PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN
FÖR SJUKSKÖTERSKORS TIDSKRIFT

Psyche

NUMMER 1 2022

Psykiatrisk omvårdnad i Carl Rogers anda

BISAM - VÅRDUTVECKLARE MED EGEN ERFARENHET

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN FÖR SJUKSKÖTERSKORS TIDSKRIFT

Psyche

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

Chefredaktör och ansvarig utgivare
Hanna Tuvesson

Kontakt
Psyche c/o Hanna Tuvesson
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 2022 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 2022
Nr 1 vecka 9, nr 2 vecka 22,
nr 3 vecka 39, nr 4 vecka 50.

Prenumerera
Prenumerationspris för 2022 är 400:-/år (inom norden 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.

PEFC Certifierad
Papper från uthålligt brukade skogar och kontrollerade ursprung.
PEFC/05-38-104
www.pefc.se

ISSN 0283-3468

Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor

INNEHÅLL

Foto: Sid 1,4,6,8,10,12,14,17,18 och 23 Unsplased

"Vi har tränats i att acceptera och vara följsamma till omständigheter vi inte kan råda över. Lokaler som krånglat och möten som fått ställas in. Ett viktigt möte som dock blev av var ett möte med Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet."

Två steg fram och ett tillbaka ...

PÅ ALLA MÖJLIGA SÄTT prövas vår profession. Det har vart tydligt inte minst under de senaste två åren. Vi behöver hjälpas åt på olika sätt för att klara det vi ställs inför både i det stora och lilla. Det har även vi i styrelsen behövt göra. Med omikrons smittsamhet så har var och varannan insjuknat, så också styrelsemedlemmar. Vid dom tillfällena känner jag ödmjukhet och stolthet över hur snabbt och självklart vi hjälper varandra när det verkligen behövs. Inför detta nummer av Psyche har vi fått omfördela arbetet och i egenskap av vice ordförande har jag fått äran att skriva ledaren till detta nummer. Flera i styrelsen har också vart involverade med att få detta nummer i tryck och det har gett oss en tydlig inblick i hur mycket jobb som ligger bakom varje nummer. När huvud, hjärta och hand får samverka skapas ett tydligt vi. Det ger kraft och det är ovärderligt när det sker, oavsett om det sker i vårdarbete eller styrelsearbete.

Kreativitet, samarbetsförmåga, tålamod och problemlösningsförmåga sattes också på prov när vi i januari höll vårt styrelsemöte. Jag hade verkligen sett fram emot att träffa alla men ju närmre vi kom styrelsehelgen desto fler mail trillade in om symtom och inställda resor. Så det blev inte som vi tänkt - som med så mycket annat under den senaste tiden. Vi har tränats i att acceptera och vara följsamma till omständigheter vi inte kan råda över. Lokaler som krånglat och möten som fått ställas in.
Ett viktigt möte som dock blev av var ett möte med Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet. Vid en hybridsammankomst fick vi ta del av deras arbete gällande avancerad specialistsjuksköterska. Vi hade en givande och intressant dialog kring den nya yrkesrollen och diskuterade vilken funktion den skulle kunna ha inom kunskapsområdet psykiatrisk vård. Vi ser fram emot att följa och vara delaktiga i den fortsatta arbetsprocessen kring detta.

Ett annat viktigt fokus vi haft under vintern har varit arbetet med årskonferensen 2022. Tyvärr har vi fått landa i beslutet att flytta fram den till 2023. Det osäkra läget med pandemin som varit under vintern har gjort det svårt att planera, både för oss och för våra medlemmar. Nu går vi dock mot ljusare tider och satsar på att få mötas vid en riktigt bra konferens 2023, en konferens där vi förhoppningsvis slipper ta hänsyn till pandemi och restriktioner. Vi behöver alla påfyllning av samvaro och inspiration. ■

VICE ORDFÖRANDE HAR ORDET

JENNY KARLSSON, VICE ORDFÖRANDE, PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN FÖR SJUKSKÖTERSKOR

Välkomna till vårt digitala årsmöte den 7 april!

En personcentrerad och fenomenologisk grund för psykiatrisk omvårdnad

Text: ANDREAS GLANTZ och JOHN STIGMAR

"Så jag har lärt att fråga mig själv, kan jag höra ljuden och ana formen av denna andra persons inre värld? Kan jag finna en våglängd så djup att jag känner de meningar han är rädd för men ändå skulle vilja kommunicera, likväl som de han känner till?" (Carl Rogers 1980, vår översättning).

Andreas Glantz och John Stigmar är adjunkter vid institutionen för vårdvetenskap och institutionen för socialt arbete, Malmö universitet.

CARL ROGERS (1902–1987) var en framstående amerikansk psykolog som anses vara en av förgrundsgestalterna inom den humanistiska psykologin och grundaren till det som kallas klient- eller personcentrerad psykoterapi. 2022 är det 120 år sedan Carl Rogers föddes. Därmed är det ett lämpligt tillfälle att påminna om hans betydelse för omvårdnad samt hur hans villkor för framgångsrik psykoterapi och hans teorier om självet även kan appliceras på den psykiatriska omvårdnaden. Vi har också försökt anta ett fenomenologiskt perspektiv där det finns beröringspunkter med Rogers teorier. Den fenomenologiska psykologin och den humanistiska utvecklades vid ungefär samma tid och det finns både likheter och skillnader dessa perspektiv emellan. En grundläggande och viktig punkt som gäller för båda är det personcentrerade förhållningssättet med utgångspunkt i den andres förstapersonsperspektiv. En annan är att människan är en intersubjektiv varelse som alltid befinner sig situerad i en värld som delas med andra.

Själva definitionen av psykiatrisk omvårdnad har varit och är fortsatt omdiskuterad. För tio år sedan skrev Barker och Buchanan-Barker om detta och poängterade, liksom Peplau före dem, att omvårdnaden måste röra sig bort från patienten och diagnosen och mot enbart personen. Omvårdnaden måste vara personcentrerad snarare än diagnos- eller läkemedelscentrerad och med en inriktning mot återhämtning. Även om begreppen är vanligt förekommande i dagens utbildningar och i diskursen kring psykiatrisk omvårdnad är frågan om de praktiseras i den utsträckning som vore önskvärd. Hur kan vi förstå en personcentrerad approach i den psykiatriska omvårdnaden utifrån Rogers teorier?

Begreppet personcentrering har sitt ursprung i den psykoterapeutiska skola som Rogers grundade och som under åren förgrenade sig och hade flera namn och flera tillämpningar. Icke-direktiv eller klientcentrerad psykoterapi, studentcentrerat lärande och gruppcentrerat ledarskap var några av namnen. Slutligen kallade Rogers konceptet för den personcentrerade approachen, eftersom han ansåg att det gick att applicera i många relationella sammanhang, inte bara inom psykoterapi eller pedagogik.

Rogers menade att den personcentrerade approachen innebär en syn på människan som besittande inre resurser för självförståelse och för förändring av självuppfattning. Dessa resurser kan nås om rätt sorts miljö eller klimat kan åstadkommas. När Rogers 1957 skrev om vad han ansåg vara nödvändiga förutsättningar för terapeutisk personlighetsförändring definierade han sex villkor som denna artikel specifikt utgår från. Rogers föreslog för det första att signifikant personlighetsförändring bara kan ske i en relation. Huruvida detta är sant eller ej går kanske inte att svara på men en förutsättning för framgångsrik omvårdnad är att sjuksköterskan och personen i behov av omvårdnad befinner sig i en relation eller psykologisk kontakt.

Det är av vikt att denna relation är grundad i förståelse och trygghet för att en annan människa ska våga dela med sig av erfarenheter och glänta på dörren till den personliga värld där erfarenheten formas. Även om detta är en viktig insikt i alla interpersonella sammanhang är det kanske extra betydelsefullt inom områden som berör det djupt existentiella, såsom psykiatrisk omvårdnad. Vi behöver veta något om den andres individuella och sociala kontext för att kunna närma oss förståelse som grund för en interpersonell relation och arbetsallians. Enligt fenomenologin framträder erfarenheter, upplevelser och mening i en kontext. Därför måste vi ha ett holistiskt synsätt i interaktionen med den andre såsom en person som upplever något. Detta är gemensamt för fenomenologin och Rogers personcentrerade approach likväl som ett perspektiv viktigt i omvårdnad. Precis som det inte hade varit möjligt att läsa denna text utan en vit bakgrund är det inte möjligt att närvara till den mening som finns i en annan persons erfarenheter och upplevelser utan en kontext. Detta är vad fenomenologin menar med erfarenhetens horisonter. Det finns alltid en personlig värld eller kontext som formar och konstituerar erfarenheten och som gör att mening framträder.

Två andra begrepp som Rogers beskrev och som är viktiga delar av hans teori om självet är kongruens och inkongruens. Rogers menade att vi befinner oss i inkongruens om det finns en skillnad mellan vårt ideala själv och vårt upplevda själv. Exempelvis kanske någon tänker sig att hen är en person som är mycket miljömedveten men är samtidigt tvungen att använda sig av en bil för att kunna hantera sin vardag och sitt arbete. Då råder inkongruens mellan det ideala självet och det upplevda eller verkliga självet. På motsvarande sätt råder kongruens när det ideala och det upplevda självet ligger nära varandra. I en omvårdnadssituation kan inkongruens praktiskt innebära att till exempel en patients handlingar och affekter inte stämmer överens med varandra eller att patientens aktuella situation inte är i överensstämmande med hur denne ser sig själv eller vill se sig själv. Ett ytterligare exempel kan vara att en person upplever tankar som inte är de egna, det vill säga att personens agens och ägandeskap av upplevelsen påverkas.

