge. Anna Lisas föräldrar menade att detta var något Herren lagt på henne – och att inget kunde göras.

Händelseförloppet om predikosjukan dokumenterades av prästen Johan Pontén som redan 1843 utom kom med en skrift om denna epidemiska psykiska sjukdom. "Ryktet spred sig i trakten om den ovanliga sjukdomen och några nyfikna, sysslolösa kärringar samlades omkring henne för att begäpa och skvallra." Då Anna Lisa under krampor började sjunga andliga sånger var stugan snart full av andäktiga kvinnor. De var snart på det klara över att det inte var frågan om någon sjukdom utan det var något annat som reagerade i kroppen på Anna Lisa. Så långt prästen Johan Pontén. Predikosjukan gick under många namn: predikaresjukan, Hjelmsrydssjukan, predikoattack-er, ecstasia religiosa, predico-mania, theomania, melancholia religiosa, aliento mentis religiosa och chorea S:ti Viti. Precis som i våra dagar blir en sjukdom mer

"vetenskaplig" om den ges ett latinskt namn.

Från det fattiga Hjelmseryd spreds nu sjukdom till angränsande socknar och häraden. Vanligen drabbades unga kvinnor och till symtomen hörde predikningar på regelbundna tider dagligen och med avgränsade krampor i extremiteter. Pigor och drängar ville inte arbeta och bönderna fick ta sitt tokiga tjänstefolk - ibland på kärror - till bland annat Jönköping, dit så många kom att man fick ha de sjuka på en äng under bar himmel. Antalet sjuka hade 1842 stigit till hela 3000 personer och de svåraste fallen togs till Jönköpings lasarett och Växjö lasarett för vård. Detta var en samhällsfarlig sjukdom – man kan jämföra med smittsamma sjukdomar där det idag råder anmälningsplikt. Nästan alla kunde dock skrivas ut från lasarettsvården efter 2-3 veckors vård.

Behandlingen

Vad fick de drabbade för behandling? Dels genomgick de medicinsk somatisk terapi som åderlätning, laxermedel, scabissalva i nacken (infekteras med skabb som skapar oerhörd klåda). En annan vanlig terapi - som dock inte finns dokumenterad just här – är att med en het nål göra ett hål i nackvecket, därigenom drogs ett hästtagel som var naturligt infekterat av bakterier (varet som sedan rann ur såret ansågs rena hjärnan.), lugnande läkemedel; moralisk

terapi (ska jämföras med dagens moral treatment inom psykiatrisk vård) i form av förmaningar om att uppföra sig; förhör av Luthers katekes; samt arbets- och sysselsättningsterapi.

Läkaren Sköldeberg hamnade i en vårdideologisk tvist med landshövdingen då han i en tom lasarettbyggnad i Växjö ville bygga en personsceller för att de sjuka inte skulle påverka varandra (jämför med "smittorisken" hos självskadande i dag). Landshövdingen ansåg dock att ofarliga sjuka inte kunde hanteras så som brottslingar och hållas åtskilda.

Förklaringsmodellerna

De tre för tiden rivaliserande paradigmerna för uppkomsten till den psykiska ohälsa som predikosjukan kan sägs utgjorde var:

1. Den folkliga förklaringen för predikosjukan var påverkan av helig ande eller besatthet av djävulen.
2. Den religiösa förklaringsmodellen sammanfaller delvis med folkliga förklaringsmodellen men tog fasta på arvssynden – människans har syndat och utsätts därför för prövningar.
3. Den medicinska förklaringen var inflammation i medulla oblongata (förlängda märgen) eller möjligen mjöldrögeförgiftning – det senare skulle kunna förklara kramporna medicinskt.

Några läkare och präster lutade åt en gemensam förklaringsmo-

dell med religiös masspsykos, att det inte var något övernaturligt utan just en sjukdom. Predikosjukan var - precis som masspsykos ofta är - avgränsad både i tid och rum. I nutida kan man kanske dra paralleller till oral galvanism och hudbesvär från bildskärmar – något som uppkommer i en brytningstid när exempelvis nya levnadsvanor uppstår i ett samhälle. Kanske vi idag skulle försökt förstå predikosjukan ur ett mera sociologiskt perspektiv?

Var är vårdarna?

