PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN
FÖR SJUKSKÖTERSKORS TIDSKRIFT

Psyche

NUMMER 4 2023

Meningsfull heldygnsvård - hur?

Psykiatrisk omvårdnad på Island!

Foto: Tide Garnow

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
Andreas Glantz

Kontakt
Psyche c/o Andreas Glantz
Per Albin Hanssons väg 2E
214 32 Malmö
070-864 88 44

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 2024 är 375 kr. Studenter och pensionärer betalar 225 kr. Medlem blir du genom att anmäla medlemskap via www.psykriks.se.

Utgivningsplan 2024
Nr 1 vecka 10
Nr 2 vecka 20
Nr 3 vecka 39
Nr 4 vecka 51

Prenumerera
Prenumerationspris för 2024 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/05-38-104
www.pefc.se

ISSN 0283-3468

Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor

INNEHÅLL

Foto: Lena Wiklund Gustin

"Vi tycker att det vore rimligt med en högre procentuell andel medlemmar av alla sjuksköterskor som arbetar inom den psykiatriska vården eller i andra verksamheter där den psykiatriska omvårdnadskompetensen behövs. Det är svårt att hitta pålitliga siffror på hur många sjuksköterskor det kan gälla, men det handlar rimligtvis om flera tusen."

Leder alla vägar till Island?

DEN HÄR HÖSTEN har verkligen gått fort och det är lite svårt att förstå att det är dags att adventspynta. I min familj har vi ju knappt hunnit få undan Halloween-pyntet (ett pynt som barnen älskar och ansvarar för – jag föredrar julpyntet). Det har även varit full aktivitet i PRF under hösten. Den kommande konferensen i samarbete med våra europeiska kollegor i Horatio planeras för fullt, revideringen av kompetensbeskrivningen närmar sig ett slut och vi närmar oss förhoppningsvis ett stabilare läge i vårt nya medlemssystem. Vi tackar för ert tålamod i denna omställning. I PRF:s styrelse funderar vi på hur vi kan vinna tillbaka de medlemmar vi tappat under bytet av medlemssystem och dessutom bli många fler. Vi tycker att det vore rimligt med en högre procentuell andel medlemmar av alla sjuksköterskor som arbetar inom den psykiatriska vården eller i andra verksamheter där den psykiatriska omvårdnadskompetensen behövs. Det är svårt att hitta pålitliga siffror på hur många sjuksköterskor det kan gälla, men det handlar rimligtvis om flera tusen. I andra sektioner finns en högre procentuell andel medlemmar, i Riksföreningen för skolsköterskor till exempel är närmare häften av alla skolsköterskor medlemmar. Vi vill också nå dit och klurar på hur vi kan sprida information om PRF i landet på ett tidseffektivt sätt. Här hoppas vi på er hjälp framöver, att ni kan vara våra ambassadörer och uppmana kollegor att bli medlemmar. Hösten verkar också ha dragit många PRF-medlemmar till Island. I detta nummer av Psyche kan vi läsa om några exempel där Lena berättar om den nordiska konferensen och Tide berättar om sina erfarenheter av att arbeta på plats på Island. Även jag har haft förmånen att besöka Reykjavik i höst tillsammans med styrelsen i Horatio. Under besöket hade vi möjlighet att besöka två psykiatriska avdelningar och träffa chefsjuksköterskor inom olika psykiatriska verksamheter. Vi genomförde även ett välbesökt symposium tillsammans med den isländska sektionen för sjuksköterskor i den psykiatriska vården, motsvarande vår förening. Under symposiet kunde vi bland annat ta del av erfarenheter kring utvecklingen av den psykiatriska vården i Tjeckien från Horatios styrelseledamot Tomas Petr. Jag höll en presentation om brukarmedverkan och samproduktion/co-design i den psykiatriska vården, inom utbildning och forskning. Ett mycket stimulerande möte med våra isländska kollegor. Naturligtvis passade jag på att göra reklam för Malmö och vår kommande konferens. Jag tror vi kommer att få möta många deltagare från Island där.

Men först ska vi fira jul och nyår! Förhoppningsvis kan vi alla lyckas få till lite julledighet med tid för återhämtning samt samvaro med familj och vänner.

EN RIKTIGT GOD JUL OCH GOTT NYTT ÅR ÖNSKAR JAG OCH MINA STYRELSE-KOLLEGOR ER ALLA!

Tack för ert engagemang i PRF!

ORDFÖRANDE HAR ORDET

HANNA TUVESSON
ORDFÖRANDE, PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN FÖR SJUKSKÖTERSKOR

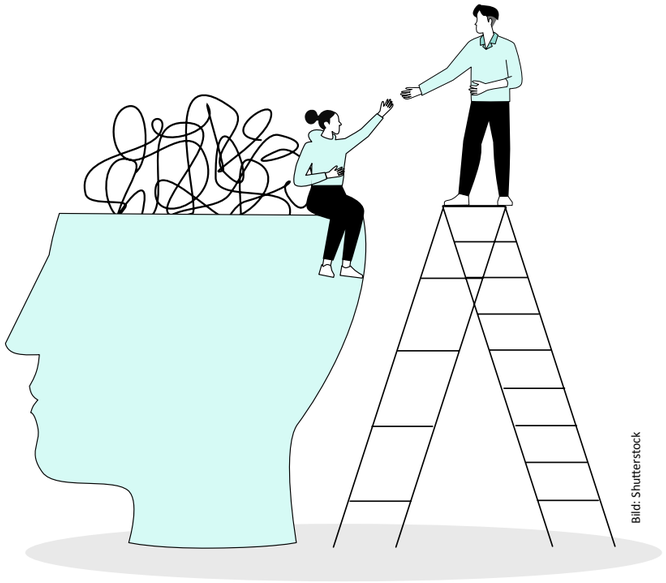


Bild: Shutterstock

Meningsfull HELDYGNSVÅRD

Text av KRISTINA VIDELA, JOHAN THOMAS och MADELEINE ANDERSSON

Madeleine Andersson
Foto: Åsa Bongnell-Höjer, Karlstads universitet

Kristina Videla
Foto: SKR

Johan Thomas
Foto: Privat

Kristina Videla, handläggare på SKR, är den som idag ansvarar för arbetet med Meningsfull heldygnsvård. Hon håller i forumet ”Öppna samordningsmöten för Meningsfull heldygnsvård”, där i nuläget ca 180 personer inbjuds att delta. De som deltar är verksamhetsutvecklare, chefer och egenerfarna med ett intresse av att utveckla heldygnsvården. På mötena lyfts verksamhetsexempel, erfarenheter ur ett egenerfaret perspektiv och forskning kring heldygnsvård med anknytning till de 13 grundkomponenterna i Meningsfull heldygnsvård. Ambitionen är att nå ut till fler och att stötta förändringsarbetet inom heldygnsvården.

”JAG HAR I MITT tidigare arbete som IPS-handledare (Individanpassat stöd till arbete) erfarit hur viktigt det är med nätverkskontakter för att orka driva på utvecklings- och implementeringsarbete. Ibland blir man på hemmaplan ensam med frågorna – då är det skönt att veta vem man kan kontakta för att bolla frågor och att känna att den man pratar med direkt förstår vad man menar.”

Det märks att det finns ett behov för ett forum för erfarenhetsutbyte kring frågor som lyfter olika aspekter av ett meningsfullt innehåll i heldygnsvården. Det är glädjande att det finns ett så stort engagemang i att driva utvecklingen framåt och att det idag implementeras evidensbaserade arbetssätt i en så komplex verksamhet som heldygnsvård.

”Det är i heldygnsvården som patienter har störst vårdbehov och det ställer stora krav på medarbetarna att kunna möta upp patienternas behov och ge en trygg vårdtid till patienterna. Det är ett beundransvärt och viktigt arbete som chefer och verksamhetsutvecklare står bakom när de antar utmaningen att ansvara för heldygnsvården med allt vad det innebär och bedriva utvecklingsarbete tillsammans med sina medarbetare. Det är roligt att se det driv och engagemang som finns.”

En satsning på Meningsfull heldygnsvård är att satsa på vårdens innehåll så att patienter får en bra vårdtid. Det blir samtidigt en satsning på och ett tillvaratagande av, medarbetarnas kunskaper och kompetenser – att ge dem en reell grund eller ett tydligt ramverk för att bedriva ett personcentrerat arbete med patienterna. Det blir en win-win för både patienter och medarbetare.

”En annan sak som slagit mig i det här arbetet är den idag mer självklara plats som t.ex. brukarinflytandesamordnare (BISAM), peer supporters och egenerfarna kan ta i dialog och diskussion om hur vården behöver utvecklas. När de är med och bidrar med sin gedigna kunskap driver det på utvecklingen åt rätt håll. Det är så givet egentligen – det är klart att patienterna behöver tillfrågas om hur vården ska utformas för att den ska bli trygg och meningsfull. Att utvecklingen går åt rätt håll har vi brukar- och anhörigföreningarnas enträgna arbete att tacka för som genom NSPH fått en samlande kraft.”

De norra regionerna, d.v.s. Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland och Jämtland/Härjedalen har visat intresse för införande av Meningsfull heldygnsvård och bjöd in Kristina Videla till dialog om arbetssättet till deras regiondagar i november. Som Pernilla Nordkvist, tillförordnad divisionschef inom Psykiatri Norrbotten uttrycker det:

Planering för veckans grupper. Foto: Johan Thomas.

”I Norrbotten har vi sedan drygt ett år arbetat med breddinförande av Safewards och därför känns detta som ett naturligt nästa steg att ta. Likt många regioner i landet arbetar vi med omställningen mot Nära vård och Meningsfull heldygnsvård harmoniserar med detta. Vi har idag korta vårdtider och behöver i större utsträckning arbeta med att ge patienterna rätt vårdinnehåll, involvera dem i sin vård och ge dem makt att vara den viktigaste parten i arbetet. Vi behöver ge vår personal förutsättningar att ge rätt insatser och utvecklas i sitt arbete. Jag tror att Meningsfull heldygnsvård kommer att ge förutsättningar att göra mer än vad vi gör idag. Vi kan inte vänta på det rätta tillfället att införa Meningsfull heldygnsvård för jag tror inte att vi kommer att få ett bättre läge och våra patienter kan inte vänta på detta läge. Deras vård pågår här och nu.”

I skrivande stund pågår även dialog med FoU-enheten i Psykiatri Dalarna kring att bedriva följeforskning för att följa effekter av införandet av Meningsfull heldygnsvård med indikatorer både vad gäller patienters och medarbetares erfarenheter. Verksamhetsutvecklarna Åsa Gustafsson och Marita Stråhle har arbetat med förberedelser och förankring under året som gått. Jeanette Hjortsberg, initiativtagare till FoU-arbetet i Dalarna, är mycket positivt inställd till Meningsfull heldygnsvård. Som hon ser det är det inget nytt projekt utan en del av en nödvändig omställning av heldygnsvårdens innehåll. Här kommer några exempel på hur arbetet med att införa meningsfull heldygnsvård just nu pågår i ett par regioner.

MENINGSFULL HELDYGNSVÅRD I REGION JÄMTLAND-HÄRJEDALEN

När vi fick kännedom om projektet Meningsfull heldygnsvård så beslutades det att införa arbetssättet på vårdavdelningarna i regionen. Psykiatrisk vårdavdelning 4B ansågs då vara den mest lämpade avdelningen att påbörja arbetet för införande av Meningsfull heldygnsvård.

Arbetet påbörjades genom en planeringsdag med fokus på sju myter i psykiatrin där vetenskapliga fakta presenterades för att belysa förlegade tänkesätt (reflekterandepraktik.se/category/myter/). Med denna dag som grund presenterades sedan Meningsfull heldygnsvård för personalen. En arbetsgrupp med personal från olika yrkeskategorier sattes samman för att påbörja ett arbete med att ta fram patientutbildande aktiviteter. Gruppen fick även i uppgift att informera personalen om de olika komponenterna i Meningsfull heldygnsvård för att skapa en samsyn om vad avdelningen förväntas leva upp till och för att sprida det nya tänkesättet bland avdelningens personal.
Samtidigt påbörjades ett arbete för att identifiera avdelningens nuläge i relation till de olika pusselbitarna i Meningsfull heldygnsvård. En handlingsplan upprättades för att kunna uppfylla alla delar som ingår. En prioritetsordning togs fram för att införandet skulle kunna genomföras på ett strukturerat och spårbart sätt. Översyn av rutiner sattes i gång med inriktning på att dessa skulle överensstämma med Meningsfull heldygnsvård. Vårdmiljön på avdelningen inventerades med mål att skapa en avdelning som främjar återhämtning för patienterna samt för att skapa utrymme att genomföra gemensamma aktiviteter.

