PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN
FÖR SJUKSKÖTERSKORS TIDSKRIFT

Psyche

NUMMER 1 2023

Specialistsjuksköterskan - ovärderlig för diagnostik, konsultation och bedömning

Bild: Pexels

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 2023 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 2023
Nr 1 vecka 9
Nr 2 vecka 23
Nr 3 vecka 39
Nr 4 vecka 50

Prenumerera
Prenumerationspris för 2023 är 400:-/år (inom norden 450:-/år). Teckna prenumeration via PRF:s hemsida www.psykriks.se eller kontakta prenumerationsansvarig *goran.nilsson@psykriks.se*

Annonsera
För information och annonsbokning kontakta Jenny Molin.
jenny.molin@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
PEFC/05-38-104
www.pefc.se

ISSN 0283-3468

Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor

INNEHÅLL

"Men tack och lov finns det många optimister bland oss, som efter kortare stunder av hopplöshet lyckas se ljus i mörkret och vågar tänka framåt. Jag har personligen förmånen att ofta möta kollegor, kliniska studenthandledare och specialistsjuksköterskestudenter som är fulla av kreativitet, välvilja och mod. Det inspirerar, smittar av sig och bidrar till att året faktiskt kan få bli ljust och gott till slut!"

Gott nytt år!

DET ÄR VÄL ALDRIG för sent att skicka en önskan om ett gott nytt år? Det känns välbehövligt, även om vi redan tagit oss igenom de första månaderna på året. Det verkar som att vi lever i kritiska tider, med mycket mörker och utmaningar överallt. Vi har en global klimatkatastrof som redan nu medför problem och som påverkar människors hälsa på olika sätt, inte minst den psykiska hälsan. Nyheter om konsekvenserna av pandemi, krig och ekonomisk inflation flödar över i media. Dessutom nås vi i PRF av berättelser om de svåra förhållanden som många sjuksköterskor (och andra kollegor) arbetar under i den kliniska vardagen. Ibland kan det kännas hopplöst motigt att försöka ändra utvecklingen i en mer positiv riktning. Men tack och lov finns det många optimister bland oss, som efter kortare stunder av hopplöshet lyckas se ljus i mörkret och vågar tänka framåt. Jag har personligen förmånen att ofta möta kollegor, kliniska studenthandledare och specialistsjuksköterskestudenter som är fulla av kreativitet, välvilja och mod. Det inspirerar, smittar av sig och bidrar till att året faktiskt kan få bli ljust och gott till slut!

En annan bidragande faktor till ljusspridning är vår kommande årskonferens i Göteborg. Efter mycket motgångar och osäkerhet med inställda konferenser ser det nu ut att bli en fantastisk konferens! Det är så roligt att följa allt spännande som händer med presentationer, deltagaranmälningar, utställare m.m. Det känns även extra roligt att kunna utse årets specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård. Vi vet att det finns massor av engagerade sjuksköterskor i Sverige och i dessa mörka tider behöver vi hjälpas åt att lyfta de positiva delarna också. Var med och bidra du också, nomineringar är välkomna till den 31/3. Läs mer på https: *www.prfkonferens2023.se.*

Jag vill också avslutningsvis passa på att välkomna Andreas Glantz som ny chefredaktör till Psyche. Andreas har funnits med i redaktionsrådet under ett par år och är redan nu väl insatt i redaktionsarbetet för Psyche. Det känns tryggt och roligt att få lämna över i så kapabla händer och hjälper samtidigt till att göra mitt år lite ljusare.

ORDFÖRANDE HAR ORDET

HANNA TUVESSON, ORDFÖRANDE, PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN FÖR SJUKSKÖTERSKOR

Att ”bli” patient, och ”sluta vara”: ett återhämtnings-inriktat ideal?

Bild: Pexels

TEXT: Jennie Moberg, doktorand vid Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet

Jennie Moberg är socionom och doktorand vid *Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.* Hon har egen erfarenhet av att få psykiatrisk vård och har tidigare arbetat som bl.a. brukarinflytandesamordnare i BUP Region Stockholm. Hennes avhandlingsarbete undersöker om och hur ungas delaktighet och återhämtning från komplex psykisk ohälsa kan främjas i BUP genom den implementerade metoden ”självvald inläggning” (SI). Mer specifikt fokuseras både ungdomars berättelser om tillgången till SI samt personalens resonemang kring själva implementeringsarbetet. I detta nummer av Psyche medverkar Jennie med ett reflekterande bidrag om återhämtningsprocesser och kunskap i svensk psykiatrisk heldygnsvård.

Jenny Moberg
Foto: BUP Stockholm

INLEDNING

Det finns människor som återhämtar sig helt efter att ha upplevt psykisk ohälsa, oavsett diagnos eller allvarlighetsgrad. I dessa fall besväras man inte av några symptom samtidigt som eventuell tidigare medicinering och kontakt med psykiatrisk öppen- eller heldygnsvård inte längre behövs. För andra kan ohälsan dock bli långvarig där heldygnsvården blir en ontologisk utgångspunkt. Rollen som heldygnsvårdad kan initialt komma att innefatta hantering av hierarkiska strukturer, reducerat handlingsutrymme, en identitet som avvikare och en prestationsinriktad tillvaro gällande hur patientlivet ”ska” (efter) levas. Institutionslivet tenderar dessutom att medföra en anpassning till den biomedicinska diskursen kring uppkomsten av psykisk ohälsa där patienter så småningom förstår sig själva utifrån diagnostiska kriterier och medicinska termer. Med anledning av detta förvandlas konstruktionerna ”frisk” och ”sjuk” till motpoler genom vilka patienter, med diagnossystemet som verktyg, kan positionera sig och ge uttryck för lidandet. De legitimerar och förstärker således en (omedveten) önskan om att nå målet: att erhålla en diagnos och bli patient ”på riktigt”. Denna frustrerande kamp innebär för många att tryggheten slutligen ligger i lidandet samtidigt som vardagen bortom institutionen representerar utanförskap och osäkerhet.

För vissa individer blir inläggningarna långa samtidigt som patientrollen intensifieras. Möjligheten att bli någon som utmanar traditionella maktstrukturer samt ifrågasätter det psykiatriska tolkningsföreträdet innebär en positionering som ”kunnig” i en kontext generellt präglad av institutionell passivitet. Kanske bör vi betrakta denna patientroll som tudelad – den ena avancerar i sin självframställning som ”sjuk”, medan den andra skaffar sig större förståelse för (givna) psykiatriska ramar samt använder språket för att återta kontroll och handlingsutrymme. Det kan dock vara så att patienter efterhand upplever en uttalad vanmakt inför de långa vårdepisoderna, där den cementerade patientidentiteten vanligen bidrar till en institutionell fastlåsning och tvivel kring huruvida ett liv utanför heldygnsvården är möjligt.

> **”De legitimerar och förstärker således en (omedveten) önskan om att nå målet: att erhålla en diagnos och bli patient ”på riktigt”**

ÅTERHÄMTNING FRÅN VAD?

När vi analyserar psykiatrisk heldygnsvård är det centralt att försöka förstå de många faktorer utöver själva lidandet som en individ kan behöva återhämta sig från. Av egen erfarenhet menar jag att återhämtning från institutionen som sådan är relativt vanlig och (kanske) nödvändig bland inneliggande patienter, likväl idén om hur patienten förväntas framställa sig. Kanske kan vi förstå en del av återhämtningsprocessen som en återhämtning från sig själv och den (diagnostiska) roll som axlats i institutionella sammanhang, vilket kan tolkas som en form av av-institutionalisering. Kopplat till diagnosen som potentiellt reducerande menar jag att detta resonemang sätter fingret på ett viktigt faktum, nämligen att den försvårar (den sociala) återhämtningsprocessen och övergången från identiteten som ”offer/psykiatripatient” till ”överlevare/människa”. Detta tangerar således återhämtning från det diskursiva och vårdkontextuella underläget, paternalism, formellt och informellt tvång, farmakabiverkningar, ev. (iatrogena) vårdskador samt ett emellanåt inkonsekvent bemötande. Kanske handlar det också om att återhämta sin integritet, vare sig vårdtillfället har förflutit utan felsteg eller relationella kollisioner. Själva integritets-tappet kan förstås som en försvårande omständighet sett till att både blåsa liv i en återhämtningsprocess samt att underhålla den i psykiatrisk heldygnsvård. Utöver den kliniska granskningen som patientrollen ofta innebär behöver individen även förhålla sig till det faktum att hon har placerats i en relativt fattig fysisk miljö såsom den svenska heldygnsvården idag är konstruerad, där det blir svårt att själv kunna tillgodose sina behov. Detta innefattar det faktum att man *tilldelas* exempelvis medicin, mat, hjälpmedel, material och rumslig tillgänglighet. Att behöva be om sådant som annars finns inom räckhåll och som man vanligtvis kontrollerar och har självbestämmande över är en relativt grav inskränkning i autonomin. De möjliga inslag till återhämtningskapital (jämför Tew, 2013) som individen tidigare haft i sin närmiljö blir i heldygnsvården plötsligt något diffust och oåtkomligt. Sammanfattningsvis tillkommer alltså en rad andra komponenter utöver det privata lidandet som en individ kan behöva hantera och härbärgera inom ramen för vårdtillfället.

ÅTERHÄMTNING OCH EN PLATS FÖR VILA VS BALANSGÅNG MELLAN MAKT OCH LÄRANDE

Återhämtningsprocessen innefattar vanligtvis ett sökande efter förståelse för det psykiska lidandet, där psykoedukation som komplement till diagnossystem och koder blir ett viktigt inslag för ett stort antal individer. Psykoedukation kan även leda till försök att vidga sin syn på sig själv i relation till den institutionella makten som generellt genomsyrar heldygnsvården. Det finns påståenden som belyser psykiatrin som en möjlig oas, d.v.s. att den psykiatriska heldygnsvårdens uppgift är att erbjuda en slags asylfunktion vid uttalat psykiskt lidande. I sammanhanget menar jag att det är angeläget att ställa sig frågan huruvida heldygnsvården är utformad som en återhämtningsinriktad praktik. Sett till komplexiteten i en heldygnsvårdsmiljö präglas den av en mängd olika inslag vilka kan förstås som mer eller mindre återhämtningsinriktade. En (problematisk) utgångspunkt utgörs av det faktum att institutionen som sådan har ett formellt uppdrag att vidmakthålla en viss ordning, vilket i psykiatriska sammanhang ofta översätts i termer av övervakning och korrigering av individers handlande och tänkande. Den institutionella hållningen efterlevs via en mängd olika riktlinjer och regelverk vilka övergripande tolkas som straffande och ologiska för den som blir föremål för dem. Den vardagliga nivån definieras till stor del av säkerhet, hierarki och diskursiv makt där kampen mellan förnuft och vansinne (personal/patient) (jämför Foucault, 2010) ständigt omförhandlas och omfördelas.

Mot bakgrund av detta menar jag att förekomsten för en reell möjlighet till återhämtning i heldygnsvården därför behöver problematiseras. Måhända skulle patienter ges optimerade förutsättningar att nå asylfunktionen om de inte behövde bevaka sina rättigheter, motarbeta underläge samt säkerställa att egna preferenser inte osynliggörs i vårdens informationsövergångar. Det institutionella spelet blir ett fenomen att förhålla sig till, vilket sällan genererar långsiktig tillfredsställelse eftersom det ständigt finns en närvarande omnipotens som på något sätt måste hanteras. Om en patient dessutom uppfattar att hon behöver återhämta sig från vårdtillfället som sådant menar jag att detta adresserar en kontraproduktiv institutionell hållning snarare än att erbjuda en plats för kontemplation.