Ja psykiatrisjuksköterskor fanns ännu inte 1841/42 - inte heller vanliga allmänsjuksköterskor – de skulle göra sin första debut i och med Krimkriget på 1850-talet, initierade av en viss Florence Nightingale. I stället var det sjukvaktare och sjukvakterskor ofta helt utbildade och dåligt betalda tjänstehjon som vårdade personer med psykisk ohälsa. Kloka gummor och gubbar fanns förstås utanför institutionerna och motarbetades aktivt av såväl läkare som präster.

Den svenska sjuksköterskeutbildningen har i olika former nu funnits i mer än hundra år, psykiatriska riksföreningen som organiserar psykiatrisjuksköterskor har hunnit fylla 50 år. Hur kommer eftervärlden att se psykisk ohälsa, dess orsaker, om hjälp att få och vårdarnas kvalitet – om ytterligare 50 år vet vi svaret.

...ett gryende intresse att fråga om patientens tidigare liv och att klassificera olika tillstånd började ske – diagnostisering och olika matriklar för hur diagnoser skulle ställas togs fram...



POJKEN MIN: HISTORIEN OM OLGA

text MARGARETA ARNEBOTTER JANSSON

En av talarna vid PRFs årskonferens i Växjö var sjuksköterskan och barnmorskan Margareta Arnedotter Jansson. Hon presenterade och läste ur sin roman "Pojken min". Det är historien om Olga och en berättelse om mental ohälsa, skam och försoning.

EFTER ETT LÅNGT arbetsliv som sjuksköterska och barnmorska har jag nu frihet att göra vad jag vill. Att skriva har blivit min favoritsyssla. Min tanke är att det jag skriver förhoppningsvis ska kunna vara till nytta och också leda till reflektion och samtal kring viktiga ämnen. Historien om Olga har funnits med mig under många år och den är nu skriven. Jag vill här berätta om min roman. Den är baserad på verkliga händelser men också en "hittapå"-produkt

"Pojken min" är min debutroman. Historien talade till mig och måste komma på pränt. Olga skulle inte bli ett förspillt kvinnode. Boken handlar om när tillvaron förändrade hela Olgas innersta väsen. Hon drabbades av mental ohälsa och hennes förtvivlan ledde till dramatiska konsekvenser för henne och familjen. Hon var född på slutet av 1800-talet och berättelsen om

henne utspelar sig från 1919 till 1932. Hon ansågs vara en fara för sig själv och tvångsomhändertogs. Maken skrev på papper som godkände det och fattigvården betalade. På den tiden, och även delvis nu, är och var det en skam att må dåligt i själen. Personer som hamnade på det som då kallades hospitalet talades det inte om. Ibland glömdes de bort helt och hållet. Hon fann ändå, till slut, en väg till acceptans och försoning.

I boken finns berättelser om hur patienter togs om hand och vårdades på mentalsjukhusen i vårt land på 1920-30-talen. Många av dåtidens behandlingsmetoder beskrivs och en del av dem används fortfarande. Jag gestaltar också Olgas inre känslor, hur hennes upplevelse av tillvaron var. Verkligheten var så sorglig att jag kände att jag också måste skriva om ljusa stunder och om hopp.

Utdrag ur boken

"HON HADE PULSAT I DEN DJUPA SNÖN och stod huttrande intill järnvägsspåret, som Karl under många dagar slitit med. Han hade skottat bort mängder av snö och hackat bort isbeläggningar från skenorna.

Olga hade bara sitt nattlinne och den slitna kappan, som var öppen, på sig. Kängorna satt oknäppta på de strumplösa fötterna. Det bara håret blåste fram över ansiktet och hon strök det hela tiden åt sidan för att kunna se bättre i mörkret. Det var mitt i natten och det enda ljud som hördes, var vindens stilla brusande i granarna som växte tätt bakom henne.

Hon tittade upp mot den svarta himlen, smyckad med stjärnor och insåg att hon var en mycket liten del av det stora. Det var trösterikt. Lugnet inombords var befriande, allt var rätt. Hon hade äntligen kommit fram till, att det som skulle ske, var det bästa för alla och framförallt för pojken.

I ögonvrån skymtade den lilla banvaktstugan, lampan utanför farstuvisten lyste svagt och hennes man sov helt ovetande om situationen. Väntan kändes lång och hon blev mer och mer nerkyld. Vinden ökade i styrka, rev och slet i hennes hår och kläder. Ögonfransarna var isbelagda, tårar och snor hade stelnat av kolden. Hon kände inte längre sina händer och fötter, men trots kylan, for en brännande hetta genom hela kroppen. Allt detta hade ingen betydelse. Det enda viktiga var att lyssna noga och höra när tåget kom. Det måste vara dags, om det inte var försenat.

