

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN  
FÖR SJUKSKÖTERSORS TIDSKRIFT

# Psyche

NUMMER 3 2024



**Hunden  
som  
kollega**

**EMPATI inom  
återhämnings-  
inriktat arbete**



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

**Chefredaktör och ansvarig utgivare**  
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](http://www.psykriks.se). Avin för medlemskap skickas ut från Svensk Sjuksköterskeförening.

#### Utgivningsplan 2024

Nr 1 vecka 10  
Nr 2 vecka 24  
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](http://www.psykriks.se) eller kontakta prenumerationsansvarig: [goran.nilsson@psykriks.se](mailto:goran.nilsson@psykriks.se)

#### Annonsera

För information och annonsbokning kontakta Jenny Molin: [jenny.molin@psykriks.se](mailto:jenny.molin@psykriks.se)

#### Tryck och formgivning

Form Olga&friends - en del av Ågrenshuset. [www.agrenshuset.se](http://www.agrenshuset.se)

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



Psykiatriska  
Riksföreningen  
för Sjuksköterskor

## INNEHÅLL



**Hunden som kollega**

EMPATINS FENOMENOLOGI OCH DEN PROFESSIONELLA ROLLEN I ÅTERHÄMTNINGSSINRIKTAT ARBETE.

ATT REDIGERA LITTERATUR OM PSYKIATRISK OMVÅRDNAD

"För oss sjuksköterskor kan AI innebära både möjligheter och utmaningar. Kanske kan AI vara ett verktyg som kan effektivisera vården, eller ett potentiellt hot mot den mänskliga kontakten som är kärnan i psykiatrisk omvårdnad. Hur ska vi egentligen förhålla oss till denna nya teknologi?"

# AI – En vän eller fiende?

**SÅ VAR SOMMAREN** nästan över och vardagen har rullat in i livet på hög växel igen. Efterlängtda aktiviteter, välbehövliga men tråkiga rutiner och såväl ideellt som mer obligatoriskt arbete genomsyrar dagarna. För PRF:s del innebär höststarten bland annat flera viktiga dialoger med till exempel andra professionsföreningar och Socialstyrelsen. Vi börjar redan nu planera för nästkommande konferens i Eskilstuna. Glöm inte att boka in den 9-10 april 2025 i kalendern! Revideringen av kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterska med inriktning psykiatrisk vård börjar också närma sig slutfasen. Vi ser fram emot att lansera den under hösten. Mitt i allt detta möts jag av allt fler diskussioner om den artificiella intelligensens (AI) möjliga för- och nackdelar. Jag funderar på om AI kanske kan vara lösningen för några av höstens uppgifter?

AI har snabbt utvecklats från ett ganska främmande och futuristiskt koncept till en konkret verklighet som redan nu påverkar flera områden, inklusive vården och akademien. För oss sjuksköterskor kan AI innebära både möjligheter och utmaningar. Kanske kan AI vara ett verktyg som kan effektivisera vården, eller ett potentiellt hot mot den mänskliga kontakten som är kärnan i psykiatrisk omvårdnad. Hur ska vi egentligen förhålla oss till denna nya teknologi? I mitt arbete som forskare och universitetslektor möts jag av flera möjliga för- och nackdelar genom den ökade användningen av AI. I den doktorsavhandling jag läser just nu finns ett eget avsnitt beskrivet med "Declara-

tion of AI usage" och en annan avhandling har en bild på framsidan genererad av AI. AI lämnar sitt tydliga avtryck överallt.

Även inom den psykiatriska vården förutspås AI kunna ha potential att förbättra och underlätta. Maskininlärning och algoritmer kan användas för att analysera stora mängder data för att identifiera mönster som är svåra för människor att upptäcka. Virtuella vårdgivare som drivs av AI skulle kunna avlasta sjuksköterskor genom att hantera enklare administrativa uppgifter eller utföra inledande screeningar. I en ledare i *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* från tidigare i år diskuteras AI:s möjliga användning för att skriva omvårdningsplaner (2024:31; sid. 79-86, *Could artificial intelligence write mental health nursing care plans?*). Det verkar finnas oändliga möjligheter att minska på administration för oss sjuksköterskor. Men till vilket pris?

Trots potential och möjliga fördelar finns det viktiga etiska överväganden att fundera över. Hur ska vi skydda patienternas integritet när AI-system använder känslig data för att dra slutsatser? Hur säkerställer vi att AI-genererade beslut är etiskt och kliniskt försvarbara? Jag tänker på några av de artiklar som finns med i detta nummer av Psyche. Vad skulle till exempel hända om AI tog över suicidriskbedömningar eller skrivandet av läromedel? Och finns det en risk att för mycket tillit till teknologin kan leda till att den mänskliga kontakten, som är avgörande för psykiatrisk vård, urholkas?

Att förstå och visa empati för patientens upplevelser och känslor är troligtvis något som AI inte kan replikera.

Det är upp till oss att bli både kritiska och nyfikna användare av AI, att vara med och forma hur teknologin ska användas i framtiden. AI är kanske varken en vän eller en fiende – den är ett verktyg. Hur vi väljer att använda den kommer att avgöra dess värde i psykiatrisk vård och inom akade-

min. Vi behöver en kontinuerlig dialog, utbildning och samarbete mellan de som utvecklar teknik och de som använder den för att säkerställa att AI styrs och används med omsorg och etik, som ett komplement och inte en ersättning för livsviktiga mänskliga relationer och samtal.

*\*Delar av denna text har skrivits i förnuftigt samarbete med AI :)*

## ORDFÖRANDE HAR ORDET



HANNA TUVESON  
ORDFÖRANDE,  
PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN FÖR SJUKSKÖTERS KOR





# FAKTORER SOM PÅVERKAR SJUKSKÖTERSKANS SJÄLVSKATTADE FÖRMÅGA ATT UTFÖRA SUICIDRISKBEDÖMNINGAR - EN KVANTITATIV ENKÄTSTUDIE

Text: MARIA AXELSSON & ODA KJELKE

Att bedöma risk för suicid och suicidala handlingar är en viktig del av sjuksköterskans arbete inom den psykiatriska vården. En suicidriskbedömning kan vara komplex och etiskt laddad och det är viktigt att skapa kunskap om vilka förutsättningar som behövs för att optimera sjuksköterskans förutsättningar för att genomföra suicidriskbedömningar. I denna artikel sammanfattar specialistsjuksköterskorna *Maria* och *Oda* sin magisteruppsats som vann pris för bästa uppsats vid *Linnéuniversitetet*. Uppsatsen undersökte hur faktorer i arbetsmiljön, yrkeserfarenhet och utbildningsnivå påverkar sjuksköterskans suicidriskbedömningar.



## BAKGRUND

Psykisk ohälsa och dess konsekvenser med suicid är både kostsamt för samhället och medför stora konsekvenser för anhöriga. Suicid är den fjärde vanligaste dödsorsaken globalt för personer mellan 15 och 29 år, totalt avlider 703 000 per år i världen. Sverige har högre andel suicid än de flesta övriga länder i Europa. Att mista en närstående i suicid kan leda till psykiatriska problem även hos de efterlevande och ökar även risken för suicid. För att kunna

förebygga suicid är det viktigt att kunna identifiera personer med suicidrisk. Detta görs vanligen genom en suicidriskbedömning inom den psykiatriska vården vilket är en vanlig arbetsuppgift för sjuksköterskor.

Gemensamt för de studier som gjorts inom området är att sjuksköterskor upplever suicidriskbedömningar som en komplex och svår uppgift. Samtidigt är det en oundviklig arbetsuppgift inom psykiatrisk vård. De tidigare studier som gjorts indikerar

att arbetsmiljöfaktorer så som stöd från kollegor samt arbetsbelastning kan ha betydelse för förmågan att utföra suicidriskbedömningar. Även bristande erfarenhet och utbildning verkar påverka. Sjuksköterskor inom psykiatrisk vård beskriver att hög arbetsbelastning och tidsbrist kan leda till att suicidriskbedömningar inte utförs, att de görs slarvigt eller att suicidriskbedömningar baseras på gamla uppfattningar om patienten. De upplever även att de får ta stort ansvar, är rädda för att ta fel

beslut samt känner sig övergivna på sin arbetsplats då det saknas tillräckligt med utbildning och riktlinjer inom ämnet. Detta i sin tur leder till stor stress för individen. De upplever även att stress och otillräcklig tid hindrar dem från att göra säkra suicidriskbedömningar. Sjuksköterskor inom psykiatrisk öppenvård känner också en ensamhet och ett stort ansvar när de ska utföra suicidriskbedömningar och upplever en balansgång mellan att värna om patientens integritet och att utföra sin yrkesmässiga skyldig-



Maria Axelsson. Foto: Privat.



Oda Kjelke. Foto: Privat.

het. Sjuksköterskor som arbetar inom psykiatrisk vård tycker att vårdrelationen och stöd från kollegor är viktig när det kommer till att utföra suicidriskbedömningar. Sjuksköterskans suicidriskbedömningar är en viktig suicidpreventiv åtgärd och det är viktigt att ta fram kunskap om vilka faktorer som kan påverka dessa bedömningar.

## SYFTE

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskans självskattade förmåga att utföra suicidriskbedömningar inom den psykiatriska vården och om utbildningsnivå, yrkeserfarenhet och arbetsmiljöfaktorer påverkar denna förmåga.

## METOD

Studien genomfördes som en kvantitativ enkätstudie och genomfördes efter att råd inhämtats från Etikkommittén Sydost. Enkäten utformades

genom en sammanställning av befintliga mätinstrument relevanta för ämnet som undersöktes, bakgrundsfrågor och ett fåtal öppna frågor. Skalor med frågor relaterade till arbetsmiljön valdes ut från mätinstrumentet QPS Nordic. QPS Nordic är ett frågeformulär som används för att mäta psykologiska och sociala faktorer i arbetslivet. Inbjudan, information och länk till den anonyma enkäten delades via sociala medier i Facebook-grupper där ett stort antal sjuksköterskor i Sverige är medlemmar. 135 sjuksköterskor svarade på enkäten. Det statistiska testet Mann Whitney U-test användes för att undersöka skillnader i en variabel mellan två oberoende grupper. För att undersöka om det fanns ett samband mellan variablerna i denna studie användes Spearmans rangkorrelationskoefficient. Analyser utfördes för att se hur samtliga variabler samvarierade med

variabeln som mäter hur säkra sjuksköterskan är på att utföra suicidriskbedömningar.