RELATIONER OCH BERÄTTANDE SOM MÖJLIGA VÄNDPUNKTER

Vistelser i psykiatrisk heldygns-vårds-miljö kan i bästa fall innefatta möten med viktiga andra, d.v.s. personer som i sin profession som kurator, skötare, sjuksköterska, psykiater etc. har ett återhämtningsinriktat förhållningssätt till den unika människan. I forskning benämns dessa som ”hjälpande professionella” (Topor, Skogens & von Greiff, 2018) vilka, till skillnad från den generella idén om att anpassa och korrigera psykiskt lidande individer, bidrar till ett mer holistiskt perspektiv med betoning på själva vårdrelationen. Viktiga återhämtningsinslag i den institutionella vardagen beskrivs vara ömsesidig respekt, humor, berättande, hopp och kunskapsutbyte. Dessa inslag kan förstås som ett återhämtningsinriktat arbete i, för patienter, mycket trängda situationer där professionella således har möjlighet att inta en prestigelös position för att optimera allians och tillit. Utan att det behöver uttalas uppfattar patienter dessa professionella ställningstaganden som ett slags ”regelbrott” där individuella lösningar utformas, avsteg från riktlinjer och vårdprocesskartor tas och individens bekvämlighet eftersträvas. Detta förhållningssätt visar samtidigt ett intresse för den levda erfarenheten, patientens sociala sammanhang, hennes förmågor och aggregerade kunskap om sin situation.

Med ”regelbrotten” följer inte helt ovanligt en slags domino-effekt präglad av en annan sorts allians än vad den medicinska modellen och de avdelnings-kulturella riktlinjerna generellt förespråkar. Denna utgångspunkt kan med fördel vidga den psykiatriska praktiken till att uppfattas som mer jämlik: genom att låta personalen känna patienten som annat än de diagnostiska epitet som tillskrivits henne, kan resonemang om sjukdomar och symptom avta allt mer. Snarare än att se diagnoserna som optimala förklaringsmodeller för lidande går det att börja tänka kring och se på beteendemönster som möjliga hanteringsstrategier och, ur en mer uttalad social aspekt, direkt adekvata reaktioner på överväldigande känslor och händelser i livet utanför institutionen.

Denna positiva domino-effekt kan bidra till att vårdperioden uppfattas som innehållsrik. Istället för att, p.g.a. exempelvis personalens tids- och resursbrist, förvägras berättande riktas fokus mot den unika subjektsupplevelsen och tolkningsarbetet av det som sägs. Detta skulle kunna förstås som att patienten nu får tillgång till en narrativ vändning vilken dock inte enbart adresserar analys och tolkning av berättelsen utan även erbjuder ledtrådar till hur individen begripliggör sin kontext och vidare sin identitet. Det har i forskning argumenterats kring vikten av att återhämtningsprocessen underlättas av att ha ett öppet slut (Petersen Reed, Josephsson & Alsaker, 2020) och att tillåta tvetydigheter i det aktiva utforskandet efter meningsskapande. Detta menar jag ställer stora krav på plastiskt tänkande i vårdapparaten, vilken skulle gynnas av ett icke-determinstiskt förhållningssätt till ”sjukdom” och lidande. Vidare beskrivs narrativt fokus och återhämtning som en kollektiv rörelse där berättandet kan förstås som en lärandeprocess. En central utgångspunkt för att ge denna process ett praktiskt (och inte endast teoretiskt) fäste förutsätter vårdapparatens medvetenhet om att berättande genererar kunskap, ökad nöjdhet och allians. Vidare förutsätter det att personal aktivt frångår tolkningsföreträdet som ”experter” och snarare betraktar patienter som agenter i sina liv. Jag menar att delade berättelser möjliggör en rörelse och en riktning, ett hopp om att nå fram och gå vidare – måhända är detta en form av vändpunkt vilken adresserar både brukarberättelser och de professionellas motberättelser. Att berätta ställer emellertid krav på lyssnaren: det förpliktigar att ta emot det sagda samtidigt som det möjliggör en dimension utöver den byråkratiska design som idag ramar in vården, där personalen tydligare behöver arbeta som empowerment-inriktade partners. Här kan således både berättandet och lyssnandet ses som ett gemensamt tolkningsarbete för att på bästa sätt skapa ytor för återhämtningsprocesser.

ÅTERHÄMTNINGSKUNSKAP – EN KLUVEN FÖRSTÅELSE?

I diskussionen ovan har jag försökt att lyfta fram komplexiteten i de utmaningar som den svenska psykiatriska heldygnsvården står inför. Möjligtvis har jag lyckats kasta ljus över de många tolkningar som en återhämtnings-diskurs rymmer. Dock kvarstår en mängd frågor vilka har väckts under författandet av denna text. Vad är exempelvis ett gott resultat i en återhämtningsorienterad praktik? Finns det sanktionerad återhämtning och/eller ett återhämtningsinriktat ideal och hur ser det i sådana fall ut? Om målet i en återhämtningsinriktad praktik är att (helt) ”lyckas” avstå sin patientidentitet eller att individen ska bli såpass återhämtad att vården inte längre behövs menar jag att vi riskerar att både bagatellisera och helt exkludera ett stort antal människors individuella kamp. Det finns otaliga personer som fortsätter att nyttja psykiatrin men som gör det på helt andra premisser än tidigare. Likväl finns det människor som lever med en viss anpassning till kvarvarande begränsningar eller symptom, men där dessa anpassningar ändå innefattar livskvalitet snarare än blott handla om överlevnad. De bedömer sig vara återhämtade eftersom de exempelvis inte ständigt vistas i heldygnsvården, men med detta sagt har de inte ”slutat vara” patienter. Även detta väcker dock en rad följdfrågor, varpå en är om återhämtning i sammanhanget riskerar att betraktas som ett nytt ”kroniskt” tillstånd. Jag kan se motsättningar och problem i denna eventuella patologisering. Samtidigt är jag osäker på hur relevant det är att skapa nya kategorier för att beskriva en återhämtningsprocess, särskilt eftersom den ofta definieras av vårdapparaten. Om det ändå finns en professionell ambivalens till eller misstro kring att återhämtningen för en del individer är en långvarig process, behöver vi troligtvis ställa oss frågan vad denna ambivalens skulle kunna generera på sikt. Innebär det exempelvis att återhämtning som inte är kliniskt definierad riskerar att ogiltiggöras av professionella? I sammanhanget ser jag det som angeläget att sjukvården inte aktivt förstärker det medicinska tolkningsrastret att se på återhämtning. Istället bör individens egna preferenser och önskemål hörsammas, vilket troligtvis ger större potential för återhämtningen att verkligen stabiliseras, snarare än att externa faktorer lägger ribban för vad som är möjligt eller giltigt. Många patienter vill på egen hand definiera sin återhämtning och framför allt axla ett ägandeskap av den – kanske är det också det som gör att återhämtningsfältet ofta beskrivs som brokigt och i ständig rörelse.

Trots att det finns heldygnsvårdsavdelningar som har kommit längre än andra vad gäller exempelvis patientautonomi och personcentrering uppfattar jag emellertid inte att återhämtningskunskap på ett stabilt sätt genomsyrar de svenska psykiatriska strukturerna – snarare präglas de av en organisatorisk osäkerhet och personalens frustration över det begränsade handlingsutrymme som de generellt behöver hantera. Den fortsatta utvecklingen kan främjas av att ta återhämtningskunskap, såsom den exempelvis presenteras i forskning, från teori till praktik med en särskild betoning på implementering av olika arbetssätt som utarbetats för detta specifika fält. Samtidigt behöver det finnas en organisatorisk beredskap inför ett sådant arbete. Om inte adekvata förutsättningar, såsom tid, planering och en kollektiv vilja för detta etableras är jag tveksam till om återhämtningskunskap kan ”tvingas” in i psykiatrin utan att riskera att implementeringen av nya arbetssätt endast resulterar i något tillfälligt i den ordinarie verksamheten. För att undvika att återhämtningskunskap blir vare sig tillfällig eller personbunden, utan snarare något som finns i hela psykiatrin, behöver den begripliggöras och framför allt nå de människor som på olika sätt försöker hantera sitt lidande.

Sett ur ett metaperspektiv menar jag att återhämtning som något till synes enkelt i teorin ändå verkar uppfattas som svårdefinierad och resurskrävande i övergången från teori till en biomedicinskt inriktad praktik. Trots detta vågar jag påstå att heldygnsvården har potential att omsätta patientkunskap som en del i ett återhämtningsinriktat arbete, oavsett vilken grad av återhämtning det handlar om. Det är dock ett gemensamt organisatoriskt ansvar att förankra denna kunskap inom olika vårdande kontexter, samt att ge återhämtning legitimitet för att i förlängningen kunna genomsyra även den svenska psykiatriska heldygnsvården.

LÄS MER

- Foucault, M. (2010). *Vansinnets historia under den klassiska epoken*. Lund: Arkiv förlag.
- Petersen Reed, N. Josephsson, S. & Alsaker, S. (2020). A narrative study of mental health recovery: exploring unique, open-ended and collective processes. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being,* 15:1.
- Tew, J. (2013). “Recovery capital: what enables a sustainable recovery from mental health difficulties?”. *European Journal of Social Work.* Vol. 16 No. 3, pp. 360-74.
- Topor, A., Skogens, L. & von Greiff, N. (2018). Building trust and recovery capital: the professionals’ helpful practice. *Advances in Dual Diagnoses*, Vol. 11, No 2, pp. 76-87.

Bild: Shutterstock

Bristande vandel
Tidöavtalet

TEXT: Katrine Nygaard Baltzis, ledamot i PRF, specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård.

SJÄLVKLART HAR DET INTE gått PRF obemärkt förbi att det har kommit en ny regering och med den det omtalade”Tidöavtalet” som har kritiserats brett inom vården och särskilt inom psykiatrin och beroendevården där många uttalat sig.

I det nya Tidö-avtalet beskrivs ordet ”vandel” så här:

”Med bristande vandel avses förhållanden såsom bristande regelefterlevnad, association med kriminell organisation, nätverk eller klan, prostitution, missbruk, deltagande i våldsbejakande eller extremistiska organisationer eller miljöer som hotar grundläggande svenska värden eller om det i övrigt föreligger otvetydigt konstaterade anmärkningar i fråga om levnadssättet.”

Dessutom ingår det i Tidöavtalet att de med uppehållstillstånd och svenskt medborgarskap ska betala ur egen ficka om tolk behövs inom vården - de som redan har det svårt skall få det svårare. Det verkar som att det ska bli tydligt vem som inte är välkommen i Sverige.

Vårdförbundet har genom sin ordförande kommenterat delar av Tidöavtalet och anser att förslaget om anmälningsplikt vid möte med papperslösa patienter strider mot vår professionsetik och skulle påverka våra möjligheter att skapa förtroendefulla vårdmöten samt ge god och säker vård. Förslaget om att ta bort rätten till kostnadsbefriad tolk försvårar yrkesutövningen i vården och innebär uppenbara patientsäkerhetsrisker, där den eventuella besparingen snabbt kommer ätas upp av ytterligare vårdbesök eller vårdskador. Rätten till hälsa lämnar ingen utanför och hälso- och sjukvårdens grundläggande principer är tydliga: vård ska ges med respekt för alla människors lika värde och den med de största behoven ska ges företräde till vården.

Vi har frågat några specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård kring deras tankar om Tidöavtalet. Först ut är Sebastian Gabrielsson, biträdande professor, utbildningsledare och specialistsjuksköterska med inriktning psykiatrisk vård vid Luleå tekniska universitet.

Sebastian, hur tror du de delar i Tidöavtalet som berör den psykiatriska vården påverkar framtidens psykiatri?
Jag tror de bidrar till att göra vården mindre tillgänglig för särskilt sårbara patientgrupper, och mindre attraktiv som arbetsplats för kloka och kompetenta vårdare.