Samtidigt som inkongruens kan existera hos patienten är det viktigt att sjuksköterskan befinner sig i kongruens i förhållande till patienten, vilket är ytterligare en aspekt som Rogers betonar. Vad betyder kongruens i detta sammanhang? Rogers beskri-

Andreas Glantz

John Stigmar

ver att terapeuten – eller i vårt exempel, sjuksköterskan – är en genuin, integrerad person. I denna situation, i detta möte, är sjuksköterskan helt och hållet sig själv, genuint, utan att sätta upp en fasad. Denna genuinitet gäller även för sjuksköterskan själv, gentemot sig själv. Rogers ger exempel som att vara medveten om sina egna tankar, rädslor eller fördomar i mötet med patienten även om dessa kanske inte kommuniceras öppet med patienten. Här kan vi också finna paralleller med medveten närvaro, en tankegång som dyker upp i såväl österländsk filosofi liksom i modern psykoterapi. En viktig del i omvårdnadsrelationen kan vara att tillsammans med personen reflektera och tydliggöra mening som framträder i interaktionen och relationen.

Jean Watson beskrev i sitt viktiga verk om filosofin och vetenskapen bakom omvårdnad bland annat hur en kongruent sjuksköterska bemöter en patient. En sådan sjuksköterska visar genuinitet, autenticitet och öppenhet genom att inte spela roller – inte ens rollen som professionell hjälpare. Bara genom att sjuksköterskan visar dessa egenskaper kan patienten också visa upp motsvarande öppenhet och genuinitet. Sjuksköterskan behöver också vara öppen och utforskande gentemot de svårigheter som hen stöter på i mötet med andra, något som är en livslång process. Slutligen reagerar sjuksköterskan också på sina egna upplevelser på samma sätt som hen gör mot patientens upplevelser. Hen är alltså instämd mot sig själv såväl som mot andra.

Nästa villkor som Rogers nämner är villkorslös positiv uppskattning. Detta är en attityd av positiv acceptans gentemot patienten och varje del av patientens upplevelse. Det är en uppskattning eller acceptans som inte är beroende av villkor – ”Jag tycker bara om dig om du är på det här eller det här sättet.”. I stället betyder det att bry sig om och vara omtänksam (med Rogers egna ord; ”caring”) om den andra personen som en separat individ, med tillåtelse att uppleva och känna de saker som hen gör. Även här inspireras Watson av Rogers när hon beskriver den icke-possessiva värme som behöver finnas för att skapa möjlighet till utveckling av kongruens och empati. Denna värme kan förstås kommuniceras på andra sätt än bara verbalt utan också genom exempelvis kroppsspråk, ansiktsuttryck och beröring.

Ett annat villkor Rogers beskriver är behovet av empati. Vad empati som begrepp faktiskt innebär har diskuterats i många

år och diskussionen fortsätter än idag. Att empati är en viktig grund för omvårdnad råder det kanske ingen tvekan om, men Fernandez och Zahavi menar att det däremot saknas konsensus kring hur empati definieras i en omvårdnadskontext. Även om Rogers definition av empati tydligt inspirerat den personcentrerade omvårdnaden finns det också kritik mot denna definition då den ursprungligen riktade sig mot den psykoterapeutiska relationen snarare än en omvårdnadsrelation. Det är ändå av vikt att börja med att titta på hur Rogers beskrev empati. Enligt Rogers artikel från 1957, från vilken de villkor vi skrivit om ovan är hämtade, är empati att terapeuten (eller sjuksköterskan!) upplever en korrekt förståelse för patientens medvetenhet om sin egen upplevelse. Att känna patientens upplevelse ”som om” den vore sjuksköterskans egen – men utan att förlora ”som om”-karaktären.

Rogers har inspirerat metoden för den fenomenologiska psykologiska empatiträning som Englander har utvecklat och som används i en del undervisning vid Malmö universitet. Träningen är ett sätt att öva på närvaro i mötet med den andre och att aktivt inta en empatisk inställning där fokus är på hur den andre upplever något, det vill säga den andres levda erfarenhet av något, en erfarenhet som vilar på mening. En utgångspunkt för detta är att interpersonell förståelse sker från ett andrapersonsperspektiv vilket innebär att det finns en alteritet eller annan-het i relationen; det är den andres upplevelse som är i fokus. Detta skiljer sig något från Rogers syn på empati som mer utgår ifrån ett intagande av den andres perspektiv ”som om” erfarenheten var ens egen. Denna beskrivning liknar mer någon typ av representationsteori såsom simulationsteori medan fenomenologin startar i det som händer innan en representation eller simulation överhuvudtaget är möjlig - för att simulering ska vara möjlig måste någon förståelse ske först. Genom representation eller simulation förstår jag mig själv i en hypotetisk situation men jag förstår inte nödvändigtvis den andre. En fenomenologisk empatisk inställning innebär en riktadhet gentemot de meningsuttryck som finns i den andres beskrivning av sin upplevelse, exempelvis upplevelse av sjukdom, meningsuttryck som framträder i den interpersonella kontexten. Genom att följa den andre och med empatiska responser beskriva vad det är vi förstår av den andres upplevelse kommunicerar vi empati. Här är det är viktigt att poängtera att empatiträningen syftar till att tydliggöra den förståelse som redan finns där men som ofta är ett steg vi hoppar över för att i stället gå direkt till problemlösning, förklaring eller utredning. Dessa saker är naturligtvis på sin plats i omvårdnad men poängen här är att först stanna i följande och förståelse för att sedan kunna bli bättre på att tillsammans med den andre diskutera lösningar, förklara något eller utreda.

Den fenomenologiska empatiska inställningen innebär också ett parentessättande av existentiella index eller empirisk sanning för att i stället närvara till mening. Det vill säga att intresset inte är riktat mot om upplevelsen är sann eller inte utan i stället är utgångspunkten att mening finns oavsett om det som erfarenheten handlar om finns eller inte finns, något som inom fenomenologin kallas för psykologisk reduktion eller psykologisk epoché. Upplevelsen av att vara förföljd eller att det står en enhörning i hallen är meningsfull oavsett om det rent empiriskt är sant eller inte.

Implikationen för en omvårdnad inspirerad och influerad av både Rogers personcentrerade förhållningssätt och fenomenologins grundläggande empati ger ett fokus på den andres upplevelse samtidigt som genuiniteten bibehålls. Fokus hamnar alltså inte på att inta den andres perspektiv eller att simulera eller matcha känslotillstånd med den andre utan att direkt närvara till den andres levda erfarenhet/upplevelse. Detta skulle kunna vara en definition av genuint fokus där det är tydligt vems upplevelse som är i fokus – den andres. Själva metoden för den tidigare nämnda träningen följer Rogers pedagogiska approach att genom inspelade samtal kunna tydliggöra vad som sker i interaktionen. Träningen följer inte Rogers teorier i övrigt även om det finns vissa likheter med hans senare verk. I stället följs den fenomenologiska traditionen och dess beskrivning av empati. En poäng med träningen är att öva förståelse av den andres upplevelse utan att vara styrande för att på så sätt kommunicera empati, förbättra interpersonell kommunikation och interpersonella relationer vilket är väsentligt för många yrkesområden, inte minst omvårdnad.

Det sista villkoret som Rogers beskriver handlar om patientens uppfattning av sjuksköterskan. Patienten behöver uppfatta att sjuksköterskan upplever acceptans och empati för hen och om den kommunikationen inte existerar så finns det, vad patienten anbelangar, ingen sådan acceptans eller empati. Således måste sjuksköterskans beteende och attityder uppfattas som accepterande och förstående. Ett sätt att uppnå detta är som ovan angett att beskriva för den andre vad det är vi har förstått av den andres meningsuttryck och upplevelse och på så sätt tydliggöra och kommunicera den empati som finns i den interpersonella interaktionen.

Genom att beskriva omvårdsrelationen med hjälp av Rogers personcentrerade perspektiv och fenomenologiska begrepp ser vi hur vi får ett tydligt fokus på den andre som en person med meningsfulla upplevelser. Vidare ger det oss en grund att utgå ifrån när vi arbetar med förståelse från ett fenomenologiskt andrapersonsperspektiv som ingång till en djupare interpersonell relation och arbetsallians. Vi menar att detta ger oss en möjlig väg till att hjälpa andra att tydliggöra egna resurser och förutsättningar, det vill säga ett sätt att möta personen där denne befinner sig och stötta på vägen till förändring eller återhämtning. Det ger också en möjlig teoretisk utgångspunkt för vidare forskning kring det professionella och relationella omvårdnadsarbetet. ■

LÄS MER

- Barker P, Buchanan-Barker P (2011) Myth of mental health nursing and the challenge of recovery. *International Journal of Mental Health Nursing,* 20, 337-344.
- Englander M (2019) The practice of phenomenological empathy training. *Journal of phenomenological psychology,* 50, 42-59.
- Fernandez A V, Zahavi D (2020) Basic empathy: Developing the concept of empathy from the ground up. *International Journal of Nursing Studies*, 110, 1-6.
- Rogers C R (1957) The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology,* 21 (2), 95-103.
- Rogers C R (1980) *A way of being*. New York, Houghton Mifflin.
- Watson J (1985) Nursing: *The Philosophy And Science Of Caring.* Boulder, Colorado University Press.
- Zahavi D (2019) *Phenomenology: the basics.* New York, Routledge.

Brukarinflytande-samordnare

– vårdutvecklare med egen patienterfarenhet

Text: INKA RODRIGUEZ och ANNA SKOGLUND

En brukarinflytandesamordnares (BISAM) uppgift är att lyfta patientperspektivet i alla forum på sin klinik där hen deltar. Vi arbetar med patienters och närståendes inflytande och delaktighet i den psykiatriska vården genom att samla in, bevaka och ge röst åt patientperspektivet i olika förbättrings- och utvecklingssammanhang. Exempel på vad det kan innebära ska vi berätta om här.

Anna Skoglund,
BISAM på Psykiatri Väst.

Inka Rodiguez, BISAM på Norra Stockholms Psykiatri. Har även jobbat som MB på NSP.

