

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN  
FÖR SJUKSKÖTERSORS TIDSKRIFT

# Psyche

NUMMER 4 2020

**Specialistsjuksköterske-  
utbildningen i går, i dag  
och i morgon**



Psyche är Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor (PRF) tidskrift som utkommer med fyra nummer per år. Tidningen distribueras till medlemmar och prenumeranter och används för att marknadsföra föreningen. Psyche speglar och bevakar psykiatrisjuksköterskans kunskapsområde och är föreningens ansikte och kommunikationsmedel internt och externt.

**Chefredaktör/  
Ansvarig utgivare**  
Hanna Tuvevsson

**Biträdande chefredaktör**  
Henrika Jormfeldt

**Kontakt**  
Psyche c/o Hanna Tuvevsson  
Gamla Riksvägen 10  
37160 Lyckeby  
072-5673307

**Bli medlem**  
Prenumeration på Psyche ingår vid medlemskap i PRF. Medlem kan den bli som är sjuksköterska med anknytning till psykiatri genom utbildning eller yrkesverksamhet. Den som inte uppfyller detta krav är välkommen som associativ medlem. Medlemsavgiften för 2020 är 325 kr. Studenter och pensionärer betalar 200 kr. Medlem blir man genom att 1. Anmäla medlemskap via [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se) eller 2. Betala in avgiften via bankgiro 5118-1592 eller SWISH 123 069 28 06 och ange namn och personnummer.

**Utgivningsplan 2021**  
Nr 1 vecka 9, nr 2 vecka 22,  
nr 3 vecka 39, nr 4 vecka 50.

**Prenumerera**  
Prenumerationspris för 2021 är 400:-/år (inom nordnorden 450:-/år). Teckna prenumeration via PRF:s hemsida [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se) eller kontakta prenumerationsansvarig [paul.straby@psykriks.se](mailto:paul.straby@psykriks.se)

**Annonsera**  
För information och annonsbokning kontakta Britt-Marie Lindgren, [britt-marie.lindgren@psykriks.se](mailto:britt-marie.lindgren@psykriks.se)

**Tryck och formgivning**  
Form Olga&friends/  
Ågrenshuset, Bjästa  
[www.agrenshuset.se](http://www.agrenshuset.se)  
Redaktionen ansvarar ej för insänt, ej beställt material samt förbehåller sig redigeringsrätt. Den som sänder in material förutsätts medge elektronisk lagring/publicering.

ISSN 0283-3468



## INNEHÅLL



Psykiatriska  
Riksföreningen  
för Sjuksköterskor



## 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 augusti respektive 15 januari. 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. Ange även eventuellt förslag till spridning av inhämtade kunskaper, exempelvis artikel i Psyche, seminarium eller bidrag till årskonferens. Vid ej genomförd aktivitet ska erhållet belopp återbetalas. Stipendier kan inte sökas för av PRF anordnade kurser/konferenser.

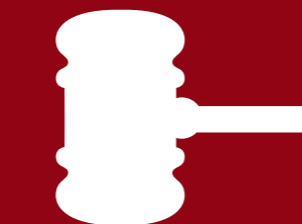
MÅLSÄTTNINGEN ÄR att kunna dela ut stipendium om totalt 15 000 kr under verksamhetsåret 2020.

VÄLKOMMEN MED DIN STIPENDIEANSÖKAN!



Psykiatriska  
Riksföreningen  
för Sjuksköterskor

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN  
FÖR SJUKSKÖTERS KOR  
c/o Henrika Jormfeldt  
Bråddared, 313 97 Simlångsdalen  
[henrika.jormfeldt@psykriks.se](mailto:henrika.jormfeldt@psykriks.se)



## ÅRSMÖTE

PSYKIATRISKA  
RIKSFÖRENINGEN FÖR  
SJUKSKÖTERS KOR KALLAR  
TILL ÅRSMÖTE

TORS DAG 18 MARS 2021  
KL 16.30

PLATS: Online

På dagordningen  
bl a Verksamhetsplan  
för 2021

VARMT VÄLKOMNA!

Vi hoppas kunna erbjuda ett inspirerande digitalt program och ser fram emot att träffas även om det endast kan bli digitalt. Program och annan information om konferensen uppdateras fortlöpande på föreningens hemsida [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se)

# Coronapandemin tär fortsatt på vår psykiska hälsa!

DET ÄR ALLTJÄMT OKLART i vilken utsträckning coronapandemin kommer att påverka befolkningens psykiska hälsa generellt i landet. Men säkert kommer förmågan att lyssna på riktigt, att förstå individens perspektiv och att ha beredskap att möta även det som är svårt, kärnan i den psykiatriska omvårdnadskompetensen, att utgöra en värdefull resurs i en tid när många i vårt samhälle har det extra svårt.

Inledningsvis var målsättningen att genomföra PRF:s årskonferens på temat *Hållbar psykisk hälsa* i april 2020. Efter tilltagande restriktioner och en alltmer allvarlig utveckling av pandemin stod det klart att en sådan planering inte var möjlig att fullfölja. Längre fanns hoppet att årskonferensen istället skulle kunna arrangeras i september i år men även den planeringen fick slutligen överges. Därefter stod hoppet till att kunna genomföra den planerade årskonferensen *Hållbar psykisk hälsa* på Näringslivets hus i Stockholm den 18 – 19 mars 2021. Nu står det klart att inte heller den planeringen kommer att kunna genomföras och konferensen ställs därför in. Styrelsen arbetar istället för fullt med att hitta en genomförbar alternativ

lösning i samband med årsmötet den 18 mars 2021. Vi hoppas kunna erbjuda ett inspirerande digitalt program och ser fram emot att träffas även om det endast kan bli digitalt. Program och annan information om konferensen uppdateras fortlöpande på föreningens hemsida [www.psykriks.se](http://www.psykriks.se)

Uppmaningen till alla medlemmar är även fortsättningsvis att hålla avstånd, hålla ut och att vara rädda om varandra! Använd gärna PRF:s kanaler i sociala medier så ofta ni önskar för att kommunicera det som är viktigt nu när många andra mötesforum inte kan användas.

**Jag önskar er alla en riktigt God Jul och ett Gott Nytt 2021 med minskade behov av restriktioner.**

**Jag hoppas att vi ses online på PRF:s årsmöte den 18 mars 2021!**

## ORDFÖRANDE HAR ORDET



HENRIKA JORMFELDT  
ORDFÖRANDE, PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN FÖR SJUKSKÖTERS KOR



# Utbildning till specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård – i går, i dag och i morgon

Formerna för och innehållet i specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning psykiatrisk vård har varierat stort under de senaste 50 åren. I det här numret av Psyche får vi ta del av erfarenheter av och reflektioner kring specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning psykiatrisk vård och specialistsjuksköterskans funktion och roll från två lärare, två specialistsjuksköterskestudenter samt en handledare.

Förändringen av

## Specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatrisk vård under 50 år

Text: ANETTE ERDNER

Under senare delen av 1960-talet förändrades sjuksköterskeutbildningen från att omfatta tre år till en fem-terminers utbildning. Förändringen medförde också att eleven betraktades som student med möjlighet att söka studielån och fr.o.m. nu hade studenten reglerad arbetstid. Ämnena i utbildningen riktades mot fler teoretiska timmar med utökning av de medicinska ämnena. Målet var att utöka sin kompetens och kunna ta över vissa medicinska uppgifter i vården.

**UNDER EN ÖVERGÅNGSTID** fanns studenter som följde "gamla" utbildningssystemet samtidigt som de nya infördes. Ibland skapade detta en del problem för personal/ handledare på vårdenheterna och den nya utbildningen togs inte alltid emot

på ett positivt sätt. Studenterna kritiserades ofta med kommentarer som "vi vet inte vad vi ska lära er för ni ska bara ha teoretiska kunskaper" och "vi kan inte begära av er att ni tar hand om patienter som behöver grundläggande omvårdnad".

Efter avslutad sjuksköterskeutbildning kunde sjuksköterskan söka vidareutbildning som omfattades bl. av ämnena psykiatri, farmakologi, gruppteori, kunskap i kommunikation och arbetsledning. Utbildningsformen i de humanistiska ämnena



ANETTE ERDNER  
Foto: Privat

var framförallt gruppinriktad där studenten fick träna sin kommunikationsförmåga och sina reaktioner i gruppsammanhang. Landets vidareutbildningar varierade och präglades av vilka som undervisade i utbildningarna. Vissa utbildningar hade tyngdpunkten mot psykodynamisk inriktning, andra mot ett medicinskt perspektiv.

Vid denna tid fanns möjligheter att utbilda sig vidare i psykoterapi steg 1, administrativ utbildning för att bli klinikföreståndare eller vårdlärarutbildning. Om någon önskade utbilda sig vidare inom vårddyrkena till exempelvis till socionom eller läkare så fanns inga möjligheter att tillgodoräkna sig tidigare utbildningar.

Vård 77-reformen aktualiserades under 1970-talet och innebar att sjuksköterskeutbildningen skulle vara en högskoleutbildning eller fortsättningsvis en fackutbildning. Sjuksköterskorna i den psykiatriska vården hade delade meningar om detta och kommunal hävdade att sjuksköterskeutbildningen fortsättningsvis borde vara en fackutbildning. Beslutet blev dock att sjuksköterskeutbildningen skulle vara en högskoleutbildning. Detta medförde krav på att utbildningen skulle ha ett definierat huvudämne såsom omvårdnad, forskningsmetodik och etik.

Som nyutbildad lärare var det en utmaning att arbeta från en ny utbildningsplan och arbeta med vad huvudämnet omvårdnad kunde innebära. Definitionerna av omvårdnad hade olika utgångspunkter, några tolkade omvårdnad utifrån psykiatriska sjukdomar, andra utifrån yrkesrollen, och den tredje gruppen utgick från patientperspektivet. Samtidigt som detta definitionsarbete pågick startade ett antal kurser inom etik och forskningsmetodik som framförallt anordnades av lärarhögskolorna. Kurser i omvårdnad fanns inte så många, dock hade Åbo universitet kurser dit många lärare sökte. Under denna period var det en omfattande sjuksköterskekräft där mentalskötare kunde för-

ordnas till sjuksköterska. För att tillgodose vården med sjuksköterskor riktades utbildningarna mot olika specialiteter, varav en mot psykiatrisk vård. Utbildningen omfattade endast fyra terminer vilket bedömdes vara tillräckligt eftersom utbildningen vände sig till mentalskötare med förkunskaper i psykiatrisk vård. Studenten som gick utbildningen erhöll en utbildningslön och antagningen till utbildningen sköttes av arbetsgivare i samråd med antagningsnämnd. Flera av de antagna studenterna hade en oerhörd stor erfarenhet av vårdandet, medan många inte hade studerat på flera år vilket gjorde att de hade svårt att tillgodogöra sig studierna. Detta resulterade i att många studenter hoppade av utbildningen.

Lärare menade att fyra terminers utbildning var för kort och måste förändras till att vara treårig med specialistutbildning därefter. Direktutbildningarna med inriktning mot ex psykiatrisk vård avskaffades och ersattes med en treårig sjuksköterskeutbildning och specialistutbildningarna återinfördes. Sjuksköterskeutbildningen skulle ge en legitimation samt en kandidatexamen. I detta skede skulle utbildningen EU-anpassas och utbildningsmålen förtydligades mot vad det innebar att studera på högskolan. Begrepp som reflektion, självständighet och kreativitet blev framträdande i de olika ämnena som utbildningen innehöll.

För de sjuksköterskor som genomfört sin utbildning innan Vård 77-reformen saknades kompetens för att ansöka till de nya specialistsjuksköterskeutbildningarna. Naturligtvis skapade det irritation hos sjuksköterskor och arbetsgivare. Argumenten var att som sjuksköterska behövde man inte ha kunskaper i forskningsmetodik. Gällande omvårdnad var det delade meningar, en del ansåg att de hade tillräcklig kunskap i ämnet medan andra ansåg att sjuksköterskor behövde mer kunskap i psykiatri och farmakologi. Arbetsgivare ansåg att utbildningsanordnarna hade missförstått sin uppgift -

de borde utbilda sjuksköterskor så att de kunde ta hand om patienter och deras behov av vård. För att ge möjligheter för sjuksköterskor med äldre utbildning att vidareutbilda sig, anordnades kompletterande utbildningar, på kandidatnivå, där ämnena omvårdnad, forskningsmetodik, etik och ett självständigt arbete ingick. Studierna bedrevs på halvfart och omfattade två terminer. Till en början var intresset lågt och de som deltog i utbildningen hade många synpunkter på nyttan med att gå utbildningen.