Inskrivningssamtalet
När patienten kommer till avdelningen genomförs ett inskrivningssamtal. Där får hen beskriva sina mål med vårdtiden. Dessa mål följs upp under vårdtiden samt vid hemgång där patienten får svara på om hen uppnått de mål som sattes vid inskrivningen.

DET SOM INGÅR I INSKRIVNINGSSAMTALET:

- Vilka mål har patienten själv under inneliggande vård?
- Vilka strategier har hen sen tidigare?
- Vad behöver patienten från avdelningens personal för att nå sina mål?
- Presentation av kontaktperson som under vårdtillfället kommer att göra en plan tillsammans med patienten som sedan kommer utvärderas under vårdtillfället.
- Kort information om grupper, morgonsamling och Meningsfull heldygnsvård.

Grupper för patienter
Tanken med de olika gruppaktiviteterna som togs fram var att de skulle fungera som utbildning för patienterna samt att de skulle ligga som grund för omvårdnadsarbetet på avdelningen. Målbilden var att patienterna skulle ta med sig det de lärt sig på avdelningen för att öka livskvalitet och psykiskt välbefinnande efter utskrivning.

DE AKTIVITETER SOM PERSONALEN TAGIT FRAM ÄR:

- Morgonsamlingar
- Rörelsegrupp, en personalledd grupp och ”träna med Sofia” som patienterna lätt kan genomföra efter hemgång.
- Promenadgrupp
- Ångestgrupp
- Mindfulnessgrupp
- Återhämtning efter hemgång (Återhämtningsguiden)
- Matvanor – Hitta ditt sätt
- Sömngrupp
- Samhällsinformation från kurator

Under januari 2024 kommer även en känsloskola att startas upp där avdelningen och fått hjälp från en PTP-psykolog att skapa ett material som fungerar för patienterna som är på avdelningen.

Tanken med grupperna att de genomförs på avdelningen, leds av personal från avdelningen är ungefär 30 minuter långa samt att det ska vara lätt för patienterna att använda kunskapen efter utskrivning.

Morgonsamlingar
Dagen börjar med en morgonsamling där patienter och personal möts. Program för dagen presenteras och patienterna har möjlighet att ställa generella frågor. Patienterna ha även möjlighet att påverka aktiviteter som genomförs under dagen och veckan samt att det fungerar som en plattform för patienterna att planera in gemensamma aktiviteter under dagen.

Förslagslåda och patientenkät
För att ytterligare fånga upp förslag från patienter har avdelningen en förslagslåda och genomför en patientenkät i samband med utskrivning där patienterna får lämna synpunkter på vården och de olika grupperna som erbjuds på avdelningen.

Framtiden
Även om vi kommit en bit på vägen återstår fortfarande en

**Visualisering av grundkomponenterna.
Foto: Madeleine Andersson**

del arbete innan vi kan säga att avdelningen fullt ut arbetar enligt konceptet Meningsfull heldygnsvård. Avdelningen arbetar fortlöpande med de olika pusselbitarna i Meningsfull heldygnsvård. Vi har verksamhetsträffar fyra gånger per år där personalens kunskap ökar samt att vi utvärderar nuläge och planerar för hur vi ska driva projektet vidare. Avdelningen kommer även att fungera som implementeringsstöd till de övriga avdelningarna när de påbörjar sin resa mot en mer meningsfull heldygnsvård.

MENINGSFULL HELDYGNSVÅRD I REGION VÄRMLAND

I region Värmland har man närmat sig arbetet med Meningsfull heldygnsvård från ett annat håll. Madeleine Andersson, en av de två verksamhetsutvecklarna, berättar:

”Ett prioriterat område för mig när jag började som verksamhetsutvecklare i mars i år var att ha huvudansvaret för en meningsfull heldygnsvård och där identifiera verksamhetens arbete och ta fram förslag på implementeringsarbeten, genomförandeplaner för identifierade förbättringsområden samt vara behjälplig i framtagande av underlag kopplat till arbetet. Jag skulle även hålla verksamhetsområdet uppdaterat med aktuellt material och delta i nationella sammanhang. Jag började med att läsa in mig på det nationella materialet om grundkomponenterna och under tiden som jag bekantade mig med mitt nya verksamhetsområde kunde jag se att mycket av det som togs upp i grundkomponenterna redan fanns i vår verksamhet. Det kunde vara i varierande grad och mer eller mindre strukturerat.”

Ett arbete startades då upp med att visualisera hur arbetet som redan pågick i verksamhetsområdet hänger samman med grundkomponenterna i en meningsfull heldygnsvård.

”Jag fick höra att det var svårt att förstå hur allt hängde samman och jag tänkte då att om jag sätter grundkomponenterna i mitten och sedan bygger på med vad vi i verksamheten gör så kanske det blir mer tydligt. En whiteboardtavla utanför ett av våra mötesrum fick bli platsen där visualiseringen fick börja. Jag hade börjat på väggen inne på mitt kontor men märkte att där var det bara jag som såg det och flyttade därför ut materialet från mitt kontor så att det skulle bli synligt för fler och förhoppningen var att det skulle skapa en nyfikenhet för vad detta var.”

Fokus nu är att arbetet utgår från de identifierade områden som det redan arbetas med och flera implementeringsarbeten är aktiva på avdelningarna. Ett stort arbete gällande omvårdnadsplanering och dokumentation pågår på alla vårdavdelningar utom på Beroendecentrum där implementering av Safewards är i fokus nu. I verksamhetsområdet pågår även aktivt arbete med brukarinflytande på individ- och verksamhetsnivå för att ge några exempel.

Inför verksamhetsplanering för 2024 är fokus att länka samman en del av grundkomponenterna med de övergripande effekt- och resultatmålen för Region Värmland och ta fram lokala mål, indikatorer och aktiviteter som kan följas upp. Detta för att systematisera arbetet och ta lärdomar av både vad som fungerar bra och vad som kan komma att utvecklas.

”Arbetet är påbörjat och vi lär oss nya saker längs vägen men vi har en plan framåt hur vi arbetar systematiskt med verksamhetsplaneringen och verksamhetsuppföljningen där vi integrerar utvalda delar utifrån en meningsfull heldygnsvård. Ambitionen är att få en röd tråd hela vägen från de övergripande målen i regionen ned till verksamhetsnivå och sedan mot respektive avdelning. Jag och min verksamhetsutvecklarkollega tar fram en grundstruktur för verksamhetsområdet som vi har dialog om i vår ledningsgrupp. Arbetet under 2024 blir spännande och det är först då vi kommer se om vårt sätt att planera nu går att följa upp så som vi har tänkt eller om vi inser att vi behöver tänka om. Men det är en del av processen tänker jag och det är genom att göra som vi kommer att lära oss.”

LÄS MER

Det är inom ramen för överenskommelsen ”Psykisk hälsa och suicidprevention” mellan SKR och staten som materialet ”Meningsfull heldygnsvård” tagits fram. Materialet grundar sig på regionernas vårdprocesskartor och hänvisar till olika insatser beskrivna i vardochinsats.se, Safewards och den av NSPH Skåne framtagna Återhämtningsguiden. Materialet har samproducerats av Louise Kimby och Karin Lindström, SKR, i nära samarbete med verksamma inom heldygnsvård, egenerfarna och omvårdnadsforskare.

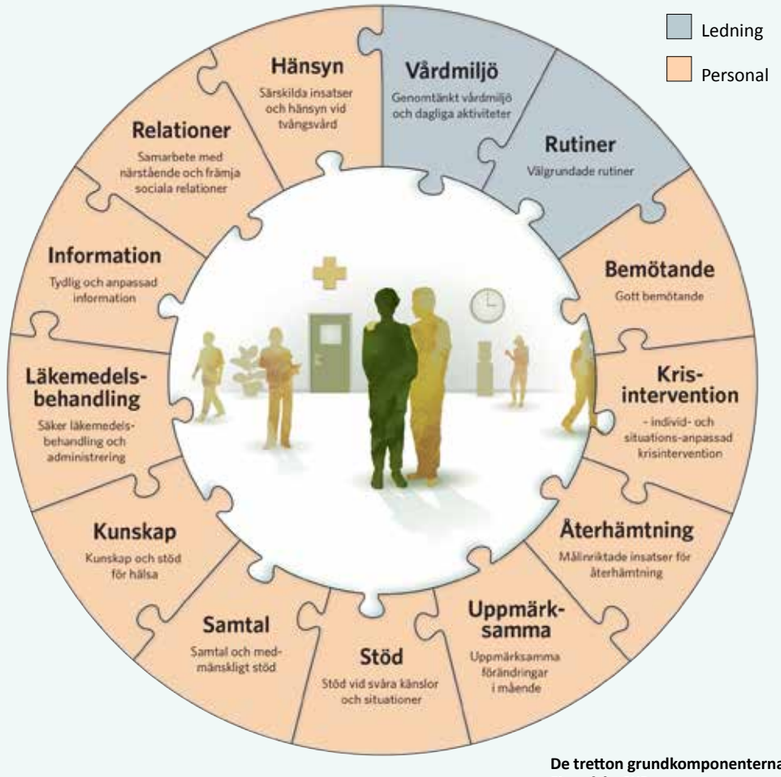
Ett stödmaterial för att underlätta implementering av Meningsfull heldygnsvård är framtaget. SKR har öppna samordningsmöten lunchtid var 14:e dag för kunskapsspridning och inspiration till igångsättande av Meningsfull heldygnsvård.
All information finns publicerad på https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/meningsfull-heldygnsvard/.

Västra Götalandsregionen har tagit fram en tvångsvårdsutbildning där Meningsfull heldygnsvård ingår tillsammans med lagstiftning som reglerar tvångsvården: https://sahlgrenskaliv.se/sahlgrenska-universitetssjukhuset-lanserar-nationell-webbutbildning-om-tvangsvard/

Meningsfulla INTERVENTIONER för psykiatrisk heldygnsvård

SKRs arbete med att skapa en mer meningsfull heldygnsvård har lett fram till tretton grundkomponenter. I detta nummer av Psyche beskrivs några exempel på interventioner och forskning inom psykiatrisk omvårdnad och hur de relaterar till de tretton grundkomponenterna i *”Meningsfull heldygnsvård”.*

Scanna QR-koderna för att få mer information!



**De tretton grundkomponenterna.
Figur från SKR.**

STEG MOT ÅTERHÄMTNING

Text: JOHANNA SALBERG

OMVÅRDNAD I PSYKIATRISK

vård ska vara återhämtningsinriktad, det centrala begreppet återhämtning beskrivs i detta sammanhang som en personlig förändringsprocess. Återhämtningsprocessen är dynamisk och pågår oavsett kontext, det innebär att vi som sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor ska arbeta för att stödja individens återhämtning, oavsett var vi är verksamma. Men forskning visar att den psykiatriska heldygnsvården upplevs som en lång väntan och att den saknar meningsfullt innehåll som kan stödja individens återhämtningsprocess. Som ett led i att möjliggöra omvårdnad med fokus på återhämtning skapades Steg Mot Återhämtning (SMÅ), som har implementerats i psykiatrisk heldygnsvård. Steg Mot Återhämtning är ett omvårdnadsprogram som syftar till att stärka individen i dennes återhämtningsprocess. Basen i SMÅ består av dagliga gruppträffar som är öppna för alla personer som vårdas på avdelningen. Dessa gruppträffar ska vara max 30 minuter långa och utgår ifrån en manual för personalen samt ett arbetshäfte och en dagbok för de som deltar. Utöver gruppträffarna sker individuellt arbete och uppföljning tillsammans med personal på avdelningen. Omvårdnadsprogrammet utgår ifrån fem olika teman:

- *Engagera dig*
- *Undersök*
- *Ohälsa och stress*
- *Vanliga hinder och funderingar*
- *Planera små steg*

Programmet gör det möjligt att utforska både sin situation och nya vägar som kan stödja återhämtningen. De olika temana bygger på varandra och skapar förutsättningar för att identifiera och även prova nya strategier som kan vara hjälpsamma i livet. Steg Mot Återhämtning relaterar till flera av grundkomponenterna i ”Meningsfull heldygnsvård”, framför allt komponenterna **återhämtning, samtal, stöd** och **vårdmiljö**. Komponenten återhämtning innefattar målinriktade insatser för återhämtning, vilket är grunden i SMÅ. Komponenterna samtal och stöd handlar om att få tillgång till samtal, samt stöd vid svåra känslor och i svåra situationer. Utifrån både struktur och innehåll för omvårdnadsprogrammet är även dessa komponenter tydligt kopplade till SMÅ. Vårdmiljö är en komponent som innefattar en genomtänkt vårdmiljö och dagliga aktiviteter som skapar mening och sammanhang. Ansvaret för att skapa förutsättningar för denna komponent ligger på ledningsnivå, men SMÅ kan bidra till en sådan vårdmiljö.