Hjärtat slog hårt i en rasande fart och hon höll andan, när hon hörde ånglokets pustande och det började sjunga i rälsen. Ljudet var mer dämpat på vintern, för det igenom hennes huvud. Tåget närmade sig snabbt och snart lyste strålkastarna upp en stor del av spåret, snövallarna och den täta granskogen. Loket var bara några meter från henne och hon tog skrikande språnget."

LÄS MER

■ Boken är utgiven på eget förlag och kan köpas direkt från författaren via arnedotter.sign@gmail.com

GRATTIS HEFFA!



Horatios ordförande Martin Ward på scenen.

Vid generalförsamlingens sammankomst på Malta 12 maj blev PRFs ordförande Henrika "Heffa" Jormfeldt invald i styrelsen för Horatio – European Association of Psychiatric Nurses.

Hur känns det?

Det är självklart mycket hedrande. Både att bli nominerad till detta uppdrag av den svenska Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskors styrelse och att dessutom bli invald i Horatios generalförsamling i konkurrens bland tre ytterligare mycket lämpliga kandidater från hela Europa känns fantastiskt.

Vad är Horatio?

Horatio är en organisation som företräder psykiatrisjuksköterskor i Europa. I samarbete med andra organisationer, projekt och enskilda fungerar Horatio som en aktiv diskussionspartner i syfte att påverka frågor som rör psykisk hälsa och utveckling av psykiatrisk omvårdnad. Horatio är bland annat rådgivare i EU kring frågor som rör psykisk hälsa.

PRF är ju medlemmar i både det nordiska psykiatrisjuksköterskesamarbetet PSSN och i det europeiska samarbetet Horatio. Varför är det viktigt att PRF deltar i internationella samarbeten?

Det är viktigt att PRF har insyn i hur omvårdnadsfrågor utvecklas i övriga Norden och i Europa. Ofta får man ett vidare perspektiv på sin egen verksamhet när man har möjlighet att ställa den i relation till andra verksamheter runt om i världen. På många områden ligger vi i framkant i Sverige men på andra områden kanske vi har en del att lära av andra länder. Det är också mycket viktigt att vi i Sverige kan vara med och påverka på EU-nivå. Då kan vår specifika svenska omvårdnadskompetens tas tillvara, och vi kan se till att

det svenska perspektivet finns med när frågor som rör förutsättningar för psykiatrisk omvårdnad i Sverige avgörs.

Vad kommer du bidra med i styrelsen?

Jag vill gärna bidra till att ett salutogent omvårdnadsperspektiv stärks och synliggörs och att det samarbete över professionsgränser som nu arbetas fram på olika nivåer blir en väl avvägd balans mellan alla professionella kompetenser inom fältet psykiatrisk omvårdnad. Exempelvis tror jag att samverkan med psykologiska, arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska insatser skulle kunna berika psykiatrisk omvårdnad i mycket högre grad än vad som sker idag då omvårdnadsinsatser utgår ganska övervägande utifrån ett medicinskt perspektiv.

Några särskilda frågor du vill driva?

Transparens, genus och jämställdhet tror jag är mycket viktiga frågor att bevaka i en organisation som Horatio.

Ordförande för PRF, docent på Högskolan i Halmstad, hästägare och nu styrelseledamot i Horatio. Hur hinner du med allt?

Det är en bra fråga och framtiden får utvisa hur länge det går att hålla ett så relativt högt tempo. Men det är positivt att processen är igång igen efter några år då Sverige inte haft någon representant i Horatio. Det viktiga är att psykiatrisjuksköterskor i Sverige är med och påverkar och jag är trygg med att vi har fler duktiga inom professionen i Sverige som kan fortsätta när min ork sinar.

Generalförsamlingens möte hölls i samband med en konferens om psykiatrisk omvårdnad - 4th Horatio European Festival of Psychiatric Nursing.

Hur var konferensen?