Parallellt med detta hade lärare fullt upp med att kompetensutbilda sig till magisternivå och forskarutbildning. De flesta av lärarna arbetade heltid och kompetensutvecklade sig under sin lediga tid. Många meriterade sig på pedagogiska fakulteten. Något senare öppnades möjligheten för sjuksköterskor att ansöka till forskarutbildningen även på medicinska fakulteter. Andra valde att söka sig till Finland för sin kompetensutveckling eftersom man där hade en vårdvetenskaplig forskarutbildning. Dessa tre alternativ hade olika fokus och tyngd på ämnena som visade sig i debatten och än idag om vad huvudämnet omfattas av. Antalet lärare med magisterkompetens ökade och fler påbörjade sina forskarstudier. Fortfarande var det lite si och så med forskningsforskningsbidrag, en del hade det och andra inte. Doktoranderna handledes ofta av psykiatriker vilket skarpt präglade huvudämnets innehåll och framväxt.

Myndigheterna inrättade ett antal universitet och högskolor där sjuksköterske- och specialistutbildningarna inordnades. Samtidigt förändrades de övergripande riktlinjerna från fastställda utbildningsplaner till lokala planer vilket medförde att utbildningsanordnarna kunde skapa sin egen profil. Konsekvenserna av denna förändring blev olikheter i utbildningarnas innehåll, som att vissa utbildningar gav både specialistsjuksköterskeexamen och magisterexamen och andra inte. Likaså blev innehållet i

huvudämnena olika där lärarens skolning hade stor betydelse. Även teoriansknytningen var olika med avseende på nivå, omfattning och innehåll.

Detta ökade kraven på den sökande att informera sig om de olika utbildningarnas innehåll samtidigt som konkurrensen ökade mellan utbildningsanordnare. Genom teoretiseringen, lärarnas akademisering och utbildningens organisatoriska tillhörighet och avsaknad av gemensamma forskningsprojekt med vården ökade också avståndet mellan vård och utbildning. Högskoleverket införde granskningar av utbildningarnas kvalitet vilket skapade och ökade konkurrens mellan utbildningsanordnarna.

Allt fler av lärarna är numera forskarutbildade vilket påverkar utbildningarnas utveckling ämnessämsigt och kvalitetsmässigt. Studenter är idag intresserade av att skaffa sig en specialistsjuksköterskeutbildning men ibland hamnar ibland i konfliktsituationer mellan att vara student och samtidigt sjuksköterska, förälder och maka/make. Tiden räcker inte till för att studera. Andra motsägande situationer som studenter ställs inför är att utbildningen definierar vårdvetenskap som huvudämne medan verksamheten har ett medicinskt perspektiv där psykiatri blir sjuksköterskans arbetsområde. Idag är många studenter intresserade av att gå vidare mot forskning efter sin specialistsjuksköterskeutbildning. Fortsättningsvis är det viktigt att skapa forskningsprojekt kring vad som är verksamt i vårdandet, förbättra samarbetet mellan vård- och utbildningsanordnare och arbeta för gemensamma projekt, samt klargöra huvudämnet psykiatrisk omvårdnad. Detta skulle bl. a. kunna tillgodose med att fler professorer med skolning i psykiatrisk omvårdnad inrättades. ■

Mot person och varande –

## Handledning på avancerad nivå 2020

Text: ANDREAS GLANTZ

För mig har handledning av studenter alltid varit ett av de roligaste och samtidigt mest utmanande momenten i mitt yrke som specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård. Det skänker å ena sidan tillfredsställelse att få berätta om och handleda i ett synnerligen människovårdande yrke som en själv brinner för. Samtidigt ställer de komplexa omvårdnadsbehov som våra patienter har krav på handledaren att begripliggöra hela omvårdnadsprocessen, inklusive de utmanande psykosociala situationer som patienterna ofta befinner sig i. Detta skapar ett dialektiskt dilemma mellan att göra patienternas omvårdnadsbehov förståeliga under en förhållandevis kort period samtidigt som dessa behov i sin natur är långt ifrån enkla. Med tanke på de resursbrister vi ofta upplever finns då risken att handledningen blir produktionsfokuserad och att utrymme för diskussion och reflektion saknas.



ANDREAS GLANTZ  
Specialistsjuksköterska  
inriktning psykiatrisk vård  
Malmö  
Foto: Privat

**NÄR JAG SJÄLV VAR STUDENT** var det oftast just upplevelsen av att handledaren var intresserad av mig och av sin egen specialitet som var viktigast och att det fanns tid inte bara för övning utan också för reflektion. Idag handlar handledning för mig i mångt och mycket om att ta fasta på vad Erich Fromm kallade "varande snarare än ägande". Speciellt inom psykiatrisk omvårdnad har detta en viktig plats. Att vara närvarande i mötet med personen som behöver omvårdnad handlar om ett fokus på nuet och att se människan snarare än att försöka vara produktiv, effektiv och diagnosfokuserad. Skillnaden mellan varande och ägande blir särskilt tydlig i handledningen av sjuksköterskestudenter på grundnivå kontra specialistsjuksköterskestudenter på avancerad nivå. Medan sjuksköterskestudenter på grundnivå kan ha ett stort fokus på ägande, d.v.s. kunskapsinläring, praktisk övning och att hitta sin egen identitet som sjuksköterska, finns det ibland större utrymme för ett mer filosofiskt varandeperspektiv hos specia-

listsjuksköterskestudenter. Hos dessa studenter finns ofta redan en etablerad sjuksköterskeidentitet och erfarenhet av att möta personer med psykiskt lidande. Handledningen kan då enklare riktas mot ett humanistiskt och fenomenologiskt perspektiv där studenten kan öva sig i att vara närvarande till både människan och dennes upplevelse. Det blir en övning i ett empatiskt och validerande förhållningssätt liksom i medveten närvaro – något vi alla kan ha nytta av att öva oss i.

Fromm citerar en dikt av Tennyson som exempel, där diktaren ser en blomma och för att förstå den reagerar med att vilja plocka den och äga den och därmed också förstöra den. Som kontrast berättar Fromm sedan om den japanske poeten Basho och hur han i en haiku försiktigt observerar och ser blomman och låter både blomman och honom själv vara i nuet. Detta existentiella förhållningssätt i handledningen är något som växt fram hos mig i samma takt som jag själv funnit min roll som specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård.

Det betyder självklart inte att vi skall förkasta mer empirisk kunskap om till exempel läkemedelshandling eller patientens sjukdomstillstånd. Det som till stor del gör yrket som sjuksköterska i psykiatrisk omvårdnad så spännande är det tvärvetenskapliga arbetssätt vi har där vi kombinerar kunskap inom psykologi, farmakologi, medicin och socialt arbete och gör det till något eget med patientens behov i centrum. Handledningen bör dock hjälpa specialistsjuksköterskestudenten till en rörelse bort från ett förhållningssätt centrerat främst kring "saker" och ägande och mot ett förhållningssätt centrerat kring "personer" och varande. ■

Tillsammans

## För den "riktiga vården"

Text: OLIVE NYSTRÖM

Innan jag påbörjade min grundutbildning till sjuksköterska fanns det inte på kartan att jag i framtiden skulle arbeta inom psykiatrisk vård. Visst lät det som ett intressant område, men inte mer än så. Under min psykiatriska VFU-placering i grundutbildningen hamnade jag på en sluten avdelning med inriktning psykos. En ny värld öppnades för mig och mitt intresse för psykiatrin föddes.

**MIN TANKE HAR ALLTID VARIT** att arbeta inom operation och verka inom den "riktiga vården". Men det blir inte alltid som en har tänkt sig... Efter min sjuksköterskeexamen började jag arbeta på en psykosavdelning inom heldygnsvården i min hemstad.

Jag uppmärksammar att än idag är "Gökboet" en stark referens i samhället så fort jag nämner att jag arbetar inom psykiatrin. Psykisk ohälsa är fortfarande lika med galenskap. Jag kan idag skämmas över att jag en gång tänkte att psykiatri inte var den "riktiga vården", som att psykisk ohälsa inte är på riktigt. Som att vården av psykisk ohälsa inte är

lika viktigt som behandling av somatiska sjukdomar. Jag vill se en psykiatri med en framtid. En långsiktig lösning, som både gynnar patient och regionens budget. Där vi inte påskyndar vårdtiden för patienten på grund av besparingskäl, utan faktiskt ger dem adekvat vård. Jag vill se mina kollegor (och mig själv) orka med sin arbetsdag utan att behöva arbeta övertid eller behöva gå undan för att gråta av utmattning. Vi måste få till en förändring.

Budskapet jag vill ge till patienten med psykisk ohälsa är att det är okej att må dåligt, det är okej att behöva bli inlagd för psykisk

ohälsa. Patienten ska förstå att hen inte är ensam i detta. Min uppgift som psykiatrisjuksköterska är att ge patienten den där knuffen som gör att hen kan börja läka. Under vårdtiden vill jag framkalla det hopp som inte alltid finns. Att inte enbart behöva reducera personen framför mig till en sjukdom, utan även att få tiden att också se människan bakom.

Men fram tills förändring sker ber jag er mina fantastiska kollegor att kämpa på. Jag ber er att fortsätta vara era fantastiska jag. Det var ni som fick mig att vilja arbeta inom psykiatrin genom er entusiasm och tro till patienten.

Tillsammans gör vi psykiatrin till den "riktiga vården"! ■



OLIVE NYSTRÖM  
Specialistsjuksköterskestudent  
Göteborg  
Foto: Privat

"Reality check" mot

## Specialistutbildning 2020

Text: STEPHANIE BENARI

Våren 2019 var jag klar med min sjuksköterskeexamen och valde psykiatrisk heldygnsvård som arbetsplats. Det hade tagit mig sex år igenom depression och ångest för att äntligen nå fram till mållinjen. Nu skulle jag axla omvårdnadsansvaret som sjuksköterskeyrket innebär. Förväntningarna från skolan var höga på att vi studenter skulle bana vägen för det personcentrerade och evidensbaserade förhållningssättet. Något som också vårdgivaren lagt sig i vinning om genom policies, sociala medier och inte minst i rekryteringen av sjuksköterskor. Patienten i fokus oavsett.

**DETTA FÖRHÅLLNINGSSÄTT** skulle krocka med de brister verkligheten består av. Fördomar, föräldrade kunskaper och ovilja till förändring var starkare än jag trott trots tidigare erfarenhet som mentalsköterska. Jag stod ofta ensam i mina ambitioner att förhålla mig till evidens och pröva svåra situationer etiskt. Upplevelsen var att prioriteringar som gjordes inte handlade om vad som alltid var bäst för patienterna utan mer om hur mycket

personal vi var och upprätthålla status quo i avdelningsregler. Då jag själv varit sjuk ville jag inte ge upp hoppet om att kunna hjälpa mina patienter till den vård de har rätt till. När jag nu ser till det större perspektivet handlar det om de faktiska resurser och kompetens som vi har och som jag som enskild sjuksköterska ofta inte kan rå över. Det jag dock kan göra är att specialistutbilda mig till psyki-

atrisjuksköterska vilket är en kraftansträngning för att inte förlora hoppet. Hoppet om att kunna få de resurser jag behöver och för att kunna bära de tunga förväntningar som utbildningen hade för mig som enskild sjuksköterska. Kanske blir det klarare hur jag bättre ska nå den goda vården? ■



STEPHANIE BENARI  
Specialistsjuksköterskestudent  
Stockholm  
Foto: Privat

Så lång tid –

# ... men har något förändrats?

Text: MATS LUNDSTRÖM

När en ny specialistutbildning med inriktning mot psykiatri skapades 1993 kom jag att bli engagerad i att skriva utbildnings- och kursplaner för den i Umeå. Detta utifrån att jag då arbetade som specialistutbildad sjuksköterska inom BUP och gick vårdlärarutbildningen. När detta var klart fick jag även uppdraget att genomföra utbildningen och så har det fortsatt till helt nyss.



MATS LUNDSTRÖM

Foto: Privat

MIN BILD AV VERKLIGHETEN ÄR

naturligtvis helt subjektiv och speglar bara fragment av utbildningen, men jag tänker ändå ta mig rätten att beskriva hur jag sett och idag ser på dels specialistsjukskötersketutbildningen i Umeå, dels våra förväntningar på en specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård. Jag skulle även kunna beskriva det som den utveckling som skett vad gäller mitt eget sätt att förstå vad psykiatrisk omvårdnad är. Till att börja vill jag göra denna beskrivning utifrån den utveckling som jag fått vara med om inom den psykiatriska vården. Min karriär inom psykiatri börjar i slutet av 70-talet som utbildad skötare vid Umedalens mentalsjukhus. Det var en tid av ett politiskt ifrågasättande av den kontrollerande och övervakande kulturen inom mentalsjukhuset så jag fick vara med om att skruva loss järnsängar på patientrum och utveckla gruppvård med individuellt omhändertagande i kontrast mot den löpandebands-vård med patienterna uppställda på rad i korridoren för att duschas som fanns när jag började arbeta. Så lades då dessa mentalsjukhus ner som ett svar på denna kritik av vården men även för att kostnaderna för den typen av vård tenderade att skena. Den akuta slutenvården placerades på olika sjukhus i form av psykiatriska avdelningar.