Missbruk och beroendesjukdom hänger tätt samman för oss, varför tror du regeringen särskiljer dessa?
I bästa fall handlar det om okunskap och fördomar, i sämsta fall om att göra skillnad på människor utifrån oklara föreställningar om ”vi och dem”. Okunskap och fördomar kan ju då handla om en bristande förståelse hos politikerna för psykisk ohälsa i allmänhet och beroendesjukdom i synnerhet, och en naiv tro på att förlegade moraliserande synsätt skulle vara ett rimligt och effektivt sätt att hantera uttryck för psykisk ohälsa. Samtidigt är det väl rimligt att förvänta sig att ledande politiska företrädare är mer uppdaterade än så. Tyvärr ligger det då närmare till hands att tänka att detta handlar om signalpolitik – man vill visa att man är beredd att ta i med hårdhandskarna mot personer som inte ser ut som vi. Att detta innebär att mot bättre vetande hantera psykisk ohälsa och social utsatthet som en karaktärsdefekt blir då inte ett problem, utan snarare ett sätt att förstärka bilden av ”dem” som en annan och sämre sorts människor.

Vad anser du om att prostitution anses vara anledning för utvisning?
Jag tänker att detta speglar samma logik som när det gäller missbruk och beroende. I stället för att på allvar försöka förstå och hantera en komplex problematik som innefattar mycket mänskligt lidande väljer man att förenkla och fördumma debatten i syfte att plocka poäng hos främlingsfientliga och misogyna väljargrupper.

Skulle du anmäla en papperslös patient?
Det hoppas jag verkligen inte. Tillit och förtroende är centrala värden i god vård. Patienter behöver kunna lita på att vårdpersonal agerar utifrån sin

professionsetik med patientens behov i centrum.

Vad tror du det får för konsekvenser om vi inte har rätt att beställa tolk till alla i vården?
Det kan omöjligt vara hälso- och sjukvårdens primära uppgift att uppfostra människor att lära sig svenska. Förutom att det riskerar patientsäkerheten och begränsar patienters tillgänglighet till vård innebär detta också att professionerna bakbinds. Hela kritiken mot new public management och omställningen mot en nära vård med tillitsbaserad styrning och ledning handlar ju om att stärka professionskunskapens ställning i vården. Att då vilja begränsa professionellas möjlighet att anpassa kommunikationen efter behov och situation är minst sagt bakåtsträvande.

Det sägs att regeringen kan spara 150 miljoner på att inte betala för tolkar, att dessa pengar kan gå till fler ”varma händer” – vad tänker du om det utlåtandet?
Hälso- och sjukvården har en enorm utmaning när det gäller att attrahera och behålla kompetens. Att låta populistiska migrationspolitiska hänsyn försvåra personalens arbete kommer inte att lösa detta.

Professor i omvårdnad och tidigare ordförande i PRF, Henrika Jormfeldt, har också bidragit med sina svar på frågorna.

Hur tror du de delar i Tidöavtalet som berör den psykiatriska vården påverkar framtidens psykiatri?
Jag tror att Tidöavtalet kommer att öka förutsättningarna för den ojämlika vården som vi ser redan idag. Vad jag förstår ska det satsas pengar på att motverka psykisk ohälsa och suicid men det är inte så tydligt beskrivet hur psykisk ohälsa och suicid ska motverkas. Det är relativt komplexa samband som behöver beaktas för att psykisk ohälsa och suicid ska kunna motverkas och för detta krävs utbildning och fördjupad förståelse för de mänskliga levnadsvillkoren men det är otydligt hur detta ska stärkas i grunden. En relevant fråga är om exempelvis PRF har tillfrågats om vad som krävs för att motverka psykisk ohälsa och suicid.

Bild: Shutterstock

Missbruk och beroendesjukdom hänger tätt samman för oss, varför tror du regeringen särskiljer dessa?
En gissning är att detta är ett försök att dela upp problematiken i två delar där missbruk utgör en del där individen är den som bär ansvaret medan beroendesjukdom beskrivs som en annan typ av problematik där individen uppfattas som ett offer och utan ansvar. Ett sätt att inte behöva behandla alla lika utifrån godtyckliga bedömningar.

Vad anser du om att prostitution anses vara anledning för utvisning?
Detta blir i praktiken ett sätt att förlägga skulden på offret och underlätta för förövare att gå fria. Kvinnor kommer att få ännu svårare att ta sig ur prostitution om de en gång hamnat i en sådan situation.

Skulle du anmäla en papperslös patient?
Nej, det försätter sjuksköterskor i en omöjlig etisk situation eftersom sjuksköterskors etiska kod kräver att alla ska behandlas lika utifrån individuella behov oberoende av kön, etnicitet, religion eller ursprung.

Vad tror du det får för konsekvenser om vi inte har rätt att beställa tolk till alla i vården?
Det blir svårare och dyrare att ställa rätt diagnos och att kunna ge rätt vårdinsatser. Det kan medföra ökade kostnader och större mänskligt lidande.

Det sägs att regeringen kan spara 150 miljoner på att inte betala för tolkar, att dessa pengar kan gå till fler ”varma händer” – vad tänker du om det utlåtandet?
Varma händer är inte det enda som krävs i vården, det krävs också kommunikation och kompetens, och för detta behövs såväl utbildning för personalen och tolk om situationen så kräver. Uttalandet tycks bygga på stor okunskap.

Jag har även frågat en del kollegor kring deras åsikter gällande Tidöavtalet. Tyvärr är min upplevelse att många inte riktigt vet vad det kommer betyda för oss i vården och särskilt psykiatrin. Läkare Natte Hillerberg som sitter i styrelsen Läkare mot rasism har startat ett upprop mot Tidöavtalet och jag bad Natte ge sina tankar kring att vårdpersonal inte är så insatta i politiska avtal som påverkar våra patienter och vad det betyder om vi som vårdpersonal börjar behandla våra patienter olika utifrån bakgrund, sjukdom och sätt att leva.

”Tidöavtalets föreslagna åtgärder borde få alla varningsklockor att ringa hos oss. Som vi skrev i vårt nationella upprop mot Tidöavtalet: Om vi inte tillåts använda tolk kommer möjligheten för oss att göra ett bra jobb försämras. Kommunikation är nyckeln i vårt yrke. Det är omöjligt att göra en bedömning av en patient utan det verktyget. Tolkning behövs inte bara för patienter som ännu inte lärt sig svenska, utan också för patienter som på grund av det medicinska eller psykiatriska skick som de befinner sig i – förvirring, ålder, psykos eller läkemedelspåverkan – inte har tillgång till språkkunskaper de vanligen har.

Att tvingas ange patienter utan uppehållstillstånd som söker vård innebär en etisk stress och går emot hälso- och sjukvårdslagen om jämlik vård på lika villkor för hela befolkningen. Angiveriskyldigheten kommer, liksom begränsandet av tolkrätten, att medföra att många patienter drar sig längre för att söka vård och därmed kommer att vara ännu sjukare när de väl kommer till vården.

Bland våra patienter finns många som redan lever på marginalerna. En del patienter har pågående missbruk, saknar bostad eller inkomst. Att mycket utsatta individer ska riskera utvisning på grund av t.ex. missbruk eller att de säljer sin kropp för att överleva, menar vi är oacceptabelt. Därutöver kommer avtalets åtgärder att öka den redan höga utsattheten och stressen för rasifierade invandrare i Sverige. Hur kommer en person må som under en flera år lång process är inlåst i ett interneringsläger? Som skickas hem trots krig eller politisk hotbild i sitt hemland? Som inte kan söka vård eller stöd utan att riskera att bli angiven av myndigheterna?

Vi som vårdpersonal vägrar sitta tysta medan landets regering föreslår förslag som kraftigt skulle komma att försämra liven och hälsan för våra patienter. Medicin och politik hör i allra högsta grad ihop. Vi menar att vi aldrig kan bidra till någons läkning om vi samtidigt genom tystnad eller röstsedel bidrar till det strukturella våldet mot samma person. Det är en omöjlig ekvation. Om de åtgärder som Tidöavtalet föreslår drivs igenom i sjukvården, kommer vi att begå civil olydnad och vägra ange våra patienter. Och vad säger läkarkåren om dessa förslag som kommer att få en enorm påverkan på samhället som helhet och psykiatrin som fält? Mycket lite. Det har kommit en debattartikel mot förslaget om begränsad tolkrätt, och kritik mot angiveriskyldighet från fackförbundet. Men kusligt många av våra kollegor och vår egen psykiatriska specialistförening, SPF, står tysta. De flesta av oss läkare inom psykiatrin röstade sannolikt på partierna som tagit fram avtalet.

Hur kan man påstå sig vilja hjälpa människor – bota, lindra och trösta – när man aktivt medverkar till att skapa ett samhälle som gör människor sjuka och i värsta fall berövar dem sina liv? Till mina tysta vita svenska kollegor i förbund, fikarum, styrelser och föreningar: Ni medverkar till att historien just nu upprepar sig”.

Jag frågade Martin Hultén, ordförande i Svensk psykiatrisk förening kring detta och fick följande svar; ”Föreningen har inte varit tyst utan redan i tidigt skede uttalat sig förra året genom SLS och läkarförbundet som är våra moderorganisationer.

Min uppfattning är att flera delar av Tidöavtalet är inhumana, i strid med människovärdesprincipen och även i strid med Hälso och sjukvårdslagen och just därför inte kommer att genomföras i dessa delar. Sen har vi i det senaste inte ensamma drivit frågan ytterligare helt enkelt för att vi har så otroligt mycket annat arbete nu.

SPF med sina 1200 medlemmar är ju en av de större medlemsföreningarna i SLS och vi verkar där gemensamt med Svenska läkarsällskapet i nämnd, delegationer, kommittéer, arbetsgrupper och nästa vecka sitter jag till exempel själv i ordföranderåd med SLS. Jag instämmer exempelvis helt med uttalandet från ordföranden i SLS-delegationen för medicinsk etik:

…”att förslaget om att avskaffa rätten till tolk direkt strider mot människovärdesprincipen och allas rätt till vård.

När det gäller förslaget om att införa anmälningsplikt inom sjukvården anser vi att hälsoriskerna för dem som söker vård, inte skulle stå i proportion till nyttan, och att det dessutom skulle innebära en etisk stress för sjukvårdspersonalen att utföra en handling som med stor sannolikhet kan förvärra patientens hälsotillstånd.”

Bild: Unsplashed

Nytt arktiskt samarbete inom psykiatrisk omvårdnad

Text: Sebastian Gabrielsson

Omvårdnadsforskare vid Luleå tekniska universitet, Umeå universitet, Norges arktiske universitet (UiT) och Uleåborgs universitet har startat ett samarbete med fokus på psykiatrisk omvårdnad kallat *Arctic Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing Research (AAPMHNR)*. Nätverket är öppet för lärare och doktorander vid de deltagande lärosätena med intresse och engagemang i forskning inom psykiatrisk omvårdnad och psykisk hälsa.

”Initiativet kommer resultera i stärkt samverkan inom psykiatrisk omvårdnad och psykisk hälsa”, säger Sebastian Gabrielsson, biträdande professor i omvårdnad vid Luleå tekniska universitet och en av initiativtagarna.

Avsikten är att samla forskare med intresse och engagemang för psykiatrisk omvårdnad och psykisk hälsa i syfte att skapa en större forskningsmiljö och utveckla samarbeten inom forskning och utbildning. Särskilt fokus kommer att läggas vid gemensamma utmaningar och möjligheter i den arktiska regionen, t.ex. i relation till kompetensförsörjning, tillgänglighet, demografi, kulturella och språkliga minoriteter, klimat och miljö. Under 2022 har ett antal inledande digitala träffar hållits med representanter för de deltagande lärosätena. Engagemanget och intresset har varit stort. I november anordnades gemensamt ett digitalt forskningsseminarium där doktorander och forskare från respektive lärosäte presenterade pågående forskningsprojekt. Under våren planeras en första fysisk nätverksträff i Luleå. Fokus för träffen är att identifiera gemensamma intressen och möjliga samarbetsprojekt inom forskning och utbildning.

En ömtålig historia i Konradsbergs-filmerna

– VAD ÄR DET EGENTLIGEN SOM VISAS?

TEXT: Gunnel Svedberg

BILD: Wigert, Viktor, Psykiska sjukdomstillstånd, en allmänfattlig framställning, Stockholm, 1924, II, s. 65.