SAFEWARDS

Text: JENNY KARLSSON

SAFEWARDS ÄR EN MODELL som inriktar sig på att förebygga hot, våld och tvångsåtgärder i psykiatrisk heldygnsvård genom att främja relationsskapande, delaktighet och möjligheten till återhämtning.

Safewards strävar inte bara efter att lösa konflikter när de uppstår utan framför allt handlar modellen om ett förebyggande arbetssätt som främjar en vårdande och inkluderande miljö. Modellen bygger på sex riskområden med 10 konkreta insatser som syftar till att skapa trygg och säker vårdmiljö.

I Safewards betonas inte bara förebyggande åtgärder mot hot, våld och tvångsåtgärder, utan arbetssättet strävar också efter att påverka maktobalansen. Genom att främja aktivt samarbete mellan patienter och personal ges möjlighet att minska på ”vi och dom"-känsla.

Grundkomponenterna i SKR:s rapport Trygg och meningsfull heldygnsvård, skapades delvis utifrån Safewards. Språkbruket och begrepp i den svenska översättningen av Safewards används i hög grad i grundkomponenterna: En tydligt stark koppling finns exempelvis till komponenten som handlar om **vårdmiljö**. Denna komponent riktar sig främst till ledningen vilken forskning och erfarenheter visar är en viktig förutsättning för implementering av Safewards. Komponenten, **stöd** relaterar till flera insatser i Safewards som stöd vid svåra besked, lugnade stöd, nedtrappning och återskapa trygghet. Komponenten **Hänsyn** kan integreras i Safewardsmodellens övergripande fokus på proaktiva insatser för att minska risken för hot, våld och tvångsåtgärder. Att vårdas på en låst avdelning kan upplevas otryggt, personal behöver vara lyhörda för de känslor som kan väckas av miljön och olika händelser som sker i vårdmiljön. Genom att på ett empatiskt sätt uppmärksamma dessa situationer, ge utrymme och bekräftelse för de känslor som uppstår, skapas möjlighet för trygghet. När ändå kritiska situationer uppstår och tvångsåtgärder genomförs ska det ske på välgrundad bedömning, utföras och följas upp med största möjliga hänsyn och respekt för att minska risken för retraumatisering.

Safewards huvudsakliga bidrag till grundkomponenterna är dock att modellen innehåller 10 konkreta evidensbaserade insatser med tydliga instruktioner som kan införas för att främja en trygg och meningsfull psykiatrisk heldygnsvård.

TID TILLSAMMANS

Text: ANDREAS GLANTZ

FORSKNINGEN VISAR att både patienter och personal i psykiatrisk heldygnsvård upplever att de saknar tid eller möjlighet för kvalitativ interaktion. Detta är ett problem eftersom sociala relationer och interaktion med personal har visat sig vara till nytta för patienternas återhämtning. Personalen å sin sida beskriver upplevelser av stress och samvetsstress när de tvingas arbeta tvärtemot sina ideal, det vill säga att kunna möta och interagera med patienterna. Omvårdnadsinterventioner som fokuserar på relationen mellan personal och patienter är efterfrågade, men att införa sådana interventioner i psykiatrisk heldygnsvård har beskrivits som komplext. Få studier har fokuserat på att undersöka detta område.

Tid Tillsammans är en intervention som syftar till att öka möjligheten för personal och patienter att mötas i gemensamma aktiviteter.

Tid Tillsammans består av fem komponenter.

- *Interventionen planeras till en timme, måndag-fredag.*
- *Omvårdnadspersonalen och patienterna är engagerade i gemensamma aktiviteter under den timmen.*
- *Dessa gemensamma aktiviteter innefattar interaktion antingen i grupp eller var för sig och inkluderar aktiviteter som patienterna själva väljer.*
- *Under timmen som Tid Tillsammans pågår avsätts en eller två personer i personalen för att sköta administration, telefon eller liknande.*
- *Eftersom aktivitet och gemenskap är i fokus planeras möten och besök till andra tider.*

Interventionen Tid Tillsammans relaterar till flera grundkomponenter men i särskilt hög utsträckning till komponenten som handlar om en genomtänkt **vårdmiljö** och dagliga aktiviteter. Denna komponent riktar sig främst till ledningen och handlar bland annat om att kunna erbjuda meningsfulla aktiviteter som skapar ett sammanhang och främjar social gemenskap och byggande av relationer. Det finns också en tydlig koppling till komponenten som handlar om **samtal** och medmänskligt stöd där Tid Tillsammans bidrar till att öka tillgängligheten och möjligheten att visa omsorg.

SJÄLVVALD INLÄGGNING

Text: MARIA SMITMANIS LYLE

SJÄLVVALD/BRUKARSTYRD inläggning är en vårdmodell som syftar till att främja patienters delaktighet, autonomi och ansvar för sin vård. Genom en överenskommelse mellan patient, heldygnsvård och öppenvård ges patienter möjlighet att själva bedöma när de ska skrivas in en kortare period i psykiatrisk heldygnsvård. Heldygnsvårdsavdelningarna har en, eller flera, vårdplatser avsedda endast för självvald/brukarstyrd inläggning och förutsatt att det finns plats kan patienten komma till avdelningen när som helst på dygnet. Vid ökad stress och hotande kris kan självvald/brukarstyrd inläggning tidigt hantera, eller förebygga ytterligare, försämring.

Det finns flera olika modeller av självvald/brukarstyrd inläggning i landet. Gemensamt är att de relaterar till komponenten som handlar om krisintervention då självvald/brukarstyrd inläggning individanpassas och själva möjligheten till självinläggning i sig kan ses som en **krisintervention.** Självvald/brukarstyrd inläggning relaterar även särskilt till komponenten **återhämtning** genom att på ett tydligt och strukturerat sätt möjliggöra för att främja individens delaktighet och förutsättning att kunna vara delaktig i sin vård.

Självvald/brukarstyrd inläggning relaterar även till komponenterna **bemötande**, vilket ska genomsyra all kontakt med vården, och dagliga **samtal**, vilket ska erbjudas vid varje vårdtillfälle. I vissa av modellerna för självvald/brukarstyrd inläggning har även extra hänsyn tagits till **vårdmiljön**.

Britt-Marie Lindgren
Foto: Hans Karlsson

Grattis Britt-Marie Lindgren!

DEN FÖRSTA DECEMBER i år tillträdde Britt-Marie Lindgren, specialistsjuksköterska med inriktning psykiatrisk vård, tjänsten som professor i omvårdnad vid Umeå universitet. Hon bedriver flera forskningsprojekt med fokus på återhämtning och hur vi som sjuksköterskor kan bidra till återhämtning. Britt-Maries pågående större projekt handlar om självskadebeteende bland män, personer med psykisk ohälsa inom somatisk akutsjukvård och psykiatrisk heldygnsvård för personer med anorexia nervosa. Hon är också involverad i ett projekt om psykiatrisk heldygnsvård för personer med dissociativ identitetsstörning. Stort grattis till denna utnämning!

HUR KÄNNS DET ATT BLI PROFESSOR?

Ja hur känns det … det känns överlag bra, inte så stor skillnad mot tidigare men det är förstås en slags milstolpe som passeras. Jag pratade med mina föräldrar häromdagen och min mammas kommentar (förutom att de är stolta) var typ ”Jamen man får väl säga att du har gjort det bra! Det har ju varit en bit att vandra från att börja på stora städet (på Umedalens sjukhus), via telefonväxel (också Umedalens sjukhus), sjukvårdsbiträdesutbildning, mentalskötarutbildning, sjuksköterskeutbildning, forskarutbildning till att nu vara professor!”, och det ligger väl en del i det. Hon tillade också att ”om du hade gjort som jag sa från början och utbildat dig till sjuksköterska direkt så …” Det ligger en del i det också men jag får erkänna att jag inte har varit så duktig på att göra som mamma säger!

PROFESSUREN ÄR I OMVÅRDNAD – TANKAR KRING DETTA FOKUS?

För mig är omvårdnad basen för det mesta i vården. Jag tänker också att en förutsättning för god omvårdnad är relationer som bygger på respekt och ett intresse av att lyssna på personen som söker vård och stöd. När jag fokuserar på relationen så handlar det inte enbart om patient-vårdar relation utan också om relationen inom/mellan vårdteam och relationen med patientens närstående. Omvårdnad sker i ett komplext vårdsystem som kan påverka förutsättningarna för att ge god omvårdnad och det behöver synliggöras, hanteras, problematiseras, beforskas och förstås. Den psykiatriska vården är ett sådant komplext vårdsystem där man dessutom behöver hantera den stigmatisering som finns kring psykisk ohälsa och sjukdom. Omvårdnad är också att se och fokusera på hälsa och att försöka förstå vad den psykiska ohälsan (vilken den än är) kommunicerar, identifiera de svårigheter personen brottas med och samtidigt även lyfta och stärka de resurser som personen, trots den psykiska ohälsan, också har.

VAD HOPPAS DU KUNNA GÖRA/BIDRA MED SOM PROFESSOR?

Min arbetssituation kommer inte att förändras under det första halvåret eftersom mitt nuvarande uppdrag som prefekt vid institutionen för omvårdnad, Umeå universitet, löper till halvårsskiftet 2024. Därefter planerar jag ökad tid för forskning men också viss undervisning. Jag handleder doktorander inom projekt som företrädesvis handlar om återhämtning och psykiatrisk heldygnsvård men jag har också planer på ytterligare projekt. Jag har också för avsikt att ytterligare arbeta för att involvera personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa i alla steg i de projekt som jag är involverad i dvs patient/brukar medverkan i allt från planering till genomförande och utvärdering.

Att vara kvinna och patient i den rättspsykiatriska vården

Text: JESSICA REVELJ

***Jessica Revelj,* specialistsjuksköterska med inriktning psykiatrisk vård, vid Rättspsykiatriska Regionkliniken i Växjö och doktorand vid Linnéuniversitetet, undersöker genom projektet *FORwomen* livssituationen för kvinnor som vårdas inom rättspsykiatrisk heldygnsvård. Jessica är intresserad av *vad* som påverkar kvinnornas rehabilitering och *hur* de upplever den vård och miljö som rättspsykiatrisk vård innefattar. Är rättspsykiatrisk vårdmiljö en gynnsam plats för kvinnan och hennes vårdprocess?**

DE KVINNOR I SVERIGE som erhåller rättspsykiatrisk vård gör det i de allra flesta fall på avdelningar där även män vårdas. Detta har genom åren varit omdiskuterat i olika forum där det ställs frågor som; hur är det för kvinnor att vistas i en vårdmiljö anpassad efter att ge vård till bland annat våldsdömda män? Generellt sett ska män och kvinnor ges samma förutsättningar för god hälsa och erbjudas vård och omsorg på lika villkor. Det är i dagens samhälle skillnad i omfattning gällande psykisk ohälsa för kvinnor jämfört med män, där kvinnor i större utsträckning rapporteras ha någon form av psykisk ohälsa. Däremot är kvinnor som erhåller rättspsykiatrisk vård en grupp i minoritet och utgör endast 14 % av patienterna. Rättspsykiatrisk vård och vårdmiljö har genom åren varit en miljö där individerna som vårdas anses farliga och vården och dess vårdmiljö inte varit tillräckligt transparent. Men stämmer det att den rättspsykiatriska vårdmiljön är en farlig, kanske mindre gynnsam plats för kvinnor att få vård på?

För att åskådliggöra hur kvinnor som erhåller rättspsykiatrisk vård erfar sin livssituation i en specifik vårdmiljö presenteras nedan resultat från en kvalitativ studie som beskriver 15 kvinnors erfarenheter av detta. Men först, en historisk sammanfattning om hur den psykiatriska vården, generellt, sett ut för kvinnor genom åren?

Historiskt har kvinnans roll ansetts vara tillbakadragen och vårdande, och om kvinnan bröt sig loss från detta ansågs hon i extrema fall som galen och riskerade att orsaka problem. Övergav kvinnan sin känslomässiga och undergivna roll kunde hon anses som ”hysterisk”. Det numer föråldrade begreppet hysteri fick sitt namn av läkekonstens fader Hippokrates som önskade finna förklaringar i att psykiska sjukdomar gav kroppsliga förändringar. Bland annat ansågs hysteri vara ett resultat av livmoderns sammankoppling med hjärnan. Begreppet hysteri användes så sent som i mitten av 1900-talet.

Den miljö som personer med psykiska åkommor hänvisades till var institutioner som låg avlägset från civilisationen, och patienterna vistades således distanserat från det ordinarie samhället. Dock var institutionerna många gånger belägna på natursköna platser med stora trädgårdar. Även de som arbetade på vad som då kallades mentalsjukhus bodde på området och det bildades ett eget samhälle distanserat från övriga individer och bebyggelse.