Foton: Anna Molander

BISAM är precis som medarbetare med brukarerfarenhet (MB) anställda som öppet egenerfarna. Vi ska ha en egen omfattande erfarenhet av att ha varit patienter inom psykiatrin med krav på erfarenhet av psykiatrisk heldygnsvård. Vi ska också ha återhämtat oss så att vi kan använda oss av våra patienterfarenheter som en konstruktiv del av vårt arbete. Förutom kravet på patienterfarenhet krävs det inom Stockholms Läns Sjukvårdsområde (SLSO) att vi som minst har gymnasieutbildning och arbetslivserfarenhet sedan tidigare. Andra regioner och kommuner kan ha andra krav och önskemål på BISAM-funktionen.

Tjänsten som BISAM är en administrativ tjänst där man jobbar klinikövergripande. Det är en varierande roll med flera olika arbetsuppgifter som kan skilja sig mellan olika kliniker. Utöver exemplen på de praktiska arbetsuppgifterna ska vi också inom ramen för vår tjänst hålla oss uppdaterade på forskningsområdena återhämtning och delaktighet. Inom SLSO är vi 1-2 BISAM per psykiatrisk klinik och samarbetar mellan klinikerna vid behov.

MB (medarbetare med brukarerfarenhet) är personer med egen erfarenhet av psykisk sjukdom som jobbar på en heldygnsvårdsavdelning och/eller en öppenvårdsmottagning som en slags mentor för patienterna.

Utvecklingsarbete är en stor del i arbetet som BISAM. Det handlar dels om att hämta inspiration från sådant andra gör men främst att utveckla vården utifrån vad våra patienter säger vid Patientforum, i patientskolan och i olika patientenkäter. Generellt har patientperspektivet tidigare varit en något outnyttjad källa till såväl kunskap som förbättringsinspiration. Som BISAM samverkar man med olika professioner på sin klinik, t.ex. vårdutvecklare och patientsäkerhetssamordnare, men även med kliniskt verksam personal.

NEDAN FÖLJER NÅGRA EXEMPEL PÅ VANLIGA ARBETSUPPGIFTER FÖR BISAM INOM SLSO:

Patientforum:

Varje vecka håller BISAM tillsammans med enhetschef på respektive avdelning i det vi kallar Patientforum på klinikens alla heldygnsvårdsavdelningar. På en fast tid och dag en gång i veckan har patienter möjlighet att komma med synpunkter på avdelningen de vårdas på, såväl positiva som negativa sådana, samt förbättringsförslag. De kan även ställa frågor om sådant de uppfattar som oklart eller otydligt angående avdelningen och vården. Det som kommer fram på forumen används sedan till förbättrings- och utvecklingsarbete. Patientforum är ett konkret sammanhang för inhämtande av patienters synpunkter och patienter ges således möjlighet att påverka vården. Ett exempel är det som vi kallar för ”Ett samtal om dagen” (ESOD) som tagits fram av tidigare BISAM på Norra Stockholms Psykiatri (NSP) efter önskemål om samtal från patienter. ESOD ska nu breddinföras på alla vuxenpsykiatriska kliniker inom SLSO.

Exempel på mindre, avdelningsspecifika förbättringsåtgärder kan vara att det fattas tydliga skyltar för vilken termos som innehåller tevatten och kaffe. Ett exempel på en större förbättringsåtgärd som genomförts är HBTQ-utbildning för samtlig omvårdnadspersonal på en klinik efter att flera patienter uttryckt att det fanns bristande förståelse och kunskap hos personal gällande HBTQ-frågor, vilket påverkade bemötandet samt patienternas känsla av trygghet och bli tagna på allvar negativt.

Brukarråd:

På Brukarråden träffas representanter från olika patient- och närståendeföreningar. Rådet är ett forum för frågor, information, förslag och synpunkter kring vår verksamhet. Tanken med rådet är att det ska utveckla och förbättra verksamheten med patienters och närståendes behov i fokus. Brukarrådet sammankallas av BISAM som deltar som ordinarie representant från kliniken vid varje möte.

Patientskola:

Patientskolan som finns på NSP är framtaget av BISAM och MB på kliniken. Inspirationen till Patientskolan har hämtats från Recovery College i England. Patientskolan är inte en behandling utan en kurs för patienter inom öppenvården. Vi träffas fem torsdagar i rad och varje tillfälle har ett tema. På de flesta tillfällena deltar en gästföreläsare. Gästföreläsarna är personer från olika yrkeskategorier från kliniken och vi bjuder även in återhämtningsforskare. Med Patientskolan hoppas vi på att kunna inspirera till olika vägar för återhämtning samt inge hopp. En grundbult för Patientskolan är gemensamt lärande - precis som att vi hoppas kunna inspirera till olika vägar för återhämtning kan vi lära oss av de patienter som deltar. Patientskolan är en del i Forskningsprogrammet ”Patienten i förarsätet! Implementering av patientdrivna innovationer för samvård” på Karolinska Institutet, LIME/MMC där även BISAM deltar i forskningen.

TEMAN FÖR PATIENTSKOLANS FEM OLIKA TILLFÄLLEN ÄR:

1. *Psykiatrin – Hur ser organisationen ut? Vilka jobbar inom psykiatrin och vad gör de? Tillfället avslutas med ett Patientforum där en enhetschef från öppenvården deltar.*

2. *Återhämtning – Vad innebär begreppet återhämtning? Vid detta tillfälle brukar återhämtningsforskare eller arbetsterapeut delta.*

3. Myndigheter – Vad finns det för hjälp utanför vården? Vad kan Försäkringskassan, Socialtjänsten och Arbetsförmedlingen bidra med i vägen till återhämtning? Gästföreläsare: Kurator eller rehabkoordinator.

4. Relationer och öppenhet – Vad säger jag på en arbetsintervju? Vad säger jag på första dejten?

5. Egna verktyg – Detta tillfälle fokuserar på egenvård. Gästföreläsare: Sjuksköterska, arbetsterapeut, psykolog, psykiatriker eller liknande.

Patientskolan handlar mycket om det som vi kallar ”kringgrejer” som kan vara svåra att orientera sig i som återhämtad och ännu svårare när man är mitt uppe i sin sjukdom. Praktiska frågorna som att veta vilken instans man ska söka sig till om man behöver hjälp med ekonomin och existentiella frågor som när man är återhämtad och hur man kan hitta en plats i samhället med svajande eller dålig psykisk hälsa får ta plats på ett sätt som inte ryms inom ordinarie behandlingar inom öppenvården. Vi kursledare bjuder på vad vi lärt oss som patienter och hur vi hanterat hinder under vår tid som patienter. Patientskolan handlar inte om att vi som BISAM sitter inne med de rätta svaren men vi kan dela med oss av vår väg. Något deltagare som gått Patientskolan uppskattat särskilt mycket är att kursledarna har egen erfarenhet av psykisk ohälsa och är öppna med det.

Ytterligare en del i vårt arbete handlar om att föreläsa för studenter på våra kliniker. Vid ett sånt tillfälle ställdes följande fråga; ”Vad är skillnaden när du säger något än när annan personal säger samma sak?”. Svaret på den frågan är att den stora skillnaden är att vi säger just ”jag” innan. Det är inte så att vi som BISAM eller MB säger så mycket annorlunda saker då vården vi står för och arbetar inom är evidensbaserad, precis som den vård vi fick när vi var patienter. Det vi gör är att vi bidrar med ytterligare ett perspektiv där vi har fokus på vad vi själva gjort och hur vi använt den hjälp vi fått från vården. Liksom övriga yrkeskategorier bidrar vi med vårt expertisområde.

Som BISAM får man ibland frågan om det verkligen behöver vara en öppet egenerfaren som arbetar med dessa frågor. Självklart finns det patienterfarenhet inom övriga yrkeskategorier, men skillnaden för oss som arbetar som BISAM och MB är att vi ska vara öppna med det utan att förstärka någon eventuell form av ”vi-och-de-känsla” hos patienterna. BISAM och MB är också de enda tjänsterna med krav på öppenhet kring den egna erfarenheten och som tydligt påvisar att patienterfarenheten och -kunskaperna är resurser värda att ta tillvara på. BISAM och MB ersätter inga befintliga funktioner utan kompletterar övriga professioners expertis.

Inom SLSO har både BISAM och MB tydliga arbetsbeskrivningar som delvis tangerar övriga yrkesrollers, men som också anger vad som är specifikt för respektive roll.
Det finns, beklagligt nog, fortfarande många förutfattade meningar om, och rädslor för personer som lider av psykisk ohälsa. En del av dessa möter vi även inom psykiatrin. Att kunna gå till jobbet och säga ”Hej, jag har varit patient inom psykiatrin men har återhämtat mig och mår bra idag och arbetar nu på den här kliniken” gör att vi som arbetar som öppet egenerfarna bidrar till att synliggöra att patienterfarenhet från psykiatrin inte innebär att tiga om sina erfarenheter eller att den kunskapen vi tillskansat oss genom att vara just patienter inte är något värd. Patienters kunskap och synpunkter om psykiatrin är en viktig källa till förbättring av den psykiatriska vården och kompletterar såväl omvårdnads- som det medicinska perspektivet. Menar vi allvar med att vi vill förbättra delaktigheten och inflytandet för våra patienter behöver alla perspektiv finnas representerade och samverka med varandra, något vi BISAM mer än gärna är med och bidrar till. ■

ERFARENHETER OCH UTMANINGAR I ROLLEN SOM PEER SUPPORTER

En magisteruppsats av Anna Wall och Theresia Lovheden, sjuksköterskor med specialistutbildning i psykiatri, Lunds universitet, Region Skåne

Text: KAJSA LANDGREN, docent, sjuksköterska med specialistutbildning i psykiatri

Peer support är en relativt ny yrkesgrupp i psykiatrisk vård som visar en förändring mot en vårdmodell där det blir allt vanligare med kamratstöd. Peer supportrar är personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa som utbildats i att använda sina personliga erfarenheter av återhämtning för att hjälpa andra. Svenska peer supporters har genomgått fem veckors utbildning och kan därefter anställas som peer supporter av en region eller en kommun för att ge stöd till personer med psykisk ohälsa. Det saknas dock kunskap om hur peer supporters upplever sin yrkesroll. Anna Wall och Theresia Lovheden intervjuade i sin magisteruppsats peer supporters, med syftet att undersöka upplevelsen av yrkesrollen. I denna artikel har Kajsa Landgren gjort en sammanställning av Anna och Theresias uppsats.

