

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN
FÖR SJUKSKÖTERSORS TIDSKRIFT

Psyche

NUMMER 2 2021

**Engagerade
möten vid en
annorlunda
konferens**



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 och ansvarig utgivare
Hanna Tuveesson

Kontakt

Psyche c/o Hanna Tuveesson
Gamla Riksvägen 10
371 60 Lyckeby
072-567 33 07

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 2021 är 325 kr. Studenter och pensionärer betalar 200 kr. Medlem blir man genom att 1. Anmäla medlemskap via www.psykriks.se eller 2. Betala in avgiften via bankgiro 5118-1592 eller SWISH 123 069 28 06 och ange namn och personnummer.

Utgivningsplan 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 eller kontakta prenumerationsansvarig Andreas.glantz@psyche.se

Annonsera

För information och annonsbokning kontakta Britt-Marie Lindgren, britt-marie.lindgren@psykriks.se

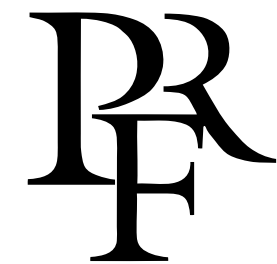
Tryck och formgivning

Form Olga&friends - en del av Ågrenshuset.
www.agrenshuset.se

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



ISSN 0283-3468



Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

INNEHÅLL



**En annorlunda
men härlig
konferens i håll-
barhetens anda!**

KOMPLEMENTÄR OCH
ALTERNATIV MEDICIN -
KAM - I SVENSK
PSYKIATRISK VÅRD

**Samtal för
hållbar
psykisk
hälsa.**

**"HUR EFFEKTIV
KAN DU BLI?"**

**Erfarenheter av
Brukarstyrd inläggning
vid allvarligt
självskadebeteende**

"Jag upplever att jag går in som ordförande under en tid när specialist-sjuksköterskans kunskapsområde är högaktuellt och viktigt. Vi vet ännu inte exakt vilka och hur stora konsekvenserna av den nuvarande pandemin kommer att bli för människors psykiska hälsa, men jag misstänker att vi kommer att se ett större behov av specialistsjuksköterskor med inriktning psykiatrisk vård inom såväl traditionella psykiatriska vårdområden som nyare."

Fortsatt kamp för allas rätt till högkvalitativ psykiatrisk omvårdnad!

ÅRET VAR 2017 när jag valdes in som styrelseledamot i PRF. Jag var inte så van vid föreningsarbete, men såg fram emot att arbeta med utveckling av vårt kunskapsområde tillsammans med andra specialistsjuksköterskor med inriktning psykiatrisk vård. Så här några år senare är jag ödmjukt hedrad över att ha fått förtroendet att leda PRF:s arbete som ordförande de kommande två åren.

Under de år jag har deltagit i styrelsearbetet har vi åstadkommit mycket, men många utmaningar är seglivade och det finns fortfarande frågor att arbeta vidare med. Jag upplever att jag går in som ordförande under en tid när specialistsjuksköterskans kunskapsområde är högaktuellt och viktigt. Vi vet ännu inte exakt vilka och hur stora konsekvenserna av den nuvarande pandemin kommer att bli för människors psykiska hälsa, men jag misstänker att vi kommer att se ett större behov av specialistsjuksköterskor med inriktning psykiatrisk vård inom såväl traditionella psykiatriska vårdområden som nyare. Avgörande blir dock att specialistsjuksköterskan får utrymme att använda sin kunskap och sina färdigheter. Något som verkar långt ifrån självklart i Sverige idag.

Det är fantastiskt roligt att se och möta det engagemang och driv som finns bland våra

medlemmar runt om i landet! Jag märker av det i sociala medier, via e-post och inte minst under PRF:s årskonferens. Efter att ha varit tvungna att hoppa över konferensen under ett år, var vi nog många som upplevde det som särskilt viktigt och behövt att få träffas, även om det var online. Vi är många som vill mer och som på olika sätt kämpar för att personer med psykisk ohälsa ska få anpassad och etiskt god vård, där personen själv och dennes behov och resurser är i fokus. När vi träffas vid vår årskonferens blir detta extra tydligt och vi kan hämta kraft i en annars ganska ensam situation som specialistsjuksköterska. Jag ser redan nu fram emot nästa årskonferens som kommer att ske den 7-8 april i Göteborg och/eller online.

Specialistsjuksköterskans mandat och kunskap har varit svårutvärderad inom vården men också inom Sveriges politiska arenor. Vi behöver ta mer plats, synas mer och höras mer i olika forum. Ju fler vi blir i föreningen, desto starkare gemensam röst! Kanske ett lite väl klyschigt utlåtande, men i det här fallet tror jag att kvantitet faktiskt kan ha betydelse. Jag hoppas därför på en tid av stor tillströmning av medlemmar till föreningen och en tid där vi tillsammans kan fortsätta kämpa för människors rätt till psykiatrisk omvårdnad som gör skillnad. ■

ORDFÖRANDE HAR ORDET



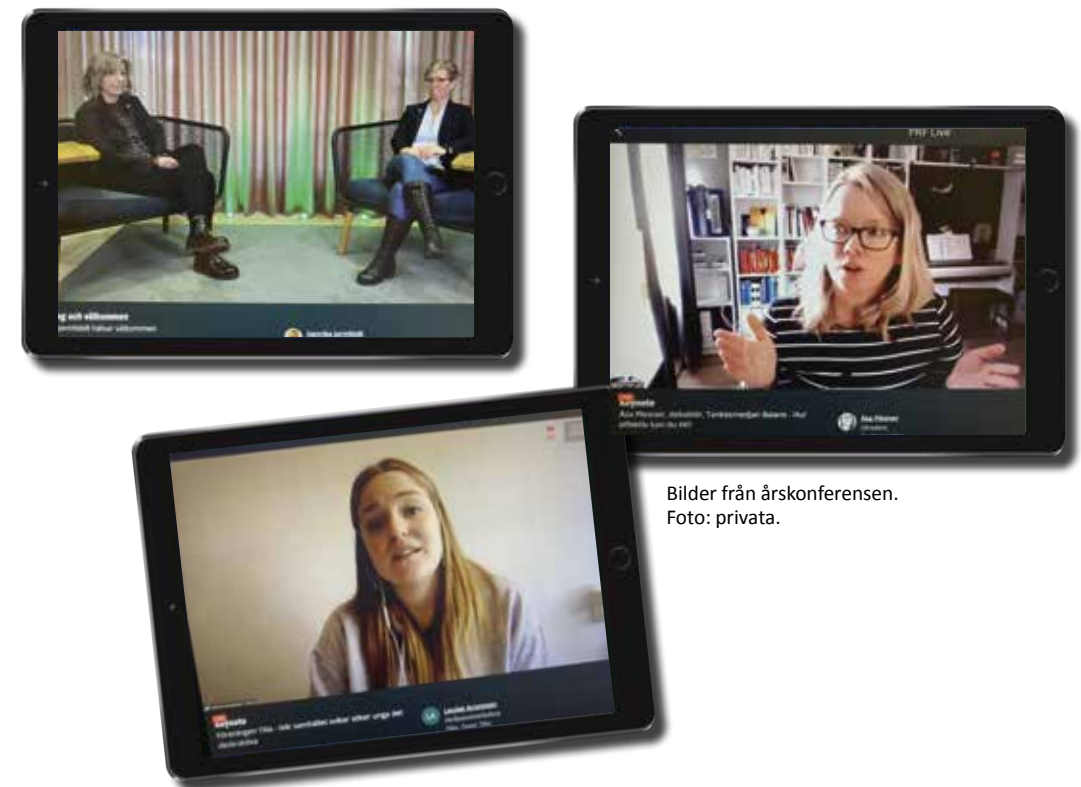
HANNA TUVESSON, ORDFÖRANDE,
PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN FÖR SJUKSKÖTERS KOR



En annorlunda men härlig konferens i hållbarhetens anda!

Text: JÖRGEN ÖIJERVALL

Länge och med många turer fram och tillbaka arbetade PRF:s styrelse för att kunna genomföra föreningens årskonferens med tema *Hållbar psykisk hälsa*. Slutprodukten blev extra hållbar då den genomfördes helt online. Annorlunda och lite nervöst för alla inblandade, men med positiva omdömen enligt utvärderingen som genomfördes med konferensens deltagare. Det fanns klara fördelar med ett online-koncept till exempel den dialog som kunde föras i den digitala chatten under pågående presentationer och möjlighet att delta trots vård av barn. Saknad av go-fika, konferensmiddag och mingel fanns dock kvar för många. Innehållsmässigt bjöd konferensen på angelägna och aktuella presentationer bland annat en paneldebatt om specialistsjuksköterskans roll och funktion tillsammans med *Sebastian Gabrielsson* vid Luleå Tekniska Universitet, *Henrika Jormfeldt* avgående ordförande för PRF samt *Ragnhild Karlsson* från Vårdförbundet. Deltagarna vid årskonferensen kunde också ta del av sponsorer och utställare via skärmen, vilket visade sig fungera bättre än förväntat. *Jörgen Öijervall* som var en av konferensens deltagare och medlem i Psyches redaktionsråd delar med sig av sina reflektioner om årets konferens.



Bilder från årskonferensen.
Foto: privata.

I ÅR BLEV DET INGEN hotellfrukost, tråkigt men kanske inte det viktigaste på en konferens. Det viktigaste för mig är de fysiska mötena med kollegor som uteblev i och med att konferensen inte kunde genomföras fysiskt. Alltifrån ett igenkännande "hej" till korta samtal med nya bekantskaper fick utbli. Nu blev det istället nervositet om huruvida uppkopplingen skulle fungera. Glädjande nog så fungerade allt till belåtenhet.