Konferensens tema var "Working in partnership" och en key note representerades av respektive profession inom det psykiatriska fältet. Det var en bra tanke eftersom samarbetet mellan professionerna inom psykiatri är så viktigt. En risk med ett sådant upplägg är att omvårdnadsperspektivet får alltför lite utrymme. Sannantaget tycker jag att festivalen lyckades synliggöra detta dilemma. Mycket arbete återstår innan samarbetet mellan professionerna fungerar på ett sådant sätt att förutsättningarna för att främja hälsa och återhämtning hos de personer som behöver psykiatrisk vård optimeras. Glädjande var också att fyra svenska bidrag fanns representerade på konferensen.



Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

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

PRF
c/o Henrika Jormfeldt
Bråddared, 313 97 Simlångsdalen
Bankgiro: 5118-1592
Organisationsnr: 812000-0693

STYRELSE 2017

ORDFÖRANDE

*Samordnare forskarnätverket
Konferensansvarig*

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

VICE ORDFÖRANDE

Medlemsansvarig

Prenumerationsansvarig

Karl-Henrik Forsman, Jönköping
070-631 18 93

karl-henrik.forsman@psykriks.se

KASSÖR

Britt-Marie Lindgren, Umeå
070-643 33 08

britt-marie.lindgren@psykriks.se

SEKRETERARE

Eva Lindgren, Luleå
070-292 93 42

eva.lindgren@psykriks.se

LEDAMOT

Jenny Molin, Umeå

072-200 33 98

jenny.molin@psykriks.se

LEDAMOT

PR- och sponsorsansvarig

Jenny Karlsson, Stockholm
070-235 27 28

jenny.karlsson@psykriks.se

LEDAMOT

Samordnare forskarnätverket

Hanna Tuveesson, Karlskrona
0455-38 54 17

hanna.tuveesson@psykriks.se

LEDAMOT

IT-ansvarig

Simon Steinmo, Stockholm
0721-87 65 55

simon.steinmo@psykriks.se

LEDAMOT

Paul Stråby, Stockholm

070-780 21 62

paul.straby@psykriks.se

PSYCHE 2017

*Chefredaktör och
ansvarig utgivare*

Sebastian Gabrielsson, Luleå

070-548 38 64

sebastian.gabrielsson@psykriks.se

REDAKTIONSRÅD

Åsa Priebe, Södertälje

asa.priebe@gmail.com

Jörgen Öijervall, Varberg

jorgen.oijervall@hh.se

LOKALREDAKTÖRER

Mikael Nilsson, Varberg

0340-48 13 93

mikael.nilsson@lthalland.se

Christina Reslegård, Östersund

063-463 13 b

0640-166 37 a

christina.reslegard@rjl.se

RECENSIONSANSVARIG

Jenny Karlsson, Stockholm

jenny.karlsson@psykriks.se

070-235 27 28

REVISORER 2017

ORDINARIE

Ingemar Wänebring,

Bankeryd

036-30 78 58 b

036-32 31 40 a

ingemar.wanebring@rjl.se

Ulf Rogberg, Jönköping

ulf.rogberg@rjl.se

SUPPLEANTER

Patrik Dahlqvist-Jönsson,

Halmstad

070-320 66 51

patrik.dahlqvist-jonsson@regi-onhalland.se

Rose-Marie Björklund,

Göteborg

0725-76 06 06

rosemarie.bjorklund@gmail.com

VALBEREDNING 2017

SAMMANKALLANDE

Jörgen Öijervall, Varberg

jorgen.oijervall@hh.se

Maria Åling, Stockholm

072-519 36 46

maria.aling@rkh.se

Lena Elfström, Stockholm

lena.elfstrom@vardforbundet.se



PRFs styrelse verksamhetsåret 2017. Jenny Molin, Henrika Jormfeldt, Hanna Tuveesson, Britt-Marie Lindgren, Karl-Henrik Forsman, Jenny Karlsson, Simon Steinmo, Eva Lindgren. På bilden saknas Paul Stråby.

Årsmöte 2017

DEN 23 MARS, i samband med årskonferensen, höll PRF årsmöte i psykiatriska kliniken lokaler i Växjö.

Henrika Jormfeldt föredrog verksamhetsberättelsen och Britt-Marie Lindgren bokslutet. Det framkom bland annat att styrelsen arbetat med den nordiska konferensen Narrative Nursing, formulerat remissvar, deltagit i workshops, expertmöten, hearings samt medverkat i olika projekt. Antalet medlemmar är stabilt och vid årsskiftet hade PRF 558 registrerade medlemmar. Ekonomin är god och bokslutet visade ett plusresultat. Nationella forskarnätverket är aktivt och har bistått med sin expertis framförallt när det gäller remissvar. Föreningens internationella samarbete har fortgått genom Horatio och PSSN. Psyche har utkommit med fyra nummer under året. Hemsidan fungerar väl och föreningen är aktivt på sociala medier via Facebook och Twitter. I enlighet med revisorernas rekommendation valde årsmötet att bevilja styrelsen ansvarsfrihet.