Anna Wall

Theresia Lovheden

KVALITATIVA STUDIER visar att peer support som finns i många länder ökar livskvalitet, hopp och empowerment för patienter med svåra psykiatriska tillstånd, men kvantitativ forskning visar inte kortare vårdtider om peer supporters finns på avdelningen. År 2016 startades i Sverige projektet PEER Support av Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH), för att utveckla en nationell plattform med riktlinjer och ramar för en svensk utbildning inom peer support. Peer supportrarna anställdes sedan inom vården eller socialpsykiatrin i fyra pilotlän – Stockholm, Skåne, Västra Götaland och Västerbotten. Projektets långsiktiga mål är att peer support ska bli en naturlig del av den svenska sjuk- och hälsovården inom såväl öppen- som slutenvård. Anna och Theresia intervjuade tio personer som arbetar eller har arbetat som peer supportrar inom psykiatrisk vård i Sverige. Intervjuerna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

RESULTAT

Yrket upplevdes av informanterna som djupt meningsfullt, men de beskrev också svårigheter. Som peer supporters kunde de ge det stöd som de själva hade behövt när de var patienter. Informanterna (alla utom en var anställda inom öppenvård) beskrev att stödsamtal med fokus på återhämtning var deras huvudsakliga arbetsuppgift. De kunde hjälpa patienter att göra en hälsoplan, följa med patienter på läkarsamtal och höll, själva eller tillsammans med någon från en annan yrkeskategori, återhämtningsinriktade grupper såsom yoga-, målar- och promenadgrupper. De deltog i behandlingskonferenser, remissgranskningar och hembesök, och journalförde sina samtal och observationer. Hela tiden använde peer supportern sin egen erfarenhet som ett naturligt inslag, men även evidensbaserat material som Återhämtningsguiden – framtagen av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa tillsammans med anhöriga, professionella och forskare.

Informanterna upplevde att yrket värderades lågt på ett formellt plan. De hade uppskattat en bättre och längre utbildning och saknade kursbok, arbetsbeskrivning och yrkestitel. Peer supportrarna hade ofta deltids- och lönebidragsanställningar och ville ha tryggare anställningsvillkor. De önskade att verksamhetsledning och arbetskamrater visade ett större intresse för peer support och förstod deras roll.

Upplevelse av stigmatisering
Ett ständigt närvarande stigma, både inre och yttre, fick en framträdande plats i informanternas berättelser. En del beskrev en osynlig mur mellan sig och den övriga personalen, att det kunde bli tyst i rummet när peer supportern kom in. De kände sig underlägsna andra i teamet, förminskade sig själva och den egna betydelsen. Informanterna beskrev hur de kände sig utanför under ronder och andra möten, och att det var svårt att stå upp för patienterna utan att hamna i en konflikt när annan vårdpersonal trivialiserade patientens åsikter. Det krävdes mod att behålla patientperspektivet, och ändå välja att använda personaltoaletten istället för patienttoaletten. En lojalitetskonflikt uppstod också när de behövde använda vita arbetskläder.

Autenticitet och balans i patientrelationen
Peer supportrarna beskrev att det unika med deras roll var att kunna använda sin levda expertis i återhämtning när de byggde relationer med patienterna. Balansgången mellan närhet och distans, och mellan att vara lojal med patienter eller kollegor, kunde vara påfrestande.

Peer supportern kunde bygga upp ett förtroende genom att dela känslor och upplevelser med patienterna och blev *”en medresenär på vägen till återhämtning”*. Förtroendet byggde på att peer supportern var helt ärlig och genuin. Informanterna kände en stor uppskattning från patienterna, vilket de trodde kunde bero på att patienterna inte kände sig bedömda eller analyserade av dem. Att kunna dela traumatiserande upplevelser med någon som vet hur det känns beskrevs som *”oerhört kraftfullt… det är lite magiskt nästan”*. De beskrev att patienter sagt att de fått en hjälp av dem, som de inte fått av någon annan i vården. Peer supportern framhöll vikten av att kunna använda de egna erfarenheterna utan att bli för privat, att kunna navigera mellan det personliga och det professionella. De betonade också vikten av att inte tycka synd om patienten och att balansera mellan hopp och verklighetsförankring.

Informanterna upplevde en lojalitetskonflikt eftersom de ville vara lojala med både patienter och kollegor. Det skavde att *”befinna sig i ett rum, ett lagrum, som tillåter tvångsåtgärder”.* Att vara tvungen att rapportera sin oro till andra yrkeskategorier, till exempel efter suicidhot, var nödvändigt men riskerade att förstöra förtroendet som byggts upp mellan patienten och peer supportern. När patienter och vårdpersonal hade olika uppfattningar om till exempel medicinering upplevdes en stress då både personal och patienter förväntade sig att peer supportern skulle vara på ”deras sida”. Det kunde vara svårt att behöva stå upp för patientens åsikt och önskemål inför övriga personalkategorier.

Peer supportrarna beskrev sig som experter på återhämtning. De visste att för att verkligen kunna hjälpa patienterna i återhämtningen krävdes det att peer supportern hade referenser till ett fungerande liv utan sjukdom. Några uppgav att de redan var fullt återhämtade, andra upplevde att yrket hjälpte dem i deras dagliga kamp för att må bra. Det var tryggt att ha kollegor som kunde se tidiga tecken och att kunna vara öppen med sitt eget mående i teamet, samtidigt som de var rädda för att bli betraktade som patienter.

Möjligheter och motgångar i teamet
Informanterna berättade att de mottagits med öppna armar när de anställdes och ofta fick uppskattning och respekt från kollegorna i arbetslaget, både personlig och yrkesmässig. De kände sig inkluderade när deras specialistkompetens togs på allvar. Andra upplevelser var att kollegorna inte alltid förstod peer supporterns roll eller att de inte verkade se peer supporter som ett riktigt jobb. Kollegors ointresse försvårade teamarbetet även om kontakten med sjuksköterskor var övervägande positiv. Sjuksköterskor stack ut genom att vara flexibla och ge mycket stöd.

Peer supportrarna trodde att deras närvaro kunde öppna upp för djupare reflektioner kring patientperspektivet hos övriga personalkategorier och påverka hur teamet pratade om och till patienter. På sikt hoppades de kunna bidra till ett mer patientcentrerat arbetssätt, utan nedsättande benämningar som ”en schitz” eller ”p-störd”.

Informanterna beskrev att det var meningsfullt att vara till nytta för och inspirera andra, samtidigt som de fick en mening i sina egna liv. De såg sig som en icke klinisk röst i ett kliniskt rum, ”ett ställföreträdande hopp”.

Diskussion
Förändringsarbete tar tid och det är oundvikligen så att etablerandet av en ny yrkeskategori stöter på motstånd, särskilt eftersom peer supportyrket representerar ett pågående paradigmskifte inom psykiatrisk omvårdnad där man de senaste decennierna rört sig mot ett personcentrerat system baserat på delat beslutsfattande. Peer supportyrket är på väg att etableras inom psykiatrisk vård i Sverige, men mycket arbete återstår. I diskussionen skriver Anna och Theresia att peer supportyrket bör beredas en större plats inom den psykiatriska sjukvården. Peer supportrar kan fungera som en bro mellan patienten och övrig vårdpersonal och bidra till en mer personcentrerad och återhämtningsinriktad vård, med en ömsesidigt bättre förståelse för den andres beslut. En minskad professionell distans kan leda till en djupare relation där patienten vågar vara uppriktig med sitt mående. För medarbetare kan en peer supporter öka kunskapen kring patientdelaktighet och ge en unik insikt i bemötandet av patienter med svårare psykiatriska tillstånd. För både patienter och kollegor kan peer supportern vara ett levande och inspirerande bevis på att återhämtning är möjlig.

Det behövs ett organisatoriskt krafttag för att visa att regionen/kommunen menar allvar med att integrera peer support i vården. Peer supporters behöver en egen yrkeskod och en gemensam yrkesbeskrivning vilket också skulle kunna stärka yrkets status och minska upplevd stigmatisering. Utbildningen till peer supporter bör förlängas och fördjupas. Tillgång till fortbildning och klinisk handledning betonas. Arbetsgivarna behöver säkerställa trygga arbetsförhållanden för peer supportrar. Tillsvidareanställningar och heltidstjänster hade stärkt peer supportrollen och minskat den upplevda stigmatiseringen. Det behövs också en djupare förståelse för yrket peer supporter bland övrig personal. För att underlätta integreringen i teamet behövs information till övriga yrkeskategorier när en peer supporter anställs.

Vad kan sjuksköterskor göra?
Vi kan i olika forum diskutera värdet av att ha peer supporters i psykiatrisk vård. Om det finns en anställd peer supporter på vår arbetsplats kan vi hjälpa dem genom att aktivt motarbeta den upplevda stigmatiseringen. För att hjälpa peer supportern att utveckla arbetet kan vi tillsammans göra en tydlig arbetsbeskrivning så att de inte “måste driva sin skuta själv” utan får en tydligare roll i det multiprofessionella teamet kring patientens vård. ■

LÄS MER

Uppsatsen har i omarbetad form publicerats som vetenskaplig artikel:

■ Wall, A., Lovheden, T., Landgren, K., Stjernswärd, S. (2021) Experiences and Challenges in the Role as Peer Support Workers in a Swedish Mental Health Context - an Interview Study. *Issues in Mental Health Nursing.* Accepted Sept 5). https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1978596

PSSN CONFERENCE 2022

Nordic nursing
Improving mental health

The board of PSSN (Psykiatriske sygeplejerskers samarbejde i Norden) invite you to the 13 nd Nordic conference of Mental Health and Psychiatric Nursing. We will provide you with an ambitious programme covering the latest developments in mental health care to appreciate our Nordic cooperation with common values and human encounters in vulnerable situations. The intention of this conference is to generate inclusive dialogue and stimulate new conversations in all aspects of mental health.