Första huvudtalare var Lena Wiklund Gustin. Hon lyfte upp samtalet och hade ett samtal om samtalet. Min reflektion var att trots att jag har samtalet som verktyg, läst mycket teori och gått kurs om samtalet, så fick jag en något djupare förståelse. Det är alltid lika fascinerande att försöka nollställa sig och lyssna som om det var något nytt. Samtalet är ett av våra viktigaste verktyg i mötet med patient och närstående. Det var därför ett av skälen till att jag försökte lyssna och reflektera som om det varit

något helt nytt för mig. Det blir som ett smörjmedel för mig och hjälper mig att vara fortsatt reflekterande i mina egna nya möten. Denna föreläsning blev som en form av självreflektion. Jag kopplar ihop det med Pernilla Omerovs presentation om suicidprevention och stöd att leva vidare med fokus i helsevården. Det fanns mycket i denna presentation som känns viktigt. En känsla av att förflytta omvårdnaden vid suicid från övervakning till en mer vårdande hållning på vårdvetenskaplig grund. Det som slår mig är mina egna erfarenheter, speciellt ifrån de sista åren då jag arbetat som timanställd på olika avdelningar. Min erfarenhet är att det inte är ovanligt att patienter läggs in för "suicidprevention och vid överrapportering från kollegor eller läkare brukar jag då fråga vad suicidprevention" innebär på denna avdelning. Dessvärre har jag ännu idag inte fått något bra svar. Ofta blir svaret efter en stunds tystnad "ehhh... övervakning". Phil Barker, en känd

omvårdnadsteoretiker har skrivit om detta för flera år sedan - från övervakning till samtal. Just detta kan jag uppleva att Pernilla beskriver i sin presentation. En annan reflektion jag fick var utifrån det som beskrivs i uttalandet "att lyssna är en konst som kräver färdigheter som behöver tränas upp". Jag funderar över om det finns någon avdelning som tar utmaningen att börja simulera konsten att lyssna? Ungefär på samma sätt som vid träning av självskydd? Ni som tar utmaningen, hör av er.

När sedan Kristina Eijvergård presenterar sin forskning om "illusion av delaktighet" så får jag en känsla av att vi inte har kommit så långt. Det var en nyttig och viktig föreläsning, även om det inte förvånade att det finns brister när det gäller patientens delaktighet. Jag känner väl igen det ifrån min tid när jag arbetade i helsevården. Det finns en tradition som behöver brytas och vi har lång väg att gå för att patienten ska kunna bli genuint

delaktig. Kristinas presentation var lugn och saklig, vilket gjorde den något mer irriterande, i positiv bemärkelse. För mig gav den energi och kraft att fortsätta arbetet med att försöka bidra med förändring. Det är bra att vi synar psykiatrin och får en bild av de brister som finns. Hur ska vi annars kunna skapa något bättre?

Genom nästa föreläsning av Johanna Salberg kastas vi in i en förändringsprocess när "Steg Mot Återhämtning – SMÅ, en strukturerad, beteendeaaktiverande arbetsmetod för psykiatrisk omvårdnad" presenteras. Målet är att skapa små, direkta beteendeförändringar som ska leda till ökad hälsa. Här arbetar vårdpersonal i grupp och viktig föreläsning, även om jag tolkar det som att patienter stödjer andra patienter med stöd från personalen. Det var en inspirerande föreläsning. Det som slår mig är hur helsevården kommit i fokus. De senaste åren har vi fått mycket ny forskning och



inspiration som berör just heldygnsvården, vilket känns glädjande och viktigt. Dels genom att forskningen visar upp vad vi gör, vi får ord på det, dels genom att signalera hur viktiga dessa insatser är. Den tysta kunskapen blir sedd och belyst. Det finns även nya projekt och ny utveckling av omvårdanden inom heldygnsvården. Det blir mer än en förvaring. Det blir en plats där återhämtningen börjar eller fortsätter. Samtidigt får vårdpersonalen verktyg som kan stödja patienter, men även en förbättrad arbetsmiljö genom kompetensutveckling och fler terapeutiska möten. Betänk att patienten är i heldygnsvården 24 timmar om dygnet. I jämförelse kan 24 timmar i öppenvården motsvara ett helt år. Så nog är det viktigt att reflektera över vad vi gör med tiden i heldygnsvården. Även här gäller det att bryta traditioner av övervakning och skapa mer möjlighet till delaktighet och stöd till återhämtning. Andreas Glanz presentation skulle kunna beskriva ett av skälen till svårigheterna med att förändra heldygnsvården. I hans presentation beskrivs hur sjuksköterskan står i medicinrummet och ofta blir avbruten samt har väldigt lite tid i direkt kontakt med patienten. Även detta känns som angelägen kunskap. Det är viktigt att ha kunskap om hur det ser ut i verkligheten på kliniken,

den vetenskapen behövs om vi ska kunna skapa nya möjligheter till en modernare psykiatri som är mer personcentrerad.

Brukarstyrd inläggning (BI) tycker jag kan utgöra just ett exempel på en stor förändring inom psykiatrin. Hade någon presenterat idén under 1990-talet hade den kanske aldrig kunnat genomföras, utan hade mer betraktats som en galen idé. Under konferensen fick vi lyssna till två presentationer om BI både ur personalens och patientens perspektiv. Det är glädjande att få ta del av resultatet om att patienterna har stor nytta av BI. Hela konceptet kan uppfattas som en utveckling av psykiatrin och en ökad delaktighet för patienten.

Det fanns såklart många fler inspirerande och viktiga inslag under konferensen. Sammanfattningsvis så tycker jag att denna konferens är en viktig kunskapsdelning mellan olika personer och verksamheter. I år kunde vi inte mötas, skapa nya kontakter och inspirera varandra på samma sätt som vid tidigare konferenser. Däremot fick vi lyssna till, inspireras av och reflektera tillsammans med många kompetenta kollegor. En reflektion jag gör är hur PRF och dessa konferensdagar har utvecklats under åren. Vi har tillsammans skapat en plattform med hög kompetens,

vi är fler än tidigare som deltar med kvalitativa presentationer och det är tydligt hur mycket forskning som produceras vilket känns inspirerande.

Under torsdagen var det dags för årsmöte och det gick sedan lugnt till. I år förändrades styrelsen märkbart. Det var flera kollegor som steg av styrelseuppdrag och in kom nya engagerade styrelseledamöter. Jag ser med tillförsikt fram mot att PRF tar nya kliv i vår strävan mot en utveckling av den psykiatriska omvårdnaden inom olika verksamheter och områden. Dessutom förvinner knappast våra kollegor som avslutat sina uppdrag i styrelsen, utan de finns på olika sätt med oss i vårt fortsatta arbete.

Vanligtvis hade jag ju gått upp på hotellrummet, vilat en stund, tagit en dusch, svidat om och gått ner till mina kollegor för en god konferensmiddag med inspirerande möten med kollegor från hela Sverige, men inte i år. Istället stängde jag av länken till zoom, gjorde en äggröra med räkor, tog en öl, satte mig i fåtöljen och reflekterade över dagen. ■



En av huvudtalarna vid PRF:s årskonferens var *Lena Wiklund Gustin* som pratade om *Samtal för hållbar psykisk hälsa*. För att förstå hur samtal kan bidra till hållbar psykisk hälsa behöver vi först reflektera över psykisk hälsa, ohälsa och återhämtning. I linje med personcentrerad och återhämtningssinriktad psykiatrisk omvårdnad (Gabrielsson m.fl., 2020) kan psykisk hälsa förstås som en upplevelse av livet som meningsfullt och en själv som kapabel att hantera livets utmaningar och de svängningar det kan innebära.

Text: LENA WIKLUND GUSTIN

Psykisk ohälsa som livsproblem
Ibland kan livet av olika anledningar te sig övermäktigt. Exempelvis kan de besvär en person har – eller sättet att försöka hantera symtom på – göra att hen kommer ur kurs och tappar kontakten med sina värden och det som är viktigt i livet. Det kan upplevas som att förlora sig själv och sitt grepp om tillvaron. I Tidvattenmodellen pratar man därför om psykisk ohälsa som livsproblem (Buchanan-Barker & Barker, 2019). Med andra ord – när vi inte får ihop vår förståelse av tillvaron och får svårt att möta livets utmaningar och göra sådant som är meningsfullt för oss mår vi inte bra. Det här sättet att se på psykisk ohälsa som en subjektiv upplevelse

gäller oavsett om vi har en lång historia med en rad psykiatriska diagnoser, har förlorat vårt sociala sammanhang på grund av pandemin, eller känner att vi inte riktigt räcker till på jobbet.

En gemensam nämnare i dessa situationer kan vara att vi tolkar dem som hotfulla. Oavsett om hotet är reellt eller något som främst finns i vår inre värld reagerar hjärnan på samma sätt som den gjort i årtusenden – den riktar in sig på att överleva här och nu. En ofta använd förklaringsmodell till symtomen vid ångest är fly, fäkta och frysa-reaktioner (Wiklund Gustin, 2020). Det vi gör i situationer vi upplever som hotfulla kan vara hjälpsamt i stunden, samtidigt



Lena Wiklund Gustin.
Foto: Privat.



ökar de på sikt upplevelsen av att inte riktigt klara av livet på det sätt vi skulle önska. Vi undviker kanske situationer som framkallar oro, fast det är sådant vi tycker om att göra. Vi agerar på ett sätt som får andra människor att hålla sig på avstånd, eller känner oss handlingsförlamade för att vi inte riktigt vet hur vi ska kunna hjälpa en annan människa. Allt detta ökar aktiviteten i det Gilbert (2019) beskriver som vårt hotfokuserade system. Inte nog med att vårt agerande kan skapa negativa konsekvenser, de fysiologiska reaktionerna förknippade med fly, fäktade och frysa-reaktioner kan också utgöra ett lidande i sig. Dessutom blir vi på vår vakt och får svårt att slappna av. Stressen ökar och upplevelsen av att inte klara av att leva och vara på det sätt vi skulle önska förstärks.