Efter utbildning först till skötare, sen till sjuksköterska och till sist 10 veckors specialistutbildning i Uppsala så kom jag att arbeta inom barn- och ungdomspsykiatri. Där var förändringarna minst lika stora men inte på det konkreta sättet som att skruva loss sängar utan det var behandlingsstrategier och tankesätt som utvecklades snabbt, eller som Kjell Broström skrev i ett värvarnummer av Psyche 1986: *När man just lärt sig farmakologi så är det miljöterapi som gäller och när man lärt sig miljöterapi ska det vara psykoterapi och när man lärt sig psykoterapeutisk hållning och vad projektiv identifikation är så är det psykiatrisk omvårdnadsteori som är viktigt.* Inom Barn och ungdomspsykiatri fick jag följa med på en resa från en starkt psykoanalytiskt inspirerad vård via behandling med miljöterapi, nätverksterapi, familjeterapi och till sist även till KBT. Hela tiden formulerades vårdens innehåll till största delen av andra yrkeskategorier än sjuksköterskor och skötare. Detta gällde nog hela psykiatri vid den tiden? Det steg som jag personligen inte riktigt kan se att vi tog var steget in i ett värdeinnehåll präglad av psykiatrisk omvårdnad formulerat av sjuksköterskor och skötare.

Tar utvecklingen slut där när vi kommit fram till psykiatrisk omvårdnadsteori enligt Boströms lista? På ett sätt ja, men då bara för att det därefter är inom vårt eget ämne som de fortsatta förändringarna sker. Influenserna har kommit och kommer från olika strömningar i tiden och formar mycket av det innehåll som skapat utbildningen för specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård.

Som jag skriver i inledningen så började jag 1994 med att genomföra den specialistutbildning inom psykiatrisk vård för sjuksköterskor som skulle starta. Utbildningen enligt 1993 års examensordning var då en högskoleutbildning som genomfördes inom Hälsohögskolan som landstinget var huvudman för. Under åren 1982 till 1994 hade en direktutbildning för att arbeta inom psykiatrisk vård funnits för den som ville utbilda sig till vad som då kallades psykiatrisjuksköterskor. Den utbildningen gav inte grundläggande sjuksköterskekompetens. Något som innebar att de som gick den inriktningen var lästa till psykiatri. Detta att utbildningen var specifikt inriktad mot endast psykiatri gjorde att många utbildningsplatser kom att stå tomma. Före 1982 hade sjuksköterskor med 2-årig grundutbildning kunnat läsa en vidareutbildning till psykiatrisjuksköterska (VUB). Begreppet VUB som alltså är från utbildningen innan 1992 har jag försökt suddas bort, tyvärr utan framgång i 25 år. Den nuvarande versionen av utbildningen som heter Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård infördes år 2004 och efter examen har sjuksköterskan rätt att använda titeln specialistsjuksköterska.

Då börjar jag vara framme vid vad jag hade tänkt att denna text skulle handla om. Nämligen förändringarna inom programmet under dessa år som jag arbetat med det. Anekdotiskt

vill jag börja med att beskriva den vidareutbildning som jag själv gick. Den vände sig till sjuksköterskor som hade klinisk erfarenhet från psykiatrisk vård och var som nämnt bara 10 veckor. Det jag idag minns av den är tre saker; Vi hade läkarföreläsningar om psykiatrisk diagnostik, psykodramaövningar samt den tid som idag skulle kallats omvårdnad ägnade vi åt att översätta DSM-manualen som bara fanns på engelska vid den tiden. Detta speglar ganska tydligt den kunskapssyn som fanns kopplad till rollen som sjuksköterska där medicinsk kompetens gavs en överordnad roll.

Att helt på egen hand starta ett utbildningsprogram och kunna formulera både lärandemål och kursinnehåll utan färdiga förlagor var en stor möjlighet, men fram för allt gav det en enorm osäkerhet. I 1993 års studieordning infördes sjuksköterskeprogrammet om 120 poäng där minst 60 poäng skulle omfatta karaktärsämnet omvårdnad. Tack vare att jag då läste vårdlärarutbildningen hade jag fått en begynnande bild av ämnet omvårdnad. Jag måste erkänna att det ännu var väldigt diffust för mig vad det kunde ha för innehåll som skulle ges utrymme i utbildningen. Den så kallade omvårdnadsprocessen hade börjat att användas redan under 80-talet och fanns beskriven i litteratur tillgänglig för studenterna. Omvårdnadsforskningen hade under 80-talet utvecklat en del egna modeller, teorier och begrepp. Trots detta

spelade de teorier som präglade mitt kliniska arbete, vilket jag hade parallellt med arbetet som adjunkt, en större och mera avgörande roll för undervisningens innehåll. De första åren hade vi föreläsningar om både psykoanalys enligt Lacan, systemteori och om miljöterapi. Studenterna fick läsa texter om dessa teorier och försöka omsätta dem till sitt kliniska arbete i examinationsuppgifter. Dock kom experterna som föreläste alltid utifrån, ungefär på samma sätt som psykiatriker kom för att föreläsa om psykisk ohälsa, diagnostik och medicinsk behandling. Det är intressant att konstatera likheten med min egen utbildning, bara med den skillnaden att det nu var den psykologiska kompetensen som lyftes fram.

Nästa källa till inspiration i utbildningen kom med psykiatririformen 1995. Jag kom att arbeta mycket i kortkurser för personal i den nya kommunaliserade psykiatrin. Från det fältet kunde vi hämta in forskning och annan kunskap samt en förnyad bild av vad stödet till personer med psykisk ohälsa kunde vara. Utifrån det formades en separat kurs i socialpsykiatri, ett tema som vi ville se som en profil på vårt program. På samma sätt som i de två tidiga delarna av denna presentation så var det en annan kompetens än omvårdnad som lyftes fram i undervisningen, en social kompetens eller kanske snarare en sociologisk kompetens. Även denna serverades av andra professioner än specialistsjuksköterskor.

Från det fältet, socialpsykiatri, tillsammans med den forskning som ledde fram till min avhandling som behandlar frågor inom området personer med funktionsnedsättning och deras livsmiljö kom jag i kontakt med Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF. Under lång tid har jag diskuterat med kollegor om värdet av att ta utgångspunkt i personers funktionsförmåga och de funktionshinder som begränsningar i förmåga kan leda till, då det är en mycket stabilare grund för våra bedömningar av relevanta omvårdnadsåtgärder än vad den psykiatriska diagnostiken ger. Den senare har

av tradition en självklar roll i utbildningar även om det i stor utsträckning är en spegling av den kunskapshierarki som finns i vården. ICF är tänkt som ett professionsgemensamt språk för patienternas livssituation och har fått en tydlig roll i specialistutbildningen hos oss. Temat har dock aldrig väckt någon större entusiasm hos studenterna, dels för att manualerna inte är så lätta att arbeta med dels för att studenterna är yrkesverksamma inom psykiatrisk vård och redan socialiserade in i kunskapshierarkin där medicinsk, psykologisk och sociologisk kunskap kommer före. Detta börjar dock närma sig den fjärde kompetensen inom psykiatrisk vård såsom den beskrivs av Walden och Bromander i Psyche 4/86. De beskriver där att i den ideala teampsykiatrin är dessa fyra kompetenser jämbördiga och kan därigenom bilda en gemensam kompetens.

När kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning psykiatrisk vård kom 2008 innebar det ett viktigt stöd för utvecklingen av programmet. Där har vi i kollegiet kunnat hämta riktlinjer för vilka kompetenser som vi bör sträva efter att utveckla. Ett sådant område är som lyfts av specialistsjuksköterskans ansvar för att genom olika pedagogiska former för undervisning, rådgivning och information stödja patienter och närståendes lärande och beslutfattande. Vidare beskrivs i kompetensbeskrivningen att specialistsjuksköterskan ska kunna identifiera, differentiera och handlägga såväl lindriga tillstånd som komplicerade tillstånd av samsjuklighet. Förmågan att stödja patienters lärande handlar inte bara om att undervisa patienten utan att i lika hög grad stödja och respektera patienters förmåga till ett mera självreglerat lärande. Detta är av stor betydelse idag när graden av samsjuklighet, såväl beroendeproblematik som fysisk ohälsa, blir allt vanligare bland de personer som söker sig till psykiatrisk vård. Betoningen på specialistsjuksköterskans roll som pedagog har blivit allt viktigare i utbildningen och bör bli ännu mer framlyft i den tid som kommer. I den vård som vi har idag som strävar efter att inte vara

övervakande och kontrollerande lämnas mycket av problematiken med att hantera sin vardag till patienterna själva. Detta har inneburit att kommunikation och undervisning som inslag i vården blivit viktigare för att stödja dessa personers förmågor att själva vårda sin hälsa. Behovet av att självständigt kunna leda samtal med patienter i dessa frågor blir en viktig kompetens att stödja i utbildningen och hos oss har det resulterat i utveckling av en separat kurs om samtal med personer med psykisk ohälsa.

När jag lämnade institutionen fick gammal dokumentation under åren som jag undervisat i specialistutbildningen sorteras bort, så jag är osäker på vilket år det var som vi började med att undervisa på distans. Jag tror att det var runt år 2000. Det hade fram till dess varit lågt antal sökande till programmet. När vi öppnade för modifierad distansundervisning fylldes utbildningsplatserna med studenter från en stor del av landet, från Kiruna till Gotland. Det innebar att en del anpassningar var nödvändiga att göra. Tidigare hade vi vant oss vid att ha studerande i stort sett bara från vår egen region men nu när de studerande skulle resa så långt var vi tvungna att arbeta med kursernas upplägg. Framför allt behövde vi utveckla tekniken och begränsa antalet kursträffar på plats i Umeå. I början undervisade vi via videokonferenssystem men med tiden så har tekniken blivit mera funktionell. Konkurrenten om studenter har hårdnat så idag bedriver allt fler lärosäten utbildningen på distans och vi har på nytt i huvudsak bara studenter från vår egen region.

Jag vet inte om det har med min ålder att göra eller om det är något med tidsandan som gör att etik idag upplevs vara en så viktig del av utbildningen. Vid vår programutvärdering nu innan sommaren 2020 menade även studenterna att en av de viktigaste delarna i programmet och som de fått med sig, var beredskapen att kunna reflektera över det etiska i det behandlingsarbete som de är delaktiga i. Etik har i utbildningen även getts ett större utrymme än vad det gavs de första åren som program-

met gavs. Det är idag inte ett separat ämne i programmet som snabbt kan klaras av utan kommer tillbaka i en rad olika diskussioner och uppgifter. Kompetensbeskrivningen lyfter att specialistsjuksköterskan har med sin kompetens och nära relation med patienten en viktig roll i att värna om och bevaka omvårdnadsaspekter som svårigen kan definieras, mätas eller utvärderas. Det är här som etiken spelar en central roll och måste göra även framåt när vårdens resurser kan komma att behöva omfördelas utifrån demografi och resurstilldelning.

När jag reflekterar över den tid som flytt och den utveckling som programmet genomgått så kommer jag osviktigt även att fundera över vart vi är på väg, även om det inte är jag som ska genomföra det som komma ska. Ibland har jag naturligtvis tvivlat om förändringskraften i utbildningen har tillräcklig kraft för att få genomslag ute i kliniskt arbete. Äldre kritik mot den psykiatriska omvårdnaden om att det trots goda försök att genomföra olika strategiska förändringar i arbetet som till exempel implementering av personcentrering, förefaller omvårdnadspersonalens arbete fortfarande ibland baseras på social och moralisk kontroll. Bentling (2013) menar dock att detta är beroende på vilken arbetsplats sjuksköterskan verkar på, vilket slags arbete hen utför och hur hen får användning av sin kompetens. En kompetens som författaren menar är en fördjupad etisk omdömesförmåga och ett handlingsätt som blir en naturlig del av sjuksköterskans arbete baserad på både praktisk och teoretisk kunskap. Frågan är om våra studenter vågar, vill och orkar göra det som Inga-Lill Hallberg skrev 2014 i jubileumsnumret av Psyche (PRF 50 år nr 1/2014) att stiga upp på barrikaderna, kämpa för resurser, uppmärksamhet, stimulera varandra och engagera samhället så att de som finns i marginalen kommer i blickpunkten och får hjälp att leva ett bra liv. Det är nämligen något som jag tror är nödvändigt för att vi som yrkesgrupp ska ha mod att vara en självständig aktör i den psykiatriska vården och så även i samhällsdebatten. ■

# Närståendes erfarenheter av hästunderstödda aktiviteter för personer med schizofreni och liknande psykoser

Text: LUCRECIA NOLTORP OCH MIKAEL OLOFSSON

Vården för personer med schizofreni och liknande psykoser baseras oftast övervägande på medicinsk behandling och utbudet av förebyggande och hälsofrämjande insatser för personer med psykisk ohälsa är ofta magert. Närstående upplever ofta att personer med psykosproblematik inte prioriteras eller får tillräckligt stöd att delta i hälsofrämjande och förebyggande aktiviteter. Hästunderstödda aktiviteter har visat potential att bidra till ökat självförtroende och förbättrad kommunikation vid olika typer av psykisk ohälsa. *Lucrecia Noltorp* och *Mikael Olofsson*, sammanfattar här sitt nyligen avslutade examensarbete på magisternivå som de genomförde under sin specialistjuksköterskeutbildning med inriktning mot psykiatrisk vård vid Högskolan i Halmstad.