## RESULTAT

Majoriteten av de deltagande sjuksköterskorna hade specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning psykiatrisk vård (65.2%) och var kvinnor (83%). De arbetade både inom psykiatrisk heldygnsvård och psykiatrisk öppenvård.

Det fanns ett samband mellan högre ålder, högre utbildningsnivå, längre arbetserfarenhet och att känna sig mer säkra på att utföra suicidriskbedömningar. Det framkom att de som arbetat mer än 10 år som sjuksköterskor, arbetat mer än 10 år inom psykiatrisk vård samt de som hade specialistsjuksköterskeutbildning inom psykiatrisk vård kände sig mer säkra på att utföra suicidriskbedömningar. Det fanns även indikationer på att de som

upplevde sig mer skickliga på sitt arbete även kände sig mer säkra på att utföra suicidriskbedömningar. Detta gällde även för de som upplevde sig ha bra stöd från sina kollegor. Inga samband eller signifikanta skillnader mellan grupper kunde ses avseende arbetsbelastning och hur säkra sjuksköterskorna kände sig på att utföra suicidriskbedömningar. Det framkom även att behov fanns för mer utbildning inom ämnet samt mer möjlighet till reflektion med kollegor (se tabell med öppna svar). Generellt sett ansåg sjuksköterskorna inom den psykiatriska vården att de känner sig säkra på att utföra suicidriskbedömningar. Trots detta framkom ett tydligt behov av förbättring inom utbildning, arbetsbelastning och stöd från kollegor. En slutsats är att det krävs kontinuerliga satsningar från arbetsgivare på kompetensutveckling och på att skapa en god arbetsmiljö. Det är även viktigt att utrymme för reflektion ges på arbetsplatsen och olika möjligheter för kollegialt stöd ges, speciellt för nya sjuksköterskor.



## >> SVAR PÅ ÖPPEN FRÅGA:

OM DU INTE KÄNNER DIG SÄKER MED ARBETSUPPGIFTEN ATT UTFÖRA SUICIDRISKBEDÖMNINGAR, VAD TROR DU ATT DU SKULLE BEHÖVA FÖR ATT BLI SÄKER?

SVAR	ANTAL
Teoretisk utbildning	30
Reflektion med kollegor	13
Återkommande utbildning	9
Erfarenhet	7
Tydliga rutiner	7
Stöttning från mer erfarna kollegor	6
Handledning	4
Mer tid	4

## LÄS MER

■ Läs uppsatsen i sin helhet på: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1863223/FULLTEXT01.pdf>



**Esa Kumpula är leg. sjuksköterska med mångårig erfarenhet som leg. sjuksköterska och vårdutvecklare inom rättspsykiatrisk vård. Han är anställd som lektor vid institutionen för vårdvetenskap på Marie Cederschiölds högskola, Stockholm. Hans pågående forskning handlar om jämlik vård inom rättspsykiatrisk och psykiatrisk vård ur genus- och intersektionella perspektiv. Forskningsintresset handlar framför allt om samspelet mellan våld och vård med påverkan på vårdande och relationer.**

# GENUS OCH RÄTTSPSYKIATRISK VÅRD

Text ESA KUMPULA

## – framtida utmaningar och möjligheter

Uppfattningar om kvinnor och män och vad som är manligt och kvinnligt i rättspsykiatrisk vård behöver ifrågasättas och är möjliga att förändra. Esa Kumpula är specialistsjuksköterska, universitetsadjunkt och doktorand vid Mälardalens högskola med fokus på genus och rättspsykiatri. Med utgångspunkt i sin egen forskning reflekterar han över utmaningar och möjligheter för både vårdare och patienter.

**SÅ HÄR I** efterhand minns jag det som, hur jag som ny sjuksköterska i rättspsykiatrisk vård blev förvånad över den tydliga överrepresentationen av män på avdelningen. Relativt fort lärde jag mig: "vi gör ingen skillnad", "alla gör samma saker". Förutom då ur ett säkerhetsperspektiv: "det måste finnas mer män på varje pass i förhållande till kvinnor". Idag är jag inte lika säker på att det måste finnas mer män på passen eller att vi inte gör skillnad på kvinnor och mäns arbetsuppgifter. Som vårdare har vi lärt oss att inte göra åtskillnad på patienter oavsett genus, klass, etnicitet eller sexualitet, men trots våra kunskaper och erfarenheter finns det fortfarande kvar föreställningar om hälso- och sjukvården som en genusneutral arena. Finns det något av naturen givet som är kvinnligt

eller manligt, och i sådana fall varifrån kommer det? Och om vi gör skillnad, vad innebär det för jämställdheten på avdelningen och i förlängningen för omvårdnaden av patienten? Mot den här bakgrunden kommer jag reflektera kring konstruktioner av genus och illustrera med några korta och övergripande exempel. Exemplet har sin utgångspunkt i vårdarnas språkbruk i ett sammanhang som rättspsykiatrisk vård. Reflektionerna utgår från egen forskning om rättspsykiatrisk vård. Avsikten med texten är att öppna upp för funderingar och kritiska tankar kring genusmönster i skärningspunkten mellan strukturer och vardagshandlingar som äger rum i vården. I det som vi tenderar att ta för givet. Begreppet vårdare kommer fortsättningsvis referera till sjuksköterskor och skötare.

I det vardagliga livet tar vi ofta genus som en självklarhet utan att reflektera över hur förståelsen har skapats eller vilken betydelse det har för samspelet och relationer inom gruppen vårdare samt för omvårdnaden av patienten. På samma vis som när vi pratar om eller förhåller oss till människor gör vi ofta genus utan att vara medvetna om det. I hälso- och sjukvården använder vi begrepp som människa, patient, person eller individ. Att använda begreppen okritisk bidrar till att osynliggöra konstruktioner av genus när vi kategoriserar oss som kvinna eller man, vilket skapar konsekvenser för bemötandet av patienten. Samtidigt som det utesluter andra föreställningar om det "normala". Vardagliga händelser och situationer som vi delar med varandra passerar då utan eftertanke. Som genusforskaren Raewyn Connell påtalar är det inte svårt att registrera existensen av genus, men svårare att förstå hur processen sker. Då, när jag jobbade som sjuksköterska, pratade vi sällan om betydelsen av genus för relationer inom arbetsgruppen, till patienter och till de arbetsuppgifter som förväntades av oss. En inte helt ovanlig kommentar som återkom och återkommer i olika variationer och sammanhang är: "Måste allting handla om

könsfrågor? Det blir så tröttsamt att hela tiden prata om det." Jag menar att frågor om genus bör diskuteras. Tröttheten får vi ta en annan gång. Det handlar om att genus är en grundläggande kategori som formar en människa och inom rättspsykiatrisk vård jobbar vi med människor.

### Rättspsykiatrisk vård

Rättspsykiatrisk vård skiljer sig åt från övrig hälso- och sjukvård i den mening att patienterna blir dömda och överlämnade till vård utan någon egentlig tidsbestämelse samt att män, manliga vårdare och manliga patienter tillsammans utgör en majoritet på en rättspsykiatrisk slutenvårdsavdelning. En av den rättspsykiatriska vårdens uppgifter är att skydda samhället och förhindra ytterligare brott från att ske. Detta medför att skydds- och säkerhetsaspekter har en central och avgörande del i verksamheten. Utöver det syftar den rättspsykiatriska vården till att stärka patientens hälsa och förbättra livskvaliteten.

### Genus – något vi gör

Jag refererar begreppet genus till ett sätt att organisera sociala praktiker, ett feminitet- och maskulinitetsgörande. Jag menar att genus inte är "av naturen givet" eller en uppsättning fixerade el-

◀ **ESA KUMPULA.** Specialistsjuksköterska med arbetslivserfarenheter inom barn- och vuxenpsykiatri samt rättspsykiatrisk slutenvård. Tidigare vårdutvecklare inom rättspsykiatrisk vård. Idag universitetsadjunkt och doktorand vid akademien för Hälsa, Vård och Välfärd, Mälardalens högskola, Västerås.

– Jag vill tacka Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor för stipendium. Stipendiet bidrog till att jag kunde genomföra en forskarvistelse vid University of Wollongong, Australien. Syftet med vistelsen var att skapa möjligheter att delta, diskutera och skapa internationella forskarkontakter och förhålla mig till forskning från ett globalt perspektiv. Vistelsen erbjöd även möjligheter att bli del av ett internationellt forskarnätverk som är gynnsamt för utveckling av forskarutbildningen och för framtida kontakter efter forskarutbildningens avslut.



ler stabila egenskaper. Däremot gör vi gör en åtskillnad mellan kön, som har sitt ursprung i biologi, vilket fortfarande än idag används för att skilja könen åt med kategorisering som: könsorgan, hormoner, kromosomer. Det är inte biologin i sig självt som skapar skillnader. Skillnaderna kommer mer ur hur vi tolkar och vad vi gör av tolkningar. Begreppet genus ska heller inte missförstås som att det enbart riktar sig till kvinnor och konstruktioner av feminitet och kvinnors liv. Det handlar lika mycket om män, om konstruktioner mellan maskulinitet och mäns vardagsliv. Däremot är det förenklat att påstå att sociala konstruktioner bara sker genom relationer mellan människor. Det är också mönster i vardagen som gestaltas genom våra föreställningar, hur vi använder symboler, hur vi agerar, pratar, klär oss och så vidare. Med symboler menar jag bland annat hur språk används för att konstruera genus. Jag menar inte att ord ursprungligt handlar om genus, men det är hur ord används i förhållande till normer och värderingar om kvinnligt och manligt som skapar betydelse för konstruktioner av genus. Exempel på värderande synsätt är bland annat: hysterisk och rationell. När jag resonerar om genus ska det förstås som något som görs, som skapas och återskapas och inte som ett stillastående statistiskt tillstånd, vilket betyder att det är en process som är möjlig att förändra.