You are invited to join us along with people from both the Nordic countries, but also from other countries over the world. Are you interested in exploring, expanding and building upon the spectrum of what is known about mental health, mental illness and mental health nursing interventions as well as research?

Hopefully you will take the chance to explore one of the most exciting and wonderful places in the world.

Dear Nordic colleagues, we look forward meeting you in Bergen.

Themes for the conference

Education, innovation, and technology

Person and family Centered Care

Peer Support, recovery-based practice and harm reduction

Mental health and somatic health in a holistic approach

Identity of mental health nurses - advanced mental health nursing

Call of abstract:

The Scientific Committee of the PSSN conference invite you to submit an abstract on your research or practice, to share your knowledge with colleagues around the Nordic and other countries around the world about important evolving issues in mental health nursing. Papers, posters and workshops are welcomed.

Register now at :
Deadline: March 1, 2022

Henrika Jormfeldt henrika.jormfeldt@hh.se

Sept 07-09 2022

Grand Hotel Terminus, Bergen

Stay in touch with us through the Conference website at Facebook

Utformning och upplevelse av SUICIDPREVENTIV VÅRDMILJÖ inom den psykiatriska heldygnsvården

Patienters erfarenheter av heldygnsvård är en stor kunskapsbank, vilken vi föreslår i högre grad ska tas tillvara för att möjliggöra nya värdefulla perspektiv vid om- och nybyggnationer inom psykiatrisk vård. Detta görs till viss del redan idag genom olika metoder och kunskapsutbyte med intresseorganisationer, men hade kunnat nyttjas betydligt mer. Inom forskning och designprocesser skulle kompetensen kunna involveras mer genom fördjupad delaktighet från personer med erfarenhetsperspektiv. På så sätt skulle ett inkluderande förhållningssätt integreras och fler metoder skulle kunna utvecklas och utvärderas. Dessutom behöver de begrepp som används idag, t.ex. när man pratar om ”hemlikhet” och ”normaliserade miljö” problematiseras och diskuteras.

Susanne Tell

Franz James

Susanne Tell och Franz James kommer från två olika erfarenhetsperspektiv och professioner med ett gemensamt engagemang för vårdmiljöer och suicidprevention. De kombinerar gärna dessa perspektiv i föreläsningssammanhang.

***SUSANNE TELL** är bland annat författare till boken ”Handbok för livskämpar” tillsammans med Jan Beskow och Filippa Gagnér Jenneteg. Susanne är även en av grundarna till den suicidpreventiva appen ”Lumeno”.*

***FRANZ JAMES** är doktorand i Design vid Göteborgs Universitet, Lektor i Möbeldesign vid HDK-Valand, Campus Steneby och designer/grundare till Healsafe Interiör.*

FÖRSTÅELSEN OCH erfarenheten av att vårdas inom psykiatrin, det vill säga själva ”varandet”, av att vara patient, skulle tillföra den levda erfarenhetens perspektiv och minska antaganden om vad som är viktigt i rummens utformning. Vi menar inte att endast de som har erfarenhet av att vårdas inom psykiatrin innehar en förståelse, deras förståelse är en av flera. Personalen har sin förståelse, verksamheten, arkitekten och funktionsplaneraren har sin. Men, den som är öppen för att ”se” och erfara kan öka sin förståelse och i den mån det är möjligt, erfara andras. Trots att erfarenheten alltid är subjektiv kan man alltså i designprocessen tillföra en djupare förståelse för vad vårdmiljön betyder på ett existentiellt plan —vem blir man och vad behöver man som patient?

För de personer som brottas med självskada och risk för suicid kan verksamhetens i grunden goda strävan för att skapa en så ”normaliserad” och ”icke-stigmatiserande” miljö som möjligt utgöra en risk för genomförda skador och suicid om tillräcklig prevention saknas i den fysiska vårdmiljön. Det kan då medföra en otrygghet där möjligheterna att skada sig blir alltför tillgängliga och uppenbara. Vi ser inga motsättningar mellan det ”normaliserade” och det suicidpreventiva, utan möjligheter till att skapa både en trygg, säker och läkande miljö om man vidgar perspektiven och tar tillvara de kunskaper och erfarenheter som finns.

I processen med att skapa vårdmiljöer undrar vi om det inte finns tankar hos beställare, arkitekter och bland verksamhetens utförare om att synliga preventioner i inredningen, klädesplagg och ting skulle ”trigga” och t.o.m. utlösa en självskadehandling. Det här är en luddig fråga som det samtalas om i processen mot

att skapa nya vårdmiljöer, men som inte diskuteras offentligt. Ett antagande från vår sida är att motståndet mot preventioner bygger på idén om att synlig prevention skulle upplevas som stigmatiserande; den skulle då säga till patienten att ”vi litar inte på dig”. Möjligen kan det också handla om att man menar att det läsbara suicidpreventiva i sig skulle provocera patienten till att utmana preventionen och genom ett suicidförsök då motbevisa ”provokationen” hen utsatts för.

De tankar om ”triggers” och ”stigmatisering” vi lyfter är i mycket liten grad beskrivna i litteratur eller vetenskapliga sammanhang, samtidigt upplever vi att de är starkt avgörande för utformningen av vårdmiljön. Men vårdmiljöns utformning handlar om balans, omsorg, innovation och kunskap för att skapa rätt förutsättningar. Med rätt förutsättningar efter behov menar vi att även läsbar säkerhet kan skapa trygghet och minska ångest eftersom den kan förstås som ”jag hindras att skada mig” och rädslan kan släppa det för en stund.

Eftersom utrymmet i denna text är begränsat kan vi inte gå in i detalj och exemplifiera på alla områden vi önskat. Vi ser därför den här texten som ett första utkast och förhoppningsvis en början till ett samtal där vi lyfter tre frågeställningar:

I. *Kan ett hindrat suicidförsök avbryta den ”suicidala krisen” och vad händer efteråt?*
II. *Vad krävs av vårdmiljön för att i möjligaste mån förhindra att någon tar livet av sig?*
III. *Vad krävs av den fysiska miljön för att stödja återhämtning?*

I. Den suicidala krisen innebär inte att en människas vilja att ta sitt liv är beständig utan ”Viljan att leva är beständig, viljan att dö är periodisk.” [1] Genom detta synsätt kan vi tydligare förstå att den kris som uppstår är akut och övergående. Krisen kan återvända men den är inte konstant och att bryta den öppnar upp för återhämtning och behandling. De som har erfarenhet av denna kris menar att det ofta kommer en enorm trötthet efteråt och att fasen av återhämtning är tung och att känsligheten är förhöjd. En ökad känslighet för sociala relationer och omgivande miljö skapar då ett behov av extra trygghet och känsla av att få rå över sin närmaste omgivning.

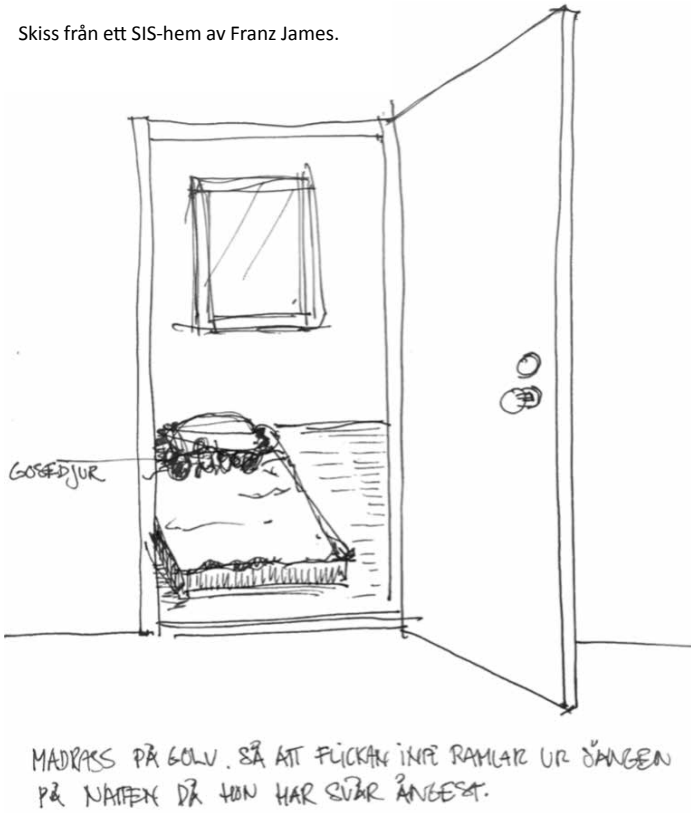
II. Eftersom ”viljan att dö är periodisk” så kan utformningen av vårdmiljön inte utgå ifrån att det finns en konstant risk för suicid, däremot att risken finns. Det gör det givetvis komplicerat. En avdelning för akutvård, där patienten är mindre känd innebär förmodligen större risk för självskador och suicid än en avdelning där patienten vistas längre tid och skapat allians med personalen. Oavsett grad av risk så är alltid personalens goda kunskap i att läsa patienten en avgörande faktor för att hindra ett suicidförsök. Men, en preventiv miljö skall stötta både personal och vårdtagare genom att minska risk. Så, vad krävs av miljön? En preventiv miljö är också en läkande miljö som stödjer patienter i deras återhämtning, och stödjer personal i deras möjligheter att ge vård, vilket också innebär patient- och personalsäkerhet. Säkerhet och en god vårdmiljö skall inte förstås som en dikotomi (som det ofta uppfattas) utan som grunden för en helhetstänkt miljö. I boken Arkitektur som medicin [2] beskriver psykiatrikern Erik Brenner betydelsen av psykiatrins vårdmiljö som att ”... man något förenklat kan säga att lämpliga vårdlokaler för psykiatrin är lika viktigt som avancerad medicinsk-teknisk utrustning är för de somatiska specialiteterna.” Jämförelsen får en att tänka på just vikten av vårdmiljön och att den borde få lov att kosta. Vi tror att återhämtningen och ”varandet” underlättas om miljön ses som ett essentiellt verktyg i psykiatrisk vård.