LUCRECIA NOLTORP och MIKAEL OLOFSSON  
Foto: Privat

**VI ÄR TVÅ SJKSKÖTERS KOR** som nyligen avslutat vår Magisteruppsats på Högskolan i Halmstad. Under utbildningen föreläste professor Henrika Jorfeldt och nämnde ett projekt som innefattar hästunderstödda aktiviteter för patienter med schizofreni och andra psykoser samt utvärdering. Vi blev intresserade av ämnet och förstod att det fanns en möjlighet att delta i den vetenskapliga utvärderingen genom magisteruppsatsen. Vi har utvärderat närståendes upplevelse av hästunderstödda aktiviteter för patienter med schizofreni och andra psykoser. Mikael har egna hästar och lång erfarenhet av relationer mellan hästar och människor och Lucrecia har arbetat mycket med närstående och behandling. Vi är båda intresserade av icke farmakologiska interventioner och

vi har träffat många patienter som saknat detta som en viktig del i sin behandling. Mikael arbetar på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning och Lucrecia arbetar på BUP Akutvårdsavdelning.

Idag innefattar vården för personer med schizofreni och liknande psykoser oftast enbart medicinsk behandling och patienter träffar endast vårdpersonal. Personer med schizofreni och liknande psykoser drabbas ofta av passivitet och inaktivitet och saknar tillgång till olika program som främjar aktivitet. Det saknas tillräckligt utbud av förebyggande hälsofrämjande insatser för personer med psykisk ohälsa. Hästunderstödda aktiviteter har visat potential att bidra till genuin förändring som innebär ökat självförtroende och

förbättrad kommunikation med andra människor hos patientgruppen. Närståendes erfarenheter bidrar till ökad kunskap i omvårdnadsarbetet. Närstående upplever att deras anhöriga inte är prioriterade i aktivitetsutbud eller får tillräckligt med stöd i utförandet av aktiviteter.

## Sjuksköterskan har ett helhetsansvar

Sjuksköterskan har ett helhetsansvar som inkluderar fysiska, psykiska och psykosociala hälsobehov. Sjuksköterskeledda livsstilsinsatser möjliggör en ökning av fysisk aktivitet hos personer med schizofreni och liknande psykoser. I den stödjande rollen som sjuksköterska anses det gynnsamt att fokusera på patientens förmåga. Över 90 procent av de närstående upplever

att de behöver mer stöd för att kunna fungera optimalt som en stödjande anhörig till en person med allvarlig psykisk sjukdom. Det som påtalas är brist på bekräftelse och möjlighet till delaktighet samt ett bristande samarbete. Närstående till personer med schizofreni och liknande psykoser beskriver även att de saknar stöd avseende integritet och respekt, hälsosamma rutiner och meningsfullt livsinnehåll. I samband med att en nära anhörig drabbas av en allvarlig psykisk sjukdom upplever även närstående påfrestningar och löper stor risk att drabbas av både psykisk och fysisk ohälsa då de ofta tar hand om sina anhöriga. Närstående upplever dessutom att de har liten eller ingen förmåga att påverka viktiga omvårdnadsbeslut gällande sina anhöriga.

## Metod

Studien var induktiv, deskriptiv och kvalitativ

## Resultat

Resultatet visade att hästunderstödda aktiviteter kan främja psykisk hälsa och fysisk aktivitet samt bidra till ett sammanhang där hästarna utgör fokus och kan locka fram dolda resurser hos personer med schizofreni och liknande psykoser. Fler studier om hästunderstödda insatser och anhörigas erfarenheter kan bidra till att insatser blir accepterad. Närståendes erfarenheter av hästunderstödda aktiviteter för personer med schizofreni och liknande psykoser bildade tre subtema; Samvaro med hästen främjar psykisk hälsa då närstående beskrev att samvaron med hästarna innefattade positiva känslor och minskade illabefinnande vilket främjade hälsa hos deras anhöriga. Hästen främjar fysisk aktivitet bildade ett subtema eftersom närstående uttryckte att den fysiska aktiviteten hos deras anhöriga ökade i samspelet med hästarna. Hästen bidrar till ett sammanhang med gemensamt fokus beskrevs som ett meningsfullt sammanhang för de anhöriga. Subteman formade ett övergripande tema Att vara med hästarna lockar fram dolda resurser. Närstående beskrev de hästunderstödda aktiviteterna som en ny erfarenhet för sina anhöriga och erfor att deras anhöriga hade dolda resurser som lockades fram under aktiviteterna.

## Att vara med hästarna lockar fram dolda resurser

Närstående beskrev att deras anhöriga hade svårt att komma igång med aktiviteter och att de upplevde att deras anhöriga inte var prioriterade gällande aktivitetsutbud eller fick tillräckligt med stöd till utförande av aktiviteter. De beskrev sina anhöriga många gånger som ensamma utan aktiviteter och stigmatiserade. Under de hästunderstödda aktiviteterna erfor närstående att deras anhöriga var motiverade till att delta i aktiviteterna tillsammans med hästarna. De rödde sig fysisk tillsammans med hästarna, de utvecklade färdigheter för att interagera med hästarna och de deltog i en social samvaro utifrån sammanhanget med hästarna. Hästarna lockade fram dolda resurser hos de anhöriga.

## Samvaro med hästen främjar psykisk hälsa

Närstående beskrev att deras anhöriga upplevde positiva känslor i hästarnas närvaro. De uttryckte att anhöriga såg fram emot de hästunderstödda aktiviteterna och beskrev ett förväntansfullt pirr och glädje hos anhöriga inför aktiviteten. Anhöriga ville delta i aktiviteterna med hästarna trots att det regnade och detta beskrevs av närstående som något nytt, då anhöriga tidigare haft svårt att delta i aktiviteter. Närstående gav exempel på hur anhöriga samspelade med hästarna på egna premisser, det fanns möjlighet att delta utifrån egen vilja och förmåga. Hästarna upplevdes som vackra och närheten till hästarna ledde till glädje och avslappning. Närstående pekade på att anhöriga utvecklade färdigheter under aktivitetens gång som mod att leda hästarna och färdigheter för att få hästarna att samarbeta. Anhöriga växte med uppgiften och fick ökat självförtroende och ökad självkänsla. Samspelet med hästarna beskrevs både som något naturligt och avslappnande och som något som växte fram, från avstånd till att bli ett med hästen. Närstående beskrev anhörigas lycka när hästarna kom fram och hälsade. Anhöriga upplevde kärlek i relation till hästarna.

Närstående satte ord på hur hästarna minskade illabefinnande och uttryckte att det var bra med något som fångade hela

uppmärksamheten vid dåligt mående. Hästarna krävde fullt fokus hela tiden, till skillnad från mindre djur. Samspelet mellan häst, natur och människa beskrevs som ett lyckopiller och aktiviteterna höjde stämningsslaget hos anhöriga.

## Hästen främjar fysisk aktivitet

Närstående erfor att det fanns både motivation och inre resurser hos anhöriga till aktivt deltagande i de hästunderstödda aktiviteterna. Närstående beskrev att anhöriga tidigare haft svårt att delta i olika fysiska aktiviteter men delgav målande beskrivningar av hästarnas betydelse för ökad fysisk aktivitet hos anhöriga. Närstående uttryckte att anhöriga upplevde det som meningsfullt att röra sig tillsammans med hästarna och hur anhöriga uppskattade miljön och tyckte att skogen var vacker. Närstående underströk vikten av fysisk aktivitet utifrån exempelvis övervikt och diabetes men även förebyggande av sjukdom samt beskrev hur all kontakt med hästarna lockade till fysisk aktivitet utöver det vanliga. I sammanhanget med hästarna uppfattade närstående inte att den fysiska aktiviteten upplevdes som något hinder/negativt för anhöriga. Aktiviteten ledde även till ökad aktivitet efter interventionen, som att börja promenera och även gå längre promenader än tidigare.

## Hästen bidrar till ett sammanhang med gemensamt fokus

Närstående belyste problematiken kring brist på tillgängliga aktiviteter och svårigheter att få med sina anhöriga på till exempel familjeaktiviteter. Flera närstående beskrev en ensamhetsproblematik hos sina anhöriga och därmed vikten av ett sammanhang. Närstående beskrev hur hästen bidrog till ett sammanhang, hästarna utgjorde en viktig samlingspunkt, allas blickar vändes mot hästarna. Närstående beskrev hur anhöriga, trots olikheter, samlades kring hästarna som en fungerande enhet. Hästarna bidrog till förutsättningar för aktivt deltagande, både i samspelet med hästarna och till övriga deltagare. Anhöriga fick möjlighet att aktivt avgöra till exempel vilken häst de ville gå ut med eller om de ville rykta eller leda hästen, vilket närstående beskrev som positivt. Hästarna bidrog till att anhöriga uttryckte tankar och åsikter om

olika saker under aktiviteten med hästarna. Detta beskrev närstående som något som ofta saknats tidigare, ett sammanhang där den anhörige kunde delta och samtala med andra. Det fanns ett önskemål hos närstående att aktiviteterna skulle ske oftare, samt de uttryckte vikten av fler sammanhang för personer med schizofreni och liknande psykoser eftersom de erfor att hästarna lockade fram dolda resurser hos deras anhöriga.

## Konklusion och implikation

Närstående påtalade att hästunderstödda aktiviteter hade en positiv inverkan på psykisk hälsa, främjade fysisk aktivitet samt bidrog till ett sammanhang med gemensamt fokus för personer med schizofreni och liknande psykoser. Specialistjuksköterskor har kunskap om olika interventioner som kan främja fysisk aktivitet, öka den psykiska hälsan och få personer att ingå i ett socialt sammanhang. De har också en stödjande funktion att motivera personer med schizofreni och liknande psykoser. Det åligger även specialistjuksköterskan att främja det hälsosamma utifrån individens egen bild av upplevd hälsa. Leken skapar utformning av egen hälsa och i leken skapas nya möjligheter för människan att uppnå den nivå av hälsa som hen vill. Mer resurser bör läggas på hälsofrämjande interventioner med god kvalitet för personer med schizofreni och liknande psykoser. Genom att sjuksköterskan intar en motiverande och upplysande roll kan hon hjälpa anhöriga till personer med schizofreni och liknande psykoser att finna rätt stöd och informera om behandlingsmetoder vilket i längden även blir kostnadseffektivt för samhället. Redan i början av vårdprocessen bör specialistjuksköterskan inse behovet av att initiera aktiviteter för att ge bättre förutsättningar till ett hälsosammare och meningsfullt liv där personer med schizofreni och liknande psykoser får vara en del av samhället. ■

## LÄS MER

■ Läs magisterarbetet i sin helhet på: <http://hh.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1436972&dsid=6967>

Elena Exner och  
Karolina Andersson  
Foto: Pernilla Lundgren,  
fotograf på Södra  
Älvsborgs Sjukhus

## Personcentrerad och hälsofrämjande miljö i nya "Psykiatrins kvarter"

Text: ELENA EXNER, Vårdenhetschef, psykiatrisjukköterska, fil mag. i vårdvetenskap  
KAROLINA ANDERSSON, Vårdenhetschef/Sjukköterska BUP Akutenhet

**I SLUTET AV OKTOBER 2020** flyttade heldygnsvårdavdelningar på Vuxenpsykiatriska kliniken och delar av Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken in i en helt ny gemensam byggnad, Psykiatrins kvarter på Södra Älvsborgs sjukhus i Borås. Idén kring Psykiatrins kvarter har vuxit fram utifrån patientens behov och samlar en stor del av psykiatrisk vård och kompetens under samma tak. Det skapar en modern vård som har siktet på patienternas framtida behov. Det skapar möjligheter för ökat samarbete mellan olika vårdformer och en helhet för patienterna.