Ett hållbart liv är inte bekvämt

För vårt psykiska välmående är det alltså viktigt att vi känner att vi klarar av de utmaningar som ett meningsfullt liv innebär för

oss. Men lika lite som en hållbar livsstil relaterad till miljö alltid är bekväm, så är en hållbar hälsa det. Vi kan inte bara slå oss till ro och tänka att vi alltid ska må bra. Psykisk hälsa måste precis som den fysiska underhållas. Därför behöver vi alla ge oss i kast med utmaningar av olika slag – patienter likväl som sjuksköterskor. När vi klarar av dessa kan vi uppleva det vi gör som stimulerande och meningsfullt. Samtidigt som vi utvecklas ökar också tilltron till att vi också kommer att klara nya utmaningar. I den förvisningen finns också nyckeln till hållbar psykisk hälsa, eftersom vi skapar förutsättningar för att ge oss i kast såväl med de små och stora projekt vi vill genomföra i livet, och de utmaningar som vi ofrivilligt konfronteras med i tillvaron.

Om vi för en stund håller fast vid liknelsen med vår somatiska hälsa kan vi tänka oss att hållbar psykisk hälsa handlar om att bygga och bevara psykisk kondition. Det är i det sammanhang som samtalet kommer in, eftersom

det innebär en möjlighet att såväl göra nya erfarenheter – exempelvis av att kunna lita på en annan person, av att kunna dela sin berättelse med någon, eller av att vara till stöd för en annan människa – som att reflektera över sina erfarenheter. Inom ramen för personcenterad och återhämtningsinriktad psykiatrisk omvårdnad kommer fokus i dessa samtal att ligga på hur patienten kan leva ett så gott, och därmed, hållbart liv som möjligt oavsett om hen tillfrisknar från en psykisk sjukdom eller ej.

Att balansera trygghet och utmaningar – en väg mot hållbar hälsa

Samtalet innebär således en möjlighet för patienten att börja förstå sina egna reaktioner, och att förhålla sig till dem. Att få förståelse för hur kroppen reagerar, att fly, fäktade och frysa reaktioner av olika slag är normalt – även vid andra problem än ångest – och att bli medveten om att de strategier vi tar till i stunden för att slippa obehaget ofta skapar

negativa konsekvenser kan vara viktigt och också minska känslor av skam och skuld.

För en hållbar psykisk hälsa behöver den typen av psyko-educativa interventioner emellertid kompletteras med annat. Gilbert (2019) talar här om att vi behöver lära oss att dämpa det hotfokuserade systemet. Precis som vi är utrustade med ett hotfokuserat system, så har vi också fysiologiska förutsättningar att balansera det via ett närhetsfokuserat och ett resurs- och utmaningsfokuserat system. Att ha tillgång till det närhetsfokuserade systemet, som bland annat förknippas med trygghet, relationsskapande och medkänsla, är avgörande för hållbar psykisk hälsa. Upplevelser av trygghet och lugn väcks då vi känner oss sedda, förstådda och tagna på allvar. Att sjuksköterskor är närvarande och visar medkänsla kan således öka känslan av trygghet i stunden. För en hållbar psykisk hälsa behöver vi också kunna visa oss själva medkänsla

”Men ömsesidighet handlar också om att vi blir berörda av varandra. Det är med andra ord inte bara patientens hälsa som påverkas i mötet, utan också sjuksköterskans – på gott och ont.”

när det är svårt, istället för att uppslukas av en inre dialog som snarare förstärker känslan av att vara otillräcklig. Tursamt nog så kan vi lära oss detta, dels genom mötet med medkännande andra som fungerar som modeller, dels genom att reflektera över vad som händer och över hur vi kan vara mer stödjande och snälla mot oss själva samtidigt som vi utvecklar mer långsiktigt hållbara sätt att ta hand om vårt psykiska lidande.

När vi är något så när trygga med att det finns stöd att få och att vi kan ta hand om våra egna reaktioner när livet känns tuft, och också medvetna om att det är mänskligt att misslyckas ibland är det också lättare att ge sig i kast med livets utmaningar och använda sina resurser för att ta nya steg i livet. När de olika delsystemen är i balans med varandra är vi alltså tillräckligt trygga för att ge oss i kast med utmaningar, samtidigt som det hotfokuserade systemet bromsar oss från att ta för stora risker.

Samtalet som en ömsesidig påverkansprocess

Som människor är vi ömsesidigt relaterade till varandra. Den ömsesidigheten handlar dels om att vi står på ömse sidor av något, exempelvis patientens livsproblem. Genom att lyssna och reflektera tillsammans kan vi få en mer nyanserad bild av vad som skapar utmaningar i patientens liv, och också av patientens resurser och möjligheter att ge sig i kast med dem. Men ömsesidighet handlar också om att vi blir berörda av varandra. Det är

med andra ord inte bara patientens hälsa som påverkas i mötet, utan också sjuksköterskans – på gott och ont. Som sjuksköterskor har vi också ett hotfokuserat system som kan göra att vi blir på vår vakt, vill styra patienten för att känna att vi har ”koll på läget” eller känner oss handlingsförlamade när vi känner att vi inte kan leva upp till det vi förväntar oss av oss själva i en viss situation – eller som vi tror att andra förväntar sig av oss. Och ju mer stressade vi är, dess större är risken att vårt hotfokuserade system påverkar såväl vad vi uppfattar som vad vi kommunicerar till patienten i samtalet, såväl verbalt som icke-verbalt. Risken finns att samtalet då präglas av att två personers hotfokuserade system ställs mot varandra, och att båda går därifrån med en känsla av misslyckande.

Att utveckla medkänsla för sig själv och andra

För att underlätta för patienter att utveckla medkänsla med sig själva behöver sjuksköterskor alltså också kunna göra det. Utan självmedkänsla och förmåga att ta hand om våra egna reaktioner på ett hållbart vis kan det vara svårt att vara närvarande i mötet med patienten och lyhörd för hans lidande utan att överväldigas av sina egna, upplevda tillkortakommanden. Kan vi inte det finns en risk att drabbas av medkänslotrötthet. Detta är inte bara plågsamt för den drabbade utan leder även till att vi skärmar av våra känslor och vårt engagemang för att skydda oss (Viotti, 2018).

Lika lite som medkänsla med patienten handlar om att tycka synd om, eller ”curla” patienten, gör självmedkänsla det. Snarare handlar det om att vara ”självsnäll” snarare än att klandra sig själv, om att se att man är en människa som andra, och att kunna vara närvarande för det som sker snarare än att ryckas med av de spontana tolkningar vi gör i en situation. Medkänsla – vare sig den riktar sig mot en själv eller andra – handlar inte om att hitta ursäkter för att göra saker som skadar utan om att förstå att svåra saker och misslyckanden kan hända alla utan att döma, samtidigt som vi behöver bli medvetna om vart vi är på väg (Lagerkrantz, 2014).

Medkänsla handlar alltså både om att uppfatta andras (och ens eget) lidande och att agera för att göra något åt det. Samtidigt bör vi vara medvetna om att medkänsla också kan vara skrämmande och överväldigande för den som inte är van. För en stund kan den egna sårbarheten komma närmare. Därför är det viktigt att vara lyhörd för det patienten förmedlar och det vi själva förnimmer, och också att uppmärksamma autonomi och tron på den egna förmågan. På så vis kan vi skapa förutsättningar för hållbar psykisk hälsa, såväl för patienter som för oss själva. ■

LÄS MER

■ Buchanan-Barker, P., & Barker, P. J. (2019). Tidal: Upptäcktsresan. I: L. Wiklund Gustin (Ed.), *Vårdande vid psykisk ohälsa - på avancerad nivå* (3 uppl., s. 343-363). Studentlitteratur.

■ Gabrielsson, S., Tuveson, H., Wiklund Gustin, L., & Jormfeldt, H. (2020). *Psykiatrisk omvårdnad gör skillnad*, Psyche, 3, 5-9.

■ Gilbert, P. (2019). *Psychotherapy for the 21st century: An integrative, evolutionary, contextual, biopsychosocial approach*. *Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice*, 92(2), 164-189. <https://doi.org/10.1111/papt.12226>

■ Lagerkrantz, A. (2014). *Självmedkänsla: hur du kan stoppa självkritik och förbättra relationen till dig själv och andra*. Natur & Kultur.

■ Viotti, S. (2018). *Utan press. Om medkänsla, prestation och stress*. Natur & Kultur.

■ Wiklund Gustin, L. (2020). *Psykologi för sjuksköterskor* (2 uppl.). Studentlitteratur.



”Hur EFFEKTIV kan du bli?”

Åsa Plesner.
Foto: Severus Tenenbaum.

Åsa Plesner var en av Keynote-föreläsarna på PRF:s årskonferens och höll en föreläsning som hon helst inte ville hålla. Om en budget i (o)balans som får vårdpersonal att springa lite fortare och jobba lite hårdare. Om politiker och högre tjänstemän som tilldelar oss en matsäck att rätta munnen efter. Lite mindre och mindre för varje år. Vad gör vi åt det?

Text: ÅSA PLESNER, asa@tankesmedjanbalans.se

Hur är vattnet idag?

Du har kanske hört historien om de två små fiskarna som var ute och simtränade. En äldre fisk simmade förbi, och hälsade:

– Morrn! Hur är vattnet idag? De två små fiskarna flinade lite osäkert, och när gamfiskens dragit vidare tittade de på varandra: – Vad är *vatten* för något?

JAG BLEV INBJUDEN till PRF:s årskonferens 2021 för att hålla en keynote-föreläsning om *effektiviseringskrav i regionala budgetar*. Ett ämne som jag inte tror engagerar särskilt många sjuksköterskor, så det var modigt gjort av arrangörskommittén. Jag gör inte anspråk på att vara en äldre eller klokare ”fisk” än PRF:s medlemmar, men jag ville ändå försöka göra en poäng om ”vattnet”: all vård och omsorg utförs inom ramen för en regional

budget. Om yrkesskickligheten är ”att kunna simma”, så är en förståelse av världens ekonomi ”att bedöma vattnet”.

Ekonomiska nyckeltal, inriktningsbeslut och begränsningar utgör osynliga men avgörande gränser för vad som kan och inte kan ske i det vardagliga arbetet. Jag vill också hävda att de är med och skapar den kultur och de förväntningar som finns på var och en i vården. Och jag vill påstå

att så kallade *effektiviseringskrav* utgör ett gift som sedan ett par decennier långsamt ökat i koncentration i vårdens och välfärdens ”vatten”.