III. När den akuta ”suicidala krisen” övergår till en period av återhämtning kan vårdmiljön få en förändrad roll. Ofta är personen mer registrerande och har ett annat förhållningssätt till inredningen, klädesplagg och ting. I nyorienteringsfasen efter ett suicidförsök blir en stödjande miljö därför central. Men tiden för återhämtning är ofta lång och långsam. Här kan inte betonas nog hur viktig vårdpersonalen är för att ”få tiden att gå” och känna sig trygg.

Tiden kan passera smärtsamt långsamt i patientrummet och kan underlättas eller försvåras genom utformningen av rummets funktioner och teknik.
I bilden från ett patientrum i psykiatrisk vård, där en av författarna tillbringat tid, erbjuder tavellisten en möjlighet till en utsträckt social kontakt och att

Foto: Susanne Tell

Skiss från ett SIS-hem av Franz James.



känna tillhörighet och identitet med omvärlden. Däremot är belysningen problematisk. Lamporna under tavellisten belyser hela kroppen och skapar en känsla av avkläddhet. Ljuskällan är dessutom för stark (se den egna ”dimmern”) och avsaknad av funktionen att rikta ljuset gör att det fungerar dåligt som läsbelysning. Ur ett riskbedömningsperspektiv finns flera brister. Bland annat i sängens konstruktion som erbjuder flera fästpunkter för en ligatur och kan möjliggöra suicid genom kvävning. Bristerna vad det gäller ljusergonomi och suicidförsök kan åtgärdas och ju mer vi lär oss om möjligheterna att förebygga risk och att underlätta positiva verktyg (tavellisten) t.ex. mot isolering, desto bättre vårdmiljö får vi. Känslan av inlåsthet och vikten av att inte känna sig ”trängd” kan underlättas genom breda korridorer, där man helst kan nå sitt mål genom mer än ett alternativ. Att välja väg och vem man möter underlättar. Potentiellt triggande ljud som nyckelskrammel, lås som ”blippar”, röster och ljud som vandrar genom ventilation samt dålig akustik är fenomen som också kan undvikas för att stödja återhämtning.

Det är väsentligt att se att inlåsning per se för med sig negativa konsekvenser, inte minst när den varar en längre tid. Även om inlåsningen för vissa kan skapa en behövlig trygghet och patientens förståelse för inlåsningen i sig kan mildra dess negativa konsekvenser påverkas bland annat relationer, ekonomi, arbete och utbildning. Möjligheten till att vistas utomhus och social interaktion begränsas vilket kan skapa ro hos vissa, men ångest hos andra. Därför är det så oerhört viktigt att vara medveten om att skapa en vårdmiljö som inte belastar och inte gör mer illa genom inlåsningens effekter. Genom att vara medveten om effekterna kan vårdmiljön och vården formas för att mildra de skadliga följderna och skapa alternativ till de behov som förhindras men även mildra effekten av det som inte går att förändra [3].

Vi har nämnt några trygghetsskapande fysiska och socio-materiella faktorer men vill också tillägga att vi är alla olika och har olika behov. Det hindrar i och för sig inte att utformningen av vårdmiljön upprepas i patientrummen eftersom den genom sin design kan erbjuda olika lösningar; det som är tänkt som en sittbänk vid fönstret kan vara en plats för symboliska meningsskapande föremål för en annan. Bänken, eller ”altaret”, kan på så vis vara en inkluderande plats med olika funktioner som möter olika behov. Men då gäller det också att denna plats är inkluderande för alla kroppar, ergonomisk och tar hand om olika behov med lika stor omsorg. En plats i rummet som upplevs betydelsefull skall inte vara en symbolisk enkel lösning. En plats för god sömn och återhämtning blir inte det endast för att det står en säng där. I detta är den upplevda erfarenheten avgörande, inte det vi registrerar genom våra ögon när vi ser ett rum, utan de erfarenheter vi gör genom våra kroppar när vi möter rummet och inredningen. Som utformare av den fysiska miljön är det bra med ett visst mått av försiktighet med att anta att andra personer uppfattar miljön och agerar i den som man förväntar sig utifrån sociala normer, personlig moral eller utformarens goda intention. Någon tycker det är ångestbefriande att sova på golvet, då behövs en madrass och plats för att göra det. Någon behöver flytta en möbel då det blir oroligt i rummet annars. Någon vill ha fördraget och orkar inte med ljus. Vi behöver ta hänsyn till de olika behoven, men framför allt skaffa oss verktyg för att förstå andras perspektiv.

För att tala om perspektiven behöver de begreppsliggöras. Det är en ständigt pågående diskussion, men viktig. I många sammanhang talas det om att skapa en miljö som är trygg och hemlik. ”Hemlikt” är ett problematiskt begrepp (vems hem?), kanske kan vi istället prata om en återhämtande, säker, dynamisk (förändringsbar) och inkluderande vårdmiljö. Vår förhoppning är bland annat att öppna för att begreppsliggöra (med ett eller flera ord) vad en god vårdmiljö innebär inom psykiatrisk vård. Vi tror att det kunde göra gott, dels för att definiera vilka faktorer som är viktiga att inkludera, dels för att kunna kommunicera dem med beslutsfattare längs vägen. Med den här texten hoppas vi få igång en öppen diskussion kring begreppsfrågan och flera av frågorna vi tagit upp. ■

Vi ser fram emot en fortsatt dialog

LÄS MER

1. Gagnér Jenneteg, F., Tell, S., Beskow, J., *Handbok för livskämpar till dig som inte vet om du orkar leva.* 2018.

2. From, L., Lundin, S., *Ariktektur som medicin — arkitekturens betydelse för behandlingsresultatet inom psykiatrin.* 2009.

3. James, F., *“It’s important to not lose myself” Beds, Carceral Design and Women’s Everyday Life within Prison Cells, in Prison Architecture and Humans,* E. Fransson, F. Giofrè, and B. Johnsen, Editors. 2018.

Kära medlemmar!

UPPSKJUTEN ÅRSKONFERENS

Det är med ledsamhet som styrelsen har tagit beslutet att skjuta upp årskonferensen i Göteborg 2022. Smittspridningssituationen har gjort det svårt att planera för en fysisk konferens både för oss som arrangörer och för våra medlemmar som deltagare. I ljuset av denna situation har vi alltså beslutat att skjuta på årskonferensen till 2023 och då fortsatt med sikte på Göteborg!

VI KALLAR TILL ÅRSMÖTE

Den 7 APRIL hålls vårt årsmöte som planerat och i samband med det bjuder vi kostnadsfritt på en eftermiddag med intressanta föreläsningar och samtal via ZOOM!

Temat för eftermiddagen är **"OMVÅRDNAD OCH TVÅNGSVÅRD"**.
Häng med oss mellan 13.00 och 16.00 och sedan årsmöte klockan 16.30!

Årsmöteshandlingar återfinns på ***www.psykriks.se***

Scanna QR-koden för att komma till Zoom-mötet den 7 april!

Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor

DAGS ATT SÖKA

specialist utbildning

Vårens deadline för ansökan till utbildning vid högskolor och universitet i Sverige närmar sig med stormsteg. Anmälan öppnade den 15 februari och stänger 15 mars. Vid flera lärosäten kan du läsa Specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning psykiatrisk vård och det finns en variation när det gäller studietakt, undervisningsform och när utbildningen ges. Läs mer om utbildningarna t ex om behörighetskrav och examen på www.antagning.se

HÄR KAN DU LÄSA TILL SPECIALISTSJUKSKÖTERSKA INRIKTNING PSYKIATRISK VÅRD:

Översikten bygger på information som lämnats från respektive lärosäte.
Se www.antagning.se för fullständig förteckning och uppdaterad information.

LÄROSÄTE	STUDIEORT	UNDERVISNINGSFORM	ÖVRIGT	NÄSTA INTAG	KONTAKTPERSON
Blekinge Tekniska Högskola	Karlskrona	Halvfart, distans	Fokus i programmet är kunskap och kompetens som behövs för att kunna leda, kvalitetsförbättra och utveckla omvårdnadsarbetet inom psykiatri. Pedagogiken baseras på PBL, problembaserat lärande.	HT22	Boel Sandström Boel.sandstrom@bth.se
Göteborgs universitet	Göteborg	Normal, halvfart	Programmet ger fördjupad kunskap om att leda och utveckla psykiatrisk omvårdnad, med fokus på samtal och personcentrarad vård. Pedagogiken baseras på flipped classroom/ blended learning.	HT22	Lena Johansson lena.maria.johansson@gu.se Lilas Ali lilas.ali@gu.se
Högskolan i Borås	Borås	Halvfarat, distans	Utbildning på avancerad nivå som ger fördjupade kunskaper i att självständigt leda och utveckla psykiatrisk omvårdnad. Genom en helhetssyn på människan bidrar dessa fördjupade kunskaper också till att kunna göra komplexa bedömningar utifrån vetenskapliga, samhälleliga och etiska aspekter.	HT22	Aleksandra Jarling aleksandra.jarling@hb.se
Högskolan i Halmstad	Halmstad	Campus/distans ca 3-4 campusträffar per termin samt datorunderstödd lärplattform	Fokus på specialistsjuksköterskans roll och ansvar i medicinska och psykosociala insatser samt djur och naturunderstödda insatser	HT22	Henrika Jormfeldt henrika.jormfeldt@hh.se Marjut Blomqvist marjut.blomqvist@hh.se