Gunnel Svedberg, sjuksköterska och medicine doktor i psykiatrihistoria, har tidigare medverkat i tidskrifter och antologier med artiklar om den psykiatriska vårdens historia. Nu har hon gett sig i kast med att försöka förstå hur de katalepsiliknande symtomen som finns på äldre filmer från "Konradsberg" under 1930-talet uppstod. I detta nummer av Psyche presenterar Gunnel möjliga förklaringar till fenomenen.

Filmglimtar från Konradsberg på 30-talet var ämnet för *Svenska Sällskapet för Psykiatrins historia*, våren 1987. Stumfilmer visades från en filmprojektor uppställd i kyrksalen på Rålambshovs sjukhus, den tidens namn på Konradsberg. Flertalet deltagare vid sammankomsten var äldre psykiater, många med lång erfarenhet inom yrket. Ingen ifrågasatte filmen som dokument från Konradsberg under 1920- eller 1930-talen.

Skyltar introducerade innehåll i filmernas olika avsnitt, med patienter och personal på promenadgård eller i sjukhuset vid undersökningar och behandlingar. Speciellt var det ett avsnitt som fångade intresset. I flera sekvenser syns manlig personal, som med pekpinneliknande föremål för en manlig patients arm eller ben i olika ställningar, som patienten behåller då personal avlägsnar sig från patienten. Åskådare tycks betrakta vad som förevisas, en av dem är professor Bror Gadelius.

Den sakkunniga filmpubliken konstaterade att patienterna hade symtomet katalepsi.

I ett kapitel om dementia praecox (liktydigt med schizofreni) hade psykiater Viktor Wigert beskrivit katalepsi som ”det egendomliga tillstånd, då den sjuke alldeles oombedd bevarar de ställningar man ger åt hans lemmar. Lyfter man till exempel upp hans armar så håller han dem upplyftade så länge han orkar, till dess de slutligen av trötthet sjunka ned. Den sjuke blir som en vaxdocka, som man kan ge vilken ställning som helst.”[1]

I samband med uppbyggnaden av Medicinhistoriska muséet Eugenia överfördes ett urval filmsekvenser till digital teknik och till en sammanhängande version, Konradsbergsfilmerna. Originalfilmerna kasserades som skadade och brandfarliga. Psykiatriska kliniken på Karolinska sjukhuset hade då hand om filmerna. Det var aldrig aktuellt att lämna filmkopia till museet, framförallt på grund av sekretess gällande patienter som tydligt framträdde på filmerna.

Intervjuer med sjuksköterskor ledde till att översköterskorna Ingeborg (då Ingeborg Jernryd, bosatt i Lund) och Lilly Jeppsson kunde identifieras på filmerna. Jag önskade låta Lilly Jeppsson identifiera personer och förklara omständigheter. Men filmen överlämnades inte för detta syfte. Filmerna härbärgerar en ömtålig historia.

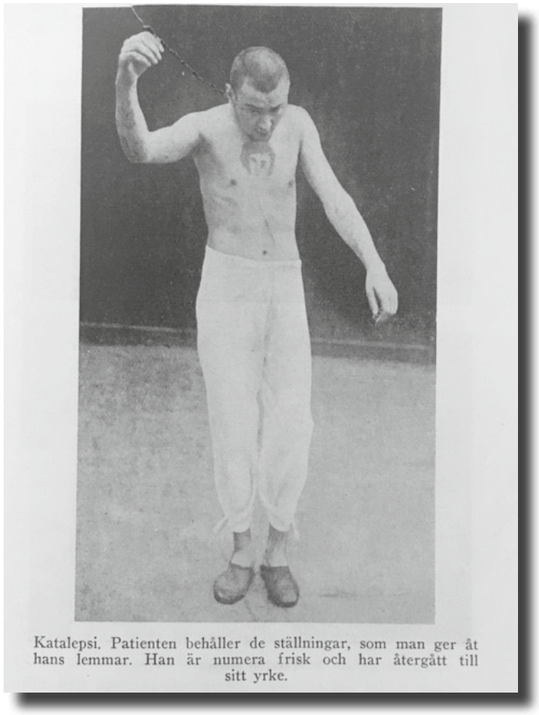
Hagströmerbiblioteket arkiverar numera de digitala filmerna. För att öka Konradsbergsfilmernas värde som tidsdokument och källa är det angeläget att spåra filmernas inspelningsår, syfte och användning.

Sedan några år har frågor återkommit om Konradsbergsfilmernas ”katalepsiavsnitt” som väcker förundran och försök att förstå. Vad är det egentligen som visas på filmen? ”Det verkar inte vara något vanligt”, ”detta är något annat”, ”dressyrliknande”.

Kanske finns ett spår till trolig förklaring i en artikel i Svenska Läkartidningen 1933, av läkaren Sander Izikowitz, *Till diskussionen rörande dementia praecox etiologi och patogenes,* Från Karolinska Institutets Psykiatriska Klinik, Stockholm.[2] Den adressen var en nyfunnen benämning på delar av Stockholms hospital ”Konradsberg” byggt 1861, där professor Viktor Wigert var klinikchef från 1928.

Artikeln *Till diskussionen rörande dementia praecox etiologi och patogenes* är en forskningsrapport på 28 sidor. Inledningsvis konstaterar Izikowitz att det saknas enighet om dementia praecox-begreppets innehåll och omfattning och om vilken betydelse som bör läggas vid benämningarna dementia praecox och schizofreni. Finns stöd för antagandet att dementia preacox är en organisk psykos, frågar Izikowitz och tecknar det internationella forskningsläget

1. Wigert, Viktor, *Psykiska sjukdomstillstånd, en allmänfattlig framställning*, Stockholm, 1924, II, s. 64.
2. Izikowitz, Sander, Till diskussionen rörande dementia praecox etiologi och patogenes. Från Karolinska Institutets Psykiatriska klinik, Stockholm. *Svenska Läkartidningen*, 1933, årgång 30, nr 19, s. 481-492. fortsättning i nr 20, s. 522-538.



Katalepsi. Patienten behåller de ställningar, som man ger åt hans lemmar. Han är numera frisk och har återgått till sitt yrke.

på 17 sidor. Forskningsresultat söktes framförallt ur kroppsvätskor från psykiskt sjuka personer med psykossymtom och från friska personer. Izikowitz gav ett exempel från eget kommande arbete över äggvitefraktionernas kvantitativa förhållande i lumbalvätskan hos friska personer samt hos psykoser av olika slag i olika faser. Trots de omfattande kliniska studierna, saknades fortfarande ökad kunskap om schizofreni. Frustrationen över forskningsläget växte med antalet sidor redovisade forskningsresultat.

”Synnerligen intressanta försök” dyker upp på de sista artikelsidorna med att ”experimentellt framkalla katatoniliknande bilder å människor och djur.” Izikowitz formulerade hypotesen ”att varje faktor som i tillräcklig grad stör det vegetativa systemets fysiologiska funktioner eller ändrar kroppsvätskornas kemiska sammansättning, hos individer med vissa konstitutionella anlag förmår rubba hjärnans funktioner på så sätt, att schizophrena symtombilder uppstå,” men Izikowitz konstaterade att det är relativt lätt att konstruera teorier vid skrivbord. Han saknade de nödvändiga tillförlitliga premisserna, som grund för hypoteser och teorier. Det vore önskvärt att ”parallellt med omsorgsfulla kliniska och patopsykologiska studier utföra systematiska somatologiska undersökningar under tillfredställande försöksbetingelser och med vederhäftig teknik. Ty endast på det sättet torde den psykiatriska forskningen få någon större chans att komma till någon fördjupad kunskap på detta utomordentligt svårbearbetade område.” (Izikowitz, 1933, s. 534-8.)

Katalepsi tycks vara den ”schizophrena symtombild” som Izikowitz fann önskvärt att utforska med kliniska experiment. Izikowitz nämner ämnen, som på senare tid, vid injektion har framkallat katatoniliknande bilder på människor och försöksdjur: bulbocapnin, meskalin, acetylcholin, Cannabis indica, adrenalin och ”katatonin”.

Sander Izikowitz framstår i artikeln *Till diskussionen rörande dementia praecox etiologi och patogenes* som ideolog och organisatör vid försök att experimentellt framkalla katatoniliknande tillstånd. Jag antar att Sander Izikowitz genomförde kliniska försök som filmades på Konradsberg, troligen 1931.

Sander Izikowitz var från 1929 knuten till Stockholms hospital, Konradsberg. I årsberättelse 1929 för Stockholms hospital, står medicine kandidat Sander Izikowitz omnämnd för tiden från maj till årets slut. Året därpå fortsatt tjänstgöring för Sander Izikowitz som klinisk amanuens. Den 15 juli 1930 blev Sander Izikowitz förordnad som extra ordinarie amanuens vid kliniken, av Karolinska Institutets kollegienämnd.

År 1931 blev 100 platser på sjukhuset reserverade för psykiatrisk klinik med fullt fria intagningsmöjligheter. ”Väsentligen för lindrigare sjuka och för fall, som intagits för diagnos eller specialundersökningar o dylikt ävenledes för patient som inte tillhör upptagningsområdet.” Vidare i årsberättelsen för år 1931 nämns att flera vetenskapliga arbeten är i gång på sjukhuset och redan har lämnat värdefulla resultat. Laboratoriearbetet har bedrivits med stor livlighet och intresset för klinikens arbete har givit kliniken oavlönade assistenttjänstgöringar via Karolinska Institutet, enligt årsberättelsen 1932.

I inspektörers berättelser från Stockholms hospital åren 1930–1933 finns inte benämningen ”Karolinska Institutets Psykiatriska Klinik, Stockholm”. Det är troligt att nya namnet inte godtogs i praktiken. I inspektörernas berättelser saknas också uppgifter om vetenskapliga arbeten vid Stockholms hospital. Hur kan detta förstås? Uteslöts vissa känsliga uppgifter från inspektionerna för att rapporteras och diskuteras separat?

Sander Izikowitzs artikel om experimentellt framkallade sjukdomsliknande symtom hos friska och psykiskt sjuka personer, saknar helt etiska överväganden. Att framkalla schizofreniliknande tillstånd, för att på så sätt förstå orsaker till schizofreni och därmed kunna förebygga och behandla sjukdomen, kunde troligen vid denna tid förstås som en självklart prioriterad och försvarbar uppgift.

Sander Izikowitz kom 1942 till Beckomberga sjukhus, från 1959 med professors namn. Åren 1952–62 var Izikowitz styresman på Beckomberga sjukhus.