När det kom till personval valde årsmötet att gå på valberedningens förslag som föredrogs av Jörgen Öijervall. Karl-Henrik Forsman valdes till ny vice ordförande medan tidigare vice ordförande Britt-Marie Lindgren valdes till ledamot. Eva Lindgren och Jenny Karlsson omvaldes som ledamöter. Nya i styrelsen blev Hanna Tuveesson, Simon Steinmo och Paul Stråby. Henrika Jormfeldt sitter kvar som ordförande och Jenny Molin som ledamot.

Henrika avtackade Joachim Eckerström och Hampus Martinsson som valt att inte ställa upp för omval till styrelsen. Ett tack riktades också till tidigare kassören Ewa Langerbeck som valt att kliva av uppdraget tidigare under året. Årsmöteshandlingarna finns att läsa på www.psykriks.se

Sebastian Gabrielsson

Workshop nationell statistik om tvångsvård

DEN 16 MAJ bjöd Socialstyrelsen in till en workshop avseende nationell statistik om tvångsvård, där jag deltog på uppdrag av PRF. Den inbjudande arbetsgruppen från Socialstyrelsen arbetar med ett regeringsuppdrag som handlar om förbättring av uppföljningen av psykiatrisk tvångsvård.

Syftet med workshopen var att diskutera och reflektera över vilka behov av information och statistik om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård som finns. Flera intressenter var närvarande för att få med olika perspektiv i diskussionen, till exempel representanter från olika myndigheter, klinisk verksamhet, professionsföreningar och brukare- och närståendeorganisationer.

Under workshopen framkom en stor mängd önskemål om uppgifter som olika intressenter skulle vilja kunna följa statistiskt i en nationell databas. Aspekter som patientens och närståendes perspektiv, personalsammansättningen vid en tvångsåtgärd, den juridiska processen, tvångsvårdens innehåll och vårdmiljön är exempel som diskuterades som värdefulla att kunna ta del av. Vi insåg dock att många av våra önskemål i realiteten skulle bli svåra att mäta i form av statistik och att vi inte kan rapportera in uppgifter om ALLT vi är intresserade av. Här blir det en fråga om att försöka identifiera de mest centrala uppgifterna som bör finnas med i den nationella statistiken och som kan bidra till uppföljning och utveckling av tvångsvården i Sverige.

Denna workshop var en del i förstudie och Socialstyrelsens arbetsgrupp kommer att fortsätta arbetet med regeringsuppdraget framöver. Planen är att komma med en redovisning i slutet av 2018.

Hanna Tuveesson

STYRELSEMÖTE MAJ

STYRELSEN MÖTTES FÖRSTA

helgen i maj i Vårdförbundets lokaler i Stockholm för att avhandla bland annat nätverksarbete och nästa årskonferens. Efter att såväl gamla som nyvalda leda-

möter välkomnats och riktlinjer och stadgar gått igenom hölls ett telefonmöte med Psyches chefredaktör Sebastian Gabrielsson. Förutom att konstatera att tidskriften håller hög klass



önskas mer uppdateringar från forskarvärlden samt möjligheten att läsa och dela enstaka artiklar på sociala medier. Vi ser också fram emot en följetång om aktuella omvårdnadsmodeller! Efter telefonmötet gick styrelsen igenom aktuella samarbeten med andra yrkesorganisationer och nätverk, däribland HORATIO (organisation som samlar europeiska föreningar och nätverk för sjuksköterskor inom psykiatri). Styrelsen beslutade att nominera PRF:s ordförande Henrika Jormfeldt till HORATIO:s styrelse.

Utöver det forskarnätverk som redan finns igång sonderas terrängen för att starta upp ett nätverk specifikt kring terapeutiska interventioner inom psykiatrisk omvårdnad.

Simon Steinmo

NYA I STYRELSEN



I HANNA TUVESSEN

"Jag heter Hanna, är 37 år och bor i den härliga kuststaden Karlskrona i Blekinge tillsammans med min man och två barn.