Högskolan Väst	Trollhättan	Normal, halvfart, helfart	Inriktningen fokuserar på hälsofrämjande insatser där individens resurser tillvaratas och utgår från den enskilda människans livssituation och hälsa.	HT22	Margareta Karlsson margareta.karlsson@hv.se Sofie Lundström sofie.lundstrom@hv.se
Linköpings universitet	Linköping Ortsoberoende Jönköping Karlstad Örebro	Halvfart Modifierad distans 2 träffar/termin i Linköping	Programmet genomförs som modifierad distansutbildning i samarbete med flera studieorter. 2 VFU-perioder. Utbildningen passar även dig som inte arbetar inom psykiatrin men vill ha psykiatrisk omvårdnadskompetens.	HT22	Patrik Rytterström patrik.rytterstrom@liu.se
Linnéuniversitetet	Växjö/ Ortsoberoende	Halvfart. Internetbaserad distans med vissa studietillfällen på studieort (0-2 träffar per termin)..	Verksamhetsförlagd utbildning integreras i programmets kurser. Centralt är specialsitsjuksköterskans ledning och utveckling av psykiatrisk omvårdnad.utmärkande är utveckling av etisk kompetens och samtalskompetens.	HT22	Hanna Tuvesson hanna.tuvesson@lnu.se
Luleå tekniska universitet	Ortsoberoende	Nätbaserad distans. Inga fysiska träffar. 3,5 terminer. Halvfart tre terminer. Fjärde terminen består av 10 veckor VFU helfart.	Flexibel relationsbaserad undervisning. Fokus på specialistsjuksköterskan som omvårdnadsexpert med ansvar att leda och utveckla.	HT22	Sebastian Gabrielsson sebastian.gabrielsson@ltu.se Git-Marie Ejneborn Looi git-marie.ejneborn-looi@ltu.se
Lunds universitet	Lund	Internetbaserad. Halvtid. Distans med vissa studietillfällen på studieort.	Målet är att förbereda sjuksköterskor för arbete i multiprofessionella miljöer.	VT22	Sigrid Stjernswärd sigrid.stjernsward@med.lu.se
Malmö universitet	Malmö	Normal. Heltid.	Teorier och begrepp för omvårdnad och profession 7,5 hp samt forskningsmetodik I. 7,5 hp läses samt ledarskap i teori och praktik 2 hp tillsammans med barn och äldre specialisterna samt masterutbildningen	HT22	Charlotta Sunnqvist charlotta.sunnqvist@mau.se
Marie Cederschiöld Högskola (fd Ersta Sköndal Bräcke)	Stockholm (Södermalm)	Halvfart, webbaserad undervisning med ca 5 gemensamma träffar per 7,5 hp	Specialistprogram för framtidens psykiatriska vård. Fokus är specialistsjuksköterskans ansvar att leda och utveckla psykiatrisk omvårdnad. Huvudämnet är vårdvetenskap. Vårdetik- och livsåskådningsvetenskap är profilområden	HT22	Malin Olsson Malin.Olsson@esh.se
Mittuniversitetet	Ortsoberoende	Distansutbildning och omfattar två års deltidsstudier	Målet är att förbereda sjuksköterskor att arbeta självständigt inom öppen eller sluten psykiatrisk vård av barn, ungdomar, vuxna och äldre. Följa och medverka i forskning, men också initiera, bedriva och leda utvecklingsarbete i psykiatrisk omvårdnad.	HT22	Annette Björk annette.bjork@miun.se
Mälardalens högskola	Västerås/ Eskilstuna Varannan delkurs på resp ort.	Normal. Helfart, men går att läsa på reducerad fart under två år.	Inriktningen utgörs av ett livsvärldsperspektiv med starkt fokus på återhämtning. Pedagogiken baseras på flipped classroom/blended learning.	HT22	Oona Lassenius oona.lassenius@mdh.se
Röda korsets högskola	Stockholm (Flemingsberg)	Halvfart, internetstödd, ca 8 campusträffar per termin.	Ett signum för programmet är att det ger ökade praktiska färdigheter och ökad reell kompetens, som i sin tur gör det naturligt att agera i den nya rollen som specialistsjuksköterska.	HT22	Janet Mattsson, janet.mattsson@rkh.se Maria Åling maria.aling@ rkh.se
Umeå universitet	Umeå	Distans. Två träffar per termin på studieorten. Halvfart	Programmet ger fördjupad kunskap om evidensbaserad praktik, med fokus på samtalet och på specialistsjuksköterskans ansvar att leda och utveckla psykiatrisk omvårdnad.	HT22	Jenny Molin jenny.molin@umu.se
Uppsala universitet	Uppsala	Programmet arbetar med blandade lärmiljöer. Möjlighet att söka studier på hel- eller halvfart.	Utbildning med fokus på professionellt ansvar och ledarskap ges i samverkan med högspecialiserad vård och med forskning i framkant.	HT22	Josefin Bäckström Josefin.backstrom @neuro.uu.se Caisa Öster caisa.oster@neuro.uu.se

Jon Davidsson

MITT YRKE SOM CHEFSSJUKSKÖTERSKA

Text: JON DAVIDSSON

I *Mitt yrke* följer vi Specialistsjuksköterskor med inriktning psykiatrisk vård i alla de olika sammanhang som de kan verka inom. I tidigare nummer har vi bland annat kunnat läsa om hur det kan vara att arbeta som egenföretagare, telefonrådgivare och doktorand. Det är fantastiskt vilken variation det finns! I det här numret av Psyche berättar *Jon Davidsson* om arbetet som chefssjuksköterska.

Vem är du? (bor, arbetar, familj, intressen, egenskaper etc.)
Jag heter Jon Davidsson arbetar som chefssjuksköterska inom förvaltning psykiatri, habilitering och hjälpmedel i Region Skåne. Jag bor i Lund sedan 10 år med fru och två barn, 11 resp 15 år gamla. När jag inte arbetar läser jag böcker om historia, lagar mat, umgås med vänner och familj och försöker hinna med en stund på gymmet. Jag är 42 år.

Var och med vad arbetar du nu?
Arbetar som chefssjuksköterska inom förvaltning psykiatri, habilitering och hjälpmedel i Region Skåne. Har mitt kontor i på förvaltningsstaben som är placerad i Lund. Som chefssjuksköterska arbetar jag med att stötta, bevaka och utveckla omvårdnadsrutiner, läkemedelstrategier och patientsäkerhet på förvaltningsnivå. Är också länk mellan olika frågor till ledning och mellan olika verksamheter. Några exempel på vad jag arbetar med just nu är:

- *Organisera vaccination av medarbetare och patienter.*
- *Bygga nätverk med somatiska vården för att hitta ett mer patientsäkert sätt att om händerta patienter med psykiatrisk diagnos.*
- *Bygga rutin för akut somatiskt omhändertagande i psykiatrisk slutenvård. Hur kan kompetensen öka.*

• Vårdhygienfråga, arbetskläder och vad är patientnära vård i psykiatrin.
• Vad är säkra kommunikationsvägar i vår organisation.
Starta ett psykiatriskt omvårdnadråd, som jag hoppas kan bidra till att samla och sprida kunskap om omvårdnadsfrågor i vår förvaltning.
• Är med att utveckla utbildning i patientsäkerhet utifrån Socialstyrelsens nya patientsäkerhetsutbildning.
• Hur kan avvikelser och händelseanalyser bidra till ett ökat kollektivt lärande för de som arbetar kliniskt.

Men jag samordnar också flera nätverk kring patientsäkerhet och läkemedelsstrategi och deltar i flera andra konstellationer där jag representerar förvaltningen jag arbetar i eller är med för att få in psykiatriskt omvårdnadsperspektiv i beslut. Covid-19 har gjort att jag mycket sker via datorn nu men hoppas kunna åka ut och träffa sjuksköterskekollegor på plats oftare.

Vilka utbildningar har du?
Jag är legitimerad sjuksköterska och har en magisterexamen i psykiatrisk omvårdnad från Malmö universitet. Innan dess har jag även en fil.kand i historia från Lunds universitet där jag förutom historia har läst sociologi, etnologi och omvärldsanalys.

Var har du arbetat tidigare?
Jag har arbetar i psykiatrin som sjuksköterska sedan 2008. Började arbeta i Malmö på allmänpsykiatrisk avdelning för att sedan gå vidare till PIVA, psykiatrisk intensivvårdsavdelning. Har sedan arbetat i Linköping på psykosavdelning för att efter det vända åter till Skåne och Lund. I Lund har jag arbetar på allmänpsykiatrisk avdelning, DBT-teamet, psykiatrisk Rehab enhet, och allmänpsykiatrisk mottagning. Innan jag tog tjänsten som chefssjuksköterska var jag huvudskyddsombud på heltid för vårdförbundet med ansvar för psykiatrin och habiliteringen i Skåne (179 enheter).

Berätta om hur det kom sig att du blev specialistsjuksköterska med inriktning psykiatrisk vård?
Jag blev intresserad av psykiatrisk vård redan under grundutbildningen och efter att ha arbetet några år som allmänsjuksköterska behövde jag fler verktyg och fördjupning för att kunna ge en bättre vård till patienter och närstående. Jag hade satt upp ett par punkter som jag ville fördjupa mig i under specialistutbildningen och när jag var klar hade jag mycket bättre förutsättningar att arbeta med mer avancerad vård. Jag fick chansen att läsa på heltid på Malmö universitet och har inte ångrat det en sekund.

Berätta om hur det kom det sig att du började arbeta chefssjuksköterska?
Jag hade i rollen som huvudskyddsombud en god överblick över hur psykiatrin var strukturerad i Skåne. Jag var inblandad i många frågor och träffade sjuksköterskor varje dag som beskrev olika typer av svårigheter i sitt arbete. När jag såg att de sökte en chefssjuksköterska så skickade jag in en ansökan för att jag var nyfiken på vad tjänsten innebar. Efter att jag varit på intervju så blev jag mer intresserad och när jag blev erbjudne tjänsten tackade jag ja. Jag har ett intresse av att utveckla den psykiatriska vården och hoppas att jag kan göra det i den roll jag nu har.

Vilken nytta har du nu av din utbildning till specialistsjuksköterska?
Jag kan inte se att jag skulle kunna ha tjänsten som chefssjuksköterska om jag inte utbildat mig till specialist i psykiatrisk omvårdnad. Jag använder den kunskap som jag fick under utbildningen varje dag. Både utifrån kunskap i teori kring diagnoser och omvårdnadsteori men även hur jag fick ökad kompetens i att skilja vetenskap från åsikter. Det är en sak att ha en åsikt en annan att underbygga den med vetenskapliga teorier och resonemang och kunna avfärda en åsikt om den inte är underbyggd.