Arbetet med visionen om framtidens psykiatri påbörjades för ungefär 10 år sedan och fram till inflyttning har det pågått ett intensivt utvecklingsarbete. Utgångspunkten är att vården ska vara personcentrerad, den ska öka patientens delaktighet, vara hälsofrämjande och även minimera behovet av tvångsåtgärder. Utformningen ska ge förutsättningar för en vård i en lugnande miljö som stärker delaktighet och värnar om patientens integritet.

Tanken med lokalernas utformning är att de ska bidra till en läkande vårdmiljö och ha en lugnande effekt på patienterna och samtidigt stödja personalens arbete. Utgångspunkten i utformning av vuxenpsykiatrins lokaler har varit ett koncept för patientnärmare vård vilket innebär att en vårdavdelning och personal delas upp i grupper och jobbar i så kallade moduler. Personal tar hand om ett begränsat antal patienter i var sin modul och på så sätt kommer personalen närmare patienterna. Arbetet utifrån patientnärmare vård ger mer tid för direkt patientarbete. På så sätt har patientansvarig sjukköterska en bättre möjlighet att ta ett helhetsansvar för psykiatriskt omvårdnadsarbete som är en förutsättning för att vårdade möte ska ske. Ett möte blir vårdande när det sker en positiv förändring i hälsoprocessen hos deltagande individ eller individer. Ett vårdande möte skapas där det finns trygghet. Barn- och ungdomspsykiatrins akutavdelning är utformad efter samma koncept men då denna avdelning är betydligt mindre än vuxenpsykiatrins avdelningar är den inte

uppbyggt just med moduler men principen är densamma.

Trygghet i byggnaden förmedlas bland annat genom att lokalerna ges en enkel uppbyggnad, har god orienterbarhet och upplevs som förutsägbar. Lokalerna skall vara trivsamma, säkra och bidra till god kommunikation mellan patienter och personal. Genom vacker arkitektur och respektfullt bemötande skapas en vårdande miljö runt patienten. Vårdande miljö kännetecknas av en lugn och trygg omgivning som främjar patientens läkande krafter. Utformningen ska så långt som möjligt förebygga risker för suicidförsök, våldsamt beteende samt försvåra möjligheterna att smuggla in otillåtna föremål.

Ett exempel i den nya bygganden är att långa korridorer försvinner. Frihet och möjlighet till egna val är en viktig del av konceptet. Patienten ska ha möjlighet att välja enskildhet eller gemenskap. Alla patienter kommer att få enkelrum med fönster och säkra balkonger som öppnar sig mot omgivande natur och ljusa väderstreck. Dagsljus har en positiv

och läkande effekt och lokalerna har utformats för att dra nytta av de bästa väderstrecken. I varje vårdrum finns möjlighet att justera belysning och ljusinsläpp. Varma golv, ljusa träpaneler och inglasade balkonger förmedlar omtanke om personen i rummet. Flytten till Psykiatrins kvarter genomförs i flera etapper. I ett första steg flyttar barn- och ungdomspsykiatrins Akutenhet där akutmottagning, akutavdelning och en mellanvårdsenhet ingår, vuxenpsykiatriska vårdavdelningar, Vuxenpsykiatrisk akutmottagning och lokaler för rehabilitering. Efter nyår flyttar barn- och ungdomspsykiatrins akutvård in på samma plan som barn- och ungdomspsykiatriska Akutenheten och då kommer hela det översta planet bestå av Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet. I ett andra steg byggs det gamla huset om för Vuxenpsykiatrins öppenvård och administration. Lokaler har en stor betydelse hur vården kommer att bedrivas och vilka vårdresultat man förväntar sig i framtiden. För att få en effektiv vård krävs bättre kontakt med öppenvården.

Syftet med hela projektet är att flytta samman öppen- och slutenvård för att kunna ge patienter det bästa möjliga övergången mellan olika vårdnivåer. Att barn- och ungdomspsykiatrin flyttar in i samma byggnad med vuxenpsykiatrin är en unik händelse. Vi har haft mycket diskussioner kring det innan vi kunnat hitta en acceptabel lösning.

Gemensamt arbete har gjorts kring det akuta flödet som omfattar patienter som söker sig till akutmottagningarna inom barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatrin och det kommer finnas en gemensam blåljusentré för de patienter som kommer med ambulans eller polis. I heldygnsvården har vi arbetat med olika faser, från överlämnandet i det akuta flödet till mottagande på avdelning, vårdprocessen och slutligen utskrivningen. En stor del av utvecklingsarbetet handlade om akuta bråklarmsituationer, gemensamma utbildningar i deskaleringstekniker och lågaffektivt bemötande. Utvecklingsarbetet gäller både för Barn- och ungdomspsykiatrin och Vuxenpsykiatrin och har gett personalen en arena att mötas och utbyta tankar och idéer över klinikgränserna vilket upplevts positivt inför kommande samarbete.

Psykiatrins kvarter utformas för att skapa en lugnande miljö som kan öka tryggheten för både patienter och medarbetare. Ett exempel är "Lugna rummet" som finns inom både barn- och ungdomspsykiatrins och vuxenpsykiatrin redan idag. Arbetssätt och förhållningssätt utvecklas för att bemöta patienter på ett lugnare sätt, hjälpa patienten att få kontroll över sitt beteende och på så sätt förebygga hotfulla situationer och eventuella tvångsåtgärder. Det finns ett nytt inslag i det nya huset som är avskiljningsrum. Avskiljningsrum är till för utagerande patienter, där de kan vara ifred och lugna ner sig utan att störa andra patienter.

Den nya bygganden stödjer ett proaktivt arbetssätt och ger möjlighet till anpassning av omvårdnadsåtgärder utifrån patientens behov och önskemål. Förutom möjligheter till aktiviteter och "Lugna rummet" inne på en vårdavdelning kommer alla pa-

tienter ha möjlighet att komma ut för att få en nypa frisk luft, träna på gården eller bara njuta av naturen. Den möjligheten har inte funnits i det gamla bygganden. I rehabgården kommer patienten kunna utföra andra aktiviteter med stöd från en rehabpersonal. På Barn- och ungdomspsykiatriska akutavdelningen är alla rum utrustade med en anhörigbädd, något vi inte haft möjlighet till tidigare men ändå ställt krav på att en vuxen ska närvara under hela vårdtiden. I de nya rummen får därmed både patient och anhörig bättre möjligheter att vara delaktiga i den vård som erbjuds.

En välkommande entré som binder samman byggnader ger möjlighet till smidigare arbete i vårdkedjan samt minskar stigmatisering genom närhet till andra verksamheter. I entrén kommer att finnas reception och incheckning för patienter, café, lekutrymme för barn, innergård, toaletter och kapprum. Det blir också arbetsplatser för sekretariat och utbildningsteam, campus för högskolestudenter och medarbetare på utbildningstjänster, lokal för brukarråd, passage till personalmatsalen och en cykelparkering utanför entrén. Öppenvårdsmottagningarna som flyttar in kommer att utveckla samverkan och arbetssätt, delvis med koppling till heldygnsvården och det akuta flödet. För Vuxenpsykiatrin, som får två separata våningsplan med neutrala samtalsrum för mötet med patienten, ingår också förändrade arbetssätt i aktivitetsbaserade arbetsplatser och utveckling av digitala möte. Neutrala rum skapas i syfte att ge trygghet för patienten och bjuder in till delaktighet och partnerskap. Vi är jätteglada och stolta över vår nya byggnad och vill tacka alla arbetskamrater, brukare, projektledare, arkitekter och politiken som har bidragit med sin kunskap, erfarenhet och resurser i utformning av framtidens psykiatri. Framför oss har vi stora utmaningar. Vi har fått en fantastisk byggnad men hur vi kommer att använda oss av den är upp till oss själva. Med gemensam kraftsamling kan vi uppnå fantastiska resultat och ge våra patienter den goda vården som vi har lovat. ■



Interiörer och exteriör  
Foto: Pernilla Lundgren,  
fotograf på Södra  
Älvsborgs Sjukhus



# Psykiatrin behöver vara ödmjuk

Text: SEBASTIAN GABRIELSSON

Sveriges riksdag har ett nystartat nätverk som samlar ledamöter med intresse för psykisk hälsa. I oktober anordnades ett första seminarium. Inbjudna var dels psykiatern och professorn *Christian Rück* som nyligen skrivit boken *Olyckliga i paradiset – varför mår vi så dåligt när allting är så bra*, dels *Sebastian Gabrielsson* som är specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård och lektor i omvårdnad vid Luleå tekniska universitet. Här kan du läsa Sebastians öppningsanförande där han argumenterar för varför vi ska tala om psykisk ohälsa och varför psykiatrin behöver vara ödmjuk.

**JAG VILL INLEDA MED** att säga att jag tycker att Christian har skrivit en intressant, angelägen och väl underbyggd bok. Jag har inga problem att instämma i att psykiatriska diagnoser bör vara noga utprovade, användas med omdöme, och inte bör ses som lösningen på alla problem. Jag instämmer också i behovet av ökad kunskap om psykisk ohälsa och sjukdom. Många skulle må bättre av kloka och förstående människor i sin närhet att vända sig till när livet är motigt, hellre än en vårdcentral eller en psykiatrisk mottagning. Som nykter alkoholist sedan många år har jag inte heller några problem att inse värdet av att acceptera det jag inte kan förändra, eller att jag utifrån mina förutsättningar behöver ta eget ansvar för mitt psykiska mående.

Det jag vill peka på, och anledningen till min och Lena Wiklund Gustins replik på Christians debattartikel i DN, är att jag inte tror att lösningen ligger i att sluta prata om psykisk ohälsa. Tvärtom har begreppet "psykisk ohälsa" ett värde just i att det är ett vidare begrepp som gör det möjligt att prata om

psykiska problem och lidande utan att göra en uppdelning i friskt och sjukt. Jag menar också att "psykisk ohälsa" i någon utsträckning bör vara en angelägenhet även för vården. Inte därför att vi bör medikalisera allt psykiskt lidande, utan därför att vårdens uppdrag vid psykiska problem är och bör vara mer än psykiatrisk diagnostik och läkemedelsbehandling.

Psykiatri som medicinskt fält behöver arbeta med tydliga gränser. Den behöver sträva efter tydliga definitioner och ömsesidigt uteslutande kategorier. För att en diagnos ska vara användbar kan en depression inte lika gärna vara en psykos. För att behandlingar ska kunna utvecklas och utvärderas behöver vi vara tydliga med vad de är avsedda att behandla. Men psykiatrin som medicinskt fält behöver även se och hantera sina begränsningar. Psykiatrin som medicinskt område är inte synonymt med psykiatrin i betydelsen psykiatrisk vård. Den psykiatriska vården rymmer fler professioner och fler perspektiv. Den har att hantera många och ibland motstridiga krav och förväntningar.

Den psykiatriska vården är det organisatoriska sammanhang inom vilket människor med uppdrag att hjälpa möter människor som söker hjälp. Människor som söker hjälp har ibland en diagnos, ibland flera och ibland inga. Ibland saknar de diagnos för att de inte är sjuka, ibland för att ingen har haft tid eller möjlighet att ställa någon diagnos. Ibland har de flera diagnoser för att de är sjuka på flera olika sätt. Ibland har de flera diagnoser för att de har träffat på flera olika läkare med olika idéer om vilken sorts sjuka det är fråga om. Ibland är hjälpbehovet tydligt kopplat till sjukdomssymtom och behandlingsbehov. Ibland är hjälpbehovet primärt kopplat till följderna av ett liv med psykisk sjukdom och psykiatrisk behandling. Och ibland har önskan om hjälp litet eller inget att göra med psykisk sjukdom. Hälso- och sjukvården kan och ska inte bära allt ansvar och sitter inte alltid inne med lösningen. Men den behöver vara ödmjuk inför sina begränsningar och ha beredskap att se personen i sitt sammanhang. Strikta gränsdragningar utifrån organisatoriska och ekonomiska motiv kan bidra till att personer

inte får den hjälp de behöver. Kanske kan ett bredare fokus på psykisk hälsa och ohälsa hjälpa till att motverka detta.