#### Omvårdnad i en mansdominerad miljö

Den första reflektionen har sin utgångspunkt i spänningsförhållandet mellan omvårdnad, som ofta associeras med kvinnliga egenskaper, och att utföra den i ett vårdssammanhang där män, vårdare och patienter tillsammans utgör en majoritet. Reflektionen tar sin utgångspunkt i att språk gör någonting med verkligheten och hur vi förhåller oss till den även om språk ofta tolkas som "naturligt" eller "oskyldigt". Beroende på sammanhang och vårdarnas beskrivningar av patienten konstrueras samtidigt föreställningar om hur de vill bli uppfattade i rättspsykiatrisk vård. Med det som bakgrund blir det också möjligt att rikta frågor om vilka effekter vårdarnas språk användning har för exempelvis

om bemötande av patienten. Jag kommer presentera några exempel som återkommer i olika sammanhang och som kan framstå som "naturliga" och "oskyldiga" i rättspsykiatrisk vård. Väljer vi däremot att närma oss språket med utgångspunkt i normer och värderingar om genus sker någonting annat. Ett exempel är hur kvinnor som vårdare beskriver måltidssituationer på avdelningen med begrepp som viktigt, trevligt, lugnt, harmonisk och lugn och ro. Begreppen skapar associationen till den privata sfären med ansvar för hem och familj och hur det kan användas för att stärka identitet som kvinna och vårdare i rättspsykiatrisk vård. Det andra exemplet handlar om hur män som vårdare kan använda sig av tuffa, hårdare tag, hotfulla, orka stå emot (om patienten), vilket skapar associationer till föreställningar om attityder och manlighet. Det kan också tolkas som att vårdarens kroppsliga förmåga att hantera olika situationer i förhållande till patienten kan användas för skapandet av en identitet som man och vårdare. Med exemplen vill jag visa att när vårdarna använder språk i ett sammanhang som rättspsykiatrisk vård sker saker. I det här sammanhanget handlar det om hur språket bidrar till att forma eller utgör markörer för identiteter som vårdare, vilket sker i förhållandet till konstruktioner av två kön, kvinna och man.

#### Genuskodade arbetsuppgifter

Den andra reflektionen bär med sig föreställningar om kvinnligt och manligt och hur det kan relateras till uppfattningar om genuskodade arbetsuppgifter och vardagssysslor. Vad vi ska göra och vad vi förväntas att göra. Till exempel, att torka bort kaffefläckar från borden i besöksrummen eller upplockade av dagstidningar och kaffekoppar från vardagsrumsbordet visar hur ordningen har sin utgångspunkt i sociala relationer. Och på så vis blir det också del av ett större mönster som handlar om (o)jämlighet. Det kan också handla om hur fysiska aktiviteter som att få komma ut från avdelningen bidrar till att bibehålla strukturer och genusmönster på avdelningen. En möjlig tolkning är att samspelet mellan kropp

och fysiska aktiviteter kan bidra till att utveckla manliga relationer i ett vårdande sammanhang. Men, konsekvenser av samspelet mellan kropp och fysiska aktiviteter är att det kan skapa begränsningar för andra former av maskulinitetskonstruktioner att ta plats i den rättspsykiatriska vården. Med detta vill jag illustrera hur det komplexa samspelet med betoningen på säkerhets- och skyddsaspekter i rättspsykiatrisk vård, och när vårdandet ofta tolkas med kvinnliga egenskaper, kan skapa förväntningar på och motsatsförhållanden mellan kvinnor och mäns agerande. Ett kategoriserande av arbetsuppgifter som dels kan utesluta andra möjligheter att forma sig som kvinna eller man men som även kan förstärka normer och villkor för hur individen ska vara.

#### Ifrågasatt maktstrukturer

I ett rättspsykiatriskt vårdssammanhang är det inte ovanligt att frågor om makt relateras till etik, om relation till patienten, till tvångsätgärder och konsekvenser av tvång eller till sjuksköterskans arbetsledande funktion. Jag menar att frågor om makt i ett rättspsykiatriskt vårdssammanhang bör vidgas till att handla om (o)jämlighet mellan könen. Det finns även andra maktordningar som etnicitet och sexualitet som inte behandlas i

texten. Det skulle kräva ytterligare utrymme. Att våga vara obekvämt och ifrågasätta konstruktioner av genus för att skapa förändring är inte enkelt. Det är mycket som står på spel. Bland annat att ge avkall på privilegier som stödjer kategoriseringar av kvinnor och män. Jag har försökt visa på några utmaningar i rättspsykiatrisk vård som handlar om att "göra motstånd" mot det vi tenderar att ta för givet med konsekvenser för maktrelationer och arbetsuppgifter på avdelningen. Jag menar att vi bör skapa utrymme och reflektera över hur vår förståelse om hur genus skapas och upprätthålls och inte se det som fixerade föreställningar om vem eller vad jag är som kvinna eller man. Det innebär samtidigt att reflektera över begreppen människa och patient i förhållande till genus när den rättspsykiatriska vården betonar vikten av att se människan bakom brotten. Möjligheterna för rättspsykiatrisk vård är att rikta frågor och ifrågasätta hur maktstrukturer skapas och vidmakthålls, och hur ifrågasättandet kan bidra till en ökad jämställdhet på avdelningar och bryta ner kategoriseringar av kvinnor och mäns arbetsuppgifter. Målet är att motverka "stereotypiserade" könsroller av vårdare och patienter och därigenom bidra till att stärka och utveckla den egna kompetensen och omvårdnaden av patienten.

## LÄS MER

- Connell, R. (1995). Maskuliniteter. Daidalos.
- Connell, R. (2009). Om genus. Andra upplagan. Daidalos
- Johannisson, K. (1994). Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle. Stockholm. Norstedts.
- Kulick, D. (2005). QueerSverige. Natur & Kultur.
- Pease, B. (2010). Undoing privilege. Unearned advantage in a divided world. London: Zed books.
- West, C., & Zimmerman, D. (1987). Doing Gender. Gender and society, 1(2), 125 – 151.



## RECENSION:

# Processbaserad TERAPI

HÖJDARE INOM KBT UTLOVAR NÅGOT "HELT ANNAT", OCH "EN NY DEFINITION AV EVIDENSBASERAD TERAPI" – MEN HÅLLER DE VAD DE LOVAT?

TITEL:

Processbaserad terapi

FÖRFATTARE:

Stefan G. Hofman, Steven C. Hayes och David N. Lorscheid.

FÖRLAG: Natur & Kultur

UTGIVNINGÅR: Svensk utgåva 2023.

RECENSENT: Simon Notman Steinmo



MÅNGA SOM ARBETAT med någon form av kognitiv beteendeterapi har säkert kommit i kontakt med Stefan Hofmann och Steven Hayes. Hofmann har tidigare bland annat gett ut böcker om ångestbehandling samt boken "Känslor och psykoterapi: från forskning till behandling", den senare i syfte att öka förståelsen för emotionernas roll i psykoterapi. Steven Hayes känner de flesta som en förgrundsfigur inom ACT (Acceptance and Commitment Therapy).

Gemensamt för de båda är att de är kritiska till hur psykiatrisk diagnostik används idag och de ser brister i de diagnosspecifika behandlingsprotokoll som dominerat KBT-behandling från 80-talet och framåt. Därför vill de presentera något "helt annat" – Processbaserad terapi (PBT). Detta är enligt författarna inte en ny metod, utan en metamodel

för att organisera evidensbaserad kunskap och interventioner. PBT är tänkt att vara ett transdiagnostiskt och individanpassat arbetssätt inom psykoterapi. Modellen vill också distansera sig från den konkurrens som uppstått mellan terapimetoder, där varje metod försöker marknadsföra sig och sina unika särdrag. I stället vill PBT vara en modell där användaren kan hämta byggstenar och interventioner från olika terapeutiska traditioner. En berömvärd avsikt, tycker jag som integrativ terapeut, men modellen är väldigt tydligt rotad i kognitiv beteendeterapi. Den kommer nog i huvudsak appellera till de som redan idag arbetar med KBT och är vana vid att göra funktionell analys med rutor och pilar. För de som till vardags arbetar utifrån andra terapeutiska traditioner kan PBT med dess ganska komplexa nätverksmodell kännas ovan att tillämpa i en

terapisituation, även om boken ger både fina vinjetter med patientfall och små uppmaningar till läsaren att tillämpa övningarna på sitt eget liv.

För dig som idag arbetar med kognitiv beteendeterapi utifrån diagnosspecifika behandlingsprotokoll och ser begränsningarna i dessa så rekommenderar jag boken. Självt tror jag inte att det är en bok jag kommer återvända till, men jag känner tacksamhet till författarna för deras ambition att vilja förflytta fokus i psykoterapi: från DSM-diagnos till individen. Mot en terapi som tar hänsyn till både biofysiologi och sociokulturell kontext och som har sin utgångspunkt i personens erfarenheter och berättelse.





## ATT NAVIGERA SIG SJÄLV GENOM DEN ANDRAS ÖGON – INNEBÖRDER AV MÖTET MED AMBULANSPERSONAL UTIFRÅN PATIENTER SOM BEFINNER SIG I EN SUICIDAL PROCESS.

Text: STAFFAN HAMMARBÄCK Foto: LINNÉUNIVERSITETET

Staffan Hammarbäck är specialistsjuksköterska med inriktning mot ambulanssjukvård och doktorand i vårdvetenskap vid Linnéuniversitetet. Han arbetar med ett doktorandprojekt om mötet mellan ambulanspersonal och patienter som befinner sig i en suicidal process. I denna text berättar Staffan om en av projektets delstudier som undersöker vilka innebörder mötet med ambulanspersonal har utifrån patienternas erfarenheter.

### BAKGRUND

De flesta patienter har kontakt med sjukvården året innan suicid, och ambulanspersonal möter patienter i alla faser av den suicidala processen. Traditionellt sett har fokus inom ambulanssjukvården varit på akutmedicinska tillstånd. Ambulanspersonal har beskrivit att de saknar kompetens att vårda patienter med psykisk ohälsa och att möta patienter i suicidal process kan vara utmanande.

Patienter å andra sidan har beskrivit en ambivalens mellan liv och död och hur processen karaktäriseras av ensamhet och mörker.

Samtidigt finns en längtan efter någon som kan se, lyssna och försöka förstå situationen. Syftet med studien var att belysa innebörder av mötet med ambulanspersonal utifrån levda erfarenheter hos patienter som befunnit sig i en suicidal process.

### METOD

Studien har en kvalitativ design med en fenomenologisk hermeneutisk ansats. Deltagarna rekryterades från psykiatrisk öppenvård i en region i Sverige. Intervjuer genomfördes med personer som det senaste året varit i kontakt med ambulanssjukvård i samband med suicidalitet. Åtta personer deltog i studien och med sju deltagare genomfördes uppföljande intervjuer vilket resulterade i femton



Staffan Hammarbäck

intervjuer som låg till grund för den kvalitativa analysen. Deltagarna valde själva plats för intervjun som genomfördes antingen i deltagarens hem, i en lokal som tillhandahölls av regionen eller över telefon.