Budget i balans – ett åtagande bland flera Regionstyrelser (politiker) och regionförvaltningar (tjänstemän) har i uppdrag att styra och leda regionernas verksamheter i linje med flera olika lagar. Den mest självklara för vårdpersonal är förstås Hälso- och sjukvårdslagen, med skrivningarna om att vård av god kvalitet ska ges efter behov, med respekt för individens värdighet och allas lika värde.

Samtidigt ska Arbetsmiljölagens krav uppfyllas: *Arbetsgivaren ska vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagen utsätts för ohälsa eller olycksfall*. I dagens arbetsliv, och allra tydligast i de yrken som handlar om att ha kontakt med människor, är den största ohälsorisk relaterad till stress. Arbetsmiljöverket har därför tagit fram en föreskrift (AFS 2015:4) som specificerar vad det innebär att förebygga sådan ohälsa. De skriver att *resurserna ska anpassas till kraven i arbetet*. Vi kan kalla detta för ett krav på arbetsmiljö i balans: kraven på hur mycket, hur snabbt, och hur väl du ska göra ditt jobb ska vara i balans med den tid, den kunskap och det stöd du har tillgång till.

Och till detta kommer Kommunallagens bestämmelse om hur ekonomin ska skötas: *Budgeten ska upprättas så att intäkterna överstiger kostnaderna*. Ihop med ett par formuleringar om hur underskott ska hanteras, kan vi kalla detta för ett krav på budget i balans.

Därutöver kommer alla de krav som kommer av hur samhället, befolkningen och organisationen förändras. Regionen ska hantera att det blir fler (eller färre) invånare, att nya sjukdomar och behandlingsmetoder upptäcks, att professionerna utvecklar sina åsikter om arbetet, och så vidare.

Det är inte ett lätt uppdrag att leda en region. Kraven på vårdkvalitet, arbetsmiljö, ekonomisk balans och befolkningens behov kopplas ihop med organisation

och förändringsplaner genom regionens ekonomistyrning.

Den mest avgörande punkten i ekonomistyrningen är den årliga budgeten, som brukar beslutas i maj eller oktober året innan den ska gälla.

Så hur gör man egentligen en budget?

Regionbudgetar i teori och praktik

Långt innan regionfullmäktige fastställer budgetdokumentet har den förberetts av regionens tjänstemän och styrelse. Dels innehåller budgeten olika politiska viljeyttringar: om några verksamheter ska startas eller läggas ner, till exempel, så påverkar det naturligtvis budgeten. Men det som påverkar den verksamhet som ”bara” fortsätter sedan tidigare är fastställt också här – förutsättningarna för hur en mottagnings resurser ska beräknas.

Utifrån resonemanget ovan kan man tänka sig en process i den här stilen: Man tittar på hur mycket vård som förväntas ske jämfört med förra året. Om det ökar, så tar man förra årets ”ram” (totala kostnader) och ökar dem i motsvarande mån. Sedan bedömer man hur mycket löner och andra kostnader kommer att öka, och justerar ramen även för detta. Till sist funderar man över om man ska göra några riktade satsningar, och skjuter då till en pott för det, eller några särskilda besparingar, och drar bort de pengarna.

Det vore logiskt, och det börjar ofta så, men sedan händer en sak till. Tillsammans med min kollega Marcus Larsson har jag under fyra år läst budgetar från landets alla kommuner och regioner. De beskriver inte alltid hur kostnaderna beräknas från ett år till ett annat, men när det går att utläsa så tillkommer i regel ett av tre knep efter omräkningen av hur kostnader förändras.

Det första knepet är att lägga till en faktor i beräkningen. Den kan kallas för *generell effektivisering, omprövningskrav, omvandlingstryck* eller till och med *förbättringsåtgärder* – bara fantasin sätter gränser här. I en spännande handlingsplan

från region Dalarna fanns till exempel posten *allmänt gnet*, som skulle frigöra 7 miljoner kronor.

Det andra knepet är att gå tillbaka och ändra i bedömningen av hur löner och kostnader kommer att öka. Sveriges Kommuner och Regioner tar varje år fram bedömningar av det som regionerna kan använda, men många regioner gör sin egen bedömning och sätter den betydligt lägre.

Det tredje knepet är att ge verksamheter i uppdrag att betala tillbaka tidigare års underskott med hjälp av den ram som beräknats för det nya året. De pengarna som bedöms behövas för årets vård, ska alltså räcka till årets vård *plus* täcka upp för tidigare års problem.

Oavsett vilket av knepen man använder, blir konsekvensen densamma: verksamheterna måste hitta något sätt att skära i sina löpande kostnader – för löner, vikarier, inköp. Låt oss kalla detta för *effektiviseringskrav*.

Olika sfärer, olika världar

Jag har inte alltid varit budgetnörd. Ingen föds till det. Jag blev det genom att arbeta på en grundskola där jag skulle förbereda budgetförslag. Jag upptäckte att de intäktsökningar som kom till skolan inte tillnärmelsevis täckte kostnadsökningarna vi stod inför. För mig, som då arbetat i skolans värld i runt tio år, framstod det här som ett underligt misstag. Hade kommunen inte koll på vad skolorna behövde? Hade de otur när de tänkte? Jag började läsa och fråga, och så småningom mer systematiskt granska kommuners och regioners budgetar och ekonomiska resonemang.

Det som då klarnade var att det finns ett helt annat sätt att se på välfärden än det jag hade. Nämligen att *det måste gå* att spara varje år. De långsamma ökningarna var inte ett misstag, de är högst medvetna. För högre tjänstemän och politiker är det självklart att skolor, vårdmottagningar och omsorgsenheter *helt enkelt måste rätta mun efter matsäcken*. Och de tilldelar matsäcken. Den är serverad och klar – inklusive effektiviseringskrav.

Vi som simmar och de som bestämmer över vattenkvaliteten har helt enkelt olika verklighetsuppfattningar. Kan du göra ett lika bra jobb för 120 patienter i år, som du förra året gjorde för 115? Kanske. Kan du ersättas av en ny, mindre erfaren kollega som tar över din toppnivå och sedan ökar lite till? Kan en sådan produktionsökning fortsätta år efter år? Nej. Inom vård och omsorg kan vi inte vara maskiner. Arbetet består av att vinna patienters förtroende och följa dem till dess att de självständigt kan hantera sitt hälsotillstånd. Men det finns ingen budgetpost för detta, och därför försvinner det från den ekonomiska beslutsprocessen.

Vad gör vi åt detta?

Det här var den föreläsning jag höll för PRF i mars 2021. Jag hade hellre hållit en annan föreläsning: en om hur vi löser det här problemet. Tyvärr har jag inga färdiga svar på den frågan. Men jag tror att den här grundläggande förståelsen är ett första steg. Om du tycker att du har för mycket att göra, om du tycker att det verkar bli mer och mer för varje år, så kan det vara så att *du har rätt*. Och att det som behövs inte är ett möte om hur ni kan spara lite till i ditt arbetslag, utan att fler och fler begär att vårdens budgetar ska beräknas på ett rimligt sätt. Utifrån vad som krävs för god kvalitet och god arbetsmiljö. Budgetar är trots allt inte skrivna i sten, utan i Excel. Det går att ändra formlerna. ■

ETT KORT ANDRUM

Erfarenheter av Brukarstyrd inläggning vid allvarligt självskadeteende

Text: ROSE-MARIE LINDKVIST, KAJSA LANDGREN OCH SOFIE WESTLING



Rose-Marie Lindgren



Kajsa Landgren



Sofie Westling

Man har liksom lättare att fixa livet, när man ibland kan ta en paus. Det tycker personer med allvarligt självskadeteende om Brukarstyrd inläggning (BI) – en kris- hanteringsmetod som ger tillgång till heldygnsvård i upp till tre dygn, utan läkarbe- dömning. *Rose-Marie Lindkvist*, doktorand i psykiatri, *Kajsa Landgren*, docent och specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård, och *Sofie Westling*, docent och överläkare vid Lunds universitet, sammanfattar en intervjustudie om erfarenheter av BI för per- soner med svårt självskadeteende och tidigare omfattande psykiatrisk inläggning.

KONCEPTET BRUKARSTYRD INLÄGGNING (BI) innebär att personer kan lägga in sig själva i upp till tre dygn för att hantera en annalkande kris. I intervjuer har personer med allvarligt självskadeteende delat med sig av sina erfarenheter av BI. De intervjuade berättade om värdet – och utmaningarna – av att själva styra över när de behöver vård. Andrum och återhämtning var återkommande teman, liksom lättningen att slippa motivera, bevisa eller förklara varför man söker hjälp, vilket enligt deras egna erfarenheter tidigare kunnat leda till ökad ångest och självskada.

BI kan jag ju söka idag om jag hade behövt. Det behöver liksom inte hända något drastiskt för att jag ska få hjälp. Och det är jättestor skillnad.

BI ingår sedan 2019 i vårdutbudet i Region Skåne efter att en ran- domiserad studie visat lovande resultat. I studien ingick bland annat en mindre grupp personer med särskilt omfattande psyki- atrisk inläggning (mer än 180 dygns psykiatrisk heldygnsvård året före tillgång till BI). Dessa personer har ett livshotande självskadeteende och komplex psykiatrisk symtomatologi och kan vårdas i flera år i psykiatrisk heldygnsvård, ofta med tvång. Sju av dessa personer har delat med sig av sina erfarenheter av att få tillgång till BI. Erfarenheter- na som dessa personer berättar om stämmer väl överens med personalens erfarenheter av BI (se Psyche, nr. 2/2020, sid 12).

Personer som skriver på ett BI-kontrakt åtar sig att aktivt be om hjälp och att avhålla sig från att självskada under BI. Att uppmanas till att använda BI för att söka tidig hjälp och att mötas av positiva reaktioner vid eget initiativ till inläggning upplevdes som nytt och positivt av de intervjuade.

När man har kommit på BI så

har folk kommit fram och kra- mat om en, och talat om: 'Vad fantastiskt att du söker. Åh vad bra att du kommer!'