Som Christian framhåller i sin bok har diagnoser kommit att ses som ett måste för att få samhällets stöd. Som jag ser det är detta ett problem även när det gäller den psykiatriska vården. Den bild av vården jag får i mitt arbete som lärare och forskare, i mötet med personal, patienter och studenter, är just hur diagnos och läkemedelsbehandling tenderar att bli en absolut förutsättning för vård. Eventuellt kan ju detta ses som nånting bra – vi renodlar vårdens uppdrag, effektiviserar och hushåller med vårdens resurser så att de som verkligen behöver hjälp kan få det. Men en påtaglig risk är att vi skapar en vård som skrämmar iväg eller stänger ute de som inte riktigt passar in. Både de som inte vill vara till besvär, och de som är i någon mening besvärliga. Den som ännu inte har någon diagnos. Den som inte vill ha en diagnos. Den som kanske eller kanske inte uppfyller kriterierna för en diagnos. Den

som inte har hunnit bli ordinerade läkemedelsbehandling. Den som inte vill ha läkemedelsbehandling. Och i avvaktan på utredning får man kanske ingen hjälp alls. Den som inte är insatt på läkemedelsbehandling får heller inget annat stöd. Ju större obalans mellan vårdens resurser och efterfrågan på insatser, desto snävare fokus på sjukdom och behandling.

Kartläggning av aktuella symtom och funktionsnivå bygger på standardiserade uppfattningar och en strävan att objektivt mäta något som i grunden är subjektivt. Denna typ av bedömning ger inte tillräcklig vägledning för att förstå vad personen behöver för stöd för att främja egenvårdande aktiviteter och utnyttja personliga resurser. Som specialistsjuksköterska framhåller jag förstås gärna potentialen i min egen profession här. Moderna sjuksköterskor är genom sin utbildning väl rustade att se och möta människan i sitt sammanhang, främja hälsa och lindra lidande. Tyvärr reduceras de i en underfinansierad och sjukdomsfixerad vård ofta till läkemedelsadministratörer och

läkarassistenter. Kompetensen att självständigt arbeta med att främja hälsa, stödja återhämtning, stärka egenmakt och förmedla hopp till lidande människor förblir ofta sorgligt outnyttjad. Vården behöver rekrytera och ge utrymme för fler professionella med kompetens och resurser att möta, lyssna, stötta och, vid behov, ge behandling vid psykisk ohälsa.

Till sist några ord om psykiskt lidande som själens förkylning. Som småbarnsförälder kan jag intyga att det, trots vårdutbildning, inte alltid är så lätt att skilja mellan en vanlig förkylning och en svårare infektion. Ibland behöver man ringa 1177 eller åka in till jourcentralen. Det behövs en professionell bedömning av någon som tar en på allvar. De flesta gånger behöver man bara tryggas i att det inte är någon fara. Det räcker med ett telefonsamtal eller ett kort besök med en tydlig, kompetent och medkännande person. Men ibland behövs det både uppföljning, vidare utredning och behandling. Självklart är det lovvärt med ökad kunskap om psykisk ohälsa och sjukdom, men vi kan förstås

inte lösa vårdens resursproblem genom att kräva att människor ska ha diagnosticerat sig själva innan de tar kontakt.

Ju högre tröskeln i till vården är, desto mer sats måste man ta för att ta sig över den. Kanske är det som behövs här just acceptans – att vi accepterar att vårdens uppdrag i förhållande till psykisk ohälsa i viss mån är och måste vara oklart. Men då måste vi förstas också vara villiga och ha förmåga att bygga in lite marginaler i systemet, så att inte de med störst behov i slutändan blir utan.

Med detta sagt så vill jag återigen bara instämma i att ökad kunskap om hur vi påverkas av livets utmaningar och hur vi kan återhämta oss med annat stöd än vårdens är oerhört viktigt. Likaså i att det krävs bredare samhälleliga insatser för att ge stöd till människor som kämpar med att klara livets utmaningar. För att nå dit behöver vi kunna prata nyanserat om psykisk ohälsa, och jag vill tacka Christian för att han i allra högsta grad bidrar till en sådan diskussion. ■

## LÄS MER

■ Wiklund Gustin, L., & Gabrielsson S. (2020) Visst ska vi prata om psykisk ohälsa Dagens Nyheter. <https://www.dn.se/debatt/visst-ska-vi-prata-om-psykisk-ohalsa/> Rück, C. (2020). Olyckliga i paradiset: varför mår vi dåligt när allt är så bra? Stockholm: Natur & Kultur





# Vårdavdelningen – psykiatrins bakgård? Problem och möjligheter

Text: JENNY MOLIN och LARS JACOBSSON

Foto: Unsplashed och Mattias Pettersson på Inhousebyrån, Umeå universitet

Förändringarna av psykiatrin under 70-, 80- och 90-talen syftade till att lägga ned mentalsjukhusen, inrätta psykiatriska kliniker på sjukhusen och bygga ut öppenvården. Kommunerna skulle ansvara för boende och sysselsättning. Psykiatireformen under 90-talet var slutfasen i en lång process för denna förändring. Från nästan 40 000 vårdplatser under 1960-talet, har de nu sjunkit till ca 4200 vilket är bland det lägsta antalet vårdplatser i västvärlden.

## ”Being with, standing by and doing with”

**UNDER 80- OCH 90-TALET** hade psykoterapi hög status inom psykiatrisk vård. Det fanns förväntningar på, att med psykoterapi, kunna behandla och t o m bota svåra sjukdomar som schizofreni och bipolär sjukdom. Allt skedde under psykofarmakaskydd. I fall patienterna blev våldsamma eller situationen ohållbar av annan anledning gavs neuroleptika. Antidepressiva läkemedel fanns också som alternativ och visade sig dessutom ha effekt vid ångest- och tvångssyndrom. Överlag fanns dock en skepticism mot psykofarmaka och ECT som vid den här tiden sågs som uttryck för medicalisering och paternalism, något som ansågs höra ihop med den traditionella mentalsjukhusvården. I stället låg nu fokus på att utveckla alternativ till heldygnsvården och många psykiatriska kliniker utvecklade mindre behandlingscentran lokaliserade i bostäder utanför sjukhusen. Psykiatriska kliniken i Umeå får här utgöra exempel. Här byggde Carlo Perris och medarbetare upp behandlingscentran med KBT inriktning för patienter som nyinsjuknat i psykosjukdom, depression och borderline-tillstånd. Även psykodynamiskt inriktade behandlingshem som deltog i det sk Fallsjärms-projektet, lett av Johan Cullberg, etablerades. Vilka grundantaganden vilade de mindre enheterna på? Jo, utgångspunkterna var att bygga relationer mellan patienter och personal och att miljön skulle präglas av stabilitet, trygghet och acceptans. Enligt en av förgrundsgestalterna för mindre, miljöterapeutiskt inriktade enheter, Loren Mosher, kunde miljöfunktionen i ett tidigt, mera akut skede utgöras av en relativt stimulifattig miljö som skapade trygghet och stöd. Senare i förloppet skulle miljön i stället erbjuda patienterna mer struktur, personligt engagemang från personal, samarbete och planering inför framtiden. Ledord var ”being with”, ”standing by”, ”doing with”.

Engagemanget i de traditionella vårdavdelningarna var nog mindre vid den här tiden. Kanske togs de för givna som de var och så har det nog fortsatt. Personal med lång erfarenhet flyttades till öppenvården och den fysiska miljön på vårdavdelningarna blev torftigare. Troligtvis pga ökade säkerhetskraven också av andra anledningar. Vi har alla hört att vårdplatserna blev allt färre och vårdtiderna allt kortare. Vi har hört att fler tvångsvårdades och att patienterna var svårare sjuka. Sannolikt blev det också svårare för öppenvården att fungera när engagemanget för vårdavdelningarna minskade. Vårdavdelningarna behöver finnas där när situationen för patienterna ute i samhället blir ohållbar.

De alternativa vårdformer som utvecklades under 90-talet byggde på miljöterapeutiska principer. I USA fanns Soteria House och Crossing Place och i England var Kingsley Hall exempel som inspirerade, framför allt för patienter med psykosjukdom. Flera varianter etablerades i Sverige under 90-talet men efterhand minskade intresset och många enheter lades ned. Kanske pga den begränsade långtidseffekten, den biomedicinska psykiatrins frammarsch och ekonomin. Under 2000-talet har den psykiatriska vården mer kommit att präglas av omsorg om ekonomin än vårdutveckling driven av genuint engagemang för vårdens innehåll. När pengarna saknats har den enklare lösningen varit att lägga ner mindre enheter med motiveringarna ”omorganisation” och ”effektivisering”.

Flera studier beskriver vårdklimatet och vårdkvaliteten inom nutida svensk psykiatrisk heldygnsvård. Trots detta har intresset för heldygnsvårdens innehåll och förutsättningar från politiskt håll varit mycket begränsat sedan Psykiatireformens dagar. Få och kanske allt för svaga röster utan mandat

har höjts för att försvara heldygnsvården och försöka utveckla dess innehåll. Behövs ens heldygnsvården inom psykiatrisk vård?

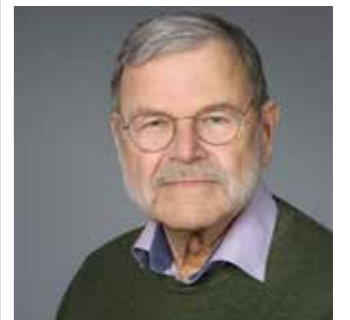
Vi menar att heldygnsvården har ett par huvudfunktioner. Psykiatriska vårdavdelningar har idag, i en dygnet-runt miljö, en intensivvårdsfunktion och en asylfunktion. Intensivvårdsfunktionen handlar om att snabbt kunna hjälpa en person med allvarlig psykisk ohälsa till ett stabilare mående. Detta kan vara komplext då det i många fall inte finns någon medicinsk psykiatrisk behandling som har omedelbar och varaktig effekt. Asylfunktionen handlar om möjligheten för en lidande person att komma bort ifrån en destruktiv livsmiljö och få en chans att återhämta sig i en trygg miljö. Detta var den klassiska funktionen för mentalsjukhusen innan medicinska behandlingar hade utvecklats. Asylfunktionen är också central för personer som är i behov av psykiatrisk intensivvård. Personer kan behöva skydd mot självskadande impulser eller stöd i att hantera starka känslor men också social samvaro, meningsfulla aktiviteter, hjälp med sömn, matvanor och annat som hör en fungerande vardag till. Psykiatrisk omvårdnad av god kvalitet och därigenom behovet av specialistutbildade sjuksköterskor löper som en röd tråd genom de båda funktionerna.

Under 2000-talet har flera omvårdnadsinterventioner, med fokus på de båda funktionerna, initierats för att utveckla och förbättra svensk psykiatrisk heldygnsvård. Låt oss ge några goda exempel.

Självvalda inläggningar (SI) eller som det också kallas Brukarstyrd inläggning (BI), kortvariga inläggningar relaterat till instabilt mående, används på flera håll i Sverige och i olika former. Oftast har en eller två vårdplatser på en vårdavdelning vikts för SI/ BI



**JENNY MOLIN**  
Specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård och universitetslektor med för-  
enad anställning, Umeå universitet



**LARS JACOBSSON**  
Överläkare i psykiatri, professor  
emeritus, Umeå universitet

och antalet vårdtillfällen har kontraherats med de personer som erbjudits denna möjlighet. Det har framförallt varit personer med psykos, ätstörning och självskadebeteende. Utvärderingar visar att SI/ BI reducerat antalet vård dagar jämfört med tiden före introduktionen av interventionen och genomgående har erfarenheter av SI/ BI beskrivits med positiva ord. Interventionen innebär ett ökat och rimligt ansvar för specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård samt minskat arbete för jourläkare.

Ljus- och miljöprojektet vid psykiatriska kliniken i Umeå är en intervention i syfte att förbättra den fysiska miljön

på en vårdavdelning. Vid en omfattande renovering öppnades gemensamhetsytor upp, färgsättningen ljusades upp och så kallat Healing light installerades. Det senare innebär att belysningen på vårdavdelningen följer dygnsrytmen och de som vårdas har möjlighet att välja färg på belysningen i deras rum. Miljöinterventionen har utvärderats och preliminära resultat tyder på att de som vårdas på avdelningen och personal känner sig tryggare i den nya miljön även om förändringen även inneburit frustration gällande tillgänglighet av personal och olika arbetsytor.

Omvårdnadsinterventionen Tid Tillsammans (TT) är en interven-

tion som går ut på att personer som vårdas på avdelning och personal, en timme varje vardag, umgås i gemensamma aktiviteter. Under denna timme har personalen inga andra arbetsuppgifter och avdelningen hålls stängd för besök från så väl närstående som personal i öppenvård. Interventionen har utvärderats och det finns stöd för att den är genomförbar, bidrar till hopp om återhämtning och utgör en arena för psykiatrisk omvårdnad.