### RESULTAT

Analysen resulterade i huvudtemat *Att navigera sig själv genom den andras ögon*. Att möta ambulanspersonal i samband med att vara i en suicidal process

"SYFTET MED STUDIEN VAR ATT BELYSA INNEBÖRDER AV MÖTET MED AMBULANSPERSONAL UTIFRÅN LEVDA ERFARENHETER HOS PATIENTER SOM BEFUNNIT SIG I EN SUICIDAL PROCESS."

är att vara osäker på det egna värdet och att navigera vem man är genom kommunikation och interaktion med ambulanspersonalen. I mötet uppstår en paradox genom att ambulanspersonalen är satta att rädda liv medan det pågår en kamp mellan ett outhärdligt liv och döden som en väg bort från det överväldigande lidandet. Huvudtemat byggs upp av tre teman som presenteras nedan.

### BLI PÅVERKAD AV REPRESENTANTER FÖR SAMHÄLLET

Ingången till detta möte är en maktobalans där ambulanspersonalen är auktoritär och den starkare parten. Maktobalansen förtydligas genom ambulanspersonalens kroppsspråk och tonen i deras röst. När de exempelvis står ovanför och använder en kort ton ökar sårbarheten och känslan av att vara exponerad. Maktposition framhävs ytterligare när personalen verkar vara bortkopplade från känslor.

*"Jag ser ingen värme. Det blir som att de är robotar, de kommer dit, ska göra sitt jobb, gå därifrån. Det är ingen värme i hur de pratar och jag har väldigt svårt att kunna bemöta människor som jag inte riktigt kan läsa av."*

(Citat från deltagare)

Ambulansen symboliserar trygghet och säkerhet vilket kan ge en känsla av lugn. Samtidigt är mötet med ambulanspersonalen paradoxalt. Det innebär att möta de som är satta att rädda liv, samtidigt som det finns en osäkerhet kring huruvida livet kan vara outhärdligt. Mötet kan därför inte enbart ge en känsla av att ta upp resurser från de som förtjänar

vård och som vill leva. Att vara ambivalent är att kämpa mellan liv och död. Att följa ambulanspersonalen är inte bara en fråga om överlevnad, det är att lita på dem avseende att det finns hopp om ett uthärdligt liv.

*"När man mår så där att man inte ens vill fortsätta leva, man lägger sitt liv i deras händer just då när man lutar på dem att gå bort från spåret."*

(Citat från deltagare)

### VARA OSÄKER PÅ DET EGNA VÄRDET

Att befinna sig i situationen som krävde kontakt med ambulanssjukvården innebär att vara ett misslyckande. Svaret är ens eget för att ha hamnat i situationen och detta medför en rädsla för att vara en börda för såväl personalen som en själv. När ambulanspersonalen visar irritation eller verkar ointresserade, innebär det att vara ett problem för dem. Det blir särskilt tydligt genom deras användning av nedlåtande språk, som innefattar varför eller igen. Om de tittar bort, är tysta eller bara pratar med varandra innebär det att vara utan mänskligt värde och att de hellre skulle ha tagit hand om någon annan som förtjänade vård.

*"Man känner sig som en fläck på golvet, bara som ett problem och man hänger inte med i vad som händer. Man känner sig osynlig och det gör man nästan redan när man vill ta livet av sig. Man känner sig som ett problem (...). Det kändes väldigt kallt utav dem att inte prata med mig."*

(Citat från deltagare)

Som ett skydd mot att bli dömd hålls en fasad upp. Känslor och personliga tankar döljer sig bakom denna fasad då man inte vet hur personalen kommer att reagera. Det finns en föreställning om att personalen kan behöva distansera sig och att de inte är intresserade av tankar om suicid. Så fasaden är också till för att skydda personalen, eftersom det finns en oro för att det kan vara smärtsamt för dem att lyssna till de tankar och känslor som finns inuti. Det finns en känslighet för ambulanspersonalens lyhördhet och om de visar att de kan lyssna uppmärksamt finns det en möjlighet att öppna upp om suicidtankar och att komma fram från det som finns bakom fasaden.

### ÅTERFÅ HOPP I STUNDER AV GEMENSKAP

Att vara i den suicidala processen kännetecknas av ensamhet. Även om man är omgiven av vänner och familj så finns det en känsla av att vara annorlunda, avskild och inte helt förstörd. Ensamheten minskar genom vardagliga samtal med ambulanspersonalen eftersom det påminner om vanlig mänsklig gemenskap. När de exempelvis använder humor eller ställer frågor om hobbyer, husdjur eller utbildning, minskar det spänningar och lyfter fram viktiga delar i livet.

*"Det kan verka väldigt konstigt, man nyss har varit nära på att försöka ta livet av sig och sedan frågar någon hur gammal man är eller vad man gillar att göra på fritiden (...) men samtidigt så, ja men det känns som att någon bryr sig om mig, vem jag är och inte bara mitt sjuka jag."*

(Citat från deltagare)

Det finns inga förväntningar på att ambulanspersonalen ska lösa några underliggande problem, men den minskade ensamheten ger hopp om att bli en del av mänsklig gemenskap igen. När personalen är känslomässigt tillgängliga betyder det att man har inverkan på dem och därmed har ett värde som människa. Relationen byggs upp steg för steg när ambulanspersonalen är personliga och visar att de lyssnar och har tid. Genom samtalet

finns det en möjlighet att komma fram som en unik människa med en historia att berätta.

*"Det kan gå flera veckor utan att jag egentligen har ett riktigt samtal, så det här samtalet jag hade med ambulanspersonalen, det var min första riktiga konversation på djupet som jag haft på flera veckor, så det intrycket tog plats. Det var stort! Det var värdefullt!"*

(Citat från deltagare)

Att vara i den suicidala processen är att vara nedbruten och splittrad. När ambulanspersonalen är varma och vänliga kan delarna sättas ihop och en känsla av kontroll kan återfås. Om de visar att de inte har gett upp hoppet är det möjligt att våga tro att denna situation är blott tillfällig och att en annan tillvaro är nåbar.

### SLUTSATS

Patienter påverkas av den makt som ambulanspersonalen har, vilken antingen förstärker känslan av att vara en börda eller ingjuter en känsla av hopp om ett uthärdligt liv. Att i tankar om döden som en utväg mötas med vänlighet och medmänsklighet stärker önskan att leva. Genom samtal kan ambulanspersonal stödja patienternas första steg till återhämtning. Ambulanspersonal kan spela en viktig suicidpreventiv roll, både i vården i samband med ett suicidförsök men också för att möjliggöra för patienter att dela suicidtankar.

## LÄS MER

■ Hammarbäck, S., Wiklund Gustin, L., Bremer, A., & Holmberg, M. (2024). Navigating oneself through the eyes of the other – meanings of encountering ambulance clinicians while being in a suicidal process. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 19(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2374751>



# Att arbeta med hunden som kollega och motivator

Text: OSCAR ÖBERG Foto: SUSANNE SNAAR

Att få träffa en social tjänstehund kan ge många positiva hälsoeffekter visar studier. Hundarna bidrar även till ökad motivation och minskad isolering, samt kan ge stöd och lugn i jobbiga situationer. På Spiragården huserar ett gäng sociala tjänstehundar tillsammans med sin vårdhundsförare Maria Bergstedt som även arbetar som verksamhetschef. Hon menar att hundarna inte bryr sig om diagnoser eller sjukdomshistoria, utan sprider istället glädje och fokuserar på det friska.

**MARIA BERGSTEDT** arbetar som verksamhetschef på psykiatriboendet Spiragården och utbildade sin första sociala tjänstehund 2012. Vid öppnandet av Spiragården 2019 blev hundarna en självklar del av verksamheten. Enligt Maria har hundar en fantastisk förmåga att vilja samverka med människor. Många av de som bor på Spiragården har goda minnen kopplade till djur, och hundarna ger ofta upphov till spontana samtal om egna erfarenheter med hundar.

Alla hundar är dock inte rustade för att arbeta som sociala tjänstehundar. För det krävs trygga och utbildade hundar som kan hantera sitt kontaktagande.

*"Det är viktigt att hundarna är testade och utbildade för att klara av arbetet i vår verksamhet. Psykiatri handlar ju om svåra känslor."*

På Spiragården anses miljön vara av stor vikt. Den ska vara inbjudande, hemlik och trygg. Hundarna ska på ett naturligt sätt finnas tillgängliga för de som vill och behöver dem. Därför är hundarna lösgående i de allmänna utrymmena och personal närvarar för att stödja och vägleda.

## FYSISK AKTIVITET OCH FYSISK NÄRHET

Hundarna fungerar också som goda motivatorer när det kommer till fysisk aktivitet. Morgonpromenader på schemat är återkommande och uppslutningen är aldrig så god som när hundarna är på plats. Varje person väljer ut den hund den vill gå med. Under promenaden flyter ofta samtalen lätt. Att umgås med en hund innebär dessutom att visa omsorg till en annan varelse.

Många av dem som vistas på Spiragården har en historia som kan innehålla både övergrepp och våld. Det är då viktigt att på ett mindre laddat sätt både kunna få ge och ta emot närhet; att klappa och krama någon. I relationen till hunden får de boende både ge och ta emot utan några krav eller underliggande syften. Umgänget med hunden upplevs därför ofta okonstlat och kravlöst.



Från vänster till höger: Tor, Petter och Charlie.

## KÄNSLOR

Umgänget med en hund kan även bidra till att lindra ångest och sänka stress. Närvaro och närhet till hunden gör att kroppen utsöndrar oxytocin, vårt naturliga må bra-hormon. Oxytocinet frigörs vid taktill beröring och värme, och är kopplat till njutning, lugn och ro. Många av dem som bor på Spiragården söker upp hundarna när de mår sämre för att få sitta ner en stund tillsammans med hunden och få hjälp att vända den negativa känslan. De upplever att hunden inte dömer, och de kan känna sig omtyckta och accepterade oavsett hur de ser ut eller hur de mår.