I dag har vården till personer med psykisk ohälsa förändrats; numera ges till exempel psykofarmaka och dåtida metoder såsom svängstolen används inte längre. I svängstolen gavs en behandling som gjorde att patienten svimmade efter att ha suttit i en stol försedd med kugghjul och som snurrade mycket snabbt. Institutionerna har gått från att vara pampiga byggnader med stora trädgårdar till att vara sjukhusmiljöer som följer dagens lagkrav. Inom rättspsykiatrisk vård innebär det bland annat att tillse att vårdmiljön och dess innehåll hjälper patienten till bättre hälsa. Rättspsykiatrisk vård och dess miljö ska även vara en säker plats för patienten och för individer i den närliggande miljön samt utgöra ett samhällsskydd i förhållande till övriga samhället. Patienterna kan till exempel hindras att vistas på olika platser och blir begränsade i sin frihet och möjlighet var de kan befinna sig.

Under tidigt 2000-tal fanns tillfällen då kvinnor erhöll vård på rättspsykiatriska kliniker utan att ha begått brott. De befann sig på avdelningar tillsammans med individer som av domstol tilldömts rättspsykiatrisk vård för ett begånget brott, exempelvis mord eller våldtäkt. Idag är merparten av de som erhåller vård i rättspsykiatriska vårdmiljöer dömda till vård efter att ha begått ett brott. På de rättspsykiatriska vårdavdelningarna i Sverige finns tre olika säkerhetsklassificeringar (1; mycket hög, 2; hög, 3; godtagbar) och det avgör till viss del vilka föreskrifter gällande vårdmiljön som blir aktuella. I vissa fall omringas sjukhusen av murar och staket som avser att minska risken för rymning och fritagning. Inne på vårdavdelningarna kan olika föreskrifter resultera i att vårdmiljön är sparsam i sin inredning och kring vilka föremål patienterna får ha tillgängliga. Personal kan med sitt bemötande stå för en dynamisk säkerhet som kan påverka vårdprocessen och patienternas vistelse på avdelningen. Mer finns att beskriva om innehållet i rättspsykiatrisk vård och dess vårdmiljö, och för att till viss del skapa förståelse lyfts här delar av kvinnornas erfarenheter av att vara patient i kontexten.

Kvinnorna som deltog i intervjuerna kunde inte alltid separera om en och samma händelse eller upplevelse var positiv eller negativ för dem. Till exempel, även om det upplevdes instängt och att kvinnan förlorade delar av sin autonomi så innebar rutiner, regler och begränsningar i miljön en viss tydlighet. Hon blev i viss mån varse vad som förväntades av henne även om vårdprocessen kunde upplevas som otydlig. Kvinnan upplevde att hon behövde anpassa sig efter normen av en rättspsykiatrisk patient, ofta av maskulin karaktär. Att vara snäll och ödmjuk var inte det mest lämpliga beteendet, utan kvinnan förväntades vara framåt och djärv, likväl tilläts hon inte ta samma plats i rummet som de män som vårdades. Kvinnan skulle alltså anpassa sig till ett manligt sätt att vara, utan att göra avkall på vissa kvinnliga egenskaper. Kvinnan kunde uppleva att de kläder som erbjöds av sjukhuset påverkade hennes möjlighet att känna sig som en kvinna. Att behöva klä sig i för stora och urtvättade kläder gjorde att hon kände sig ofördelaktigt exponerad. Hon erbjöds inte alltid klädesplagg avsedda att ge stöd för brösten då riktlinjerna ibland skapades utifrån att en BH ansågs innebära en risk för att hon skulle hänga sig. Trots att kvinnan upplevde att hon blev fråntagen delar av sin identitet, att vara kvinna, fanns det möjlighet att finna en identitet för framtiden, mer lik den hon hade innan hon begick brott och eventuellt nyttjade droger. I vissa situationer tvingades kvinnan justera sin klädsel för att inte utsättas för sexuella trakasserier från omgivningen. Trakasserierna upplevdes som påfrestande och det blev än mer obehag av att kvinnan inte kunde freda sig geografiskt från den plats där det utspelade sig. Ibland var kvinnan inlåst på samma vårdavdelning som den eller de män som utförde de sexuella trakasserierna. De sexuella trakasserierna resulterade inte bara i att kvinnan justerade sitt sätt att klä sig utan även i vilken utsträckning hon genomförde olika aktiviteter där hon förväntades möta män.

Att befinna sig långt ifrån vänner och familj skapade en längtan, vilket kunde vara gynnsamt för relationen då kommunikationen förbättrades. Att vara i vården skapade även tankar och reflektioner kring framtida relationer, att hitta en partner och att få möjligheten att bilda familj. Det var viktigt att känna samhörighet och kvinnan upplevde emellanåt att samhörighet fanns inom den rättspsykiatriska vården. Kvinnan blev även medveten om vikten av samhörighet efter vårdtiden och det fanns en oro att detta skulle utebli och leda till att hon skulle begå nya brott för att få återkomma till samhörigheten på avdelningen. Det fanns en längtan efter att vara fri och leva i, vad kvinnan syftade till, ”det vanliga samhället”. Restriktioner som innebar att kvinnan blev fråntagen tillhörigheter som kunde anses vara farliga resulterade i en känsla av att bli fråntagen ansvar och att inte få vara en del av det ordinarie samhället. Kvinnan ville känna sig som gemene man och att hennes psykiska ohälsa togs på allvar vilket hon gjorde när vårdpersonal var stöttande, närvarande och öppen för det hon hade att berätta. Dock fanns det tillfällen när kvinnan kände sig ensam i sina känslor och saknade stöd från personalen. Det var givet för kvinnan att inta en stödjande funktion till medpatienter där hon lyssnade på dem, trots att det kunde innebära att bli varse vilka brott och vilken våldskapacitet medpatienten hade i förhållande till kvinnan själv.

Att befinna sig i den rättspsykiatriska vården innebar för kvinnan att det fanns outtalade krav om att vara social; att äta mat och delta i aktiviteter innebar att vara i närhet med andra individer, både vårdpersonal och medpatienter. Aktiviteter kunde upplevas jobbigt, dels för de sexuella trakasserierna, men även för att ständigt befinna sig intill andra individer. Samtidigt, att vara aktiv och ha sysselsättning gav struktur i vardagen och kunde vara fördelaktigt då det kunde resultera i mindre behov av extra medicinering. Sysselsättning, såsom att städa och delta i klinikaktiviteter, kunde även vara en hjälp för att bibehålla vardagliga funktioner som var nödvändiga i livet efter att vårdtiden avslutas. Tidsramen för rättspsykiatrisk vård är oviss då vårdtiden är avhängig patientens vårdprocess och att det föreligger låg risk för återfall i brott av allvarligt slag. Att inte veta när utskrivning skulle ske skapade en känsla för kvinnan att inte ha kontroll över det egna livet. Något som hon inte kunde säga var specifikt kopplat till att hon var kvinna, för likväl som vid andra tillfällen påtalade hon att det inte behövde innebära att hennes önskningar, upplevelser och intressen skiljde sig från vad männen i samma situation skulle uppleva.

Så, med beaktande av de intervjuade kvinnornas erfarenheter – är rättspsykiatrisk vårdmiljö idag en gynnsam plats för kvinnan och hennes vårdprocess? Tillåter vi kvinnan att vara en del av samhället och får hon vara den kvinna hon själv önskar? Behöver man ens utgå ifrån att kvinnans erfarenheter ska vara annorlunda gentemot mot mäns erfarenheter i samma situation? Det finns troligen många delar i rättspsykiatrisk vård och dess vårdmiljö som kan utvecklas och revideras för att kvinnan ska känna sig trygg och bättre gynnas av vårdprocessen. En bit på vägen är förmodligen att låta henne känna att hon är en del av det ordinarie samhället där hon ges trygga förutsättningar att vara den hon önskar, oberoende av om vårdmiljön är maskulint konstruerad eller inte. Kvinnan vill vara sin egen unika individ oavsett omgivningens antagande att placera henne i manligt, kvinnligt eller rättspsykiatriskt sammanhang.

Jessica Revelj.
Foto: Agnes Lindquist

LÄS MER

- Revelj, J., Hörberg, U., Wallinius, M., & Rask, M. (2023). Being Able to Be Yourself: The Lived Experience of Female Patients in Forensic Psychiatric Care. Issues in Mental Health Nursing, 44(9), 816-824.
- "Galna" och "hysteriska" kvinnor: historien om kvinnors psykiska hälsa, www.utforskasinnet.se
- Jämställdhetsmyndigheten; Delmål 5: Jämställd hälsa, www.jamstalldhetsmyndigheten.se
- www.psykmuseet.se

I mötet mellan kontraster kan något nytt skapas

Text: LENA WIKLUND GUSTIN Foto: LENA WIKLUND GUSTIN

I den nordiska mytologin skapades den första levande varelsen, jätten Ymer, i mötet mellan eld och is. Det symboliska språket är vackert, och metaforen skulle också kunna tillämpas på mötet – snarare än gapet – mellan forskning och klinisk praxis. De kan berika varandra, vilket blev tydligt på den femte Nordic Conference in Nursing Research. Konferensen, som arrangeras av de skandinaviska ländernas (+ Islands) sjuksköterskeföreningar hade fokus på metoder för att utveckla kunskap om omvårdnad, och framförallt för omvårdnad. När forskare och kliniskt verksamma möts kan viktiga forskningsfrågor och projekt genereras.

Research group
Care, Recovery and Health

Mälardalen University

The meaning of personal recovery in mental health – a meta-ethnographic study

Personal recovery has been put forth as an ideal in mental health nursing.. Previous reviews reveal that the biomedical view about recovery prevails among mental health staff who tend to emphasize recovery as an outcome rather than as a personal process, and/or presenting the process as more or less linear. Our aim was to explore the meaning of personal recovery by synthesizing qualitative studies of lived experiences of mental health recovery.

Method

Noblit and Hare's meta-ethnographic approach was applied for synthesizing18 qualitative studies.

My recovery is climbing many mountains, my recovery is like the highway, a road with many, many, many really big potholes. If my recovery could talk, (it would say) 'keep going' (Reid et al., 2019)

Recovery can be understood as:

- Encountering challenges
- Embracing one's own vulnerability
- Balancing inter-personal encounters
- Reclaiming life

ALEXANDER ARVIDSSON
MARIA FREDRIKSSON
MATTIAS VINCZE
LENA WIKLUND GUSTIN

EN UTMANING MED att rapportera från en konferens är att göra projektpresentationerna rättvisa. Min text här blir därför en spaning om några områden, snarare än ett referat av projekt eftersom vart och ett av dem skulle förtjäna en separat artikel.

Några dansk-norska projekt fokuserade delaktighet respektive återhämtning. Eller snarare både och, eftersom såväl projekten som tematiken är sammanflätade. Utgångspunkten är att återhämtning är en process som är såväl personlig som social. Personlig så till vida att personen själv är den som äger den och behöver få sitta i förarsätet, social eftersom ingen människa är en ö. Vi finns i ett socialt sammanhang där vi ömsesidigt påverkar och påverkas av varandra. Såväl psykisk hälsa och ohälsa som återhämtning behöver förstås utgående från dom premisserna. Därför kan inte delaktighet reduceras till delat beslutsfattande och välinformerade patienter. Snarare handlar det om att vara involverad och ses som en resurs i ett sammanhang tillsammans med andra – vårdare såväl som patienter. I linje med detta blir peer-support som stöd i återhämtningsprocessen, men även brukarmedverkan genom hela forskningsprocessen viktig. Personer med egna erfarenheter kan bidra med nya infallsvinklar och perspektiv som såväl vårdare som forskare kanske är blinda för. De vet vilka frågor som är viktiga att söka svar på, var vi kan finna svaren och ge input till analys och fortsatt implementering. Min uppmaning är därför att involvera patienterna också i mindre, lokala utvecklingsprojekt.

Ytterligare en tematik som flera forskare återkom till var ojämlikheter vad gäller fysisk hälsa. Personer med psykisk ohälsa är ofta mer socioekonomiskt utsatta än andra (inte minst om det finns en samsjuklighet med substansbruk). Detta ökar – utöver läkemedelsbiverkningar och de hinder för egenvård som psykiatriska symtom kan innebära –risken för somatisk ohälsa. Sett ur ett helhetsperspektiv är det därför viktigt att inte bara stödja personer med psykisk ohälsa att utveckla och bevara sunda levnadsvanor. Det är också viktigt att beakta personens socio-ekonomiska situation, och de möjligheter – eller den brist på möjligheter – den kan innebära för en sund livsstil.