I ljuset av detta berättade deltagarna om en kamp och en motvilja mot att söka hjälp och vara till besvär, präglad av tidigare erfarenheter av många och långa inläggningar där de ofta känt sig misslyckade och hopplösa. De pratade om hur de hade brottats med rädslan för att läsas in på obestämd tid och med känslor av att inte vara välkommen.

När man kommer i slutenvården som patient på LPT eller om man söker via akuten, så upplever jag att folk drar en suck av irritation att man söker igen eller att det har blivit långa inläggningar.

Den största utmaningen kring att lära sig använda BI var därför, en- ligt deltagarna, att våga och orka söka hjälp i tid – och att våga tro på att man är värd att få hjälp.

Problemet /med vanlig vård/ är att ju sämre man mår desto mer blir det att 'nej, de vill inte ha mig där'. Plus att man inte orkar ta tag i det och gå hemifrån överhuvudtaget.

Tillgänglighet och ett positivt och engagerat bemötande från personalen som hjälpte till att snabbt få en sängplats efter bara ett telefonsamtal, upplevdes som viktigt för att kunna ta steget till BI.

De har sagt redan vid första samtalet att 'du kan komma in om ett par timmar, vi har en ledig säng till dig'. Det har aldrig fallerat för min del, utan jag har blivit bemött positivt och enga- gerat av personalen och de har hjälpt mig att få en sängplats ganska fort.

I det personliga BI-kontraktet som förhandlas fram mellan personen som söker BI, en skötare eller sjuksköterska från avdelningen och en behandlare

från öppenvården specificeras ansvarsfördelning, mål med BI och egna önskemål kring behov och bemötande från persona- len på avdelningen. Kontraktet gäller sex till tolv månader och kan därefter omförhandlas och förnyas. Vården med BI är forma- liserad med tydliga rutiner där både personen som får vård och personalen som ger vård åtar sig att följa det upprättade kontrak- tet. En svårighet med BI som personerna lyfte i intervjuerna var de situationer där de upplev- de att kontraktet inte följdes av personalen, vilket de såg som en förutsättning för att metoden ska kunna hjälpa.

Det har ingått i kontraktet att de ska kolla till mig. Men om de inte gör det så kan jag lika gärna ligga hemma och vara väck.

Tilliten och kontakten med per- sonal som är inbyggd i kontraktet i kombination med det egna be- slutet om att lägga in sig beskrev deltagarna som betydelsefullt för att undvika självskada, bryta negativa mönster och ladda batterierna.

Det känns när man söker BI som att man tar steget från att skada sig. Även om känslan fortfarande finns kvar.

Att ha någon att samtala med två gånger om dagen om känslor och situationer som uppstår. Att få vädra det. Att slippa bära på allting själv.

Målet med BI är att öka perso- nernas autonomi och minska deras och deras närståendes lidande genom en värdig, säker och effektiv vård för en grupp mycket utsatta personer med begränsad autonomi. En viktig del i att kunna göra detta handlar enligt deltagarna om att öva på och att våga be om hjälp i tid.

BI är väldigt mycket att visa hänsyn mot andra människor och även väldigt mycket hänsyn mot sig själv. ■

LÄS MER

■ Lindkvist R-M., Westling S. A., Daukantaitė D, Landgren K. (2021). Brief Breathing Space: Experiences of Brief Admission by Self-Referral for Self-Harming and Suicidal Individuals with a History of Extensive Psychiatric Inpatient Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 42:2, 172-182. DOI: 0.1080/01612840.2020.1789787

■ Lindkvist, R., 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.

■ Westling, S., Daukantaitė, D., Liljedahl, S., Oh, Y., Westrin, Å., Flyckt, L., & Helleman, M. (2019). Effect of Brief Admission to Hospi- tal by Self-referral for Individuals Who Self-harm and Are at Risk of Suicide. *A Randomized Clinical Trial. JAMA Network Open*, 2(6), 1-14.



UPPBYGGNAD AV NÄTVERK FÖR SPECIALISTSJUKSKÖTERS KOR DÄR SPECIALISTKOMPETENS TYDLIGGÖRS OCH ANVÄNDS

I den här artikeln berättar specialistsjuksköterskan och nyutträdna styrelseledamoten *Katrine Thelander* om ett inspirerande initiativ och arbete med att skapa ett nätverk för specialistsjuksköterskor. Ett nätverk där specialistkompetens och ansvar tydliggörs och används inom den kliniska psykiatri.

TEXT: KATRINE THELANDER

2015 SKREV specialistsjuksköterskorna Henrik Andersson och Mats Törnblom följande inför Svenska Psykiatrikongressen;

”Trots utvecklingen mot en alltmer specialiserad och kompetenskrävande psykiatrisk slutenvård råder fortfarande bristgällande kompetens, personal, evidensbaserade metoder och organisation för att möta patienternas komplexa behov. Att inte få använda sin specialistkompetens väcker frustration och förväntningarna på specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård kolliderar med den egna uppfattningen av vad som utgör bästa vården för patienterna. Aktuell forskning påvisar vikten av att tydliggöra betydelsen av specialistsjuksköterskans arbete

inom den psykiatriska slutenvården, det terapeutiska värdet i yrkesutövandet samt de positiva resultat som professionen tillför behandlingsarbetet. Specialistsjuksköterskans kompetens möjliggör personcentrerad psykiatrisk omvårdnad och är betydelsefull för kunskaps-spridning i personalgruppen. Specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk slutenvård kan bidra till bättre vårdkvalitet för den enskilde patienten om utrymme ges för mer patientnära arbete samt utvecklingsarbete. Omvårdnad behöver synliggöras som behandlingsalternativ inom den psykiatriska slutenvården för att påskynda patientens tillfrisknande, effektivisera vården och uppnå mer långsiktiga resultat”.

När jag blev färdig specialistsjuksköterska i januari 2019 började jag arbeta inom den psykiatriska heldygnsvården efter att ha arbetat 10 år inom somatiken. Det tog tid innan jag landade och när det väl hände stod jag kvar med en tom känsla. Hur skall jag kunna använda min specialistkompetens och teorier kring implementering, bemötande samt få andra att öppna ögonen för de möjligheter vi har att hjälpa människor till ett mer värdigt liv genom en evidensbaserad vård med fokus på omvårdnad. Jag använde mitt första år inom psykiatri till att tala löst kring de kunskaper jag fått under min specialistutbildning. Jag gick till min närmsta chef med de tankar och idéer jag hade för hur vi skulle kunna göra för att inte bara släcka bränder,

utan att faktiskt på sikt göra en skillnad i ett system som ibland är för fyrkantigt för de patienter som befinner sig i det. Det kändes lönlöst och jag blev mest frustrerad, vände fokus inåt och tänkte att det måste vara fel på mig. Det var säkert mitt sätt att framföra saken som förelåg det knappa mottagandet och jag kände mig allmänt pessimistisk.

Jag tog några dagar ledigt och tänkte att antingen tvingas jag lämna heldygnsvården eller så tänker jag om och tänker stort. Det blev det sistnämnda. Jag tog kontakt med mina tidigare lärare från specialistutbildningen i Luleå som förstod min frustration och de bekräftade att jag inte var ensam i detta. Problemet var inte i Helsingborg utan fanns i hela Sverige. Under samtalet vände min känsla från frustration till tanke och handling. Jag kontaktade chefsjuksköterskan i Region Skåne och bad om ett möte samtidigt som jag frågade en kollega i öppenvården, specialistjuksköterskan Linda Elgaard, om hon ville vara med och skapa ett nätverk. Vi hade ett möte alla tre och bestämde att vi skulle bjuda in ledningen till ett möte.

Utgångspunkten blev att skapa ett nätverk för specialistsjuksköterskor dit man skulle kunna vända sig som färdig specialist, en länk mellan klinik och administration där kompetensutvecklingsmöjligheter skulle kunna ske oberoende av chef. Men framförallt med fokus på att alla våra patienter har rätt till evidensbaserad vård med fokus på omvårdnad. Med det som utgångspunkt genomförde vi mötet vilket resulterade i ett uppdrag från ledningen som var oerhört positiva till förslaget.

UPPDRAGET BLEV FÖLJANDE:

Att bilda och leda en arbetsgrupp för framtagande av förslag till ett nätverk för specialistsjuksköterskor. Vi efterfrågade förslag på hur ett sådant nätverk skulle fungera och ledningen återkom med att de önskade att vi utgick utifrån nedanstående frågeställningar;

- * Hur bör ett nätverk för specialistsjuksköterskor se ut inom verksamheten?
- * Vilka frågor ska arbetas med?

- * Vad ingår i arbetsuppgifterna som specialistsjuksköterska? Kunskapsbas - hur kan vi stötta varandra i arbetet med psykiatrisk omvårdnad?
- * Hur kan samverkan inom enheterna se ut?
- * Hur ofta sker samverkan?
- * Hur kan kunskap från specialistsjuksköterskor spridas till andra yrkesgrupper?
- * Hur kan allmänpsykiatri involveras – adjungerade vid vissa möten?
- * Hur kan specialistsjuksköterskor involveras i implementering av samordnad vårdplanering?

Uppdraget kommer att ledas av två specialistsjuksköterskor och vi har också bjudit in två specialistsjuksköterskor från varje område så att det finns representanter från allmänpsykiatri, äldrepsykiatri, psykosvård, psykakut, samt F-ACT (Flexible Assertive Community Treatment). Chefsjuksköterska, klinisk lärare och utbildningsansvariga för specialistsjuksköterskor samt vårdutvecklare är med som stöd och ingår i möten efter behov.

Vår utgångspunkt är att genom nätverket stärka vår roll inom vårt verksamhetsområde i Helsingborg och tillsammans arbeta för att följande punkter genomförs på hela kliniken med inspiration från Andersson och Törnblom (2015).

- * Betydelsen av korrekt titel, inventera specialister, titel på namnskyt samt i dokumentationssystem
- * Specifika åtgärder för att rekrytera och behålla sjuksköterskor samt effektivt använda sig av specialistjuksköterskans kompetens
- * Ledningsförankrade verktyg för kompetensutveckling t ex; Specifika tjänster för specialister, kompetensstegen som instrument vid medarbetarsamtal osv.
- * Ledningsförankrat stöd för professionella forum
- * Ledningsförankrat stöd för kompetensutveckling; hospitera över gränser, fortlöpande utbildning/ kompetensutveckling samt mentorsprogram

Det är viktigt att veta vad vi som specialistsjuksköterskor kan och vad som skiljer sig mellan en grundutbildning och en specialistutbildning.