Hunden inger trygghet och påverkar positivt med sitt lugn. Vid psykostillstånd kan hunden ha lättare att nå fram än vad personer i omgivningen har, berättar Maria. Hunden kan då bidra till att personen korta stunder får möjlighet att vara närvarande i nuet utan tydlig påverkan av de psykotiska symtomen. Även personer med diagnosen emotionell instabil personlighetsstörning (EIPS) kan ha stort värde av att ha hundarna med i den dagliga behandlingen:

*"I de stora känslövängningar som dessa personer kan uppleva, i form av ångest och djup hopplöshet, ser vi att hundarna ofta når fram och ger ett välkommet avbrott i det svåra. I situationer då det är svårt för personalen att vara en resurs, när den boende mår som sämst, har vi observerat att hunden upplevs lättare att ta emot och tillåts i princip alltid att komma nära."*

Även specialistsjuksköterska Fia Öberg berättar om vårdhundarnas positiva effekter:

*"Jag har aldrig tidigare arbetat i en verksamhet med vårdhundar och inte förstått hur viktiga de kan vara för människors välmående. De boende bygger så fina relationer till hundarna och ibland känns det som att vi i personalen är överflödiga"*

Förutom att personen alltid själv kan komma till hunden, planeras även aktiviteter med hunden som medverkande. Personal kan exempelvis säga: "på tisdag när jag kommer så tränar vi apportering med Charlie, är vi överens om det?" Denna typ av överenskommelser har visat sig kunna förhindra att personen väljer att avvika från boendet och har ibland också inneburit att självskador har kunnat förhindras eftersom personen inte vill bryta en överenskommelse som inkluderar hundarna.

## SJÄLVKÄNSLA

Att stärka sin självkänsla och uppleva att man klarar av saker är en viktig del i en läkandeprocess men också i livet i stort. Samspelet med hundarna kan bidra till att skapa ökad självkänsla. Maria berättar:

*"Många flyttar in med en väldigt låg självkänsla. Hunden blir en möjlighet att våga utforska och prova saker med handledning. Att få hitta saker man är bra på, få bekräftelse och kunna visa andra. Det gör också att man vågar mer i andra sammanhang. Det kan handla om att genomföra ett jobbigt samtal eller att*

*gå till affären. Genom att träna hundarna får man öva sig på att kommunicera och vara tydlig. Man tränar också på att berömma och belöna, vilket leder till samtal om vikten av bekräftelse för oss alla. Det blir så tydligt tillsammans med hundarna."*

Maria poängterar hundarnas betydelse för Spiragården och hoppas att fler psykiatriboenden får möjlighet att arbeta med djur i sina verksamheter.

*"Djuren når fram på ett sätt som vi människor inte kan och blir därmed en ovärderlig resurs inom vården"*



## SPIRAGÅRDEN:

Spiragården tar emot män och kvinnor från 18 år och uppåt med långvarig och komplex psykiatrisk problematik, även i kombination med beroendesjukdom. Verksamheterna ligger i Alfita och Ockelbo och bedrivs i enlighet med socialtjänstlagen (SoL). Spiragården tar även emot placeringar enligt LPT, LRV och LVM.





# EMPATINS fenomenologi och den professionella rollen i återhämtningsinriktat arbete.

De flesta skulle nog vara överens om att empati är en viktig egenskap för oss människor, kanske i synnerhet för oss som arbetar inom yrken där relationer och omsorg är viktigt, såsom socialarbetare och specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård. Däremot är vi inte alltid överens om vad empati egentligen är. I *Psyche* nr 1 2022 skrev jag och *Andreas Glantz* en artikel som delvis diskuterar empati utifrån ett fenomenologiskt perspektiv. Jag kommer nedan att ytterligare utveckla diskussionen och tydliggöra vikten av empatisk förmåga i alla interpersonella yrken men särskilt i återhämtningsinriktat arbete.

**DISKUSSIONEN OM HUR** empati ska definieras företrädes framför allt av det så kallade main-streamperspektivet; simulationsteori. Denna definition innebär att vi simulerar den andres tillstånd eller erfarenheter för att på så sätt nå förståelse. Vi försöker alltså föreställa oss hur det är att vara den andre och att gå i den andres skor. I litteraturen stöter vi ofta på begrepp som affektiv och kognitiv empati. Båda dessa förklaringsmodeller går ut på att känna vad den andre känner eller försöka föreställa sig hur det skulle vara att vara i den andres situation, detta är alltså exempel på simulationsteori. Ett problem med denna definition är att det inte är säkert att jag förstår den andre utan det som händer är att jag försöker förstå mig själv i en hypotetisk situation. Det blir särskilt problematiskt om jag ska försöka förstå någon som har väldigt annorlunda livserfarenheter än vad jag själv har. Hur skulle det till exempel vara möjligt att förstå någon med psykosupplevelser om jag själv aldrig upplevt en psykos? Simulationsteori kan sägas utgöra ett förstapersonsperspektiv, alltså att jag först föreställer mig hur det skulle vara för mig att ha en psykos för att på så sätt närma mig förståelse av den andre. Kritik mot simulationsteorin har kanske främst lyfts från fenomenologiskt håll med början hos Edmund Husserl som allmänt ses som den moderna fenomenologins fader och inte minst genom Edith Steins avhandling *On the problem of empathy* från 1916. Mer nutida texter hittar vi bland annat hos Dan Zahavi, Shaun Gallagher och Magnus Engländer. Fenomenologerna menar att det inte alls är nödvändigt att simulera för att förstå, eller att det till och med kan hindra förståelse eftersom fokus är mer på mig än på den andre. Utgångspunkten är att jag aldrig kan ha direkt tillträde till en annan människas medvetande men det är samtidigt inte dolt för mig. Ett fenomenologiskt perspektiv utgår snarare från en förståelse ur ett andrapersonsperspektiv där jag fokuserar på den andre och dennes erfarenhet oavsett mig själv och mina egna erfarenheter. Eftersom vi är sociala varelser är empatin redan där. Poängen

här är att stanna i en reflektion kring den förståelse som redan är där utifrån att vi möter en annan människa med erfarenheter, upplevelser och känslor och meningsmässiga uttryck. Det är alltså en närvaro till ett annat subjekt som föregår eventuell simulering. För att kunna utföra en simulation måste jag först ha varit närvarande till något.

Vad är då poängen med att diskutera definitionen av empati? Jag menar att det blir viktigt i relation till yrkespraktik och dessutom direkt avgörande för återhämtningsinriktat arbete.

**” En av de mest grundläggande principerna för återhämtning är principen om ’människor först’, det vill säga att människor med psykisk ohälsa är människor/personer först, innan de är fall, diagnoser eller patienter.” (Anthony 2003, s. 1, min översättning och emfas).**

Idag är empirisk vetenskapsteori och naturvetenskap ledande (och förgivettagna), såväl inom kvantitativ som kvalitativ forskning. Detta utgör en grund även för yrkespraxis inom socialt arbete, psykiatri och socialpsykiatri, med fokus på standardisering, mätbarhet och evidens. William Anthony indikerar, i citatet ovan, att detta reduktionistiska synsätt inte är tillräckligt för återhämtningsinriktat arbete. Han menar att dagens evidensbaserade praktik, med grund i empirisk vetenskapsteori, missar klienters existentiella och subjektiva levda erfarenhet.

Vi behöver vidga vårt perspektiv och återställa subjektivitetens roll inom yrken som möter personer som lever med psykisk ohälsa. Detta är något som fenomenologin kan bidra med. Larry Davidson och Lisa Cosgrove skriver att vi inte, fullt ut, kan förstå individens erfarenheter utan att också förstå villkoren som föregår och formar dessa erfarenheter (d.v.s. dess horisonter/kontext). En fenomenologiskt grundad empati kan ge verktyg för att kunna förstå klientens levda erfarenhet och ge en inblick i den personliga värld som utgör bakgrunden för erfarenhet och mening. Tillämpad fenomenologi, i yrkesverksamhet såväl som forskning och filosofi, utgår från

**”DAGENS EVIDENSBASERADE PRAKTIK, MED GRUND I EMPIRISK VETENSKAPSTEORI, MISSAR KLIENTERS EXISTENTIELLA OCH SUBJEKTIVA LEVDA ERFARENHET.”**

första-persons-erfarenheten för att på så sätt få tillträde till mening såsom den framträder mot en kontext. Jag menar att den fenomenologiska empatiträning som Magnus Engländer utvecklat, och som vi använder i undervisning vid Malmö universitet, kan leda till att yrkesverksamma aktivt kan inta och stanna i en empatisk inställning för att följa den andres erfarenhet vilket också möjliggör framträdandet av den andres personliga värld, bestående av horisonter, som utgör bakgrunden för erfarenheten och den mening som finns i erfarenheten. På så sätt kan vi – tillsammans med klienten – få syn på, och utforska, de alternativa och möjligheter som finns för just den här personen utifrån dennes personliga värld.

Utifrån dessa grunder kan vi som professionella aktivt arbeta i en relation med klienten, där vi kan stötta i ett utforskande av de möjligheter och resurser som finns tillgängliga för att klienten ska kunna fatta egna beslut kring det egna livet, vård och behandling: alltså att stötta personens beslutsfattande. Jag menar också att detta perspektiv kan utgöra basen för:

1. En djupare interpersonell relation, där mening kan utforskas tillsammans och som kan vara en utgångspunkt för aktivt arbete med stöttat beslutsfattande som grund för individuell återhämtning för personer med psykisk ohälsa
2. Ett sätt att närma sig den andre som stöttar att den professionella och klienten kan upprätthålla en nära relation med en samtidig professionell och emotionell distans.