DAGS ATT SÖKA

specialist utbildning

Då var det åter dags att sammanställa landets specialistsjuksköterskeutbildningar med inriktning psykiatrisk vård inför kommande antagningar. Anmälan för höstens omgångar av utbildningen pågår **mellan den 15 februari och 15 mars.** Vid flera lärosäten kan du läsa redan i höst 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 MED INRIKTNING PSYKIATRISK VÅRD:

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.	HT24	Johanna Tell johanna.tell@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.	HT23	Lena Johansson lena.maria.johansson@gu.se Lilas Ali lilas.ali@gu.se
Högskolan i Borås	Borås	Halvfart, 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.	HT24	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.	HT24	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.	HT23	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	HT23	Patrik Rytterström patrik.rytterstrom@liu.se
Linnéuniversitetet	Växjö/Otsoberoende	Halvfart. Internetbaserad distans med vissa studietillfällen på studieort (0-2 träffar per termin).	Verksamhetsförlagd utbildning integreras i programmets kurser. Centralt är specialistsjuksköterskans ledning och utveckling av psykiatrisk omvårdnad. Utmärkande är utveckling av etisk kompetens och samtalskompetens.	HT23	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.	HT23	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.	Pausad	Sigrid Stjernswärd sigrid.stjernsward@med.lu.se
Marie Cederschiöld Högskola (fd Ersta Sköndal Bräcke)	Stockholm (Södermalm)	Halvfart, webbaserad undervisning med ca 10 schemalagda seminariedagar per termin (max fyra Campusförlagda tillfällen per termin).	Specialistprogram för framtidens psykiatriska vård. Fokus är specialistsjuksköterskans ansvar att leda och utveckla psykiatrisk omvårdnad. Huvudämnet är vårdvetenskap. Vårdetik- och livsåskådningsvetenskap är profilområden.	HT23	Pernilla Omerov Pernilla.omerov@mchs.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.	Pausad	Slobodan Zdravkovic slobodan.zdravkovic@mau.se
Mittuniversitetet	Ortsoberoende	Distansutbildning och omfattar två års deltidsstudier	Utbildningens syfte är att skapa förutsättningar för sjuksköterskor att verka inom det komplexa område som utgör psykiatrisk hälso- och sjukvård. Detta innebär förebyggande arbete såväl som omvårdnad och rehabilitering av människor i alla åldersgrupper inom öppen eller sluten vård. Insikt i aktuellt forsknings- och utvecklingsarbete, och fördjupad metodkunskap inom huvudområdet för utbildningen.	HT23	Annette Björk annette.bjork@miun.se Lars Hammarström lars.hammarstrom@miun.se
Mälardalens universitet	Västerås/ Eskilstuna Varannan delkurs på resp ort.	Normal. Helfart, men går att läsa på reducerad fart under två år.	Programmets inriktning utgörs av personcentrerad psykiatrisk omvårdnad grundad i ett livsvärldsperspektiv med starkt fokus på återhämtning. Pedagogiken baseras på flipped classroom/blended learning och där färdighetsövningar är ett stående inslag.	HT23	Oona Lassenius oona.lassenius@mdu.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.	HT23	Jenny Karlsson jenny.karlsson@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.	HT24	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.	HT24	Caisa Öster caisa.oster@neuro.uu.se

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

Bild: Unsplashed

Fortsatt debatt kring PSYKIATRISK DIAGNOSTIK

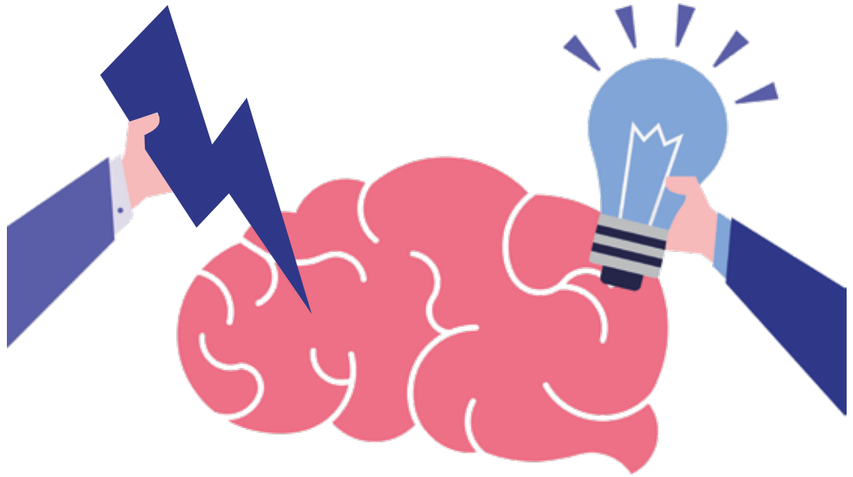


Bild: Rawpixel

TEXT: Simon Notman Steinmo

Under förra året kunde vi läsa debattinlägg som *”Hejda diagnosinflationen i den svenska psykiatrin”* (DN 220415) och *”Hjälper diagnoserna verkligen våra unga?”* (Aftonbladet 220205). Senast att ge sig in i debatten var radioprogrammet Filosofiska rummet som ställde frågan *”Vad händer om vi tar bort psykiatriska diagnoser?”* (P1 221211). Under radioprogrammet gick panelen igenom den psykiatriska diagnostikens historia, reflekterade kring hur vissa diagnoser verkar gå i trender samt spanade om hur diagnostiken kommer att förändras framöver. Specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård Simon Notman Steinmo har lyssnat och gör för Psyches räkning en sammanfattning av huvudpoängerna i programmet samt redogör för andra viktiga röster i debatten kring psykiatriska diagnoser.

DEN HISTORISKA UTVECKLINGEN AV PSYKIATRISK DIAGNOSTIK

Annika Berg, docent i idéhistoria, beskriver i Filosofiska rummet hur kategorisering av ohälsa eller avvikande beteenden pågått under tusentals år, men att under tidigt 1900-tal så påbörjas en mer vetenskapligt utformad indelning av psykiska sjukdomar, bland annat i Emil Kraepelins läroböcker vars målgrupp utgjordes av framför allt andra läkare. När psykoanalysen under tidigt 1900-tal blir ett hett samtalsämne i den övre medelklassen uppstår också ett större allmänintresse för psykiatriska förklaringsmodeller. Under 60-talet och 70-talet är psykoanalysens diagnostik dominant, framför allt i USA men till stor del även i Europa - detta förändras när DSM-3 kommer ut.

FRÅN DRÖMTYDNING TILL DSM

”Psykiatrisk diagnostik förflyttar sig från behandlingsrummet till cocktailpartyt. Människor som tidigare pratat om betydelsen av sina senaste drömmar började fundera över vilken DSM-diagnos som passar bäst in på dem”. Så beskriver Allen Frances, psykiater och ordförande för DSM-4-kommittén, den stora och oväntade publika uppmärksamhet som DSM fick i slutet av 70-talet och början av 80-talet. DSM-3 var en diagnosmanual för psykisk ohälsa som inte baserades på psykoanalytiska förklaringsmodeller utan utgjordes av en samling specifika kriterier - varken orsak eller behandling av tillståndet beskrevs. En tanke med detta sades vara att öka chansen att så många som möjligt, oavsett teoretisk bakgrund, skulle kunna vara överens om diagnoskriterierna och därmed ha en gemensam utgångspunkt. Enligt Allen Frances innebar ett gemensamt diagnossystem att förutsättningarna för forskning och behandling inom det psykiatriska fältet genomgick en revolution. Dock blev denna avskalning av diagnoserna också en grund för kommande kritik.

KRITIK MOT DSM-SYSTEMET

Psykiatern och forskaren Christian Rück sammanfattar i sin bok ”Olyckliga i paradiset” kärnfullt kritiken mot DSM-systemet på följande sätt: ”Den kanske viktigaste kritiken av dagens psykiatriska diagnoser är att de är dumma. Med dumma menas att de endast beskriver ett tillstånd men inte närmare dess natur”. Vi får alltså reda på hur exempelvis en depression ter sig, men inte vad den är. Psykologen och psykoanalytikern Jonathan Shedler invänder på liknande sätt kring DSM: ”Diagnoser listade i DSM […] är överenskomna kategorier – en sorts genväg – för att beskriva symtom. Generaliserat ångestsyndrom innebär att en person haft ångest eller oroat sig i sex månader eller längre och att det orsakat problem – ingenting annat. Diagnosen är en *beskrivning*, inte en *förklaring*. Att säga att ångest är orsakat av generaliserat ångestsyndrom är lika logiskt som att säga att ångest är orsakat av ångest”.

I Filosofiska rummet diskuteras också hur biomedicinska förklaringsmodeller till psykisk ohälsa flyttar fokus från strukturella och kontextuella faktorer som exempelvis ökad stress i arbetslivet, ojämlikhet, nedskärningar i välfärden, mm.

EN SLÄNG AV ADHD

”Psykiatriska diagnoser saknar olika biologiska markörer” säger Fredrik Bengtsson i Filosofiska rummet. Här utgör alltså anamnes, observationer och det aktuella tillståndet det enda underlaget för diagnostik. Enkelheten i användningen av diagnossystemet och även de hjälpverktyg och skattningsskalor som finns kan öka risken för förhastade slutsatser och för tidigt satta diagnoser. Jörgen Herlofson, som översatt DSM till svenska, har skrivit att verktygen och skalorna aldrig får ersätta den kliniska bedömningen och att det är mycket viktigt att bedömningen görs av någon med goda kunskaper i psykiatrisk patologi.

Den viktiga bedömningen huruvida den samlade symtombilden innebär psykisk ohälsa eller finns inom ramen för normalt lidande är en bedömningsfråga där ”cut off-nivån” blir upp till varje användare att sätta. Kanske är det denna diffusa gräns som låtit diagnoserna bli en del av vardagsspråket där de allra flesta kan uppleva att de har en ”släng av ADHD” eller är ”lite bipolär”? Kanske kan denna normalisering minska stigmat kring psykiska diagnoser, men riskerar samtidigt en urvattning av diagnoserna som i längden kan förminska det stora lidande som psykisk ohälsa kan innebära.

EN DIAGNOS BÖR SKRIVAS MED BLYERTS

Jörgen Herlofson problematiserar också att utredning i hög grad särskiljts från behandling, där behandling och resultaten av behandlingen bör vara en del av den pågående utredningen. ”En diagnos bör skrivas med blyerts” uttrycker psykiatern Allen Frances i en intervju och menar att en diagnos behöver kunna revideras kontinuerligt.

Allen Frances har uttryckt en hel del kritik kring hur DSM används men ser också positiva sidor med diagnossystemet: i bästa fall bör en diagnos utgöra ett positivt ögonblick i en människas liv, där diagnosen kan hjälpa personen att känna sig förstådd, minska oron och osäkerheten kring framtiden och hjälpa vårdpersonal att välja rätt behandling.

En felaktig diagnos däremot kan leda till stigma, till felbehandling och till svårigheten att någon gång bli fri från diagnosen.

PSYKIATRISKA DIAGNOSER SOM VERKTYG FÖR SJÄLVFÖRSTÅELSE OCH SJÄLVINSIKT

”Diagnoser har blivit viktiga för oss i vårt identitetsskapande” säger Fredrik Svenaeus i Filosofiska rummet och menar att diagnoserna har blivit ett verktyg för hur vi förstår oss själva. Men är det verkligen så DSM var menat att användas? Psykiatern Awais Aftab skriver i sin blogg ”Psychiatry at the margins” att DSM lämpar sig synnerligen illa som verktyg för självförståelse och att det heller aldrig var syftet med systemet. Awais Aftab menar att DSM:s tillgängliga språk och avskalade form tillät systemet att användas i andra syften än den var menad att användas för. Exempelvis för ”självdiagnostik”, eller genom att användas i media där användningsinstruktionerna eller begränsningarna kring systemet inte framgår.

Ett annat problem enligt Aftab är att DSM-diagnoserna fick en sådan kraftig särställning att både farmakologiska, psykoterapeutiska och övriga behandlingar i stor utsträckning kopplades till en DSM-diagnos vilket skapat en loop där det är svårt att t.ex. få finansiering för forskning som rör sig utanför diagnossystemet.

ALTERNATIVA DIAGNOSSYSTEM (ELLER INGET DIAGNOSSYSTEM?)

Trots ovan beskrivna loop-effekt är DSM som bekant inte det enda diagnossystemet inom psykiatrin. 2017 lanserades HiTop som ett alternativ till DSM och ICD där målet inte är att komma fram till en psykiatrisk diagnos utan att skapa en nyanserad och holistisk bild av en persons psykiska lidande. Detta genom att gradera olika symtom, personlighetsdrag och faktorer på ett kontinuum utan att dra en gräns mellan sjukt och normalt.

Även NANDA som ofta används inom omvårdnad/vårdvetenskap både kliniskt och i forskning kan räknas som ett separat diagnossystem eller taxonomi.

Så är framtiden ett nytt diagnossystem eller en psykiatri där flera parallella diagnossystem används? ST-läkaren Fredrik Bengtsson spanar i Filosofiska rummet och menar att det senare kommer bli fallet. Panelen i Filosofiska rummet är enig i att om psykiatriska diagnoser skulle tas bort så kommer det sannolikt att ersättas av andra kategorier. Men måste det vara så?