GRUNDUTBILDNING

- * Medverka på omvårdnadsrund
- * Läkemedelshantering
- * Medverka till ny kunskap inom psykiatrisk omvårdnad
- * Medverka till en god och säker personcentrerad vård
- * Basala omvårdnadsbehov (Kost, Sömn, Hygien, ADL)

SPECIALISTUTBILDNING

- * Definiera och utveckla personcentrerad vård
- * Identifiera och minimera biverkningar
- * Handleda vårdgrannar
- * Handleda grundutbildade kollegor
- * Leda och initiera omvårdnadsrund
- * Implementera ny kunskap
- * Ansvara för vårdprogram
- * Initiera och bedriva omvårdnadsforskning
- * Remissbedömning
- * Kvalificerad telefonrådgivning
- * Omvårdnadsansvarig specialistsjuksköterska
- * Samverka kring komplexa vårdbehov

Maria Holst är verksamhetschef på psykiatriska kliniken i Helsingborg och jag har frågat henne hur hon ser på att bilda nätverk genom samarbete med specialistsjuksköterskorna på kliniken och hon svarade följande;

Så roligt att Katrine och Linda kontaktade mig med detta förslag på specialistnätverk. Jag ser detta som ett välkommet och mycket bra initiativ! Psykiatri är en specialiserad verksamhet där de olika specialistkompetenserna måste tas tillvara på bästa sätt. Tillsammans kommer vi att bidra till utveckling av vården för våra patienter och även en bra arbetsmiljö för gruppen. Tillsammans kan vi också attrahera nya sjuksköterskor till verksamheten .

Med denna artikel hoppas jag att kunna bidra till att specialistjuksköterskor runt om i Sverige kan få inspiration till att bilda liknande nätverk. Personligen är jag övertygad om att kontakten med ledningen är vägen till framgång, att förankra nätverken högst upp möjliggör samarbete mellan öppen- och slutenvården samt mellan avdelningar. Förhoppningen är att färre skall känna den frustrationen jag själv kände och som fick mig att tveka på min roll som specialistsjuksköterska. Det är en lång väg kvar men genom att använda liknande former av upplägg är jag övertygad om att man kan bygga stabila fundament för vidare utveckling. Tillsammans är vi starkare och väggar kan sällan slås in av en person, men en gemensam styrka kan flytta hela berg. ■

LÄS MER

■ Källa: Presentation av Andersson, H. & Törnblom, M. (2015). *Psyksyrra eller klinisk specialist – behöver vi verkligen specialistsjuksköterskor?* Presentation vid Svenska psykiatrikongressen 2015.

Komplementär och Alternativ Medicin (KAM) i svensk psykiatrisk vård

Text: KAJSA LANDGREN,
Docent, Lunds universitet. Klinisk lektor, psykiatriska kliniken i Lund, Region Skåne.

Tillsammans med *Maria Wemrell*, PhD och socialepidemiolog, och *Anna Olsson*, MSc och arbetsterapeut, har jag kartlagt användningen av Komplementär och Alternativ Medicin (KAM) i svensk psykiatrisk vård (Wemrell, Olsson & Landgren, 2020). Frågan om hur KAM används i psykiatrisk vård är intressant eftersom många patienter utanför den etablerade vården använder olika former av KAM vid depression, ångest, sömnproblem och andra former av psykisk ohälsa, både i Sverige och i resten av världen. Svensk offentlig vård ska bygga på evidens och beprövad erfarenhet. Forskningsstödet för olika former av KAM varierar, och KAM finns sällan med i nationella riktlinjer. Ändå används KAM i somatisk och psykiatrisk vård. Vi ville kartlägga vilka former av KAM som används inom svensk psykiatrisk vård, och i vilken omfattning och för vilka symptom KAM används.



Kajsa Landgren,
Foto: Privat

VAD SOM ÄR KAM och vad som är evidensbaserad vård och därmed bör räknas in som "sedvanlig behandling" kan diskuteras. Vi utgick från den utredning om KAM som gjordes på regeringens uppdrag 2019 (SOU 2019:15). KAM kan delas upp i "alternativ-medicin" och "komplementär medicin". Metoder som hör till "alternativ-medicin" saknar förklaringsgrund som är kompatibel med västerländsk medicin (t ex ayurveda, homeopati och healing). "Alternativ-medicin" används ofta istället för sedvanlig vård. Eftersom "alternativ-medicin" enligt definitionen saknar evidens kan den inte ingå i offentlig vård. Vår studie fokuserar på "komplementär medicin", dvs metoder som har en rimlig förklaringsmodell, ofta kan mätas med bio-markers, och som har ett forskningsstöd men inte så stark evidens att metoden inlemmas i sedvanlig vård. Till komplementär medicin räknas till exempel mind-body-interventioner som meditation, biologiska metoder som örtmedicin och kosttillskott, akupunktur och manuella metoder som massage.

Datinsamling

En enkät skickades till chefer för alla Sveriges 21 regioner alla psykiatriska avdelningar och mottagningar, till alla de 290 kommunernas enheter för stöd åt personer med psykisk ohälsa och missbruk, till de 736 privata vårdgivare och behandlingshem som finns listade hos IVO samt till de 38 enheter som hör till Statens Institutionsstyrelse (SiS). Enkäten nådde fram till 1228 giltiga mail-adresser, varav 489 enkäter besvarades trots att undersökningen genomfördes under maj-juli då många har semester. Det ger en svarsfrekvens på 40 % vilket brukar anses som bra i enkätstudier. Enkäten innehöll frågor om huruvida KAM användes på enheten, och i så fall vilka KAM-metoder och i vilket syfte. På vissa frågor fanns fasta svarsalternativ som "ja", "nej" och "vi har använt men slutat". På andra frågor fanns möjlighet att skriva svar i fritext vilket många gjorde.

Resultat

Sextiotvå procent av respondenterna angav att någon form av

KAM användes på deras enhet. Flera enheter använde mer än en sorts KAM. De mest använda KAM-metoderna var mindfulness som användes på 42 % av enheterna, basal kroppskännedom (28 %), massage/taktill beröring (23 %) och akupunktur (19 %, standardiserad öronakupunktur i form av NADA var vanligast). Därefter kom yoga (15 %), trädgårdsterapi (14 %), djurassisterad terapi (14 %), musik/dans/drama (12 %) och ljusterapi (5 %). Bland övriga metoder nämndes meditation, andningsträning med bio-feedback, "tapping", kosttillskott, antroposofi, sinnesrum, elektrisk gungstol med musik och affirmationer. Där KAM användes gavs behandlingen individuellt eller i grupp, på schema eller vid behov.

De vanligaste symptomen som KAM användes till var i fallande ordning: ångest/oro, sömnproblem, depression, abstinens och stress. En överraskning för oss var att 9 % svarade att KAM användes för att lindra smärta. Det blev en påminnelse om att personer med psykisk ohälsa också

kan ha en smärtproblematik, och att icke-farmakologisk behandling av smärta efterfrågas. De tre vanligaste anledningarna till att enheten använde KAM uppgavs vara att metoden lindrade patienters symptom, att patienter efterfrågade det, och att det minskade vid behovs-medicineringen. Andra anledningar till att använda KAM var för att underlätta den terapeutiska alliansen, öka patienternas självkänsla, träna på sociala möten och på att vara i grupp, att samtalsbehandlingar fungerade bättre när patienterna fick KAM och att både personalen och patienterna uppskattade KAM. KAM beskrevs som person-centrerad vård som bidrog till autonomi och delat beslutsfattande. På frågan om hur starkt forskningsstöd det finns för den KAM-metod som användes var det vanligaste svaret "vet ej" (21 %) och nästan lika vanligt var "medelhög evidens" (20 %).

På frågan om de sett biverkningar av KAM svarade sex informanter "ja" (1 %). En biverkning som nämndes var att ökad

kroppsmedvetenhet kunde göra patienten förvirrad, men att förvirringen var kort och övergående. Ökad kroppsmedvetenhet beskrivs som en positiv effekt av KAM av andra informanter.

Bland de 153 enheter som hade avvecklat en eller flera former av KAM var den vanligaste orsaken till avvecklingen (56 enheter) att det inte längre fanns utbildad personal. Den näst vanligaste anledningen till att man slutat med KAM var brist på evidens (26 enheter varav nio hade slutat med akupunktur), och den tredje vanligaste anledningen var att det var för dyrt (12 enheter varav fem hade använt djurassemblerad terapi med hästar).

Den sista frågan löd "Finns det något du vill lägga till om KAM i psykiatrisk vård?", och 99 informanter utnyttjade möjligheten att i fritext utveckla sina åsikter. De som inte använde KAM hänvisade ofta till att de följde nationella riktlinjer, och att KAM inte fanns med i riktlinjerna. Det beskrevs också en rädsla för att vården skulle inkludera "new age" och uppfattningen att yoga

är en religion och därför inte ska användas i vården. De som var positiva till KAM menade att KAM är ett nödvändigt komplement till sedvanlig psykiatrisk vård när läkemedel och samtal inte räcker. De såg att KAM lindrade symptom som oro, depression och störd sömn, vilket gjorde annan behandling mer effektiv. Det uppskattades att KAM minskade vid-behovs-medicineringen och att akupunktur minskade biverkningar av anti-depressiva läkemedel. KAM beskrevs som personcentrerad vård och en bra social träning för patienter. Informanterna menade att KAM fyller ett behov bland patienter som inte svarar på sedvanlig behandling och därför är svåra att hjälpa, och att KAM kan hjälpa personer till bättre kroppsmedvetenhet och att själv-reglera sina känslor. Som exempel på patientgrupper där KAM ansågs vara ett nödvändigt komplement till sedvanlig behandling var personer med svår autism, anorexi och förvärvad hjärnskada. En respondent som var chef för dagvård och mellanvård på BUP skrev att "det mesta vi gör är KAM". Några

enheter som inte själva använde KAM remitterade sina patienter till privata vårdgivare som erbjöd KAM, t.ex till en fysioterapeut lärde ut mindfulness.