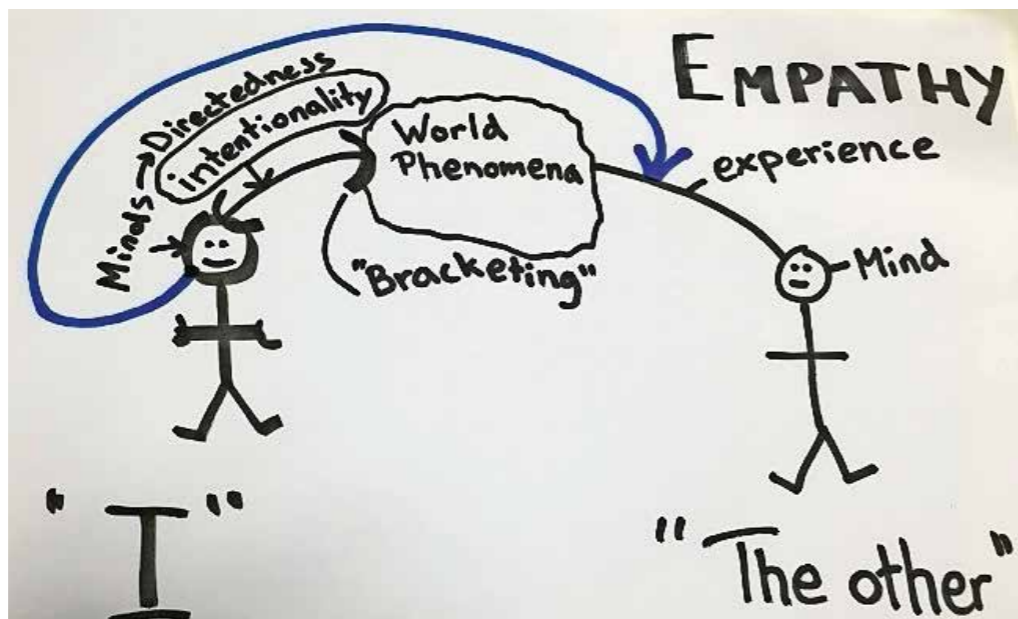
För detta krävs en ömsesidig relation, som är tillitsfull och nära, men som samtidigt håller fokus på den andre för att tillsammans kunna utforska de alternativa som är möjliga för personen. Utgångspunkten är vår empatiska förmåga, att börja i förståelse som bas för en professionell relation. Utifrån ett *andrapersonsperspektiv* kan vi alltså följa den andres erfarenhet utifrån dennes eget perspektiv och med detta som utgångspunkt skapa en relation som är ömsesidig och har sin grund i förståelse.

## EMPATI SOM VERKTYG OCH SKYDD

En viktig poäng i empatins fenomenologi är det faktum att *den andres* upplevelser och erfarenhet är just den andres (Se t.ex. Zahavi 2019; Engländer 2018). Det innebär att känslor och uttryck kopplade till erfarenheten också tillhör den andre och att empati inte förväxlas med egna upplevelser, affektsmitta, sympati eller medkänsla. Vi behöver inte, som i simulationsteori, gå i den andres skor, eller känna vad den andre känner, för att kunna förstå något av hur den andre upplever världen och sin tillvaro. I stället kan vi bibehålla vår professionella roll och vårt fokus på den andre utan att blanda ihop vems upplevelse som är vems eller dras med (för långt) i sympati och medkänsla.

På så vis kan vi närvara till den andres meningsuttryck, exempelvis uttryck av sorg eller ilska, utan att dessa känslor nödvändigtvis måste drabba oss. Detta perspektiv ger oss både ett fokus på den andre och en





Jagets riktadhet mot den andres erfarenhet

emotionell distans, vi kan uppleva den andres emotioner utan att själva befinna oss i samma emotionella tillstånd eller uppleva (eller ha upplevt), eller simulera, samma sak som den andre. En nära relation kan skapas med en tydlig utgångspunkt i den andres personliga värld med dess individuella förutsättningar och möjligheter. Detta betyder inte att man som professionell inte får eller bör dela med sig av sina egna erfarenheter, tvärtom kan det vara viktigt för en ömsesidig relation, en form av balans som kan uttryckas som att vara en "professionell vän" eller att relationen konstitueras av både närhet och distans (Se Berggren & Gunnarsson 2010). Snarare kan empatin ses som ett verktyg för att bygga relationer med fokus på klientens behov och möjligheter. Det möjliggör ett val att dela med sig av egna tankar och känslor men utan att för den sakens skull ta fokus från den andres erfarenhet.

**Empatisk inställning fyller således två funktioner inom ramen för denna artikel:**

1. Förståelse av den andre utifrån ett andrapersonsperspektiv
2. Ett sätt att bygga en nära relation med samtidig emotionell distans.

Sammantaget kan vi se empati som verktyg för att följa den andres uttryck av mening utifrån sitt förstapersonsperspektiv och som samtidigt skyddar

den professionella att drabbas av samma upplevelser som klienten, eller att blanda ihop vems upplevelse som är vems. Empati blir då ett sätt att bygga en professionell relation som är personlig men inte privat och som möter den andre där den befinner sig i en balans mellan närhet och distans.

#### EMPATISK INSTÄLLNING

Englander (2014; 2019) har visat att vi, utifrån fenomenologisk empatiträning, aktivt och medvetet kan inta en *empatisk inställning*. Vi följer mening, som finns för den andre, i erfarenheten, oavsett om det som erfarenheten handlar om finns eller inte finns i den empiriska världen, med utgångspunkt i att den levda erfarenheten finns för personen som upplever och erfar. Om en klient exempelvis berättar om att hen hör röster fokuserar vi inte på om detta stämmer eller inte, utan utgår ifrån den mening som erfarenheten innebär för personen. Har den en upplevelse av något så har den en upplevelse av något.

I fenomenologisk empatiträning försöker vi hela tiden hålla oss strikt till att närvara till den andres meningsuttryck och, genom empatiska reflektioner och respons, beskriva för den andre vad det är vi är närvarande till i stället för att försöka lösa problem eller förklara erfarenheten. Naturligtvis kan de två

sistnämnda förhållningssätten också vara på sin plats i den professionella kontexten, men poängen här är att interpersonell förståelse föregår förklaringar eller interventioner. En fenomenologisk empatiträning, om vi följer Englander (2019; 2014), skulle kunna ge professionella de verktyg som behövs för att inta och stanna i en empatisk inställning i samtal med patienter eller klienter. Detta kan i sin tur öka möjligheterna för ett tydligt upptäcktsinriktat och holistiskt förhållningssätt där den andres personliga värld framträder.

Det är alltså möjligt att utifrån ett *andrapersonsperspektiv*, tillsammans med den andre utforska mening och dess kontext som i sin tur utgör grunden för att arbeta med ett stöttat beslutsfattande utifrån personens individuella utgångspunkter. Det kan alltså ses som ett sätt att möta personen där hen befinner sig och grunda arbetsmetoder, inom relationen, i interpersonell förståelse. Om vi utgår från fenomenologisk empatiträning så kan vi se den empatiska inställningen som en aktiv inställning, som vi kan träna på att inta, upprätthålla och reflektera kring. Genom att vi närvarar till den andres meningsuttryck inom den empatiska inställningen öppnas en dörr till den andres värld, en värld som utgör bakgrunden för att mening överhuvudtaget ska kunna framträda.

Mening är kontextberoende och själva kontexten utgörs av de horisonter som finns i den andres personliga värld - individen och dennes värld måste alltså förstås i sin relation. Inom den empatiska inställningen har vi öppnat upp för möjligheten att, tillsammans med klienten, upptäcka hur den personliga världen framträder genom uttryck av mening. På så vis kan vi växla mellan fokus på mening och fokus på bakgrund, med en tydlig utgångspunkt i den andres erfarenhet. Vi får alltså tillträde till den sociokulturella, existentiella värld som format erfarenhet och mening, och som ger de möjliga horisonterna för ett stöttat beslutsfattande och individuell återhämningsprocess. Grunden för mening ger också grunden för de alternativ och möjligheter som finns att tillgå för klienten i dennes värld. Genom att inta en empatisk inställning får vi ett fokus på den andres erfarenhet och meningsuttryck som båda är kontextberoende och har uppkommit mot en bakgrund (det vill säga, utifrån en personlig värld). Sammantaget ger den empatiska inställningen de utgångspunkter som både föregår och förbättrar möjligheter att stödja klienten utifrån var denne befinner sig. På så sätt stärks förutsättningarna för att stötta individer att fatta relevanta beslut kring sitt liv med en tydlig utgångspunkt i de möjligheter som faktiskt finns

tillgängliga för personen.

Jag vill påstå att en empatisk inställning är relevant i psykiatrisk omvårdnadsarbete utifrån flera aspekter:

1. Ett sätt att följa mening och dess horisonter. På så sätt kan vi också följa den personliga värld som konstituerar mening
2. Individuellt anpassat stöd, grundat i interpersonell förståelse med utgångspunkt där personen befinner sig
3. Ett sätt att överbrygga några av de risker som kan uppstå av att arbeta med nära interpersonella relationer, exempelvis affektsmitta och projicering.
4. Ett sätt att bibehålla fokus på den andre och balansera i en roll som professionell vän.

Sammantaget utgör detta en möjlig grund för praktiskt interpersonellt och återhämningsinriktat arbete som kan vara till nytta för alla yrkeskategorier som möter människor i behov av stöd, men kanske särskilt verksamheter som möter personer som lever med allvarlig psykisk ohälsa. Med en fenomenologisk grund för psykiatrisk praxis kan vi återställa förstapersonsperspektiv, subjektivitet, personlig värld och levd erfarenhet till sin rättmätiga status inom allt återhämningsinriktat arbete. Kort sagt ett autentiskt personcentrerat förhållningssätt.



JOHN STIGMAR  
Foto: Malmö universitet

John är verksam som adjunkt vid institutionen för socialt arbete, Malmö universitet.  
Kontakt:  
[john.stigmar@mau.se](mailto:john.stigmar@mau.se)

## "GENOM ATT VI NÄRVARAR TILL DEN ANDRES MENINGSUTTRYCK INOM DEN EMPATISKA INSTÄLLNINGEN ÖPPNAS EN DÖRR TILL DEN ANDRES VÄRLD."

### LÄS MER

- Anthony W A, (2010) Shared decision making, self-determination and psychiatric rehabilitation. *Psychiatric rehabilitation journal*, 34(2), 87-88.
- Englander M, (2018) General knowledge claims in qualitative research. *The humanistic psychologist*, 47(1), 1-14.
- Anthony W A, (2003) Expanding the evidence base in an era of recovery. *Psychiatric rehabilitation journal*, 27:1, 1-2.
- Parnas J, Sass L A, Zahavi D, (2013) Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophrenia bulletin*, 39(2), 270-277.
- Berggren U J, Gunnarsson E, (2010) User-oriented mental health reform in Sweden: featuring 'professional friendship'. *Disability & Society*, 25(5), 565-577.
- Stigmar J, (2022). Phenomenological Empathy and the Professional Role in Recovery-Oriented Practice: Interpersonal Understanding, Shared Decision Making, Closeness and Distance in the Working Relationship. *Phenomenology & Practice*, 17(2), 45-56.
- Davidson L, (2003) *Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York, New York university press.
- Zahavi D, (2019) *Phenomenology: the basics*. New York, Routledge.
- Davidson L, Cosgrove, L A, (1991) Psychologism and phenomenological psychology revisited, part 1: the liberation from naturalism. *Journal of phenomenological psychology*, 22(2), 87-108.
- Zahavi D, (2010) Empathy, embodiment and interpersonal understanding: from Lipps to Schutz. *Inquiry*, 53(3), 285-306.
- Englander M, (2024) Interpersonal phenomenology: Empathy training and qualitative interviews. *The Humanistic Psychologist*. Advance online publication. <https://dx.doi.org/10.1037/hum0000360>
- Englander M, (2019) The practice of phenomenological empathy training. *Journal of phenomenological psychology*, 50, 42-59.