Själv har jag tillsammans med tre adjunkter från Mälardalens universitet, samtliga med bakgrund som specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård, Alexander Arvidsson, Maria Fredriksson och Mattias Vincze under en tid arbetat med en metasyntes där vi sammanställt forskning om patienters erfarenheter av återhämtning. Vi hade en poster på den (se bild), och Alexander höll också en muntlig presentation. Vårt viktigaste fynd handlar om att återhämtning också handlar om att tillåta sig själv – och att tillåtas av andra – att vara sårbar. Själv presenterade jag ett bifynd från ett doktorandprojekt vid Linnéuniversitetet där jag är bihandledare. Doktoranden, Staffan Hammarbäck, studerar mötet mellan ambulanssjuksköterskor och suicidnära patienter. Som forskare får jag ibland frågan om man verkligen ska göra intervjuer där deras sårbarhet kan komma nära. Vi ställde därför frågan till patienter som deltagit i Staffans studie om hur de upplevde forskningsdeltagandet. Resultatet var positivt så till vida att patienterna, även om minnena kunde vara svåra att prata om, kände att de bidrog till något viktigt, att de fick och ville göra skillnad. Att det var värt det. Samtidigt var det också sorgligt att ingen annan ställt de frågor som Staffan ställde om hur de såg på sig själva och sina liv. Inte ambulanspersonalen, men inte heller personal inom psykiatrin. En tankeställare till alla oss som är verksamma där.

Sist och slutligen presenterade en annan av mina doktorander, Hillewi Carnesten en av sina studier. Den handlar om hur sjuksköterskor som vårdat svårt sjuka patienter med Covid-19 fått PTSD-symtom relaterat till sina erfarenheter av vård, eller snarare icke-vård. Att bli vittne till, och delta i, bristfällig vård kan alltså upplevas som ett trauma. Här kan man å ena sidan tänka att pandemin var en extrem situation, å andra sidan fråga sig hur ”vardaglig” psykiatrisk vård där sjuksköterskor känner att deras kompetens läggs på fel – och ibland felaktiga – åtgärder påverkar deras hälsa.

En grön häst på Island

Text: TIDE GARNOW Foto: TIDE GARNOW

Tide på den svarta stranden Reynishverfi.

Glaciären Sólheimajökull

***Tide Garnow,* specialistsjuksköterska med inriktning psykiatrisk vård samt universitetsadjunkt och doktorand i vårdvetenskap vid Högskolan Kristianstad, arbetade under oktober från Islands universitet i Reykjavik.**

VI SITTER PÅ ETT KONTOR på tredje våningen på Institutionen för omvårdnad på Islands universitet i Reykjavik. Datorskärmen flimrar i bakgrunden och i fönstret står en ensam grön dalahäst. I fjärran skymtar bergen som idag fått säsongens första snö på topparna. Utsikten över havet är delvis dold av den omfattande byggnationen av det nya universitetssjukhuset. Byggkranar sträcker sig mot en molnig himmel och det bankar och dundrar där ute. För mig som ny här är det svårt att göra skillnad på byggets sprängningar och det som skulle kunna vara jordbävningar. Ute i korridoren är det däremot stilla. Flera av institutionens medarbetare arbetar hemifrån nu några dagar. Veckan innan anordnades Nordic Conference in Nursing Research här i Reykjavik. Jag presenterade själv hur vi i mitt forskarlag gått till väga i två av projektets studier, och jag fick också ta del av flera andra spännande forskningsprojekt. Många här på institutionen har lagt ner mycket energi och tid på att få konferensdagarna att bli så givande som möjligt för oss deltagare. Jag uppfattar att det har varit ett intensivt arbete och det är inte särskilt svårt att förstå att de nu efteråt behöver tid för återhämtning.

Mina doktorandkollegor och min huvudhandledare har åkt hem efter den avslutade konferensen. Jag däremot har stannat kvar här på University of Iceland, eller Háskóli Íslands som det heter på isländska. Målsättningen är att jag under några veckor ska få möjlighet att utbyta erfarenheter med doktorander, forskare och undervisande personal; få ta del av deras sätt att arbeta och resonera, och få möjlighet att berätta om min forskning och det arbete som görs på Fakulteten för hälsovetenskap på Högskolan Kristianstad där jag annars arbetar. Jag har i min roll som doktorand och universitetsadjunkt beviljats ERASMUS-finansiering för att kunna genomföra denna vistelse. För att hålla nere kostnaderna bor jag i ett enkelt övernattningsrum i centrala Reykjavik. Som 47-åring får jag för första gången i mitt liv smaka på ”korridorslivet”; jag delar både toalett och kök med andra tillfälliga gäster, och mitt spartanskt inredda rum är inte särskilt ljudisolerat alls.

Det var nervöst innan jag kom hit. Jag visste inte riktigt vad som skulle möta mig och vilka förväntningar jag skulle ha. Nervositeten försvann dock snabbt tack vare ett nyfiket och varmt bemötande av institutionens personal, och ett värdpar—professorerna Gúðrún Kristjánsðottir och Rúnar Vilhjálmsson—som snabbt såg till att jag kände mig välkommen. Det är på Gúðrúns kontor vi nu sitter. Vi pratar svenska eftersom Gúðrún levt sina barndomsår i Uppsala och under arbetslivet dessutom ofta samarbetat med svenska

Institutionen för omvårdnad på University of Iceland.

forskare. Den gröna dalahästen på fönsterbrädan är en gåva som vittnar om att det samarbetet varit uppskattat. I svenska språket rör sig Gúðrún obehindrat, och hon slår lika vant över till isländska eller engelska när hon behöver det. Själv känner jag mig något begränsad av att jag ibland behöver leta efter de engelska orden när jag samtalar med andra på institutionen, och således blir mina resonemang inte lika självklara som de skulle ha varit på svenska. Jag försöker dock tänka att övning ger färdighet.

Eftersom jag är specialistsjuksköterska med inriktning psykiatrisk vård, och forskar om existentiell ensamhet under ungdomstiden, återkommer samtalen ofta till ensamhet och psykisk ohälsa samt till hur undervisning och forskning inom psykiatrisk vård ser ut inom våra respektive kontexter. Det är spännande att jämföra och kunna urskilja både likheter och skillnader. Gúðrún, som själv har en bakgrund som barnsjuksköterska, berättar om Islands utmaningar när det kommer till psykisk ohälsa bland barn och unga. I hennes resonemang finns det stora likheter med hur vi diskuterar dessa frågor i Sverige.

En grön dalahäst på institutionen.

Islands befolkning består av knappt 400 000 personer; de flesta bor centrerat kring städerna, där huvudstaden Reykjavik med sina cirka 150 000 invånare är den största. Stora delar av Island betraktas som nästintill obefolkade. Naturen är spektakulär med fjäll, fjordar, glaciärer, geotermiska källor, lavafält och vulkaner. Turismnäringen har exploderat under de senaste åren och är numera landets största inkomstkälla; fisket kommer på andra plats. En guide berättar för mig att över två miljoner turister har besökt ön under året.

Bland islänningarna själva har utevistelser med bad i varma källor och fjällvandringar länge varit populära fritidsaktiviteter, men det är inte riktigt det Gúðrún syftar på när hon nämner att det händer att människor ”går på fjället”. Uttrycket använder hon för att beskriva hur en person ensam ger sig ut bland fjällen och sedan inte återvänder hem. Ibland vittnar bakgrundshistorien om psykisk ohälsa och det kan vara svårt att avgöra om dödsfallet är orsakat av en olycka eller om personen tagit livet av sig, berättar Gúðrún.

På Island finns det flera psykiatriska kliniker, samt öppenvårdsmottagningar som drivs både i offentlig och privat regi. Röda Korset har sedan 15 år tillbaka dessutom en mobil sprututbytesverksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblematik; en sorts ”harm reduction”-bil som åker runt på Reykjaviks gator. Den psykiatriska kliniken vid universitetssjukhuset i Reykjavik ligger inne på sjukhusområdet, men i ett separat hus. Det tar dock några dagar för mig att förstå att kliniken inryms i just det hus som ligger på bara några meters avstånd från mitt arbetsrum på institutionen; fasaden är anonym och utan skyltning.

I Sverige har jag fått uppfattningen att Island ibland lyfts som något av ett föregångsland när det gäller tvångsvårdsåtgärder; att Island exempelvis inte använder sig av bältesläggning. Kan det verkligen stämma? Kanske någon här kan hjälpa mig att förstå? Jag passar på att lyfta frågan när jag får förmånen att under en hel förmiddag samtala med professor Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir som är en av Islands mest framträdande forskare inom psykiatrisk vård.

Eydís berättar att bältesläggning inte använts på Island under de senaste 90 åren. I början av 1930-talet bestämde nämligen den dåvarande överläkaren, och tillika motståndaren till tvångsåtgärder, Helgi Tómasson, att bälten, bältessängar och bältesjackor inte längre fick lov att användas. Han menade att det var viktigare att bygga relation med patienterna än att använda tvång, Detta är något man är stolt över och som således fortfarande lever kvar. Röster har dock höjts kring vad som kan anses vara mest humant vid exempelvis tvångsmedicinering som ju förstås behöver utföras även på Island: Att patienten spänns fast i bälte under medicineringen eller att patienten blir fasthållen av flera, ibland många, personer ur personalstyrkan? Det är en etisk fråga som det kan vara svårt att finna ett entydigt och generellt svar på, resonerar Eydís. Hon berättar vidare att Island, precis som Sverige, beslutade att stänga ned

Reynishverfi

Psykiatriska kliniken på universitetssjukhuset i Reykjavik.

de gamla ”mentalsjukhusen”. Dock gjordes nedstängningarna senare på Island, i början av 2000-talet, och Eydís hade en ledande roll i detta utmanande arbete.

Då Island är ett litet land, åtminstone i befolkningsstorleksmått mätt, berättar Eydís att det tidigare inte funnits förutsättningar att driva inhemska vidareutbildningar. Många av de isländska sjuksköterskor som velat specialistutbilda sig och ta en masterexamen inom exempelvis psykiatrisk vård har fått göra det utomlands, och då ofta i USA. Sedan ett par år tillbaka finns dock en masterutbildning för sjuksköterskor med inriktning mot psykiatrisk vård, vilken Eydís arbetat fram och numera leder och utvecklar. Utbildningen drivs i samarbete mellan de två universiteteten Háskóli Íslands i Reykjavik och Háskólinn á Akureyri i Akureyri på norra Island. Det finns 12 utbildningsplatser och antagning till dessa sker vartannat år. Utbildningen är både klinisk och akademisk och leder till en Clinical Masters Degree. Just kopplingen mellan teori och praktik lyfter Eydís som särskilt viktig.

På Institutionen för omvårdnad på Háskóli Íslands är arbetet just nu i full gång med att modernisera avdelningen för simulering. Lokalerna genomgår en stor renovering; ny teknik och apparatur har köpts in och det ligger en förväntan i luften. Redan under min första dag på institutionen ordnade Gúðrún en rundtur i de än så länge ganska tomma lokalerna, och det märks att detta är något man ser fram emot och också är stolta över att kunna erbjuda studenterna i undervisningen. Under samtalet med Eydís berättar jag om hur en grupp på Högskolan Kristianstad (HKR) har utvecklat simuleringar till att inkludera psykisk ohälsa och våld i nära relation (Emma Edberg Matei beskrev delar av detta arbete i Psyche nummer 2, 2023). Eydís berättar att man i undervisningen tidigare anlitat skådespelare som agerat personer med psykisk ohälsa. Studenterna uppskattade att få träna på bemötande och kommunikation i en trygg miljö. Dock innebar användandet av professionella skådespelare att momentet blev allt för kostsamt och det har därför inte gått att upprätthålla. Eydís blir inspirerad av HKR:s sätt att närma sig dessa frågor genom simulering och klinisk träning.

Under mina veckor på institutionen får jag möjlighet att följa medarbetarnas arbete och även ta del av en disputation. Jag samtalar också med doktorander, forskare, adjunkter och administrativ personal. Jag uppfattar att det finns många likheter, men också några aspekter som skiljer Islands sjuksköterskeutbildning från Sveriges. Till den isländska sjuksköterskeutbildningen tas flera hundra studenter in, men under det första året görs en omfattande skriftlig examination där endast de cirka 120 studenter med högst betyg bereds fortsatt plats i utbildningen. Övriga får helt enkelt lämna. Undervisningen sker på isländska, men på både grund- och avancerad nivå är i stort sett all kurslitteratur på engelska, och vetenskapliga artiklar utgör en stor andel av den litteratur som studenterna förväntas ta del av.