Phil Barker och Poppy Buchanan-Barker refererar i boken “Tidvattenmodellen” - ett centralt verk inom psykiatrisk omvårdnad - till Thomas Szasz som ställer sig starkt kritisk till psykiatrisk diagnostik och beskriver kategoriseringen av psykisk ohälsa som ett moraliskt dömande och maktmedel där den professionella tolkningen övermannar och dränker den personliga. Istället bör sjuksköterskan ägna sig åt att optimera styrkan i personens egen berättelse och lotsa personen i dennes resa mot självläkande.

SJUKSKÖTERSKANS ROLL I PSYKIATRISK DIAGNOSTIK

”Psykiatrisk diagnostik är alltför viktigt för att lämnas exklusivt i händerna på psykiatriker” skriver Allen Frances. Han menar att sjuksköterskor, övriga yrkesgrupper och brukare bör vara representerade i arbetet kring diagnostik, samt att forskning och utvärdering kring diagnostik och behandling i högre grad bör ske inom klinisk praktik.

Att DSM och det biomedicinska synsättet utgör ett starkt paradigm inom den psykiatriska vården är tydligt, men enligt ett personcentrerat arbetssätt är det lika betydelsefullt hur personen själv formulerar sig kring sin psykiska ohälsa som vårdpersonalens formuleringar. Det innebär att vi som sjuksköterskor bör ge individen en stark talan i hur exempelvis symtom ska benämnas. Vi borde kanske oftare i mötet med varje enskild patient öppna upp för diskussion – vad betyder den här diagnosen för dig? Är den viktig? Ger den dig någon förklaring eller svar? Hur skulle det vara att inte ha någon diagnos alls?

CARL ESTENFELD
PSYKIATRISK CL-SJUKSKÖTERSKA,
KONSULTENHETEN VID
PSYKIATRI SYDVÄST
carl.estenfeld@gmail.com
FOTO: PRIVAT

Specialistsjuksköterskans omvårdnadskompetens ovärderlig inom konsultpsykiatrin

TEXT: Carl Estenfeld, Specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård, Konsultenheten M58, Region Stockholm

Bild: Pexels

PÅ KONSULTENHETEN (Psykiatri sydväst) vid Karolinska Huddinge i Stockholm är vi fyra specialistsjuksköterskor med inriktning psykiatrisk vård och ca 10 läkare i olika tjänstgöringsgrad. Vi arbetar mot den somatiska vården på Karolinska Huddinge där vi försöker integrera psykiatrisk och somatisk vård, det som internationellt bland annat kallas för Consultation-liaison psychiatry (CL). CL-psykiatrin gör mer än akuta bedömningar, ambitionen är att ha en långsiktig plan med hela patientens behov i fokus, att vara en sammanlänkande brygga inom vården. Det är ett fält inom psykiatrin som inte är så etablerat i Sverige men som är stort i bland annat Storbritannien, Tyskland, Australien, USA m.fl. Vi arbetar på somatiska vårdavdelningar samt har även mottagningsverksamhet där vi försöker se hela människan utifrån ett bio-psyko-socialt perspektiv. Ambitionen är att barriärerna mellan professioner och specialiteter inte ska bli något hinder utan där patientens behov kommer i första hand. Exempelvis kan hjärtklappningar inom somatisk kontext tolkas som något kardiologiskt, som läkemedelsbiverkningar eller liknande medan man i psykiatrisk kontext kanske i stället tänker på ångest. Där kan vi komma in och göra en bedömning med utgångspunkt i helheten via det bio-psyko-sociala synsättet som förhoppningsvis hjälper både patienten och inremitterande instans, där det somatiska och psykiatriska kan samvariera. Internationella studier om CL-psykiatri har visat att verksamheten är ekonomiskt försvarbar då varje ekonomisk investering ger dubbelt tillbaka då det generellt resulterar i bland annat kortare vårdtider och hälsovinster.

SJUKÖSTERSKANS OCH OMVÅRDNADENS ROLL

Konsultenheten har flera olika samarbetspartners, men vi sjuksköterskor är mest involverade i specialistmödravården, infektionsmottagningen (HIV) och neurologimottagningen (funktionella symptom). Områden under uppbyggnad som kan nämnas är bedömningar inför transplantationer och akut konfusion/delirium inom geriatriken. Min kollega Peter Lindhamre har varit involverad i ett nytt arbetssätt med extravak inom somatisk vård för att minska behovet av LPT.

Som sjuksköterska är man sedan grundutbildningen van vid att försöka se till hela människan, men när man kommer ut i den kliniska vardagen glöms det ofta bort. På mottagningar eller vårdavdelningar är personalen ofta stressade på grund av olika anledningar men där hög belastning ofta är en anledning. Det försöker CL-psykiatrin på ett sätt kompensera för genom att kunna ta sig tid för att lyssna på hela patientens historia, inte bara det som rör just min specialitet.

Läkare söker traditionellt ofta biologiska förklaringsmodeller till symptom och lutar sig gärna mot läkemedelsbehandling, som sig bör, då det ofta är deras främsta verktyg. Läkemedel kan vara effektiva men många gånger kan ett omvårdnadsperspektiv vara det mest hjälpsamma eller komplettera en farmakologisk behandling. Som exempelvis en orolig geriatrisk patient som vandrar i korridoren och inte medverkar i vården. Där tänker den biologiskt orienterade många gånger att man ska dämpa symptomen med läkemedelsbehandling, men vid akut konfusion bör omvårdnad vara förstahandsbehandling och läkemedelsbehandling något som ska tas till när inget annat fungerar. Där har vi som sjuksköterskor en utmaning att ta mer plats, lyfta fram vår kompetens och stå upp för omvårdnaden. Att då komma till en vårdavdelning och påpeka vikten av omvårdnad är inte alltid okomplicerat då vårdpersonalen kan ha svårt att hinna med att utföra den omvårdnadsplan som rekommenderas. Och även inom vårt skrå smyger det sig ofta in önskemål om att det är bättre att medicinera bort symptomen i stället för att förändra sitt bemötande och utöka omvårdnaden. Det tar ofta mer energi och tid i en arbetssituation som redan från början kan upplevas som pressad. Det är välkänt hur ansträngande det kan vara att arbeta som sjuksköterska på en somatisk avdelning, där bemanningen kan vara ansträngd och omsättning av personal frekvent. Att då få in arbetssätt kring omvårdnadsbehov som man traditionellt inte är van vid kan upplevas mer som en belastning än till hjälp. Därför kan det även behövas en del strategier och pedagogiskt tänkande för att kunna nå vårdpersonalen som är de som i slutändan träffar patienten mest. En annan del som kan försvåra vården är att sjuksköterskor saknar en tradition av att ta hjälp av varandra, att skriva en remiss till en kollega för bedömning av omvårdnadsbehov ses nästan som något excentriskt eller kuriöst.

OMVÅRDNADEN INOM CL-PSYKIATRIN

När jag anställdes på Konsultenheten fick jag en klinisk utbildning/handledning i Consultation-liaison psykiatri av erfarna överläkare på Konsultenheten under ett år. Jag fick läsa in mig på olika områden och auskultera inom olika verksamheter både inom psykiatrisk- och somatisk vård för att få bred kompetens. Sedan åkte jag även på en CL-konferens i Berlin samt fick deltaga på Konsultenhetens METIS-utbildning för ST-läkare som är intresserade av CL-psykiatri. Formella utbildningar som jag gick var motiverande samtal (MI) och fokuserad acceptance and commitment therapy (FACT). Introduktionen i fältet CL-psykiatri var genomtänkt och grundlig men det som har saknats är introduktion inom CL-omvårdnad. Då min utbildning har formats av läkare har fokus naturligt varit utifrån deras perspektiv. När jag söker litteratur för idéer och inspiration om hur vi ska utvecklas är utbudet ganska begränsat i omvårdnadslitteraturen. Utomlands verkar många verksamheter ha sjuksköterskor som basen medan på vår enhet är läkarna basen då de är en större grupp och med lång erfarenhet och hög kompetens. I den miljön kan det bli svårt att lyfta fram omvårdnadsperspektivet och vad vi kan tillföra. Vi utvecklas hela tiden men måste hela tiden ta hänsyn till vad de inremitterande enheterna skriver för remisser till oss, vad önskar de hjälp med och vad har patienterna för behov? På ett stort akutsjukhus som Karolinska Huddinge är det svårt att ha personliga relationer med alla avdelningar och verksamheter och på det sättet berätta att vi finns och vad vi kan erbjuda. Många remisser som kommer från sjukhuset till psykiatrin handlar om akuta frågeställningar som suicidalitet, depression eller hög ångest och då hamnar det ofta hos läkare i första hand. Den mer långsiktiga processen där CL-psykiatrin är en naturlig del av vårdkedjan fungerar bäst med de mottagningar där vi finns involverade i verksamheten på ett planerat sätt som i exempelvis specialistmödravården där vi kan vara med vid förlossningsplanering, uppföljning på BB och även en tid efter förlossningen.

EN TYPISK ARBETSDAG

Vi har ett morgonmöte varje morgon där vi går igenom inkomna remisser och diskuterar vad det kan tänkas röra sig om och vem som har tid och intresse för att ta sig an uppgiften. Här kan vi även diskutera kortare frågeställningar eller uppdateringar kring intressanta remisser eller svåra fall från tidigare i veckan. Längre frågeställningar tas upp på behandlingskonferens en gång i veckan. Efter morgonmötet och remissfördelningen startar det kliniska arbetet. Det kan vara ett bokat öppenvårdsbesök eller att börja läsa in sig på någon av dagens remisser. Om man går på en remiss ute på sjukhuset tar det i regel 1,5 timme med inläsning, samverkan med vårdpersonal och administration. Sjuksköterskor kan gå själva på remisser eller vid behov tillsammans med läkare, beroende på frågeställning. Ofta resulterar ett besök från en sjuksköterska i en omvårdnadsplan som man sedan ska försöka få den somatiska vårdpersonalen att omsätta i praktiken. Olika patienter och frågeställningar tar olika lång tid, vi träffar personer som har allt från okomplicerade krisreaktioner till mer svårbedömda tillstånd som kräver flera besök och samverkan. Sedan är en viktig del av arbetet att följa upp vårdplaner och patienter som vi träffat tidiagre. Olika dagar ser olika ut, men flera dagar i veckan sitter vi med på ronder där frågeställningar kring eventuell psykiatri diskuteras. Man kan då få handleda personal eller be om att få en remiss när det verkar motiverat med en klinisk bedömning.

TIDSGEOGRAFISKA LIVSLINJER, EN METOD FÖR PSYKIATRISK OMVÅRDNAD

FÖRFATTARE: Charlotta Sunnqvist, Lotta Sjögran och Emma Mårdhed

Att skapa livslinjer för patienter i olika sammanhang är för många av oss ganska välbekant, men vad innebär tidsgeografiska livslinjer? Hur kan dessa användas av specialistsjuksköterskan i den psykiatriska omvårdnaden? I denna artikel berättar författarna om en narrativ omvårdnadsmetod som kan hjälpa till att skapa en helhetsbild av patientens livsförlopp och stärka den personcentrerade vården.

Emma Mårdhed, Charlotta Sunnqvist, Lotta Sjögran.
Foto: Daniel Schmölker, Malmö universitet.

FÖR CIRKA HUNDRA ÅR SEDAN försökte psykiatrikerna Emil Kraepelin (1921) och Adolf Meyer (1948) ordna predisponerade och utlösande händelser kronologiskt i så kallade livslinjer för att kunna se och förstå helheten av en patients liv. Detta är en metod som kan användas även idag och som är applicerbar i den psykiatriska omvårdnaden, där den narrativa berättelsen från patienten är stommen.

Omvårdnad som disciplin tar sin utgångspunkt i humanvetenskapen där människan förstås genom hennes livsförlopp och som en del av det sammanhang hon verkar i. Inom psykiatrisk omvårdnad betonas hälsoprocesser ur ett helhetsperspektiv liksom de livsförhållanden och levnadsvillkor som bidrar till hälsa.