BAKOM KULISSERNA:

# Att redigera litteratur om psykiatrisk omvårdnad

Alldeles nyligen har en fjärde upplaga av böckerna *Omvårdnad vid psykisk ohälsa* och *Vårdande vid psykisk ohälsa* utkommit. Psyche fick chansen att ställa några frågor till *Lena Wiklund Gustin* och *Jenny Molin* som arbetat som redaktörer för dessa välkända böcker.



Jenny Molin och Lena Wiklund Gustin

## BÅDA BÖCKERNA ÄR NU UTE I EN FJÄRDE UPPLAGA. KAN DU BERÄTTA LITE OM HISTORIEN BAKOM DESSA BÖCKER, LENA? HUR BÖRjade DET?

Som jag minns det så här 15 år senare så var det timing och flera intressen som sammanföll. Jag hade börjat fundera på en bok riktad till studenter i specialistsjuksköterskeutbildningen och Ingela Skärsäter hade fört diskussioner med Studentlitteratur om en bok för studenter i sjuksköterskeprogrammet. Vi såg här en möjlighet att arbeta med två systerböcker, och på så vis värna om progression mellan grund- och avancerad nivå. Det innebar också en möjlighet att synliggöra skillnader mellan ett "nursingparadigm" som boken på grundnivå då fick representera och ett "caringparadigm" i boken på avancerad nivå. Det är också anledningen till att böckerna har olika huvudtitlar, "Omvårdnad vid psykisk ohälsa" respektive "Vårdande vid psykisk ohälsa".

## JENNY, HUR ÄR DET ATT VARA NY REDAKTÖR I DET HÄR SAMMANHANGET?

Att gå in i arbetet med den här revideringen som ny redaktör har varit spännande, roligt, utmanande och lärorikt. Jag blev överraskad av att bli tillfrågad om uppdraget, glad och

samtidigt lite rädd men kände direkt att det var en förfrågan jag inte kunde tacka nej till. Att få möjlighet att lära sig redaktörsarbetet av Lena med den gedigna erfarenhet, kunskap och klokhet som hon har, har känts både tryggt och fint. Samarbetet med Studentlitteratur, Peter Stoltz och Jan Isacson Sjögren, har också fungerat bra och jag har hela tiden känt att det varit ok att "vara ny på jobbet" med allt vad det inneburit.

## VAD ÄR NYTT I DEN HÄR UTGÅVAN?

Båda böckerna inleds nu med kapitel skrivna av personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa (Anneli Jäderholm, grundnivå och Lina Liman, avancerad nivå), för att betona att patientens perspektiv och kunskap alltid måste beaktas. Som vanligt vid en revision så är kapitlen uppdaterade. Det pågår en generationsväxling där flera tidigare författare dragit sig tillbaka. Nya författare har tillkommit och satt sin prägel på respektive kapitel tematik, oavsett om kapitlet funnits tidigare som exempelvis omvårdnad vid psykoser i boken på grundnivå, eller berör nya områden. Ett exempel på det senare är kapitlet om läkemedelsassisterad återhämtning vid psykisk ohälsa i boken på avancerad nivå. I boken på grundnivå

har sjuksköterskans möte med personer med psykisk ohälsa i andra vårdkontext än den psykiatriska vården fått större utrymme. Med det vill vi betona vikten av kompetens inom psykiatrisk omvårdnad oavsett var man arbetar. Vi har också i ännu högre grad velat betona just psykiatrisk omvårdnad och hur vi kan arbeta med det. I boken på avancerad nivå lyfter vi fram specialistsjuksköterskans ansvar att stödja patienters återhämtning och främja psykisk hälsa med utgångspunkt i patientens egna preferenser. Boken problematiserar också psykisk hälsa och ohälsa i relation till ett samhällsperspektiv och de normer och föreställningar som finns om personer med psykisk ohälsa, samt sjuksköterskans egna reaktioner i samband med utmanande möten. Vi hoppas därmed att blivande specialistsjuksköterskor inte bara ska bli experter på att möta den enskilda personen och dennes omvårdnadsbehov, utan också reflektera över sitt eget ansvar för hur den psykiatriska vården formas på en mer övergripande nivå.

## VAD VILL NI ATT LÄSARNA SKA TA MED SIG?

Ett syfte med en lärobok är att förmedla kunskap, och vi vill att läsaren ska ha lärt sig mer "fakta" om psykisk ohälsa samt





## ”VI VILL OCKSÅ ATT DE SKA BÄRA MED SIG EN ÖKAD FÖRSTÅELSE, OCH EN KÄNSLA AV ATT DET FINNS SÅ MYCKET MER ATT UPP-TÄCKA OCH LÄRA I MÖTET MED ANDRA PERSONER - BÅDE OM DEM MAN VÅRDAR OCH OM SIG SJÄLVA.”

om hur psykisk hälsa och återhämtning kan främjas. Minst lika viktigt är att läsaren inte bara får med sig ”veta att” och ”veta hur” om olika fenomen inom psykiatrisk omvårdnad. Vi vill också att de ska bära med sig en ökad förståelse, och en känsla av att det finns så mycket mer att upptäcka och lära i mötet med andra personer – både om dem man vårdar och om sig själva. Med andra ord – de ska känna förväntan inför sin kommande profession.

### VAD ÄR DET ROLIGASTE MED DET HÄR ARBETET OCH VAD HAR VARIT MEST UTMANANDE?

Det är roligt att vara två och att ha någon att diskutera med. I det här arbetet har ju vi också fått möjlighet att lära känna varandra vilket i sin tur lett till fler samarbeten mellan oss. Det är också roligt och lärorikt att få ta del av andra forskares texter. Genom att läsa och ge återkoppling till andra får man själv också möjlighet att utvecklas, både när det gäller kunskap inom olika områden och skrivande. En utmaning med antologier är dock att balansera mellan bokens helhet och enskilda författares expertis och personliga preferenser för hur en text ska skrivas. Vi vill att böckerna ska vara en helhet och inte få karaktären av en artikelsamling. Det förutsätter att det finns en gemensam struktur, att begrepp inte används (alltför) olika, och att målgruppen och den underliggande idén är i fokus. Det underlättar också progression mellan böckerna.

### HUR VÄLJER NI UT VAD SOM SKA VARA MED I BÖCKERNA OCH VILKA FÖRFATTARNA SKA VARA?

Det här är roligt och svårt. En bok kan inte vara hur tjock som helst, och det finns mycket god forskning inom psykiatrisk omvårdnad som skulle kunna vara med men som inte ryms. Vi slänger inte hellre ut författare som varit med tidigare för att det kommit nya stjärnor, utan uppmuntrar dem att vinkla om sina kapitel så att de ska vara i linje med aktuell forskning och respektive boks inriktning. Ibland har de i sin forskarkarriär gått vidare till nya forskningsområden och behöver uppdatera sig om det som hänt inom fältet sen de bedrev sin egen forskning. En del väljer då att bjuda in en medförfattare eller att helt lämna över till någon annan. Ibland föreslår de själva lämpliga kandidater, andra gånger är det vi som identifierar potentiella nya författare och även nya teman för kapitel genom artiklar och konferenspresentationer, eller genom att vi kommer i kontakt med forskare och skickliga kliniker i samband med utbildning och disputationer.

### VILKA FÖRÄNDRINGAR HAR NI SETT INOM PSYKIATRISK OMVÅRDNAD GENOM ÅREN OCH HUR ÅTERSPEGLAS DESSA I DE NYA UTGÅVORNA?

När jag (Lena) började arbeta inom psykiatrisk vård hade nedläggningen av de stora mentalsjukhusen just börjat. Det ledde till att det blev fler vårdavdelningar med inriktning

mot psykiatrisk vård på ”vanliga” sjukhus. Fokus var då i hög grad på medicinsk och psykologisk behandling, och de få sjuksköterskor som fanns (kanske en på varje arbetspass) innebar ett i mitt tycke alltför stort fokus på att rapportera, vara med på rondan och hantera läkemedel. Vården var inriktad på att minska symtom och lösa problem. Med tiden blev vi fler sjuksköterskor, och vi började tala om såväl patienters lidande som deras hälsoresurser. Även om vi i allt högre del tog till vara på patienters berättelser och önskemål så var det vi (för att inte tala om läkare och psykologer) som trodde oss veta vad som var bäst för patienterna. Men med tiden har patienters perspektiv fått allt större betydelse, och ett ökat fokus på återhämtning har också inneburit en större medvetenhet om hur kapabla människor är även när de har en eller annan diagnos. Därför vill vi också i våra böcker lyfta vikten av ett personcentrerat- och återhämtningsinriktat perspektiv. Vi ska inte tänka som sjuksköterskor att ”vi har patient x och y” (även om vi har ansvar för dem). Istället är det patienterna x och y som har tillgång till sin(a) sjuksköterskor och annan vårdpersonal, som stöd i sin återhämtningsprocess.

### VILKA OMRÅDEN ÄR PÅ GÅNG JUST NU SOM NI TROR KAN KOMMA ATT TA ÄN STÖRRE PLATS I FRAMTIDEN?

Reformen ”God och nära vård” har ju intentionen att mer vård ska ske inom primärvården. Tanken är god, samtidigt kräver

det också att psykiatrisk omvårdnadskompetens finns även utanför psykiatriska kliniker. Här ser vi en potential för utveckling, och en möjlighet för sjuksköterskor att ta plats och göra skillnad. Patienters delaktighet och medverkan såväl i sin egen vård som i forskning och vårdutveckling är också något som vi tror kommer att få större plats i framtiden. Vi ser också att specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård på ett uttalat sätt vill ta ansvar för att leda omvårdnadsarbetet och driva förbättringsarbeten. Vi hoppas att kraften i den viljan kommer att bidra till att patienters röst får större utrymme och att psykiatrisk omvårdnad, som kanske ibland tas förgiven, blir synligare inom verksamheterna och den psykiatriska vården.