Informanterna påpekade att KAM inte användes separat men som en del av ett behandlingspaket, och att det därför var svårt att veta vilken effekten av just KAM var. Mer forskning på KAM efterfrågades.

Definitionen av KAM ifrågasattes, och det argumenterades kring vad som egentligen är KAM. I regeringens utredning (SOU 2019:15) definieras mindfulness, basal kropps-kännetend och akupunktur som KAM vilket förväntades respondenterna som menade att dessa metoder har stark evidens. Eftersom mindfulness var en del av KBT-behandlingen som ingår i den konventionella vården menade en respondent att mindfulness inte kan vara KAM. En annan respondent menade att massage varken var KAM eller sedvanlig vård, massage var rätt och slätt "god omvårdnad". På samma sätt beskrevs avslappningsövningar, ridning, skogs promenader, musik och att umgås med en vårdhund som just omvårdnad.

Diskussion

När läkemedel och samtal inte har önskad effekt är icke-farmakologiska behandlingar intressanta som komplement. Vi hävdar att det finns en rimlighet i att använda KAM som ett komplement till sedvanlig vård förutsatt att metoden är säker, kostnadseffektiv, patienterna vill ha den och patienter och personal upplever metoden som hjälpsam. I denna studie beskrev chefer KAM-interventioner som omvårdnad och symptomlindring för stunden, snarare än behandling. Att KAM var en omvårdnadsåtgärd användes både som argument för att använda KAM, och tvärtom: som argument för att inte använda KAM. Eftersom sjuksköterskors uppgift är att öka patienters subjektivt upplevda hälsa kan KAM-metoder motiveras som omvårdnadsåtgärder.

Tidigare studier har visat att sjuksköterskor har en positiv attityd till KAM. KAM kan vara en person-centrerad omvårdnadsin-

sats, som hjälper sjuksköterskor att få en allians med patienter, och minskar behovet av läkemedel. KAM kan vara en träning i delat beslutsfattande och autonomi. Det behövs mer forskning om KAM, och forskningsmetoder måste vara anpassade för att utvärdera komplexa interventioner som KAM där det inte går att "blinda" en kontrollgrupp. Evidensbaserad praktik bygger inte bara på randomiserade studier. Beprovad erfarenhet och patienternas önskemål ska vägas in vid val av behandlingsformer, liksom säkerhet och kostnad. Pragmatiska studier, studier som mäter neurokemiska effekter, risker och kostnader bör göras, liksom kvalitativa studier. Vidare behövs det mer information om KAM i vård- och läkarutbildningarna.

Denna studie har kartlagt användningen av KAM i svensk psykiatrisk vård. Vi har gått vidare med att intervjua chefer om hur beslut om KAM fattas och ber att få återkomma när den artikeln publicerats! ■

LÄS MER

■ Artikeln är en sammanfattning av en vetenskaplig publicerad studie:

Wemrell, M., Olsson, A., Landgren, K. (2020). The use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in psychiatric units in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing*. Published online 2020.06.04. doi.org/10.1080/01612840.2020.1744203

Välskrivet om fascinerande föregångare

DENNA NYUTKOMNA BIOGRAFI handlar om Bertha Wellin (1870-1951), en av grundarna och mångårig ordförande i Svensk Sjuksköterskeförening samt en av Sveriges första kvinnliga riksdagsledamöter. Bertha Wellin framträder i boken som en mycket fascinerande, om än inte alltigenom sympatisk, person. Hon var en god strateg och hängiven förkämpe för kvalitet och kompetens i vården som tyckte att sjuksköterskor borde ägna fritiden åt att läsa svensk författningssamling. I detta förtjänar hon verkligen att lyftas fram som en föregångare för alla som idag kämpar för att sjuksköterskans kompetens ska tillvaratas och värderas.



DEN MOTVILLIGA FEMINISTEN

TITEL: **Den motvilliga feministen: En biografi om riksdagskvinnan och sjuksköterskan Bertha Wellin**
FÖRFATTARE: Sara Heyman
FÖRLAG: Verbal förlag
UTGIVNINGÅR: 2021
RECENSENT: Sebastian Gabrielsson

Men samtidigt var Bertha Wellin en reaktionär sedlighetsförkunnare som bland annat motsatte sig kvinnlig rösträtt och reglerade arbetsförhållanden för sjuksköterskor. För Bertha Wellin var och förblev sjuksköterskeyrket ett kall som krävde självupppoffring. Rimliga löner och reglerad arbetstid riskerade att förminska sjuksköterskans gärning och locka fel personer till yrket. Till de mer problematiska sidorna hör även att hon var en varm tillskyndare av Rasbiologiska institutet.

Läsningen väcker en nyfikenhet som aldrig blir riktigt tillfredsställd. Med sitt kortklippta hår och livslånga partnerskap med en kvinna framstår hon som en normbrytare, men vad som rörde sig i hennes inre får vi aldrig veta. Vem Bertha egentligen var bakom den kompetenta och stridbara offentliga personen kan bara anas, men det är inget som författaren kan skyllas för. Förklaringen är att Bertha själv såg till att noggrant utplåna det mesta av privata brev och anteckningar.

Boken är välskriven och finns även i en utmärkt inläsning av författaren själv. Jag kan rekommendera den till alla sjuksköterskor som vill förstå mer om bakgrunden till många av de frågor som professionen fortfarande kämpar med 70 år efter Bertha Wellins bortgång. ■



RECENSIONER

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN
FÖR SJUKSKÖTERSKOR

SAVE THE DATE

Årskonferens
7-8 april 2022

Göteborg/Online!

PRF
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 2021.

VÄLKOMMEN MED DIN STIPENDIEANSÖKAN!



PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN
FÖR SJUKSKÖTERSKOR
c/o Hanna Tuvevsson
Gamla Riksvägen 10
371 60 Lyckeby
hanna.tuvevsson@psykriks.se

RAPPORT FRÅN ÅRSMÖTE SAMT STYRELSEMÖTE I PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN FÖR SJUKSKÖTERS KOR

ÅRSMÖTET I FÖRENINGEN blev ett digitalt möte torsdagen 18 mars. Ordförande Henrika Jormfeldt önskade alla välkomna till mötet. Det var en god uppslutning av deltagare under mötet med vilket är mycket glädjande. Bengt Sjöberg från Vårdförbundet blev vald som mötesordförande. Ordinarie mötespunkter avhandlades och vi fick en genomgång av vad föreningen har gjort det senaste året samt föreningens ekonomi. Revisorerna hade bara positiva synpunkter och styrelsen fick ansvarsfrihet av årsmötet. Styrelsen berättade lite mer ingående om arbetet genom årsredovisningen, om erfarenheter av att arbeta som styrelse under pandemin och de utmaningar som var varit runt föreningens årskonferens. Vid avslutningen av årsmötet avtackades styrelsemedlemmar som slutar i styrelsen, det var tidigare ordförande Henrika Jormfeldt, sekreterare Eva Lindgren, medlemsansvarig Paul Stråby och ledamot Sarah Thiem. Det valdes även i fyra nya ledamöter. Hanna Tuveesson valdes som ny ordförande och Jenny Karlsson som vice ordförande. Protokoll och dokument från årsmötet finns på hemsidan efter justering.

Efter årsmötet avklarades även ett kort konstituerande styrelsemöte med den nya styrelsen. Nyttillträdde ordföranden Hanna Tuveesson höll i den virtuella ordförandeklubban och styrelsen konstituerade sig med kassör och sekreterare. Ny som sekreterare i styrelsen är Jenny Molin, vidare fortsätter Britt-Marie Lindgren som kassör. Övriga poster till styrelsen fördelas vid nästa styrelsemöte. Nya styrelsemedlemmar önskades välkommen Johanna Salberg, Katrine Thelander, Andreas Lann och Andreas Glantz. Styrelsen var mycket peppade och glada för en innehållsrik och givande årskonferens. Det finns en härlig positiv anda över arbetet och styrelsen ser fram emot att kanske kunna ses fysiskt till hösten för ett styrelsemöte, om pandemin tillåter detta.

Styrelsemöte 25 april

Årets första styrelsemöte med den nya styrelsen har precis avslutats när jag skriver detta. Mötet genomfördes digitalt som så ofta med möten under denna pandemi. Samtliga i styrelsen hade möjlighet att delta och vi började så smått att bekanta oss med varandra genom en kort presentation av var och en. Sammantaget kan sägas att styrelsens sammansättning bådär gott för framtiden och det känns som om alla är sugna på att engagera sig – lovande med andra ord! Ni kan läsa mer om våra nya ledamöter i detta nummer av Psyche.

Dagordningen betades av med diverse avbrott för kaffe, toabesök och lunch. Diariet, rapport från arbetet med Psyche, uppföljning av den digitala årskonferensen och årsmötet diskuterades. Vi fördelade även olika uppdrag inom styrelsen såsom t ex medlemsansvar, konferensansvar, samordnare för nätverk, ansvar för IT/Hemsida och sociala medier. Vi bestämde även datum och plats för årskonferens 2022 som då går av stapeln i Göteborg den 7-8 april 2022. Mer information om det kommer i höst men boka in datumen redan nu! Styrelsens nästa möte är inplanerat till 11-12 september. ■

Joffen Kleiven
Styrelseledamot Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor

Britt-Marie Lindgren
Kassör, Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor

Välkomna till styrelsen!