Patientens livsberättelse har även en central roll i den personcentrerade vården. Som specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård ska man utifrån ett personcentrerat förhållningssätt tillvarata patientens erfarenheter och behov i planeringen. I den personcentrerade vården sker en övergång från att betrakta patienten som en passiv mottagare av medicinska insatser och där fokus ligger på patientens behov till att i stället fokusera på ett partnerskap mellan vårdgivare och patient där insatser planeras utifrån patientens berättelse och resurser. Delaktighet mellan vårdgivare och patient är uttalad i den personcentrerade vården och detta ger ett ökat utrymme för patienten att uttrycka frågor och eventuell oro. Därför är kommunikationen och lyhördheten en väsentlig del i processen.

TIDSGEOGRAFISKA LIVSLINJER

Vi har använt en tidsgeografisk metod som ursprungligen introducerades av Torsten Hägerstrand. Metoden använder geografin som ankare för att väcka patientens autobiografiska minne såsom personlig information om generella och specifika händelser i en persons liv. Metoden samlar på ett strukturerat sätt information om patientens livshistoria. Den tidsgeografiska livslinjen kartlägger patientens liv med både sociala och stressfyllda händelser. Genom att noggrant och strukturerat lyssna på patientens berättelse skapas en möjlighet att bli medveten om patientens kunskap om sig själv liksom förutsättningar för återhämtning utifrån ett salutogent perspektiv.

Den tidsgeografiska intervjun följer patientens geografiska flyttningar och livshändelser kontinuerligt i tid och rum. Datorprogrammet GeolifeGraph® används och intervjun startar med att fråga vilket år och var patienten är född någonstans. Livslinjen byggs upp och x-axeln noterar de geografiska flyttningarna och y-axeln åren. Först registreras patientens geografiska flyttningar genom livet och därefter noteras alla sociala händelser dvs familj, skolgång, arbete. Därefter läggs alla stressfyllda händelser som skett kontinuerligt och dess emotionella inverkan på patienten. Flera lager kan läggas på som kan beskriva exempelvis sjukvård, kriminalitet och våldsutsatthet.

Kent är 45 år, han är född och uppvuxen i Malmö men flyttar till Sjöbo som 4-åring. I Sjöbo går han ut skolan och får sitt första jobb. Som 22-åring flyttar han med sin flickvän till Nyköping där de får jobb och bildar familj. Han bor i Nyköping i drygt 20 år innan han flyttar tillbaka till Malmö.

När Kent är runt fem år, börjar hans mor systematiskt att psykiskt misshandla honom genom upprepade förnedringar och förödmjukelser, detta övergår så småningom även till fysisk misshandel. Kents föräldrar skiljer sig när han är 11 år och vid samma tid börjar Kent få svårigheter i skolan och känner sig väldigt ensam, vilket han känner i nästan 30 år. Förutom våldet från modern börjar han nu utsättas av fysiskt våld även från sin styvfar. Kents upplevelse av ensamhet intensifieras och leder till svår ångest. Han röker cannabis dagligen för att stå ut. Efter gymnasiet drabbas han av en depression. Han testar då amfetamin och upplever att han "orkar livet" på ett annat sätt. För att "landa" efter ruset tar han opioider. Dessa tar över alltmer och till slut injicerar Kent heroin flera gånger dagligen. Han tar en oavsiktlig överdos. I samma period får han veta att han ska bli pappa och söker därför vård. Han påbörjar LARO innan första barnet föds. Efter några bra år börjar han dricka alltmer och han har svårt att ta hand om sina barn och att sköta sitt jobb. Äktenskapet slutar i skilsmässa och han flyttar till Malmö. Åter drabbas han av depression och ångest. Se bilden på nästa sida för Kents tidsgeografiska livslinje.

TIDIGARE FORSKNING

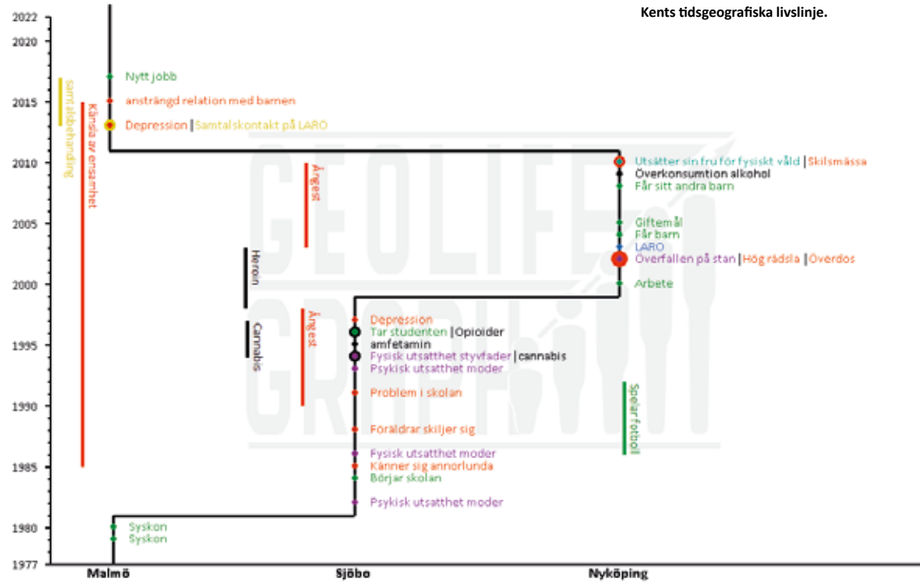
I dagsläget har vi gjort ett flertal studier där vi använt tidsgeografiska intervjuer med patienter inom allmänpsykiatri och beroendevård. Den första studien, 2007, var att beskriva och utvärdera metoden tillsammans med patienter som vårdas inom psykiatrin. Livslinjen gav information om patientens sociala kapacitet, likaså predisponerande som utlösande livshändelser. Alla patienterna gav sitt omdöme om metoden och de flesta uttryckte att de var positiva. Patienterna tyckte det var viktigt att diskutera sociala och stressfulla händelser så personalen får en överblick om patientens hela livshistoria och inte endast utlösande händelser. Den andra studien gjordes 2013, där användes metoden med patienter som nyligen gjort ett suicidförsök. Syfte var att använda den tidsgeografiska livslinjen i bedömning av suicidrisk tillsammans med patientens coping-strategier. Livslinjen visade faktorer som måste bedömas vid suicidrisk dvs händelser innan suicidförsöket, motiven, problemen för patienten, familj och personlig historia, social kapacitet, psykiatrisk anamnes, coping-strategier och socialt stöd. Resultatet visade också att tidsgeografiska livslinjen stärker den heltäckande bilden av en patients livshistoria. Metoden var även bra som kommunikationsverktyg och upplevdes (var?) terapeutisk.

Den tredje studien gjordes 2015 och beskrev våldsutsatta kvinnor som sökt psykiatrisk vård. Livslinjerna visade att de kvinnor som blivit utsatta för övergrepp under barndom sällan berättade för någon om deras utsatthet. Kvinnorna som blev utsatta som vuxna berättade för formella nätverk som sjukvård för vård och stöd. De kvinnor som uppgav få händelser av övergrepp under barndom uppgav mindre psykisk ohälsa. Vuxenlivet var den period i livet där övergreppen var mest förekommande

PÅGÅENDE FORSKNING

Under åren 2019–2021 har studenter, som gått specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning psykiatrisk vård vid Malmö universitet, gjort tidsgeografiska livslinjer med patienter under studenternas verksamhetsförlagda utbildning, VFU. Efter deras VFU genomfördes fokusgruppsintervjuer där studenterna beskrev sina upplevelser av att använda metoden. Vårt preliminära resultat visar att studenterna ansåg att metodens narrativa utgångspunkt främjade ett holistiskt och ett personcentrerat förhållningssätt.

Inom läkemedelassisterad rehabilitering vid opioidberoende, LARO, genomfördes tidsgeografiska livslinjer med patienter under 2020 - 2021. Syftet var att identifiera hur livet sett ut innan opioidberoendet samt efter inträde i behandlingen. Resultatet visade att utanförskap och brist på sammanhang var förekommande redan från barndoms- och tonårstiden. I vuxenlivet innan LARO eskalerade svårigheterna i livet och utanförskapet ökade än mer. Respondenterna uppgav fler stressfulla händelser efter att de påbörjat LARO men uppgav att de upplevde att det var lättare att hantera detta då de nu tack vare behandlingen hade en tillhörighet och ett sammanhang.



I ett annat pågående forskningsprojekt genomförs tidsgeografiska livslinjer med manliga patienter inom allmänpsykiatrisk- och beroendevård. Patienterna hade erfarenheter av våld tidigare i livet, både som utsatta och förövare. Preliminära resultat visar att många av männen uppger våldsutsatthet redan i barndomen och flertalet uppger att det var en närstående som utsatte dem för upprepade övergrepp.

TIDSGEOGRAFISKA LIVSLINJER SOM METOD I PSYKIATRISK OMVÅRDNAD

Det väsentliga med tidsgeografiska livslinjer är att lyssna på patientens livsberättelse. Genom att förstå patientens historia kan vi också bättre förstå den situation patienten befinner sig i just nu. Det är en metod som illustrerar patientens narrativa berättelse men som också gör patienten delaktig. Om bilden av patientens livslinje journalförs innebär det att patienten inte behöver berätta sin historia om och om igen för sjukvårdspersonal. Bilden visar både social kapacitet, stressfyllda händelser, somatisk och psykiatrisk anamnes, men också patientens resurser. Tidsgeografiska livslinjer har ett salutogent arbetssätt eftersom man ser när livet har fungerat. Det stärker patienten som får en tilltro till sin egen förmåga samt ett inflytande att påverka sin situation. Det bidrar till ett personcentrerat förhållningssätt så att patienten får till stånd sin återhämtning och hälsa. En annan fördel med tidsgeografiska livslinjer, förutom att patienten är delaktig, är att metoden är ett kommunikationsverktyg som är terapeutiskt. Metoden börjar neutralt med att rita upp patientens förflyttningar i livet, därefter sociala händelser. När stressfyllda händelser ska läggas till har specialistsjuksköterskan byggt upp en allians med patienten. Då livslinjen är färdig kan man tillsammans diskutera händelser, resurser och vad som behöver åtgärdas för att få till stånd en återhämtning. Med hänsyn därtill kan de tillsammans skriva en omvårdnadsplan där nuet har förankrats i patientens egna och hela livshistoria. Tidsgeografiska livslinjer är alltså en gedigen metod i psykiatrisk omvårdnad där patientens livsberättelse står i fokus för patientens väg mot återhämtning. Dessutom är metoden ett kommunikationsverktyg som främjar en terapeutisk allians med patienten och där patientens situation, kapacitet och resurser dokumenteras.

LÄS MER

- Sunnqvist, C., Rämgård, M., Örmon, K. (2020) *Time geography, a Method in Psychiatric Nursing Care. Issues in Mental Health Nursing,* 41(11), 1004-1010.
- Örmon, K., Torstensson-Levander, M., Bahtsevani, C., Sunnqvist, C. (2015) *The life course of women who have experienced abuse – a life chart study in general psychiatric care. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,* 22(5), 316-325.
- Sunnqvist, C., Persson, U., Westrin, Å., Träskman-Bendz L., Lenntorp, B. (2012) *Grasping the dynamics of suicidal behaviour: combining time-geographic life charting and COPE ratings. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,* 20(4), 336-44.
- Sunnqvist, C., Persson, U., Lenntorp, B., Träskman-Bendz, L. (2007) *Time geography: a model for psychiatric life charting? Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,* 14(3), 250-257.