Det är berikande att utbyta professionella erfarenheter, men även mer personliga. När jag berättar att jag är åretruntbadare i havet hemma i Helsingborg, blir jag uppmanad att bada i något av de varma baden i centrala Reykjavik. Jag passar på att besöka dem på kvällarna på vägen hem från universitetet. Under bar himmel omfamnar verkligen det varma vattnet kroppen och särskilt skönt blir det när jag varvar med dopp i iskalla badtunnor. Efter badet är det skönt att ta på sig den nyinköpta isländska ulltröjan som känns som ett angenämt måste att både införskaffa och använda här. Det berättas också om restauranger att besöka, och aldrig har jag smakat så färsk och väl tillredd fisk!

Jag blir också frikostigt tipsad om olika utflyktsmål; det tycks finnas tusentals av dem. Jag har sedan många år tillbaka velat åka till Island på grund av den fascinerande naturen. På helgerna passar jag därför på att ”turista” så mycket jag bara kan. Jag besöker vattenfall, glaciärer, gejsrar, vulkankratrar, svarta stränder och heta källor. Aldrig förr har jag sett bäckar som nästintill kokar! Vädret skiftar mellan stilla bris och sol, till regn, hagel, snö och hårda vindar. När jag besöker halvön Snæfellsnes snöar det passande nog och de tidigare rödorangea höstvidderna målas helt vita. Det är ett spektakulärt och oerhört vackert landskap. Jag är så tacksam över att jag fått göra denna resa och jag hoppas kunna återvända. Jag får fundera över vilken gåva jag då ska ta med som kan matcha den gröna dalahästen.

MITT YRKE

SPECIALISTSJUKSKÖTERSKA

Milena Spasic

SPECIALISTSJUKSKÖTERSKA INOM PSYKIATRISK HELDYGNSVÅRD

I serien *Mitt yrke* får vi ta del av kollegors erfarenheter som sjuksköterskor inom de många olika verksamheter som vi kan arbeta inom. På föreningens hemsida *www.psykriks.se* kan ni bläddra i tidigare nummer av Psyche och läsa om hur det kan vara att arbeta som specialistsjuksköterska inom exempelvis elevhälsovård eller konsultverksamhet. Denna gång berättar specialistsjuksköterskan Milena hur det är att arbeta inom allmänpsykiatrisk heldygnsvård i en mindre stad vid kusten.

VEM ÄR DU?

Jag heter Milena Spasic, är 38 år gammal och bor i Karlskrona. Jag är född i forna Jugoslavien, Serbien men flyttade till Norrland och Umeå i slutet av 80-talet. Efter 13 år i ett vackert vinterlandskap varvat med ljusa nätter sommaren igenom, flyttade jag och min familj till Lund. Efter att jag avslutat gymnasiet arbetade jag och sedan sökte jag in till sjuksköterskeprogrammet i Karlskrona. Två kompisar var uppvuxna i Karlskrona och beskrev staden som trivsam och gemytlig. Jag kan inte annat än hålla med om det. Staden bjuder på skärgårdsliv samtidigt som det inte är några avstånd mellan stadens öar. Den blekingska skärgården och öarna runt omkring kan liknas vid Stockholm i ett miniformat.

Efter och under gymnasietiden väcktes ett genuint intresse av människor och vårdande. Min inställning och ambition under tonåren var att läsa till psykolog eller journalist. Det kom att ändras innan gymnasietiden och jag var helt inställd på att bli sjuksköterska. Jag introducerades första gången till ett människovårdande yrke på ett före detta mentalsjukhus i Norrland, ett serviceboende för äldre med funktionsnedsättning. Jag var 16 år gammal och sökte dispens för att arbeta fyra veckor under sommaren. Det kändes naturligt att hjälpa och se till att de boende gavs möjlighet att komma ut i den väl blommande trädgården dagligen, äta lunch i den sötdoftande matsalen och spela bingo i det luftiga allrummet. Jag har under majoriteten av den yrkesmässiga delen av mitt liv arbetat med bemötande av människor på olika sätt. Privat sett beskriver mina vänner mig som omtänksam, ödmjuk, kreativ, harmonisk, empatisk, inlyssnande, positiv och med nära till skratt.

Jag har tre barn, Emilia 8 år, Theo 6 år och Clara 3 år och vi bor på Bergåsa i närheten av sjukhuset i Karlskrona. Högst upp på min priolista kommer mina barn, jag älskar att tillbringa tid med dem och engageras i barnens aktiviteter som under de senaste tre åren innehållit fotboll, handboll, dans, gymnastik, skridskoåkning, simning, ridning och pianolektioner. Jag ägnar tid för mig själv med meditation, träning i form av löpning och styrketräning och däremellan yogapass. När jag umgås med mina vänner innehåller det företrädesvis matlagning, karaoke, walk-and-talk-promenader, padel eller badminton. Jag lyssnar gärna och inhämtar ny energi genom att lyssna på radiodokumentärer och poddar eller yoga och mindfulness. Finner det även nöjesfyllt att spela ordspel när jag har en stund över.

VAR OCH MED VAD ARBETAR DU NU?

Jag arbetar sedan 2016 på avdelning 28 i Karlskrona. Detta är en allmänspykiatrisk heldygnsvårdsavdelning som tar hand om patienter med olika tillstånd av psykisk ohälsa i livets alla skeden. Avdelningen har 15 vårdplatser och är en del av den psykiatriska verksamheten i länet som består av både akutpsykiatrisk verksamhet och öppenvårdsmottagning som består av en mottagning och mellanvård. En person med psykisk ohälsa är ofta uppknuten till den psykiatriska öppenvårdsmottagningen. Vanligtvis finns en etablerad samtalskontakt och också rutinmässig medicinjustering där behandlare som är sjuksköterska eller skötare samt läkare vid behov, träffas cirka en gång i veckan för avstämning av bland annat läkemedel och välbefinnande. Vid försämring i det psykiska måendet eller hastig förändring i livssituationen kan personen efter kontakt eller utebliven kontakt med sin vårdkontakt (genom mellanvården eller mottagning) få en direktinläggning på akutpsykiatisk vårdavdelning.

I det akuta skedet tilldelas personen en vårdplats via mottagningen på den psykiatriska akutvårdsavdelningen som är fördelad på åtta vårdplatser och intensivvårdsavdelningen som har fyra vårdplatser. Den akuta psykiatriska enheten består av både akut- och intensivvård samt mottagning på ett och samma plan och team. består av både -akut, -intensiv och mottagning på ett och samma plan och team. Det händer även att personen kan komma att läggas in på avdelning 28 direkt efter samtal med fast vårdkontakt och läkarbedömning. Det primära utgångsläget är vårdnivå och behov. Vid t ex suicidprevention kan personen till en början behöva vård på den akutpsykiatriska och/eller psykiatriska intensivvårdsavdelningen.

När personen har stabiliserats från det akuta insjuknandet brukar det bli aktuellt att flytta till avdelning 28. Det är där jag tillsammans med cirka 44 stycken anställda skötare och sjuksköterskor arbetar utifrån ett roterande schema mellan dag, kväll och nattpass. En fast läkare finns på avdelningen vardagar mellan 8-16. Det dagliga arbetet utgår från patienternas behandlingsmål och vårdpersonalens uppdrag som utgår från ett personcentrerat förhållningssätt.

VILKA UTBILDNINGAR HAR DU?

Undersköterskeutbildning, grundläggande sjuksköterskeutbildning, fristående kurser, interna utbildningar, kurser i motiverande samtal och bemötande, handledarutbildning på avancerad nivå och specialistsjuksköterskeutbildning inriktning psykiatrisk vård.

VAR HAR DU ARBETAT TIDIGARE?

Jag har arbetat inom kommunen, privat sektor, LSS, restaurangbransch, industri och försäljning. Under sjuksköterskestudierna veckopendlade jag till Lund och arbetade 50 % inom kommunen. Efter den första verksamhetsförlagda utbildningen på sjuksköterskeprogrammet tog jag en timanställning inom privat sektor och arbetade kvällar och helger. Det kom väl till pass för att dryga ut studiebidraget och som student kunna röra sig friare och samtidigt få in mer erfarenhet och lära känna nya människor.

BERÄTTA OM HUR DET KOM SIG ATT DU BLEV SPECIALISTSJUKSKÖTERSKA.

Efter att jag började min anställning på avdelning 28 blev jag snabbt intresserad av att fördjupa mina kunskaper inom psykiatrisk vård. Programinnehållet till distriktssjuksköterska och specialistsjuksköterska inriktning psykiatrisk vård var det som innehöll flera intresseväckande områden som t ex hälsofrämjande omvårdnad, folkhälsa och hälsosamtal. Jag antogs till distriktsjuksköterskeprogrammet och i samma veva som reserv på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning psykiatrisk vård, på Linnéuniversitetet i Växjö. Efter att ha listat och jämfört kurslitteratur, upplägg och innehåll av utbildningarna föll valet naturligt att välja inriktningen mot psykiatrisk vård. Initialt i utbildningen hade vi seminarier och grupparbeten och under den första kursen fick vi studenter spela in varandra när vi hade fiktiva samtal med varandra. Sedan fick vi utvärdera, problematisera och reflektera kring samtalen. Utbildningen till specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård gick på halvfart under två års tid på distans och jag arbetade halvtid. Distansutbildningen gav mig tillfälle att utbyta erfarenheter och bygga nätverk med sjuksköterskekollegor runt om i landet. Det behövdes struktur för att parallellt arbeta och schemalägga studier för att uppnå balans mellan dessa och fritid. Jag är fantastiskt nöjd med att genomföra utbildning och arbete parallellt under studierna och kontinuerligt omsätta teoretiska kunskaper i det kliniska arbetet på min verksamhet.

BERÄTTA OM HUR DET KOM DET SIG ATT DU BÖRJADE ARBETA PÅ DIN NUVARANDE ARBETSPLATS

Jag har länge vetat att jag vill läsa till sjuksköterska och kom in på sjuksköterskeutbildningen i Karlskrona. Under den verksamhetsförlagda utbildningen i termin tre placerades jag efter eget önskemål på den akut- och intensivvårdspsykiatriska vårdavdelningen. Flera av mina klasskamrater var skeptiska till att göra den psykiatriska praktikperioden. Det fanns en hel del bakomliggande rädsla och okunskap inför mötet med personer som har psykisk ohälsa. En av adjunkterna på sjuksköterskeutbildningen uttryckte “att arbeta och vara bland personer med psykisk ohälsa är inte farligare än att gå på Ronnebygatan en fredag kväll” (den mest händelserika gatan i kärnan av Karlskrona). Jag tilldelades en handledare som var engagerad, kompetent och välkomnande. Handledaren förmedlade både trygghet och förtroende för patienterna vilket verkade otroligt för mig som novis, att nå fram genom kommunikation i det akuta omhändertagandet. Han var specialistsjuksköterska och lyckades komma åt patientens subjektiva upplevelse och känslor av utanförskap, vilket bidrog till att en förtroendefull relation kunde skapas både mellan patient och sjuksköterska men även för mig som stod vid sidan om som student. Jag hade sedan även praktikplats inom primärvården och medicinavdelning. Jag trivdes väldigt bra med arbetsuppgifterna och mötet med människorna. Det som föreföll tydligt under praktiken inom primärvård och somatisk vård var de korta, koncisa och snabba mötena. Och det jag saknade allra mest var tid att sätta patienten i fokus genom det viktiga samtalet. I omloppet av somatiskt sjuka personer förekommer också psykisk ohälsa. Därmed kommer erfarenheten inom den psykiatriska vården väl till användning. Det främsta och viktigaste redskapet förefaller inte vara att sätta dropp eller blanda antibiotika, utan närvaro och delaktighet i samtal. Det var efter alla praktikperioder som jag kände mig hemma inom psykiatrin.

VILKEN NYTTA HAR DU AV DIN UTBILDNING OCH ERFARENHET SOM SJUKSKÖTERSKA PÅ ARBETSPLATSEN?

I min grundläggande utbildning till sjuksköterska har jag varit inom primärvård, och medicin och kirurgavdelning. Detta har bidragit till grunden att utföra kontroller av blodtryck, sätta PVK, koppla dropp, puls, provtagning och saturation.

Att jag har med erfarenheten från somatiken inom hälso- och sjukvården varvat med teoretiska kunskaper från

grundläggande utbildningen ger möjlighet att tolka situationer från olika perspektiv, där tyngdpunkten ligger på ett helhetsperspektiv för patient och livssituation. Det tillsammans med ett intresse för att möta och hjälpa andra människor är ett viktigt samband för ett välfungerande tvärprofessionellt samarbete och teamarbete. Mellan gränslandet för barn - och ungdomspsykiatri, mellanvård, mottagning, beroendeavdelning, kommunal vård och akut psykiatrisk vård behöver jag som sjuksköterska se behovet av vårdnivå och det är inte alltid givet eller att jag kan åtgärda det på egen hand. Men med erfarenhet och teamarbete kan jag förmedla och se sambandet i patientens mående och diskutera det i vårdlaget.