Vilka är de största skillnaderna mellan att arbeta inom traditionell psykiatrisk vård och som chefssjuksköterska?
Jag har i min roll ingen direkt patientkontakt. Jag läser alla patientavvikselser (ca 100 i veckan), händelseanalyser, klagomål och andra patientberättelser för att se mönster och komma med förbättringsförslag. Det gör att mycket av arbetet går ut på att ge råd och förslag på hur organisationen kan bli bättre och mer patientsäker men jag utför inte det själv. Det är en stor skillnad på hur det är att arbeta med patienter där kunskapsutveckling kan omsättas i klinisk praktik. Min roll är en stödfunktion för de som arbetar kliniskt med patienter och närstående.

Vilka råd kan du ge till den som funderar på att börja arbeta som chefssjuksköterska?
Ha en idé med vad som driver ditt engagemang. Det finns många frågor som en chefsjuksköterska förväntas arbeta med men jag tror det är viktigt att ha en egen idé om hur just du vill utveckla rollen. Sök nätverk, utan att ha kontakter så spelar det ingen roll hur många bra idéer du har då det inte finns någon som kan ta emot dem. Var nyfiken och lyhörd, det finns många människor som är engagerade och har fantastiska idéer men som behöver utvecklas men det är bara tillsammans med andra som de kan genomföras.

Beskriv en vanlig dag på jobbet (gärna med ungefärliga klockslag)?
Oj. Bra fråga. Den ena dagen ser inte den andra ut. Det beror på vilka frågor jag arbetar med just den dagen. Vissa dagar går åt till att läsa in sig på en fråga för att kunna presentera en framkomlig väg i ett specifikt problem som jag fått till mig att hjälpa till med att lösa. Vissa dagar sitter jag i möten hela dagen med sju olika ämnen, personcentrerad vård, vårdhygienronder, säkra kommunikationsvägar, öka somatisk kompetens i psykiatrisk slutenvård, hur ska försörjningsfarmaceuter kunna frigöra tid för sjuksköterskan att arbeta med patientnära arbete osv. osv.

Oftast börjar dagen kl 08.00 och avslutas 16.30 men det kan variera beroende på vilka frågor som jag behöver arbeta med för tillfället eller vem som jag behöver prata med. Upptagna personer kan oftast ha möte efter 16.30 så då kan det bli sent. ■

Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

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

PRF

c/o Hanna tuvesson
Gamla Riksvägen 10
371 60 Lyckeby

Bankgiro: 5118-1592
Organisationsnr: 812000-0693

STYRELSE 2022

ORDFÖRANDE
Hanna Tuvesson, Karlskrona
072-567 33 07
hanna.tuvesson@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 2022

CHEFREDAKTÖR/ ANSVARIG UTGIVARE
Hanna Tuvesson, Karlskrona
072-567 33 07
hanna.tuvesson@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 2022

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 2022

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

Nätverk för specialistsjuksköterskor - ett år senare

I PSYCHE NUMMER 2, 2021 skrev Katrine Thelander en artikel kring att bilda nätverk för specialistsjuksköterskor i psykiatrisk omvårdnad. I den här uppföljande rapporten får vi läsa mer om hur det gått sedan dess.

Inom verksamhetsområde vuxenpsykiatri Helsingborg har ett nätverk för specialistsjuksköterskor skapats efter initiativ från specialistsjuksköterskorna Katrine Thelander och Linda Elgaard. Nätverket har fokus på att implementera ny omvårdnadsforskning, vara en länk mellan verksamhetens enheter och ledning och skapa en samsyn kring framtidens specialistsjuksköterska, vår roll och vad som ingår i vårt kompetensområde. Nätverket som totalt består av 55 specialistsjuksköterskor hade sitt första möte den 19 november 2021. Till denna träff var även sjuksköterskor som läser sin specialistsjuksköterskeutbildning inbjudna tillsammans med chefsjuksköterska samt representant från akademin.

”Möjligheten att träffas och utbyta erfarenheter samt öka förståelsen för varandras arbete känns mycket positivt”, uttrycker en nätverksdeltagare angående nätverkets uppdrag och första träff enligt Catharina Davidsson, administrativt stöd och utvecklare för verksamhetsområde vuxenpsykiatri Helsingborg.

Katrine fortsätter: ”Vi ville skapa ett stöd för specialistsjuksköterskor att utöva sitt uppdrag i verksamheten och öka möjligheterna för att den kompetens som finns faktiskt används. Tillsammans kan vi implementera arbetssätt som gäller för alla specialistsjuksköterskor inom verksamheten. Vi skapade nätverket genom ledningsförankring, detta för att skapa ett fundament och ett mandat till att faktiskt kunna förändra. Vi har enbart blivit positivt bemötta av alla inom verksamheten. Det har funnits en tanke länge hos olika personer inom verksamheten att skapa nätverk och att samarbeta med oss specialistsjuksköterskor men ingen har tagit tag i det. Främst möjliggör nätverket att vi har ett forum att träffas i, att vi inte sitter ensamma utan möjlighet att påverka och lyfta den psykiatriska omvårdnaden samt vikten av denna.”

Det planeras för minst två nätverksträffar per termin. Lärdomar från utbildningar och diskussion om artiklar och forskning med fokus på psykiatrisk omvårdnad är sådant som kan tas upp på träffarna. Nästa träff planeras till februari 2022 och kommer att handla om återhämtningsinriktat, reflekterande arbetssätt med fokus på att stärka omvårdnaden och specialistsjuksköterskans roll. Inbjuden föreläsare är Git-Marie Ejneborn Looi från Luleå Tekniska Universitet där Katrine läste sin specialistsjuksköterskeutbildning. Efter det är chefsöverläkaren inbjuden kring diskussion om indirekt tvång, en diskussion som i allra högsta grad rör vår profession. Kompetensen i nätverket är också tänkt att användas till att sprida kunskap till övriga kollegor via internutbildningar.

”Patienter har rätt till evidensbaserad vård och det här nätverket hjälper oss att erbjuda en vård som präglas av omvårdnad, en holistisk syn på människan och en strävan efter lika och god vård oavsett var man vårdas.”, avslutar Linda.

Två av deltagarna i nätverket kommer att arbeta med att ta fram material till en hemvist för sjuksköterskegruppen som kommer att startas upp, vilket gör att man enkelt kan sprida kunskap till andra i nätverket. Vi anser att vi genom att bygga detta nätverk har visat vikten av specialistsjuksköterskans roll. Vi har så mycket kompetens som arbetsgivaren också har ett ansvar för att förvalta, något vi tycker Helsingborgs vuxenpsykiatri har tagit sig an. ■

MIXAT STYRELSEMÖTE I JANUARI

STYRELSEMÖTET I JANUARI präglades så klart av den pågående pandemin och det var en uppdelad styrelse där vissa lyckades träffas i Stockholm och andra deltog hemma från soffan av olika anledningar. Trots allt lyckades vi genomföra årets första styrelsemöte och avklarade många viktiga frågor för vårt vidare arbete. Det bestämdes främst att årets konferens skulle ställas in. Läget är för osäkert och all kraft läggs nu på att samla så många som möjligt med ett gediget program för 2023 i Göteborg. Vi träffade Svensk sjuksköterskeförening samt Vårdförbundet under helgen för spännande diskussioner och arbete framåt kring titeln ”Avancerad specialistsjuksköterska” och hur det kan gynna sjuksköterskor verksamma inom psykiatrisk omvårdnad att arbeta vidare med detta. Som vanligt gick helgen åt till spännande diskussioner och funderingar kring hur vi som styrelse kan fortsätta stärka sjuksköterskans roll och sprida aktuell forskning och kunskap i en kontext som just nu allt som oftast är digital.

VARFÖR KÖR VI ÖVER VÅRA TALLRIKAR?

SÄKERHET och hållbarhet är grundläggade för läkande och omsorgsfulla miljöer. En trasig tallrik kan vålla skada. Vår tallrik i Lexan eliminerar den risken. Den känns, ser ut och t.o.m. låter som en vanlig, men till skillnad från andra plasttallrikar i hårdplast är den exceptionellt hållbar och slagtålig. För att säkerställa att tallriken uppfyller våra högt ställda hållbarhetskrav lät vi köra över den med en bil.

SE VIDEO AV HÅLLBARHETSTESTET - Länk via *QR-koden*.

BESTÄLL GRATISEXEMPLAR!
Maila till *samples@healsafeinterior.com* och ange kampanjkod **PSYCHE122** så skickar vi dig ett tallriksset gratis.

HÅLLBARHETSTEST

Scandinavian Design for Safe & Healing Environments
HealSafe Interiör
www.healsafeinterior.com

PSYKIATRI – KRIMINALVÅRD – UNGDOMSHEM – BUP

På gång inom psykiatrisk omvårdnad 2022

- ~~Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskors årskonferens / 7-8 april / Göteborg/Online~~
- Zoom-föreläsningar över temat *Omvårdnad och tvångsvård* samt årsmöte, 7 april
- 10th European Conference on Mental Health / 14-16 september / Lissabon, Portugal
- Nordic Mental Health Nursing Conference (PSSN:s konferens) / September / Bergen, Norge

Vill du specialisera dig inom psykiatrisk vård?

Sök Specialistsjuksköterskeprogrammet i psykiatrisk vård vid Röda Korsets Högskola!

- Utbildning på avancerad nivå för legitimerade sjuksköterskor
- Leder till specialistsjuksköterskeexamen inom psykiatrisk vård och magisterexamen inom omvårdnad

Röda Korsets Högskola 1867 Svenska Röda Korset

Sökperiod 15/2–15/3. www.rkh.se/studera

BEGRÄNSAD EFTERSÄNDNING
Vid definitiv eftersändning återsänds försändelsen med nya adressen tydligt påskriven

B Posttidning
Ej retur

Psyche
Broddared 809
313 97 Simlångsdalen

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

ORDINARIE MEDLEMSAVGIFT FÖR 2022 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.