Ett samtal om dagen är ytterligare en omvårdnadsintervention som utvecklats och etablerats i landet. Interventionen har formats utifrån patienters önskemål om dagliga samtal med omvård-

nadspersonal. Oss veterligen finns i dagsläget inga vetenskapliga referenser för interventionen men utvärderingar i Region Stockholm och Region Västerbotten visar att interventionen uppskattas av så väl patienter som personal.

Vid Uppsala universitet har en omvårdnadsintervention med beteendeaktiveringsgrupper i psykiatrisk heldygnsvård utvecklats. Gruppträffarna på 25–30 minuter, som leds av omvårdnadspersonal, äger rum två gånger i veckan på avdelning och alla som vårdas uppmanas att delta. Utvärderingar visar positiva effekter som inkluderar att de som vårdades deltog mer i

sin vård och planeringen. Vidare minskade inaktivitet, kontakten mellan de som vårdades och personal ökade och atmosfären på avdelningen blev bättre. Personalen upplevde också att de vårdade personerna inte längre kände sig som de enda med problem.

En intervention som utvecklats av brukarinflytande samordnare (BISAM) är Patientforum. BISAM och avdelningschef träffar de som vårdas på regelbunden basis så att de får ett forum där de kan komma med förslag på förbättringar av miljön och vårdarbetet. Förslagen diskuteras sedan tillsammans med personal och förbättringar genomförs. Ett annat exempel på sätt att öka delaktigheten och

medinflytande för personer som vårdas inom heldygnsvården är Delat Beslutsfattande. Flera svenska studier och projekt visar i dag på styrkorna med att arbeta på det sättet.

Centralt för dessa goda exempel på hur psykiatrisk heldygnsvård kan förbättras är bättre samarbete mellan de som vårdas och personal. Bättre samarbete bygger på att kommunikationen förbättras och att kvaliteten i interaktionerna mellan de vårdade personerna och personal höjs. Detta åstadkoms inte av sig själv utan förutsätter engagemang och utbildning i så väl bemötande som samtalskonst. Vidare krävs också god reflekterande förmåga bland

personal samt mod och kraft att våga förändra och bygga konstruktiva vårdkulturer då det ytterst handlar om att skapa genuina mellanmänskliga möten med patienterna. Det i kombination med ett personcentrerat och utbudsrikt innehåll skulle kunna leda till en förändring i rätt riktning inom psykiatrisk heldygnsvård. Ett utbud av ovannämnda interventioner skulle rimligtvis höja vårdkvaliteten i psykiatrisk heldygnsvård, leda till att patienterna upplever värden mera tillfredsställande och att personalen känner sig mer tillfredsställd med sitt arbete. Det skulle alltså vara en win-win-situation. Vi menar att ett sådant utbud inte nödvändigtvis skulle öka arbetsbelastningen men kräva planering,

utbildningsinsatser och stöd i att utveckla de personliga samtalen. Vi menar också att ett sådant arbete måste vara ett gemensamt ansvar för så väl omvårdnadspersonal som läkare.

Det är hög tid att utveckla den psykiatriska heldygnsvården med samma engagemang som lagts ned på öppenvården. Erfarenheterna från de tidigare miljöterapeutiska projekten borde tillvaratas tillsammans med de omvårdnadsinterventioner som utvecklats under senare år och som bygger på samma grundläggande principer som de tidigare miljöterapeutiska projekten. Tillsammans kan vi utveckla en heldygnsvård att vara stolta över. ■

## LÄS MER

■ Eckerström, J., Flyckt, L., Carlborg, A., Jayaram-Lindström, N., & Perseus, K. I. (2020). Brief admission for patients with emotional instability and self-harm: A qualitative analysis of patients' experiences during crisis. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.12736>

■ Ejneborn Looi, G. M., Engström, Å., & Sävenstedt, S. (2015). A self-destructive care: self-reports of people who experienced coercive measures and their suggestions for alternatives. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(2), 96-103.

■ Gabrielsson, S., Looi, G. M. E., Zingmark, K., & Sävenstedt, S. (2014). Knowledge of the patient as decision-making power: staff members' perceptions of inter-professional collaboration in challenging situations in psychiatric inpatient care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 784-792.

■ 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.

■ Graneheim, U. H., Slotte, A., Säfstén, H. M., & Lindgren, B. M. (2014). Contradictions between ideals and reality: Swedish registered nurses' experiences of dialogues with inpatients in psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(5), 395-402.

■ Lilja, L., & Hellzén, O. (2008). Former patients' experience of psychiatric care: a qualitative investigation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(4), 279-286.

■ Lindgren, B. M., Aminoff, C., & Graneheim, U. H. (2015). Features of everyday life in psychiatric inpatient care for self-harming: an observational study of six women. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(2), 82-88.

■ Lindkvist, R. M., Landgren, K., Liljedahl, S. I., Daukantaitė, D., Helleman, M., & Westling, S. (2019). Predictable, Collaborative and Safe: Healthcare Provider Experiences of Introducing Brief Admissions by Self-referral for Self-harming and Suicidal Persons with a History of Extensive Psychiatric Inpatient Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(7), 548-556.

■ Molin, J., Graneheim, U. H., & Lindgren, B. M. (2016a). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care—patients' perspectives. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1), 29897.

■ Molin, J., Graneheim, U. H., Ringnér, A., & Lindgren, B. M. (2016b). From ideals to resignation—interprofessional teams perspectives on everyday life processes in psychiatric inpatient care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(9-10), 595-604.

■ Molin, J., Hällgren Graneheim, U., Ringnér, A., & Lindgren, B. M. (2020). Time Together as an arena for mental health nursing—staff experiences of introducing and participating in a nursing intervention in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*.

■ Mosher L LR & Burti L 1989 Community mental health: principles and practice New York: WW Norton & Company

■ Salberg, J., Folke, F., Ekse lius, L., & Öster, C. (2018). Nursing staff-led behavioural group intervention in psychiatric in-patient care: Patient and staff experiences. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1401-1410.

■ Socialstyrelsens rapport om Delat beslutsfattande (2012) <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-6-52.pdf>

■ Tuveesson, H., Wann-Hansson, C., & Eklund, M. (2011). The ward atmosphere important for the psychosocial work environment of nursing staff in psychiatric in-patient care. *BMC Nursing*, 10(1), 12.

## Grattis Sofie!

Sofie Lundström  
Foto: Privat



**Den andra oktober försvarade Sofie Lundström sin avhandling: "Hälsa, levnadsvanor och erfarenheter av förändring av levnadsvanor hos personer med psykossjukdom – hälsofrämjande aspekter inom psykiatrisk omvårdnad" vid Akademien för hälsa och välfärd, Högskolan i Halmstad. Professor Ove Hellzén från Mittuniversitetet var opponent.**

**Hur känns det nu när disputationen är avslutad?**

Jag känner mig stolt över att ha klarat av den här utmaningen och nöjd över att vara klar. Samtidigt känns det lite tomt nu efteråt och lite ovisst om vad som ska hända nu, men det känns också spännande och förväntansfullt inför framtiden.

**Hur kom det sig att du började forska?**

Det har inte varit självklart utan mitt intresse för att börja forska har nog växt fram över tid. Det började när jag för ganska många år sen skulle komplettera min gamla sjuksköterskeutbildning och fick upp ögonen för vad mycket spännande och viktig forskning som bedrivs inom omvårdnad. Efter att sedan ha jobbat flera år kliniskt som sjuksköterska inom psykiatri fick jag en tjänst på Högskolan Väst som universitetsadjunkt och fick möjlighet att

vara med i olika forskningsprojekt. Där väcktes mitt intresse för forskning ytterligare, att få möjlighet att engagera och fördjupa mig i frågor som handlade om psykiatrisk omvårdnad och förhoppningsvis bidra med kunskap som kan utveckla den psykiatriska omvårdnaden och vara till nytta för såväl patienter som vårdpersonal. Så 2014 kom det ut en doktorandtjänst i Halmstad som passade mig, och som jag sökte och fick.

**Vad handlar avhandlingen om?**

Avhandlingen handlar om hälsa och levnadsvanor hos personer med psykossjukdom och erfarenheter av förändring av levnadsvanor och vad som främjar förändring både utifrån ett patientperspektiv och ett sjuksköterskeperspektiv. Avhandlingen har en salutogen ansats och fokuserar därför på aspekter som kan främja hälsa och hälsosamma levnadsvanor hos personer med psykossjukdom.

**Hur skulle du sammanfatta dina viktigaste resultat och hur kan dessa användas?**

Resultatet visar att det finns såväl individuella som relationella, organisatoriska och samhälleliga aspekter som påverkar möjligheten till förändring av levnadsvanor för personer med psykossjukdom. Inre styrka, en positiv självbild och

positiva erfarenheter är individuella aspekter som tillsammans med relationella aspekter såsom stöd och att få ingå i en gemenskap, kan främja hälsosamma levnadsvanor. På en organisatorisk och samhällelig nivå är samverkan, ansvarsfördelning samt kunskap och kompetens viktiga aspekter för det hälsofrämjande arbetet inom psykiatrisk vård. Det hälsofrämjande arbetet behöver få en större plats inom den psykiatriska vården och det är viktigt att alla dessa aspekter beaktas vid planering och utveckling av hälsofrämjande insatser. Sjuksköterskan är i en nyckelposition att utveckla den hälsofrämjande omvårdnaden där fysisk och psykisk hälsa integreras och där personens egen förmåga till förändring kan främjas. Ett salutogent och personcenterat förhållningssätt där personens behov, resurser och förmågor är utgångspunkten för att främja hälsa och hälsosamma levnadsvanor kan bidra till en hälsofrämjande omvårdnad. För att utveckla hälsofrämjande insatser för personer med psykossjukdom behöver dock detta resursorienterade förhållningssätt genomsyra hela organisationen, i relationen med patienten, i verksamhetens gemensamma mål och vid beslut på ledningsnivå. Resultatet från avhandlingen bidrar med kunskap om hälsorelaterade levnadsvanor

och om erfarenheter av att förändra levnadsvanor samt om vad som främjar levnadsvaneförändringar. Detta är viktig kunskap vid utveckling av hälsofrämjande insatser inom psykiatrisk vård för att kunna planera och genomföra insatser som blir hållbara. Vidare kan resultatet bidra till en ökad förståelse av vikten av ett resursorienterat förhållningssätt och som underlag för reflektioner i personalgrupper om hur hela hälsan kan främjas för personer med psykossjukdom.

**Vad gör du härmäst?**

Jag kommer jobba som lektor på Högskolan Väst i Trollhättan, i utbildningen på grund- och avancerad nivå där jag kommer arbeta för att lyfta de hälsofrämjande aspekterna i utbildningen samt förhoppningsvis fortsätta bedriva forskning för att utveckla den hälsofrämjande omvårdnaden inom psykiatrisk vård. ■



PSYKIATRISJUKSKÖTERSKA  
PÅ STATLIGT  
UNGDOMSHEM

Caisa Hellborg  
Foto: Privat

## PSYKIATRISJUKSKÖTERSKA PÅ STATLIGT UNGDOMSHEM

Text: CAISA HELLBORG

Varje år vårdas drygt 1000 ungdomar på ungdomshem utanför sitt hem inom Statens institutionsstyrelse. Många av ungdomarna omhändertaras enligt LVU på grund av missförhållanden som ofta är kopplade till missbruk och kriminalitet med risker för ungdomens hälsa. I *Mitt yrke* denna gång berättar *Caisa Hellborg* om sitt arbete som psykiatrisjuksköterska vid ungdomshem inom Statens institutionsstyrelse.

**”Jag skulle vilja vara en större del av behandlingsarbetet t ex samtalsbehandling, massage och akupunktur, men tyvärr ges inte den möjligheten.”**

### Vem är du?

1996 var året då jag tog sjuksköterskeexamen från Umeå Universitet. Jag hade redan bestämt mig för att specialistutbilda mig till psykiatrisjuksköterska så jag påbörjade tidigt den utbildningen på halvfart för att kunna arbeta under tiden. Jag har under alla år fortsatt att vidareutbilda mig inom olika områden. Jag ser det som en självklarhet att fortsätta utvecklas på både ett personligt och professionellt plan. Utöver att ha genomgått en rad fristående kurser, är jag idag även utbildad Steg1 KBT-terapeut, Svensk klassisk massör, Mindfulness-instruktör MBCT och nyligen läste jag till akupunktör. Nu, nyss fyllda 50 år, kan jag se tillbaka på en lång yrkeskarriär inom många olika delar av den psykiatriska verksamheten. Slutenvård, öppenvård, mellanvård, behandlingshem och inte minst den kommunala psykiatrin.