Andreas Glantz

JAG HETER ANDREAS GLANTZ och är en 43-årig smålänning som bott i Malmö de senaste tio åren. Jag har en tidigare karriär bakom mig inom IT och när jag började studera till sjuksköterska trodde jag att det skulle leda till jobb inom anestesi, IVA-vård eller något annat mer tekniskt. Under min VFU i psykiatri blev det dock

ganska snabbt uppenbart att det var mötet och samtalet med medmänniskan som var det mest lockande och sedan examen har jag enbart jobbat inom psykiatri. Jag har erfarenhet både inom akutpsykiatrisk heldygnsvård och öppenvård och blev specialistsjuksköterska i psykiatrisk omvårdnad för fem år sedan. Psykoterapi som behandlingsform är något som intresserar mig mycket och jag har en grundutbildning i KBT. Från och med i maj 2021 arbetar jag som adjunkt på Malmö universitet. Jag är tacksam över att ha fått förtroendet att bli invald i styrelsen och hoppas att kunna bidra genom mångårig erfarenhet av styrelsearbete och ett stort intresse för att stärka vår profession. ■



Katrine Thelander

JAG HETER KATRINE THELANDER och är 39 år. Jag blev färdig sjuksköterska 2009 i Danmark där jag kommer ifrån. Jag jobbade mina första 10 år inom somatiken; hematologi, hemsjukvård, vårdcentral och de senast 4 åren med avancerad sjukvård i hemmet där jag träffade på allt fler patienter med en palliativ cancerdiagnos och samtidigt en psykiatrisk problematik. Jag märkte att jag fattades kompetens och fick upp ögonen för alla möjligheter som finns inom psykiatri. 10 år tidigare hade sagt att jag aldrig skulle jobba inom psykiatri eftersom jag efter ett 10 veckors långt möte med en allmänpsykiatrisk klinik i Danmark observerat personalens bemötande av patienterna och det gjorde att jag sprang därifrån frustrerad

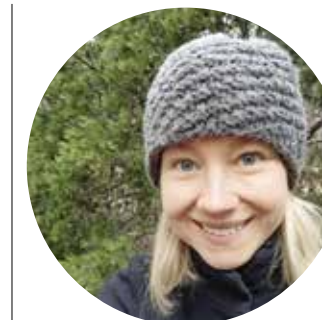
och skrämmd. Trots detta anmälde jag mig till specialistsjukskötersketutbildningen i psykiatri i Luleå för att bli klokare. Det är mitt bästa beslut, både för min privata utveckling samt min professionella. Jag kände mig stärkt i min yrkesroll och då min VFU-plats under specialistutbildningen erbjöd mig en tjänst tackade jag ja och glesade så smått ut min tjänst inom den avancerade sjukvården i hemmet. Jag jobbar nu på en heldygnsvårdavdelning i Helsingborg för människor som drabbats av psykossjukdom. Samtidigt bildar jag nätverk för specialistsjuksköterskor, lokalt till en början, och anser att det finns ett enormt behov av att stärka vår roll och ta ansvar för omvårdnaden inom psykiatri, både primärvård, öppenvård och slutenvård. Jag är med i NNNP (nätverk för nyinsjuknad i psykos), förtroendevald för vårdförbundet och är lycklig samt stolt över att nu vara med i PRF:s styrelse som ledamot. Jag har ett brinnande engagemang för förbättringsarbete som gynnar patienter och inte bara systemet, utveckling, bemötande, relationsarbete men framför allt patientnära omvårdnad och allas rätt till ett värdigt liv. ■



Andreas Lann

JAG HETER ANDREAS LANN och är specialistsjuksköterska på Psykiatriska Akutmottagningen på Östra Sjukhuset i Göteborg. Under mina drygt 11,5 år som sjuksköterska har jag jobbat en kort period inom Psykogeriatiken i Umeå. Sedan jag flyttade till Göteborg har jag en kort period jobbat på en Beroendeavdelning och därefter jobbade jag på en akutavdelning för patienter med psykossjukdom. Sedan september 2020 arbetar jag på Psykiatriska Akutmottagningen. I mitt arbete på Psykiatriska Akutmottagningen ingår att arbeta prehospitalt inom ramen för PPR (Prehospital Psykiatrisk Resurs). Under mina år inom den psykiatriska vården har jag jobbat mycket med att försöka minska användandet av tvångsåtgärder och då speciellt bältesläggning av patienter. Ett annat specialintresse jag har är lagstiftning och då mycket den lagstiftning som styr oss inom den psykiatriska vården.

I styrelsen för PRF hoppas jag kunna bidra med mina erfarenheter från lite olika områden inom psykiatri. Framst då psykosvården men också från Psykiatrisk Akutmottagningen. Jag hoppas med mitt arbete i styrelsen också kunna visa att man som specialistsjuksköterska i psykiatri inte behöver jobba enbart inom slutet och/eller öppenvård utan att man faktiskt kan arbeta prehospitalt med de patientgrupper som finns inom det psykiatriska området. ■



Johanna Salberg

JAG HETER JOHANNA SALBERG, jag är specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård och arbetar som universitetsadjunkt vid Uppsala universitet. Jag har arbetat inom psykiatrisk vård sedan 2007, när jag tog min sjuksköterskeexamen, främst med vård av personer som drabbats av psykossjukdom och akuta psykotiska tillstånd. I skrivande stund är jag även i slutfasen av mina doktorandstudier. I mitt doktorandprojekt ligger fokus på just omvårdnad inom psykiatrisk heldygnsvård, vilket ligger mig varmt om hjärtat. Ett annat intresseområde är professionen och dess olika kompetensnivåer inom psykiatrisk vård. Särskilt intressant kopplat till det är också synen på omvårdnad men även på sjuksköterskans och specialistsjuksköterskans roll utifrån olika perspektiv. Här finns stort utvecklingspotential! Jag är så tacksam för förtroendet att bli invald i styrelsen och hoppas kunna bidra till att vi gemensamt ska kunna arbeta för att tydliggöra, lyfta fram och stärka omvårdnaden och vår professions roll i psykiatrisk vård. Det är ett viktigt steg för att kunna säkerställa en vård av hög kvalitet för de personer som drabbas av ohälsa och sjukdom, för deras närstående och utifrån ett samhällsperspektiv. ■



Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

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

PRF

c/o Hanna Tuvevsson
Gamla Riksvägen 10
371 60 Lyckeby
Bankgiro: 5118-1592
Organisationsnr: 812000-0693

STYRELSE 2021

ORDFÖRANDE

Hanna Tuvevsson, Karlskrona
072-567 33 07
hanna.tuvevsson@psykriks.se

VICE ORDFÖRANDE

PR- och sponsoransvarig
Jenny Karlsson, Stockholm
070-235 27 28
jenny.karlsson@psykriks.se

KASSÖR

Britt-Marie Lindgren, Umeå
070-643 33 08
britt-marie.lindgren@psykriks.se

SEKRETERARE

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

LEDAMOT

IT & sociala medier
Joffen Kleiven, Göteborg
073-545 75 50
joffen.kleiven@psykriks.se

LEDAMOT

Samordnare forskarnätverket
Johanna Salberg, Uppsala
070-811 51 87
johanna.salberg@psykriks.se

LEDAMOT

Medlemsansvarig
Andreas Glantz, Malmö
070-864 88 44
andreas.glantz@psykriks.se

LEDAMOT

Katrine Thelander, Helsingborg
076-210 14 53
katrine.thelander@psykriks.se

LEDAMOT

Andreas Lann, Göteborg
076-246 73 80
andreas.lann@psykriks.se

PSYCHE 2021

CHEFREDAKTÖR/ ANSVARIG UTGIVARE

Hanna Tuvevsson, Karlskrona
072-567 33 07
hanna.tuvevsson@psykriks.se

RECENSIONSANSVARIG

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

REDAKTIONSRÅD

Jörgen Öijervall, Varberg
jorgen.oijervall@hh.se

Katharina Derblom, Umeå
katharina.derblom@umu.se

ANNONSANSVARIG

Britt-Marie Lindgren
070-643 33 08
britt-marie.lindgren@psykriks.se

REVISORER 2021

ORDINARIE

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

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

SUPPLEANTER

Karl-Henrik Forsman, Jönköping
Maria Linde

VALBEREDNING 2021

SAMMANKALLANDE

Jörgen Öijervall, Varberg
jorgen.oijervall@hh.se

LEDAMÖTER

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

Simon Notman Steinmo,
Stockholm
0721-876555
simon.steinmo@gmail.com

Sebastian Gabrielsson, Luleå
070-5483864
sebastian.gabrielsson@ltu.se



På gång inom psykiatrisk omvårdnad

2021

- Luncha med PRF (Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor) / 26 maj / Online
- International Mental Health Nursing Research Conference (MHNRC) / 9-10 juni / Online (Storbritannien)
- American Psychiatric Nurses Association (APNA) 35th Annual Conference / 13-16 oktober / Online/Louisville, USA
- 46th International Mental Health Nursing Conference / 10-12 november / Queensland Australien

2022

- Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskors årskonferens / 7-8 april / Göteborg/Online
- 10th European Conference on Mental Health / 14-16 september / Lissabon, Portugal
- Nordic Mental Health Nursing Conference (PSSN:s konferens) / September / Bergen, Norge



Annonsera i Psyche!



En omsorgsfull, läkande och säker miljö med gardiner

Tack vare HealSafe Interiörs nya gardinskensystem kan gardiner användas i vårdmiljöer med höga säkerhetskrav. Gardiner bidrar med stressreduktion genom förbättrad akustik, ljusreglering och inte minst en trivsam och varm interiör.



Beställ vår nya katalog på
info@healsafeinterior.com

Scandinavian
Design for
Safe & Healing
Environments

HealSafe
Interiör

www.healsafeinterior.com

PSYKIATRI – KRIMINALVÅRD – UNGDOMSHEM – BUP



GÖTEBORGS PSYKOTERAPI INSTITUTET

GRUNDAT 1974

Anordnar med start HT 2021:

Göteborg, Stockholm och
Malmö:

Grundläggande utbildning
(Steg 1) i psykoanalytisk
teori och praktik

031-711 97 51 www.gpsi.se

**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?

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

VAD INNEBÄR MEDLEMSKAP?

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

Medlem kan den bli som är sjuksköterska med anknypning till psykiatri genom utbildning eller yrkesverksamhet. Den som inte uppfyller detta krav är välkommen som associativ medlem.

ORDINARIE MEDLEMSAVGIFT FÖR 2021 ÄR 325 KR. STUDENTER OCH PENSIONÄRER BETALAR 200 KR.

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