VILKA ÄR DE STÖRSTA UTMANINGARNA MED ATT ARBETA SOM SPECIALISTSJUKSKÖTERSKA I DEN VERKSAMHET DU ARBETAR I?

Det är roligt att gå till arbetet, den ena dagen är inte den andra lik, det är väldigt omväxlande att träffa människor i alla livets skeden av psykisk ohälsa. Utmaningarna i arbetet blir inte många med ett väl sammansvetsat arbetsteam. Kortfattat beskrivet är arbetsteamet tillåtande, professionellt och problemlösande på en och samma gång. Det som stundtals kan upplevas utmanande är den suicidnära patienten där suicidal kommunikation kommer till uttryck i form av destruktivt självskadebeteende, en process som utvecklas under längre tid och som för patienten och anhöriga innebär enormt psykiskt och fysiskt lidande. Linjen mellan tanke och handling kan vara kort och en återkommande handling kan också övergå i suicidhandling. Patienten kan efter suicidhandlingar uppleva ambivalens och skam inför att avslöja sin dödsönskan. Avsikten var kanske inte att dö, men döden kom som följd av ett självskadebeteende. Som sjuksköterska uppkommer känslan av kontrollförlust.
Det som är betydelsefullt i situationen är att ha kunskap om den enskilda personens suicidalitet från ett helhetsperspektiv och att det finns ett trygghetsskapande, professionellt och kunnigt team runt omkring patienten och anhöriga.

VILKA ÄR DE STÖRSTA FÖRDELARNA/VINSTERNA MED ATT ARBETA SOM SPECIALISTSJUKSKÖTERSKA I DEN VERKSAMHET DU ARBETAR ?

Jag arbetar på en heldygnsavdelning med 15 platser. I mitt sätt att bemöta personer strävar jag efter ett salutogent förhållningssätt. Se personen bakom sjukdomen är prioriterat och ligger i fokus. Att utgå från ett personcentrerat förhållningssätt och se varje människa som unik i sin livssituation, svårighet, möjlighet och sammanhang. Att ta ett steg tillbaka i mötet mellan paternalism och omvårdnad för att optimera balans i mötet med patienten är väldigt viktigt. Arbetet innebär omväxling och samtal med nya människor utifrån olika behov och vårdnivåer. Det är fantastiskt inspirerande och utvecklande på både personlig och professionell nivå.

VILKA RÅD KAN DU GE TILL DEN SOM FUNDERAR PÅ ATT BÖRJA ARBETA INOM PSYKIATRISK HELDYGNSVÅRD?

Det kostar ingenting att testa och det är ett varierande och berikande arbete. Det är i princip ingen större skillnad på människor som söker psykiatrisk jämfört med de som söker somatisk vård. Skillnaden i arbetet blir i möjligheten att utvecklas genom det främsta redskapet inom den psykiatrisk vården, det relationella arbetet och samtalet.

BESKRIV EN VANLIG DAG PÅ JOBBET.

Arbetar jag dagtid börjar en vanlig dag kl 7:00-16:00 men jag arbetar även kvällar och helger. Arbetslaget samlas i konferensrummet på avdelningen för en muntlig rapport av samordnaren kl 7:00-7:30. I rapporten förmedlas var och en patients nuvarande och senaste dagars psykiska status och inläggningsorsak. Varje arbetstagare tilldelas ansvarsområde för dagen som bland annat är köksansvarig, medicinansvarig, provtagning, service, tillsynsansvarig, promenadgrupp, telefon och samordnare. Kl 07:30 startar morgonens arbete och vårdlagen har en kort avstämning om arbetsfördelningen och upplägget av arbetet utifrån patientens behandlingsplan. Läkemedel iordningställs och delas ut av ansvarig sjuksköterska för ändamålet och börjar administreras cirka kl 08:15. Parallellt med detta serverar köksansvarig frukost till patienterna. Samordnare och läkare har en digital rond med övriga psykiatriska avdelningar, nyinlagda patienter och platsläget presenteras. Frukost för personal kl 08:30 och promenadgrupp för patienterna. Personalfrukosten är en mysig stund där personalen hinner träffas, dricka kaffe, prata med varandra och återkoppla morgonens arbete. Kl 09:00 är det rond, samordnare och läkare diskuterar patientens nuvarande tillstånd och om det observerats förändring, förbättring eller försämring för patienten. Tre dagar i veckan har vi även en mer genomgående rond där vårdlagen närvarar och patientens behandlingsplan, medicinering och delmål och mål diskuteras. Kl 10:00 samlas arbetslaget för rapport från samordnare och fördelning av samtal och övriga uppgifter. Samordnad individuell vårdplanering sammankallas utefter patientens behov och hålls på avdelningen. Aktörer från kommunal vård och mellanvård träffas och sitter ned för en samplanering med vårdpersonal, patient, anhörig och ansvarig läkare. Detta sker i genomsnitt cirka 2 gånger i veckan. Läkarsamtalen börjar i regel omkring kl 10.20. Patienten som planeras för samtal har en avstämning med vårdpersonal som kommer att närvara på läkarsamtalet. Medan samtal pågårkontrolleras bevakningar. Läkemedel delas ut inför lunchen som äger rum i matsalen kl 11.45. Kvällspersonalen arbetar kl 12:00-21.00. Samordnaren har en muntlig rapport likt den på morgonen och med tillägg av det senaste som beslutats och åtgärdats kl.12:00-12:30. Efter rapporten har dagpersonalen rast och kvällspersonalen tar vid ansvarsområdena och arbetsuppgifter. Efter rasten sker oftast en inskrivning av en ny patient och utifrån muntlig rapport lämnad av vårdpersonal från akutpsykiatriska avdelningen eller öppenvården.

Omvårdnadsstatus och omvårdnadsanamnes ska tas inom 36 timmar och behandlingsplan och uppdrag ska dokumenteras i journalen. Kl 14:00 serveras kaffe. Samordnare och personal avstämmer platsläge och patienternas psykiska status. Efter återkoppling sitter vi personal ner och tar en kopp kaffe tillsammans. Dokumentation sker regelmässigt under dagen. Patienterna har samtal och planering avseende delmål och mål som upprättas eller justeras. Omvårdnadsepikriser och psykiskt status dokumenteras särskilt vid förändringar eller när extra utdelning av läkemedel sker eller om avvikelser i behandlingen uppkommer. Mellan kl 14:30-16.00 är det läkarsamtal, hembesök, kontroller, läkemedelsutdelning, uppföljande samtal eller olika behandlingar så som öronakupunktur, taktil massage och samtalsgrupper som för närvarande utgår från ett återhämtningsinriktat tema. Kl 15:30 kontrolleras dokumentation och övriga arbetsuppgifter som ska genomföras eller delegeras vidare. Kl 16:00 är det dags för mig att avrunda arbetspasset och gå hem.

BESÖK PÅ FÄRÖARNA MED PSSN

SEPTEMBER 2023

FÄRÖARNA ÄR EN ÖGRUPP i Nordatlanten och en självstyrande del av Danmark. I Tórshavn bor Eydna, specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård och områdeschef för psykiatrin tillika styrelsemedlem i PSSN. PRF ingår i styrelsen i Psykiatriska Sjuksköterskors Samarbete i Norden och anordnar konferens i ett nordiskt land vart tredje år. Syftet med besöket var planering av konferens i Kolding i Danmark den 24-26 september 2025. Vi i styrelsen representerar Danmark, Sverige, Norge, Färöarna och Island.

Att träffas regelbundet ger en unik möjlighet för oss att följa vad som pågår i de nordiska länderna. Mycket är likt men en del skiljer sig åt. Vi försöker ta goda exempel vidare, att lyfta det som fungerar i den psykiatriska omvårdnaden och sprida det till kollegor i respektive länder. Gemensamt för alla de nordiska länderna är den sjuksköterskebrist som finns eller åtminstone brist på sjuksköterskor som kan tänka sig att arbeta under de villkor som finns i heldygnsvården.

När vi anlände till Färöarna bröt samma dag en stor strejk ut bland sjuksköterskorna. Eydna som områdeschef var direkt involverad då enhetschefer togs ur tjänst och endast ett fåtal sjuksköterskor fick vara kvar på jobbet enligt fackliga bestämmelser. Det blev en del spring mellan vårt möte och fackliga förhandlingar med direkt insyn för oss om hur sådant går till bakom kulisserna.

På Färöarna har man höjt lönen för många som jobbar inom välfärden, dock inte sjuksköterskor. Det betyder att man tjänar ungefär samma som en undersköterska. Det skiljer typiskt endast 500 kr. Facket på Färöarna kör en hård strejk för sina medlemmar och nu så här sex veckor efter vårt besök där har man stängt av alla sjuksköterskor och tjänstemän utom åtta på det största sjukhuset i landet. Fortsatt är det oklart om man kommer att lyckas med att hålla kvar personal och kanske har man inte lärt från de andra nordiska länderna där man har stora problem.

Under helgen diskuterades ämne för konferens. En fundering från min sida är om vi är tillräckligt bra på att lyfta minoritetsbefolkningen i våra respektive länder - samerna i Norge och Sverige och Grönlands ursprungsbefolkning i Danmark. Det ledde till spännande diskussioner och potentiellt tema till konferensen i stort – att möta olikheter inom psykiatrisk vård. Hur kan vi öka vår kompetens och se och möta individuella behov oavsett bakgrund?

En annan spännande insikt i den psykiatriska vården på Färöarna framkom under lördagens middag i samtal med Birgit som arbetat som sjuksköterska i 30 år. Suicidantalet i landet är mycket lågt. Orsaken kan delvis vara att många är strikt kristna, har en sammanhållning i samhället och att många som inte passar in i mallen med att gå i skolan och klara sig bra där har möjlighet att arbeta på båtarna, att bli en del av ett sammanhang på en fiskebåt, tjäna bra pengar och jobba sig uppåt.

Vi blev nyfikna på detta fenomen, kan det vara så att siffrorna stämmer eller finns det andra anledningar, till exempel att man försvinner till havs och att sådana dödsfall inte ingår i statistiken? Min man som forskar kring suicid initierade kontakt med en forskare på Färöarna så fortsättning följer i frågan.

Efter en helg som delvis spenderades i ett vackert konferensrum fick jag se lite av Färöarnas vackra natur under lördag eftermiddag och det var häpnadsväckande ljuvligt. Människorna, maten och samtalen gav mig förnyad energi och tankar att jobba vidare med. I retur fick mina nordiska kollegor min syn på svensk sjukvård och lite ny inspiration som ”Lärobok för rebeller” och boken ”Tvivel” som jag recenserar i denna utgåva av Psyche.

Innan det bar hemåt igen fick vi se det helt nybyggda sjukhuset i Tórshavn, där somatik och psykiatri är integrerade med varandra. Det ligger vackert mitt i en skärgård med utsikt mot havet åt alla håll – särskild då det mesta är byggt av glas. Man blev lite fundersam till hur man tänkt då hela psykiatriska akutmottagningen, intaget, och PIVA var helt i glas. Modernt tyckte arkitekterna, tveksamt tyckte personalen och oklart vad de med egen erfarenhet tyckte då man nog glömt deras perspektiv på vägen. Ljust och fint med inhemsk konst och en läkande miljö precis utanför fönstret samt fokus på stämning och intryck, ljud och ljus kändes dock oerhört positivt i jämförelse med vissa korridorer jag träffat på inom svensk psykiatrisk vård.

Katrine Nygaard Baltzis

Intressant debatt vid Idébaren på Kulturhuset: ”Vem ska låsas in?

Text: NINA GÅREVIK och JENNY KARLSSON

En kväll av spännande diskussioner och nyanserade perspektiv tog plats den 15 november på Kulturhuset, Stadsteatern i Stockholm under det tankeväckande evenemanget "Vem ska låsas in?" där angelägna teman som olika former av tvångsvård, rättspolitik och mänskliga rättigheter samlade en engagerad publik och en erfaren panel.

PANELEN BESTOD AV Stina Oscarson, dramatiker och kulturskribent med egen erfarenhet av tvångsvård, Anela Murguz från Borås Tidning, Nalin Baksi, sjuksköterska och tidigare riksdagsledamot för Socialdemokraterna, samt John Stauffer, chefsjurist på Civil Rights Defenders, vilka gav perspektiv från olika områden.