Mitt intresse för psykiatri går tillbaka till gymnasiet när jag var ute på min första praktik inom psykiatri. Man kan säga att jag blev "hooked" redan där och när jag senare läste till sjuksköterska hade jag siktet inställt på psykiatri. Efter min examen 2003 började jag att arbeta i psykiatri som planerat, kombinerat med att läsa till specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård. Jag har provat på att arbeta inom många olika områden, men företrädesvis inom vuxenpsykiatrisk heldygsvård.

Jag visste vad jag ville med sjuksköterskeutbildningen, men var oförberedd på mitt intresse för vetenskap. Vem kunde tro att examensarbetet skulle vara det roligaste på hela utbildningen? Jag sökte mig därför senare till forskarutbildningen och disputerade 2011 på Malmö Högskola med en avhandling om vårdatmosfär, psykosocial arbetsmiljö och stress bland vårdpersonal inom psykiatrisk heldygsvård.

Jag har fortsatt att undersöka dessa aspekter och vill försöka förstå hur miljön och atmosfären inom psykiatri byggs upp och vilken betydelse den har för de människor som vistas där. Sedan 2012 arbetar jag som universitetslektor på Blekinge Tekniska Högskola, framförallt på sjuksköterskeprogrammet.

Stort tack för förtroendet att bli invald till styrelsen. Jag hoppas kunna bidra med engagemang och erfarenhet, i arbetet med att utveckla och förtydliga psykiatrisk omvårdnad och sjuksköterskans yrkesroll inom psykiatri."



I SIMON STEINMO

"Jag är specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård. Jag arbetar inom slutenvården på en äldrepsykiatrisk avdelning i Stockholm och är samtidigt i slutfasen av min basutbildning i psykoterapi. Jag brinner för det goda samtalet, omvårdnadens autonomi och fäktning. Jag hoppas kunna bidra med en röst "från golvet" till PRF:s viktiga arbete att stärka och utveckla sjuksköterskans roll i psykiatri."



I PAUL STRÅBY

"Jag har trettio yrkesår inom vård och omsorg i år. Började som mentalskötare 1987 inom psykosvård och akutpsykiatri på Sahlgrenska i Göteborg. Har där efter en gedigen erfarenhet och utbildning inom omsorgerna för människor med psykisk utvecklingsstörning.

Efter 15 år inom psykosvård, socialpsykiatri (Härbärke), omsorg och distriktsvård som undersköterska fick jag chansen att leda två gruppboenden inom omsorgerna i Stockholm som föreståndare. Därefter blev det studier till sjuksköterska på Ersta Sköndal högskola. Under min grundutbildning gjorde jag min verksamhetsförlagda utbildning på Rättspsykiatriska kliniken Huddinge sjukhus. Detta blev



PÅ GÅNG inom psykiatri och omvårdnad

2017

I 23rd International Mental Health Nursing Research (MHNR) Conference / 14-15 september, Cardiff, UK

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

I American Psychiatric Nurses Association (APNA) 31st Annual Conference / 18-21 oktober, Phoenix, Arizona, USA

I Australian College of Mental Health Nurses (ACMHN) 43rd Annual International Mental Health Nursing Conference / 25-27 oktober, Tasmanien, Australien

2018

I Årskonferens: Psykiatrisk omvårdnad i klinisk praxis / Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor (PRF) / 12-13 april, Halmstad

I Safe settings / Horatio European Psychiatric Nurses / 10-12 maj, Tors-havn, Färöarna

min inkörsport till den rättspsykiatriska kontexten. Efter sju år på Rättspsykiatriska kliniken i Malmö som intagssjuksköterska flyttade jag tillbaka till hemstaden Stockholm i november 2014. Då var det ett naturligt val att fortsätta mitt sjuksköterskevår inom Rättspsykiatri vård Stockholm. Jag läste min specialistutbildning på Malmö Högskola och examinerades 2014. Jag har haft tjänst som adjungerad klinisk adjunkt i drygt ett år inom Rättspsykiatri vård Stockholm. Arbetet består av undervisning för VFU-studerande, handledning till kliniska handledare samt att inom ramarna för verksamheten utveckla arbetet med studenter och tangerande frågor."



Brosch för specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård

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 eller genom att betala in avgiften via bankgiro 5118-1592 eller SWISH 123 069 28 06 och då ange namn och personnummer.