### Var och med vad arbetar du nu?

I skrivande stund arbetar jag inom SIS, Statens institutionsstyrelse. De är en institutionsverksamhet som bygger på att ungdomen är placerad enligt LVU (lagen om vård av unga) eller LSU (lagen om slutenvård). Ungdomen är placerad kortare eller längre perioder och det kan vara en akutplacering, utredningsplats eller behandlingsplats, alltifrån några dygn till ett par år. Majoriteten har tidigare placeringar redan när de kommer till oss.

Enkelt förklarar består SIS verksamhet av tre delar; *Skolan*, en obligatorisk del för alla skolpliktiga ungdomar och ett erbjudande att arbeta i kapp och förbättra sin situation för att slutföra gymnasieutbildning efter placeringstiden för de som är äldre. Skolan har en

egendokumentation. *Behandlingen* som erbjuds på den avdelning där ungdomen bor. Det kan tex vara ÅP (återfalls prevention) eller ART (Aggression Replacement Training), detta erbjuds individuellt eller i grupp av den personal som arbetar där. Alla avdelningar har ett eget dokumentationssystem. Sen kommer sista delen, där jag ingår, *HSL* (Hälsa och sjukvård), en frivillig insats som erbjuds till ungdomen med sedvanlig sekretess och journalkrav som all sjukvård.

Vilken kompetens som finns i HSL-gruppen varierar mellan olika SIS-verksamheter i Sverige. Detta bestäms på respektive institution. Minimikrav på sjukskötersketillgänglighet finns under ordinarie kontorstid. Detsamma gäller även för psykolog. Även en läkare ska finnas knuten till Institutionen och det kan variera mellan en Distriktsläkare på en vårdcentral till en Psykiater. Läkaren kommer och genomför rond cirka en gång i veckan.

Ordinarie sjukvård, vårdcentraler, akutmottagningar, psykiatriska vårdavdelningar har fortsatt kvar det yttersta ansvaret för vården till denna patientgrupp. Ungdomar skickas fram och tillbaka mellan vårdinstanser och det blir stora risker i patientsäkerheten, att en ungdom inte erbjuds rätt vård vid rätt tid. Detta eftersom icke legitimerad HSL-personal på SIS institutionerna ska göra bedömningar om huruvida en ungdom behöver vård och i så fall vilken vård, och ombesörja att ungdomen kommer dit. På SIS-institutionerna runt om i Sverige i dag sitter ungdomar med allvarlig psykisk problematik, det tillkommer dessutom ofta missbruksproblem och trauman av olik dignitet. Att de sedan är

tvångsomhändertagna ökar den emotionella stressen.

### Hur ser en vanlig dag på jobbet ut?

En vanlig dag på jobbet börjar kl 8:00. Får via Skype (på grund av Covid) rapport från kvällen och natten. Efter detta prioriterar jag hur jag lägger upp dagen, bortsett från de möten jag ska närvara på. Om en ny ungdom kommit blir det hög prioritet på att få ett första möte och en bedömning av ev. drogpåverkan, hälsotillstånd, ev. medicinering, och psykiskt status. Ibland behöver jag snarast försöka få tag i t ex ansvarig BUP-mottagning eller vuxenpsykiatrisk mottagning någonstans i Sverige för att kunna hjälpa till att påbörja medicinering, nästan samtliga har mediciner utskrivna från olika håll. Jag behöver även försäkra mig om någon mått dåligt under kvällen och natten och i så fall göra en bedömning.

Jag börjar dela dosetter som ska ut till avdelningarna en gång i veckan och det bygger på att recept till ungdomen finns och att det är beställt från apoteket. Under dagen ringer avdelningspersonal om ungdomars behov av bedömning vilket kan gälla allt från graviditetstest till hudseksem, skabb, urinvägsinfektion eller stygn som skall plockas bort. Sen försöker jag hinna förbereda för morgondagen - kommer läkaren för att ronda, är det utredningsteam där jag ingår som skall förberedas, ska det beställas journal på någon?

### Vilka möjligheter och utmaningar finns inom denna verksamhet?

Ingen dag är den andra lik, ett mycket varierande och roligt arbete. Jag uppskattar alla möten

med ungdomar som många gånger befinner sig i mycket svåra situationer. Jag skulle vilja vara en större del av behandlingsarbetet t ex samtalsbehandling, massage och akupunktur, men tyvärr ges inte den möjligheten. Utifrån min erfarenhet och den utbildningsnivå jag har, ser jag en mycket utsatt och sårbar patientgrupp, med stor psykisk ohälsa och ett stort behov av kvalificerad professionell behandling. Här brister vi många gånger, vi alla, SIS och alla de samarbetspartner vi har inom den ordinarie sjukvården och socialtjänsten. Det finns mycket att önska på organisationsnivå och en bättre överensstämmelse i det uppdrag vi fått av staten utifrån vår målgrupp. Den psykiska ohälsan, droganvändning och kriminaliteten har ökat inom hela samhället och i mycket hög grad i denna målgrupp de senaste 10 åren.

Med allt detta sagt vill jag avsluta med att inte en dag sedan jag var nyutexaminerad sjuksköterska har jag ångrat att jag valde att bli Psykiatrisjuksköterska, ett fantastiskt inspirerande och utvecklande arbete både på personlig och professionell nivå. ■



Psykiatriska  
Riksföreningen  
för Sjuksköterskor

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

## PRF

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

## STYRELSE 2020

### ORDFÖRANDE

Henrika Jormfeldt, Halmstad  
070-355 55 43  
[henrika.jormfeldt@psykriks.se](mailto:henrika.jormfeldt@psykriks.se)

### VICE ORDFÖRANDE

Samordnare forskarnätverket  
Hanna Tuvevsson, Karlskrona  
072-567 33 07  
[hanna.tuvevsson@psykriks.se](mailto:hanna.tuvevsson@psykriks.se)

### KASSÖR

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

### SEKRETERARE

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

### LEDAMOT

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

### LEDAMOT

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

### LEDAMOT

Medlemsansvarig  
Paul Stråby, Stockholm  
070-780 21 62  
[paul.straby@psykriks.se](mailto:paul.straby@psykriks.se)

### LEDAMOT

Joffen Kleiven, Göteborg  
073-545 75 50  
[joffen.kleiven@psykriks.se](mailto:joffen.kleiven@psykriks.se)

### LEDAMOT

Sarah Thiem, Stockholm  
[sarah.thiem@psykriks.se](mailto:sarah.thiem@psykriks.se)

## PSYCHE 2020

### TF. CHEFREDAKTÖR/ ANSVARIG UTGIVARE

Hanna Tuvevsson, Karlskrona  
072-567 33 07  
[hanna.tuvevsson@psykriks.se](mailto:hanna.tuvevsson@psykriks.se)

### BITRÄDANDE CHEFREDAKTÖR

Henrika Jormfeldt, Halmstad  
070-355 55 43  
[henrika.jormfeldt@psykriks.se](mailto:henrika.jormfeldt@psykriks.se)

### RECENSIONSANSVARIG

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

### REDAKTIONSRÅD

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

### Jörgen Öijervall, Varberg

[jorgen.oijervall@hh.se](mailto:jorgen.oijervall@hh.se)

### ANNONSANSVARIG

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

## REVISORER 2020

### ORDINARIE

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

### Karl-Henrik Forsman, Jönköping

070-631 18 93  
[karl-henrik.forsman@rjl.se](mailto:karl-henrik.forsman@rjl.se)

### SUPPLEANTER

Hampus Martinsson, Växjö  
Maria Linde

## VALBEREDNING 2020

### SAMMANKALLANDE

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

### LEDAMÖTER

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

### Simon Notman Steinmo, Stockholm

0721-876555  
[simon.steinmo@gmail.com](mailto:simon.steinmo@gmail.com)

### Sebastian Gabrielsson, Luleå

070-5483864  
[sebastian.gabrielsson@ltu.se](mailto:sebastian.gabrielsson@ltu.se)

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN FÖR SJUKSKÖTERS KOR HÄLSAR VÄLKOMMEN TILL

# Årskonferens 2021

## ÄR TYVÄRR INSTÄLLD!

Konferensen skulle ägt rum den 18-19 mars 2021 i Stockholm. På grund av rådande omständigheter tvingas vi dock att ställa in konferensen.

Håll utkik på hemsidan för mer information samt uppdatering angående kommande aktiviteter och årskonferens för 2021.

Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor,  
[PRF psykriks.se](http://PRF.psykriks.se)

## SKADEPREVENTIV INREDNING – vi har kunskapen och lösningarna

"Jag gillar att man kan luta sig mot er kompetens inom detta svåra område" – sa en verksamhetsansvarig inom psykiatrin när vi tillsammans identifierat rätt inredningslösning.

I ett decennium har vi utvecklat inredning i samarbete med verksamheter. Numera har vi ett brett produktutbudande. Och kunskap. Som vi gärna delar med oss av.

Med fördel genom ett digitalt möte där vi lyssnar på er och berättar om våra erfarenheter och lösningar.

Boka gärna ett digitalt möte i vårt showroom via mail till [elisabet.juven@healsafeinterior.com](mailto:elisabet.juven@healsafeinterior.com)

Scandinavian Design for Safe & Healing Environments

HealSafe Interiör

[www.healsafeinterior.com](http://www.healsafeinterior.com)

PSYKIATRI – KRIMINALVÅRD – UNGDOMSHEM – BUP

## STYRELSEMÖTE 20.09.11

### Närvarande:

Eva, Hanna, Henrika, Britt-Marie,  
Jenny M, Jenny K och Paul

**PRFS STYRELSEMÖTE** följer nu tidens tand (läs; Folkhälsomyndighetens rekommendationer) så den här gången sågs vi via Zoom. Fantastiskt ändå att det kan fungera så bra! Vi är ju ändå spridda över landet.

Punkter som avhandlades vid detta möte var i vanlig ordning diariet (förfrågningar som fortlöpande kommer in till föreningen), sammansättningen av ett nytt redaktionsråd till Psyche, den kommande årskonferensen och verksamhetsplanen. Vi kan klart konstatera att detta år inte riktigt blir som vi tänkt, men vi gör så gott vi kan i vårt föreningsarbete.

Nästa styrelsemöte är planerat till november med mötesplats Stockholm. Vi får se hur det blir med den saken. Ett är säkert i all fall och det är att det blir möte.

Vid pennan, Jenny Molin

## På gång inom psykiatrisk omvårdnad

### 2021

International Mental Health Nursing Research Conference (MHRN) / 9-10 juni / London, Storbritannien

American Psychiatric Nurses Association (APNA) 35th Annual Conference / 13-16 oktober

# Ny klinisk handbok



**Suicidala patienter**  
John A. Chiles, Kirk D. Strosahl, Laura Weiss Roberts  
Översatt av Erik MacQueen

"Detta är den självklara boken för alla som arbetar med potentiellt suicidala personer. Den kan revolutionera det svenska sättet att se på suicidprevention. En mycket väl-skriven och gedigen kunskapskälla, med konkreta behandlingsupplägg som bygger på det senaste inom suicidforskningen. Jag blir varm och glad över att se denna typ av kunskap paketeras så fint! Denna bok kan rädda liv!"

**Ludmilla Rosengren,**  
leg. läkare med grundläggande utbildning i KBT och medgrundare till Suicide Zero



**Unified protocol för barn**  
Jill Ehrenreich m.fl.  
Översatt av Johanna Svartström



**Samtalsterapi**  
Niklas Törneke, Jonas Ramnerö



**RO-DBT terapeutinstruktioner**  
Thomas R. Lynch  
Översatt av Linda Roosdorp



**Anknytning i psykoterapi**  
Camilla von Below

Fler aktuella titlar

Köp dessa och fler utvalda nyheter med 25% rabatt på [nok.se/psyche](http://nok.se/psyche) senast den 31 januari. Ange koden nokpsyche.

Missa inte [psykologiwebben.se](http://psykologiwebben.se) – en digital plats för kunskap, kompetensutveckling och inspiration.

Natur & Kultur är ett förlag som arbetar för att möta människors behov av psykologisk kunskap i olika verksamheter och livssituationer. Vi erbjuder forskningsbaserad litteratur för studerande vid universitet och högskola, för yrkesverksamma inom människovårdande yrken och för alla som vill utvecklas på ett personligt eller professionellt plan.

**BEGRÄNSAD  
EFTERSÄNDNING**  
Vid definitiv eftersändning  
återsänds försändelsen  
med nya adressen  
tydligt påskrivnen



Psykiatriska  
Riksföreningen  
för Sjuksköterskor

# Bli medlem i PRF

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

## VAD GÖR PRF?

- Företträder 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 anknötning till psykiatri genom utbildning eller yrkesverksamhet. Den som inte uppfyller detta krav är välkommen som associativ medlem.

ORDINARIE MEDLEMSAVGIFT FÖR 2020 ÄR 325 KR. STUDENTER OCH PENSIONÄRER BETALAR 200 KR.

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