Moderator Karin Hübinette ledde kvällens diskussioner med trygg hand. Stina Oscarson öppnade med en gripande berättelse om sin upplevelse av tvångsvård, vilket genererade en livlig debatt. Nalin Baksi, med sin erfarenhet som sjuksköterska inom psykiatrisk vård, delade en annan bild som helt kontrasterade Stinas bild. John Stauffer ansåg som människorättsjurist att unga människor aldrig under några omständigheter ska låsas in och framhöll betydelsen av förebyggande åtgärder när det gäller till exempel gängkriminalitet. Detta stod i skarp kontrast till Anela Murguz åsikter. Hon har granskat flera fall av unga brottsförövare och deras väg in i kriminalitet och menar att tidiga repressiva åtgärder, som inlåsning, kan förebygga till exempel just våldsbrott. Anela Murguz vände på perspektivet med hänsynstagande till integritetsaspekter och menade att bli utsatt för ett våldsbrott är en så stark kränkning av just integriteten att eventuella oönskade konsekvenser av att låsa in unga förövare får bortses från för att värna människors integritet.

Publiken engagerades på olika sätt, från frågor till färgkort, för att uttrycka sina åsikter. Det var tydligt att ämnena berörde många. Framför allt var det vårdpersonal, personer som själva vårdats med tvång och närstående som gav sig in i debatten och delade sina erfarenheter.

Stor del av debatten skapade tyvärr en vi-och-dem-känsla, där olika perspektiv skavde mot varandra. Vårdpersonal försvarade systemet medan personliga erfarenheter tydligt vittnade om en helt annan bild. Tyvärr blev bilden av polarisering tydlig men var säkert en utgångspunkt och en medveten skapad dynamik av arrangörerna då det kanske inte annars hade blivit en debatt. Så vem är då arrangören? Idébaren är ett samarbete mellan Kulturhuset Stadsteatern, tankesmedjan Timbro och Arena Idé.

Det är uppenbart att det finns många vittnesmål som beskriver en tvångsvård som inte känns trygg eller hjälpsam, vilket även en nyligen publicerad rapport från NSPH tydligt visade. Därför är det viktigt att fortsätta diskutera och utforska ämnet med ödmjukhet och öppenhet för att skapa en mer trygg och vårdande vård för alla.

Rebecca Sand var också med som egenerfaren och läste ur sin diktsamling, ”En ensam cowgirl” vilken på ett starkt och gripande vis skildrade hennes upplevelse av att vårdas på en psykiatrisk avdelning när hon var drabbad av psykos. Hon beskrev bland annat skrämmande hallucinationer, obegriplig vård, desperation, en motvilja, nästan en fysisk avsky mot antipsykosläkemedlen vars biverkningar medpatienter också berättar om - ”Du kommer att gå upp 15 kilo!”. Men här ges också parallellt en tydlig bild av dilemmat tvångsvård, då lidandet och behovet av vård griper tag i oss som lyssnar då Rebecca samtidigt läser:

”du är inte sjuk säger mina röster men är det inte paradoxalt att dina röster/säger att du inte är sjuk säger läkaren men jag hänger inte helt med/snälla skriv ut mig bara”

Det är just denna komplexitet och djup i erfarenheter som kräver en fortsatt ödmjuk och öppen diskussion med fokus på inkluderande och förebyggande insatser. När tvångsvård behöver ske ska den vara trygg och ge möjlighet till återhämtning.

Läs gärna Rebecca Sands diktsamling ”En ensam cowgirl” och som finns att köpa där böcker säljs.

Det går också att titta på debatten på Kulturhuset Stadsteaterns YouTube-kanal.

NOMINERA TILL ÅRETS SPECIALISTSJUKSKÖTERSKA I PSYKIATRISK VÅRD!

Känner du någon som är specialistsjuksköterska, medlem i PRF och som du tycker är värd att uppmärksamma?
Nu kan du nominera till årets specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård.
Din nominering med motivering skickar du senast: 15 mars 2024 till *styrelse@psykriks.se*
Gå in på *www.psykriks.se* för att läsa mer och se kriterierna!

Med en blick på den svenska psykiatrin

JULIA PIVÉNS senaste bok är en stark och gripande skildring av svensk psykiatri. Från första sidan lyckas Julia fånga läsaren och väcker omedelbart tankar och känslor. Hon sätter ”hammaren på spiken” och tvingar oss att reflektera över ett invant vård- och journalspråk och gör oss medvetna om språkets kraft.

Genom att basera boken på sina egna 1500 sidor långa journaler visar Julia på ett stort mod och styrka. Hon öppnar upp sitt inre, visar sitt allra mest sårbara, och utmanar vårdpersonal att ompröva sitt förhållningssätt. Det är en inbjudan till självrannsakan och reflektion över det språk vi använder när vi möter och talar om dem som behöver vår hjälp.

Boken kastar ljus på den bristande helhetsbilden i psykiatrin, där anteckningar kan vara dömande och ifrågasättande och där patienten riskerar att reduceras till en diagnos utan hänsyn till personen och dennas sammanhang Det är en påminnelse om betydelsen av att se människan bakom symtom, beteende och diagnos för att få till en vård som är trygg, personcentrerad och skapar möjlighet till återhämtning.

Det är sorgligt att läsa om den resurskrävande kampen som Julia genomgår för att få god vård, den vård hon har rätt till. Resurser som i stället hade kunnat fokuserat på återhämtning hamnar i stället i en kamp för att bli sedd, förstådd och respekterad inom vårdsystemet.

Men det finns också hopp och en vilja till förändring i boken. Julia uppmanar till att se de brister som finns idag och att tillsammans arbeta för en mer human vård. Hon betonar att psykiatrin först blir personcentrerad när de som vårdas upplever den som personcentrerad.

Ett betydelsefullt perspektiv som belyses är personalens motivation att arbeta inom psykiatrin. Att diskutera dessa frågor är ett viktigt steg mot att säkerställa att de som har makt över andra människor är där av rätt anledningar.

Det här är en bok som alla som arbetat inom vården borde läsa. Det vore en utmärkt bok att använda i sjuksköterskeutbildningen och i specialistutbildningen med inriktning psykiatrisk vård. Den skulle även fungera utmärkt att använda som reflektionsunderlag i klinisk praxis, till exempel i etikforum, sjuksköterskemöten eller varför inte på ett APT. Jag själv har redan lagt till en punkt på min föreläsning som nu handlar om Julias bok och språket vi använder

Slutligen, ett kraftfullt citat från boken: ”Nu är det dags för psykiatriprofessionen att känna tvivel, att utmana sina uppfattningar och att tillsammans med patienter bygga vidare på systemet. Det är en uppmaning till att inte ge upp och att arbeta tillsammans för en bättre framtid inom psykiatrin.” (s.55).

Julia Pivén har genom sitt mod och sin öppenhet skapat en bok som utmanar och inspirerar till förändring.

MED EN BLICK PÅ DEN SVENSKA PSYKIATRIN

TITEL: Tvivel - en blick på svensk psykiatri
FÖRFATTARE: Julia Pivén
FÖRLAG: Konststycke Förlag i samarbete med Pivén Publishing
ÅR: 2023
RECENSENTER: Katrine Nygaard Baltzis och Jenny Karlsson

PSYKISK HÄLSA, MÄNSKLIGA RÄTTIGHETER OCH LAGSTIFTNING:

VÄGLEDNING OCH PRAXIS

Text: KATHARINA DERBLOM

I oktober 2023 släppte Världshälsoorganisationen (WHO) i samarbete med FN:s Högkommissarie för mänskliga rättigheter (OHCHR) en publikation med titeln "Psykisk hälsa, mänskliga rättigheter och lagstiftning: vägledning och praxis", som även Horatio bidragit till. Publikationen är en uppmaning till konkreta åtgärder för att förverkliga en vision för psykisk hälsa som grundar sig i mänskliga rättigheter. Syftet med publikationen är att vägleda och stödja länder i att anta, ändra eller implementera lagstiftning som främjar denna vision. Målet är att se till att alla i behov av psykiatrisk vård och omsorg har tillgång till vård och stöd av hög kvalitet, i linje med internationella mänskliga rättighetsstandarder.

Publikationen består av tre kapitel och en checklista som täcker processen och innehållet för att säkerställa lagstiftning baserad på mänskliga rättigheter:

- **KAPITEL 1** diskuterar utmaningarna med nuvarande lagstiftning relaterad till psykisk hälsa och belyser behovet av reformer som överensstämmer med den internationella ramen för mänskliga rättigheter.
- **KAPITEL 2** beskriver de huvudsakliga principerna och frågorna som lagstiftning relaterad till psykisk hälsa bör inkludera.
- **KAPITEL 3** förklarar hur man utvecklar, implementerar och utvärderar lagstiftning relaterad till psykisk hälsa genom en rättighetsbaserad process.

Vägledningen riktar sig till lagstiftare, beslutsfattare och yrkesverksamma involverade i lagstiftning och vård kring psykisk hälsa eller relaterade områden, samt till personer med erfarenhet av psykisk ohälsa och psykosociala funktionsvariationer.

Vill du läsa mer finns publikationen tillgänglig på WHO:s hemsida.

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
070-811 51 87
johanna.salberg@psykriks.se

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

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

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, Skellefteå
katharina.derblom@umu.se

Hanna Tuvesson, Karlskrona
hanna.tuvesson@psykriks.se

Tide Garnow, Helsingborg
tide.garnow@hkr.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

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
0721-87 65 55
simon.steinmo@gmail.com

Sebastian Gabrielsson, Luleå
070-548 38 64
sebastian.gabrielsson@ltu.se

HORATIO och PRF:s kongress 2024

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN FÖR SJUKSKÖTERSKOR 60 ÅR

"COURAGE, COMMUNICATION AND COLLABORATION IN CHALLENGING TIMES"

Välkomna till Malmömässan i Malmö 15–16 maj 2024 för HORATIOs europeiska kongress, anordnad i samarbete med PRF!

Våra keynote speakers:

Julia Pivén **Joy Duxbury** **Lene Lauge Berring**

GÅ IN PÅ:
WWW.HORATIO2024.SE
IDAG OCH REGISTRERA DIG!

Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor

HORATIO European Psychiatric Nurses

På gång 2024
inom psykiatrisk omvårdnad

2024

- HORATIO Congress / 15-16 maj / Malmö, Sverige
- 12th European Conference on Mental Health / 9-11 september / Krakow, Polen
- 48th International Mental Health Nursing Conference / Datum ej klara / Perth, Australien
- American Psychiatric Nurses Association (APNA) 38th Annual Conference / 9-12 oktober / Louisville, Kentucky, USA

2025

- PSSN Conference / 24-26 september / Kolding, Danmark

SÄKERHETSINREDNINGAR FÖR MILJÖER MED SÄRSKILDA KRAV

UTBYT ERFARENHETER OCH NÄTVERKA HOS OSS!

Gör som dina kollegor och PRF-medlemmar och boka in ett besök i vårt showroom för samtal, erfarenhetsutbyte och genomgång av vårt sortiment av säkra inrednings-produkter och möbler.

Du som redan besökt oss är självklart alltid välkommen tillbaka!

Kontakta oss så skräddarsyr vi ett besök utifrån dina önskemål och behov!

Välkommen!

BOKA BESÖK
Skanna eller ring 0706-78 54 00

healsafe INTERIOR

info@healsafeinterior.com **healsafeinterior.com**

DAGS ATT SÖKA

STIPENDIUM

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

ANSÖKAN SKA VARA SKRIFTLIG och innehålla namn, personnummer, adress och för vilket ändamål stipendiet söks. Vidare ska ansökan innehålla en specificerad kostnadsberäkning och om man sökt andra bidrag eller stipendier. Gäller det en kurs ska kopia på kursprogrammet bilaggas ansökan. Ange även eventuellt förslag till spridning av inhämtade kunskaper, exempelvis artikel i Psyche, seminarium eller bidrag till årskonferens. Vid ej genomförd aktivitet ska erhållet belopp återbetalas. Stipendier kan inte sökas för av PRF anordnade kurser/konferenser.

MÅLSÄTTNINGEN ÄR att kunna dela ut stipendium om totalt 15 000 kr under verksamhetsåret 2024.

VÄLKOMMEN MED DIN STIPENDIEANSÖKAN!

Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN FÖR SJUKSKÖTERSKOR

Ansökan skall mejlas:
styrelse@psykriks.se

KALLELSE TILL

ÅRSMÖTE

Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor kallar till årsmöte

ONSDAG 20 MARS 2024 KL. 18.00

Online
På dagordningen bl.a. – Verksamhetsplan för 2023

Varmt välkomna!

Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor

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 2024 ÄR 375 KR. STUDENTER OCH PENSIONÄRER BETALAR 225 KR.

Medlem blir du genom att anmäla medlemskap via www.psykriks.se.