### OM NI FICK CHANSEN ATT VARA REDAKTÖRER FÖR EN ANTOLOGI INOM NÅGOT ANNAT OMRÅDE, VILKET SKULLE DET VARA?

Kanske en ”lillasyster” till dessa två böcker med fokus på olika omvårdnadsinterventioner som främjar psykisk hälsa och återhämtning. Att få arbeta med en sådan bok i samskapande med personer med egna erfarenheter av psykisk ohälsa vore lockande och utvecklande.

## RECENSION:

# BEHANDLING AV PSYKISK SJUKDOM GENOM ÅRHUNDRADENA

HELA MÄNNISKOR: PATIENTMÖTET I BEHANDLING AV PSYKISK OHÄLSA FRÅN SENT 1700-TAL TILL 1924

FÖRFATTARE: Cecilia Riving

FÖRLAG: Makadam förlag

RECENSENT: Jenny Molin



I VÅRAS TOG JAG PÅ MIG uppdraget att recensera Cecilia Rivings bok *Hela människor - patientmötet i behandling av psykisk ohälsa från sent 1700-tal till 1924*. Jag läser den under sommaren, tänkte jag, för hur svårt kan det vara? Jo, det kan jag berätta. Under sommaren kan det vara svårt att läsa en bok som väcker engagemang och kräver reflektion. Usch, kanske du nu tänker. Men nej, inte alls. Om du som jag intresserar dig för möten mellan människor och psykiatris historia, då är detta en bok för dig. Jag vill dock ge ett förberedande tips: bestäm dig för att först läsa boken från pärm till pärm, och sedan en gång till då du ger dig tid att stanna upp och reflektera. Om jag hade gjort det hade jag kanske kommit ifrån det utmanande med att läsa en tankeväckande bok mitt i sommaren.

Författaren, Cecilia Riving, är filosofie doktor och docent i historia vid Lunds universitet. Hon disputerade 2008 med avhandlingen *Icke som en annan människa*. Psykisk sjukdom i mötet mellan psykiatri och lokalsamhället under 1800-talets andra hälft. Via Lunds universitets hemsida kan man läsa att hon nu arbetar med ett forskningsprojekt där hon studerar psykiatri

triska patienters livsberättelser mellan 1880 och 1910. Förutom sitt arbete med forskning har hon även arbetat som så väl journalist som redaktör. Jag blir nyfiken på vad det är som gör att hon intresserar sig så för psykiatris historia ur behandlare och patienters perspektiv. Det får jag inte veta nu, men kanske någon gång i framtiden.

Nåväl, vad handlar då den här boken om? Jo, boken handlar om mötet med patienter i behandling av psykisk ohälsa under perioden sent 1700-tal till 1924. Perioden är vald för att den innehöll revolutionerande förändringar i så väl tolkningen som hanteringen av psykiskt lidande. Behandlingstraditioner växte fram, alla med sin egen teori om hur sjuklighet uppstår och hur människor med dessa sjukliga tillstånd ska bemötas. Allmänmedicin, psykiatri och neurologi är exempel på traditioner som levt vidare medan animal magnetism och hypnos nu glidit ur tiden. Genom att studera texter från denna tid belyser Cecilia patientmöten ur behandlarnas perspektiv. Behandlarna är läkare i denna bok. Hon fångar hur läkarna uppfattade sin relation till patienterna, hur de i sina behandlingar påverkades av vetenskapliga ambicio-

ner och gränsmarkeringar mot andra behandlingstraditioner. Hon fångar också hur läkarna såg på sin egen roll och hur de såg på patienterna.

Boken är uppdelad i sex avsnitt. Först utgångspunkter och perspektiv när det gäller mötet mellan behandlare och patient, följt av avsnitt om behandlaren, mötesplatsen, kunskapen och relationen. Avslutningsvis en sammanfattande diskussion. Som jag redan nämnt finns här mycket som skapar och kräver reflektion. När jag summerar de reflektioner som väckts hos mig kommer de att handla om beskrivningarna av kampen mellan behandlings-traditioner, samt kampen mellan den naturvetenskapliga och den humanvetenskapliga kunskapssynen. De handlar också om beskrivningar av läkares egenskaper och förmågor i mötet med patienterna. Det som är slående är hur de påminner om beskrivningar i nutid. Tänk att kampen mellan traditionerna och de olika synsätten på kunskap pågick redan under 1800-talet! Tänk att det redan under denna period ansågs avgörande att läkare skulle vara empatiska, goda människokännare, äkta, medmänskliga samt inneha förmågan att lyssna och vara nära patienterna! Författaren klarar till och med att behov av distans och objektivitet inte uttrycktes i de texter som ingår i boken. Visst är det väl ändå både märkligt och intressant att vi brottas med liknande frågor, då som nu. Är det möjligen så att vi borde lära oss något av det?

Jag hoppas att jag förmedlat att jag har uppskattat boken, både dess innehåll och den utmaning den erbjöd mig. Författaren redogör för historiska texter på ett tydligt sätt och jag tycker att avsnitten är relevanta, aktuella och tankeväckande. Författaren är tydlig med att hon avgränsat sig till texter om läkare i denna bok. Jag kan ändå inte låta bli att sakna beskrivningar om sjuksköterskorna i den psykiatriska vården. Jag vill veta mer om vår professions vandring genom historien och håller tummarna för att författaren plockar upp den tråden i framtiden. Trots att jag saknar detta vill jag dock rekommendera dig att läsa boken. Om du vill veta mer om hur behandling av psykiatrisk sjukdom utvecklats genom århundradena och reflektera kring var vi står i dag, då är det här en nödvändig bok för dig.





Psykiatriska  
Riksföreningen  
för Sjuksköterskor

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

#### PRF

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

#### STYRELSEN 2024

##### ORDFÖRANDE

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

##### VICE ORDFÖRANDE

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

##### KASSÖR

Katrine Nygaard Batzlis, Ängelholm  
[katrine.nygaardsbaltzis@psykriks.se](mailto:katrine.nygaardsbaltzis@psykriks.se)  
076-210 14 53

##### SEKRETERARE

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

##### LEDAMOT

IT & sociala medier  
Rebeccah Carlström, Örnköldsvik  
[rebeccah.carlstrom@psykriks.se](mailto:rebeccah.carlstrom@psykriks.se)

##### LEDAMOT

Samordnare Forskarnätverk  
Johanna Salberg, Uppsala  
070-811 51 87  
[johanna.salberg@psykriks.se](mailto:johanna.salberg@psykriks.se)

##### LEDAMOT

Andreas Glantz, Malmö  
070-864 88 44  
[andreas.glantz@psykriks.se](mailto:andreas.glantz@psykriks.se)

##### LEDAMOT

Ulrika Westerdahl, Stockholm  
[ulrika.westerdahl@psykriks.se](mailto:ulrika.westerdahl@psykriks.se)

##### LEDAMOT

Medlemsansvarig  
Göran Nilsson, Luleå  
070-3050428  
[goran.nilsson@psykriks.se](mailto:goran.nilsson@psykriks.se)

#### PSYCHE 2024

##### CHEFREDAKTÖR/ ANSVARIG UTGIVARE

Andreas Glantz, Malmö  
070-864 88 44  
[andreas.glantz@psykriks.se](mailto:andreas.glantz@psykriks.se)

##### RECENSIONANSVARIG

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

##### REDAKTIONSRAÅD

Jörgen Öijervall, Varberg  
[jorgen.oijervall@hh.se](mailto:jorgen.oijervall@hh.se)  
Katharina Derblom, Skellefteå  
[katharina.derblom@umu.se](mailto:katharina.derblom@umu.se)

Hanna Tuvesson, Karlskrona  
[hanna.tuvesson@lnu.se](mailto:hanna.tuvesson@lnu.se)

Tide Garnow, Helsingborg  
[tide.garnow@hkr.se](mailto:tide.garnow@hkr.se)

##### ANNONSANSVARIG

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

#### REVISORER 2024

##### ORDINARIE

Ingemar Wänebring, Bankeryd  
072-2312939  
[ingemar.wanebring@rjl.se](mailto:ingemar.wanebring@rjl.se)

Britt-Marie Lindgren

070-643 33 08  
[britt-marie.lindgren@umu.se](mailto:britt-marie.lindgren@umu.se)

##### SUPPLEANTER

Maria Linde  
Henrika Jormfeldt

##### VALBEREDNING 2024

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

##### LEDAMÖTER

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

Simon Notman Steinmo, Stockholm  
0721-876555

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

Sebastian Gabrielsson, Luleå  
070-5483864  
[sebastian.gabrielsson@ltu.se](mailto:sebastian.gabrielsson@ltu.se)

## På gång inom psykiatrisk omvårdnad

### 2024

American Psychiatric Nurses Association  
(APNA) 38th Annual Conference / 9-12 oktober /  
Louisville, Kentucky, USA

48th International Mental Health Nursing  
Conference / 30 oktober-1 november / Perth,  
Australien

### 2025

Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskors  
årskonferens / 9-10 april / Eskilstuna

HORATIO Congress / 15-17 maj /  
Berlin, Tyskland

PSSN Conference / 24-26 september /  
Kolding, Danmark

#### SÄKERHETSINREDNINGAR FÖR MILJÖER MED SÄRSKILDA KRAV

Nu presenterar vi **Aram** och **Roya**. Fast inredning i robust design med slitstarkt laminat som kan beställas anpassad efter specifika önskemål. Inredningen finns som säng, litet sängbord och nattduksbord, skrivbord, väghylla, garderob, spegel och kroklist.



Healsafe interiör är specialiserad på inredningsdesign för miljöer med särskilda krav. Våra produkter används bland annat inom psykiatri, BUP, ungdomshem, kriminalvård och annan offentlig miljö där säkerhet och skadeförebyggande är viktigt både för patienter/klienter och personal.

**healsafe**  
INTERIOR

[info@healsafeinterior.com](mailto:info@healsafeinterior.com)

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

## PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN FÖR SJUKSKÖTERSKORS ÅRSKONFERENS

I ESKILSTUNA 9-10 APRIL 2025



Psykiatriska  
Riksföreningen  
för Sjuksköterskor

Save  
the date!

## Annonsera i Psyche!

**Kontakta:**

**Jenny Molin, Umeå**

**[jenny.molin@psykriks.se](mailto:jenny.molin@psykriks.se)**





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

**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 anknötning 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](http://www.psykriks.se).  
Avin för medlemskap skickas ut från Svensk Sjuksköterskeförening