27-28 APRIL 2023 MÖTS VI ÄNTLIGEN FÖR

Konferens och årsmöte i Göteborg

På konferensen kan ni bland annat lyssna till våra huvudtalare:
OILI DAHL Ordförande Svensk sjuksköterskeförening
BENGT SPROWEDE, Hjärnkollsambassadör
ANNA BJÖRKDAHL, Specialistsjuksköterska och forskare
ULLAKARIN NYBERG, Psykiatriker

TEMA: SPECIALISTKOMPETENS - FRÅN VUBBAD PSYKSYRRA TILL SPECIALISTSJUKSKÖTERSKA I PSYKIATRISK VÅRD

FRAM TOM DEN 31/3 KAN DU FORTFARANDE:
• Nominera till Årets specialistsjuksköterska
• Skicka in abstrakt för posterpresentation
• Anmäla dig till konferensen

Läs mer om vårt spännande program, hur du anmäler dig etc. på: https://prfkonferens2023.se/

Glöm inte att vi samlas för årsmöte
27 april kl. 16.30
Campus Nya varvet
Fredrik Bloms Väg 25 i Göteborg

PRF
Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

Bild: Pexels

Mer stöd behövs till utsatta unga vuxna

Henrik Westin och Dahlia Rezai,
Foto: Felicia Margineanu

TEXT: Dahlia Rezai, Generalsekreterare Stiftelsen 1825
Henrik Westin, Psykolog med psykologiskt ledningsansvar, Stiftelsen 1825

TROTS ATT SJÄLVMORDSTALEN ökar bland unga vuxna och att risken för långvarig ohälsa och utanförskap är stor för unga som inte får rätt stöd vid psykisk ohälsa är unga vuxna en grupp som inte får tillräcklig uppmärksamhet i det offentliga systemet. Vuxenblivandet är en kritisk tid i livet som ofta innebär stora påfrestningar för individen. Många studier visar att unga vuxna lever med en stor press och stress över att uppnå framgång. Med växande skillnader i livsvillkor, är det samtidigt allt fler som har svårt att få grundläggande behov och rättigheter tillgodosedda och till exempel kunna ordna en egen bostad, etablera sig på arbetsmarknaden och kunna bilda familj. Många unga vuxna bär också på en historik av psykiska besvär och trauman från uppväxten och skolgången. I den här texten berättar Henrik och Dahlia från Stiftelsen 1825 om behovet av stöd som finns för unga vuxna.

PSYKISK OHÄLSA OCH UTSATTHET HOS UNGA VUXNA
Internationell forskning pekar på att perioden som ung vuxen (18–25 år) borde ses som en egen utvecklingsfas med särskilda utmaningar. Hälsan och livssituationen i unga år har särskilt stor betydelse för hälso- och framtidsutsikterna. Svenska studier visar att personer som drabbas av psykisk ohälsa eller utanförskap i unga år löper stor risk att fastna i långvarig utsatthet och ohälsa.[1] Nya analyser av Folkhälsomyndigheten slår fast att unga vuxna även är den grupp som sticker ut i självmordsstatistiken.[2]

Förklaringarna till den psykiska ohälsan är flera och komplexa, men det råder bred enighet om att den psykiska ohälsan nu riskerar att öka ytterligare i spåren av pandemin och det ekonomiska läget. Detta beror inte minst på orsakssambanden mellan livsvillkor, social utsatthet och psykisk ohälsa. En ny registerstudie som gjorts av Folkhälsomyndigheten i samarbete med Uppsala universitet och Karolinska Institutet visar att personer som har vuxit upp i utsatthet har en betydligt högre risk att drabbas av psykiatriska tillstånd i vuxen ålder. Studien bygger på registerdata för de knappt 500 000 personer som föddes i Sverige mellan 1969 och 1973, och utgår ifrån erfarenhet under barndomen av dödsfall (och suicid), beroendeproblematik, kriminalitet, psykiatriska tillstånd och ekonomisk utsatthet. Ju fler av dessa erfarenheter en individ har med sig från uppväxten, desto högre är risken för psykiatriska tillstånd från 30 års ålder. Studien bekräftar även att socioekonomiska faktorer spelar en stor roll för hälsoutsikterna. Låg socioekonomisk status, både under uppväxten och som vuxen, visade sig öka risken för psykiatriska tillstånd senare i livet. Ju högre utbildning en person hade vid 30 års ålder, desto lägre risk för psykiatriska tillstånd senare i livet.

För att vända utvecklingen av ökad psykisk ohälsa behövs alltså såväl främjande insatser för att alla barn ska få en trygg uppväxt och klara skolan men också stöd och insatser för unga vuxna för att förebygga svårare psykisk ohälsa och utsatthet – inte minst hos personer som löper en avsevärt högre risk än andra att drabbas.

STÖD GENOM STFITELSEN 1825
På Stiftelsen 1825 driver vi en icke vinstdrivande verksamhet med samtalsstöd och terapi för att främja psykisk hälsa och minska psykisk ohälsa bland unga vuxna mellan 18 och 25 år. I vår verksamhet möter vi många unga vuxna med ett stort psykiskt lidande som har fallit mellan stolarna i systemet. Många av de unga vuxna som söker sig till oss upplever att de inte får den hjälp de behöver från den offentliga vården. Vi ser en trend där allt fler hänvisas till oss från primärvården, psykiatrin, ungdomsmottagningar, skolan och andra kommunala instanser. Detta utan att vi är en del av det offentligt finansierade systemet. Våra insatser skräddarsys efter individens behov, och den stödsökandes villkor. Våra kvalitativa undersökningar visar hur exempelvis stöd att navigera i vuxenblivandet, möjligheten att läka sina känslomässiga sår och att få verktyg för psykiskt välbefinnande ger unga vuxna en chans att komma på rätt köl i livet.

1825 får i dagsläget inga offentliga medel varför en betydande del av terapiverksamheten bygger på ideella krafter. För att möta det skriande behovet av stöd efterlyser vi nu ännu fler ideella terapeuter. Tillgången till terapeutiska och stödjande insatser är också ojämlikt fördelad över landet, varför vi nu efterlyser fler volontärer som kan ge stöd digitalt, också till unga vuxna som bor utanför storstäderna.

Vi har inte råd att svika den generation av unga som nu står på tröskeln till vuxenlivet. Det är glasklart att tidiga främjande, förebyggande och behandlande insatser för unga vuxna, skulle minska såväl mänskligt lidande som de samhällsekonomiska kostnaderna för ohälsa, utsatthet och självmord. Samtidigt behöver unga med psykisk ohälsa stöd här och nu. För att möta unga vuxnas behov av stöd efterlyser vi nu ännu fler ideella terapeuter, med målet att bli dubbelt så många under 2023. Är det dig vi söker, eller någon du känner? Tveka inte att höra av dig till oss.

---

[1] *https://www.mucf.se/sites/default/files/2021/06/ett_langvarigt_utanforskap_tillganglighetsanpassad.pdf*
[2] *Folkhälsomyndigheten, Fördjupad analys: Utvecklingen av suicid bland unga 15–29 år i Sverige*

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 2023

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

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

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

LEDAMOT
Samordnare Forskarnätverk
Johanna Salberg, Uppsala
076-130 82 40
johanna.salberg@psykriks.se

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

LEDAMOT
Katrine Nygaard Baltzis
Helsingborg
katrine.nygaardbaltzis@psykriks.se
076-210 14 53

LEDAMOT
Medlemsansvarig
Göran Nilsson, Luleå
070-305 04 28
goran.nilsson@psykriks.se

PSYCHE 2023

CHEFREDAKTÖR/ ANSVARIG UTGIVARE
Andreas Glantz, Malmö
070-864 88 44
andreas.glantz@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

Hanna Tuvesson, Karlskrona
hanna.tuvesson@lnu.se

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

REVISORER 2023
ORDINARIE
Ingemar Wänebring, Bankeryd
072-231 29 39
ingemar.wanebring@rjl.se

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

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

Karl-Henrik Forsman, Jönköping
Maria Linde

VALBEREDNING 2023
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
070-548 38 64
sebastian.gabrielsson@ltu.se

STYRELSEMÖTE 4 DECEMBER

Söndagen den 4 december samlades styrelsen för årets sista styrelsemöte. Klockan nio möttes vi upp via Zoom för att diskutera och ta de sista besluten innan 2023. Förutom de vanliga formalia hade vi denna gång besök av valberedningens sammankallande, Jörgen Öijervall. Syftet med valberedningens besök är en genomgång av de olika posterna i styrelsen inför vårens årsmöte.

En genomgång av medlemsantalet visar att vi haft en fortsatt ökning av medlemmarna under årets andra hälft vilket förstås är glädjande. Budgeten för 2023 diskuterades också för att kunna planera inte bara 2023 års konferens utan även föreningens övriga kostnader under det kommande året, såsom vilka styrelsemöten som skall vara online och vilka som skall ske fysiskt på plats.

Det förs en ständig dialog kring innehållet i Psyche och vad som är mest intressant för våra läsare och det var inte annorlunda vid detta möte. Har du något som du vill berätta om som du tror skulle passa i Psyche? Hör gärna av dig till redaktionsrådet! En inte oansenlig del av tiden gick förstås också åt till att planera årskonferensen i Göteborg i april. Det finns mycket att göra och många beslut att ta för att ni som deltar ska få en trevlig och lärorik upplevelse. Slutligen diskuterades också kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård som styrelsen arbetar för att uppdatera.

Andreas Glantz

STYRELSEMÖTE 5 FEBRUARI

Vid februari månads styrelsemöte under söndagen den 5:e samlades styrelsen digitalt för ett heldagsmöte där vi tillsammans arbetade med viktiga frågor för vår förening. En viktig del av mötet var arbetet med förberedelser inför det kommande årsmötet genom att avhandla både det som genomförts och vad som komma skall. Allt detta kommer det finnas möjlighet att ta del av i samband med årsmötet som kommer att gå av stapeln torsdag 27 april, i anslutning till årskonferensen.

Den kommande årskonferensen var en annan stor punkt på agendan. Vi kan glädjande meddela att programmet är klart och att det finns publicerat på konferenshemsidan. Arbetet fortsätter nu med att förbereda så att konferensen i stort ska bli en trevlig och inspirerande tillställning för alla deltagare.

Under mötet beslutade styrelsen att förlänga tiden för posterabstrakt så det finns fortfarande möjlighet för den som vill bidra med en poster vid konferensen att skicka in ett abstrakt. Vi har även öppnat upp möjligheten för fler att nominera till ”årets specialistsjuksköterska”, ny deadline för inlämning av nominering är 31 mars.

Johanna Salberg

På gång 2023
inom psykiatrisk omvårdnad

2023

- Luncha med PRF / 9 mars / Online
- HORATIO congress / 13-14 mars / Marriott Hotel & Spa, Malta
- Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskors årskonferens / 27-28 april / Göteborg
- 11th European Conference on Mental Health / 13-15 september / Ljubljana, Slovenien
- 47th International Mental Health Nursing Conference/ 13-15 september/ Melbourne, Australien
- American Psychiatric Nurses Association (APNA) 37th Annual Conference / 4-7 oktober / Vista Florida, USA

GÖTEBORGS PSYKOTERAPI INSTITUT
GRUNDAT 1974

Anordnar med start HT 2023:

Göteborg, Stockholm och Malmö:

Grundläggande utbildning (Steg 1) i psykodynamisk teori och praktik

031-711 97 51 www.gpsi.se

SÄKERHETSINREDNINGAR FÖR MILJÖER MED SÄRSKILDA KRAV

RYNO stol är vår mest populära och uppskattade stol.

En formstark, attraktiv och stadig sittmöbel som motsvarar högt ställda krav på säkerhet och hållbarhet inom bl a *psykiatri, kriminalvård* och *ungdomshem.*

Låna en RYNO stol?
Skanna QR eller ring 0706-78 54 00

RYNO stol finns i 5 st standardkulörer (se bild) + ytterligare 5 st tillvalskulörer.

healsafe INTERIOR

info@healsafeinterior.com healsafeinterior.com

Safewards Sverige
Vi stödjer implementeringen av Safewards.
Välkommen att delta i vår seminarieserie.

16 mars	Nedtrappning
13 april	Att hantera svåra känslor – patientperspektivet
4 maj	Lugnande stöd och Lugna rummet
1 juni	Vänliga ord
7 september	Det svåra samtalet i heldygnspsykiatrin

Seminarierna är kostnadsfria och hålls digitalt klockan 14-16.

Mer information finns på:
safewardssverige.wordpress.com/seminarier

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

B Posttidning
Ej retur

Avsändare:
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 2023 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.