

PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN
FÖR SJUKSKÖTERSORS TIDSKRIFT

Psyche

NUMMER 3 2025

**Familj,
kompetens
och person-
centrerad
vård**



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 2025 är 375 kr. Studenter och pensionärer betalar 225 kr. Medlem blir du genom att anmäla medlemskap via www.psykriks.se.
Avin för medlemskap skickas ut från Svensk Sjuksköterskeförening.

Utgivningsplan 2025

Nr 1 vecka 10
Nr 2 vecka 25
Nr 3 vecka 39
Nr 4 vecka 51

Prenumerera

Prenumerationspris för 2025 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

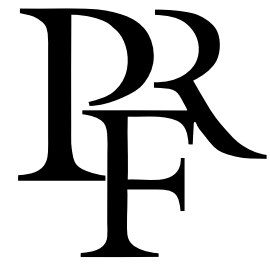
Form Olga&friends - en del av Ågrenshuset.
www.agrenshuset.se

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



ETT BRA
MILJÖVAL

Vi värnar om miljön tillsammans med våra kunder.



Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

INNEHÅLL



Vi är också i full gång med planeringen av nästa konferens som går av stapeln i Karlskrona. Boka in det redan nu, om du inte redan gjort det!
22-23 april 2026. Tillsammans fortsätter vi att stärka psykiatrisk omvårdnad, både i vardagen och i det långsiktiga arbetet.

I skuggan av kaffekoppar och pusselbitar

NÄR SOMMAREN ERBJUDER

vila för vissa och arbete för andra, påminns vi om vikten av att både återhämta oss och vara vaksamma. I skuggan av kaffekoppar och pusselbitar väcks också frågor om världens framtid och vårt gemensamma ansvar att värna om kvaliteten i sjuksköterskeutbildningen.

Sommaren innebär ofta vila för vissa och arbete för andra. Oavsett om vi arbetar eller är lediga, förknippas sommaren ofta med ledighet, inte minst eftersom det är sommarlov för barn och unga. För många är det en efterlängtat tid, men vi vet också att sommaren kan vara utmanande, särskilt för den som saknar ett tryggt hem. Kanske är det därför extra viktigt att vi vuxna är lyhörda och uppmärksamma på vår omgivning under sommaren. Kanske särskilt vi som har förmånen att vara lediga? En kombination av vila, men också vaksamhet kan behövas även under sommaren.

För min egen del innebär sommaren ofta en paus från det stundtals tröttsamma livspusslandet. Jag ersätter livspusslandet med en kaffekopp (eller flera) och ett 1000-bitars pussel med varierande motiv. Det är smått uppslukande att hitta bitarna som passar ihop och samtidigt upptäcka det drama som utspelar sig på pusslet. Små människor i alla åldrar, storlekar och former. Ingen är den andra lik, och här och där dyker besynnerliga djur upp. Vid noggrann inspektion av varje pusselbit framträder unika särdrag, miner och humoristiska dramaturgier.

Spännande! Så spännande att till och med barnen sitter med och hjälper till emellanåt.

Den 1 juli, mitt i sommarens pusslande, nåddes vi av Moderaternas förslag att förkorta sjuksköterskeutbildningen genom att slopa kandidatuppsatsen. Syftet är att snabbare få ut sjuksköterskor i arbetslivet. Plötsligt påminns vi om att sommaren, trots vila, också kan föra med sig orosmoln. Förslaget möttes snabbt av omfattande kritik. Många var vaksamma och agerade, trots semester-tider. Professorsnätverket i omvårdnad påminde om att en sådan kunskapsurholkning innebär risker – sjuksköterskor med kandidatexamen bidrar till lägre patientdödlighet och högre patientsäkerhet. Fackliga företrädare, såsom Vårdförbundet, motsatte sig förslaget och menade att det inte löser sjuksköterskebristen. I stället behöver vi förbättra arbetsmiljö, arbetsvillkor och karriärmöjligheter. Kritiken var stark, inte minst från Svensk sjuksköterskeförening.

Jag tänker också att kandidatuppsatsen inte enbart är en akademisk övning, den tränar det kritiska tänkandet och ger utrymme för reflektion kring världens komplexitet. Den innebär en viktig ämnesfördjupning, särskilt för studenter som är intresserade av psykisk hälsa och ohälsa. För den som överväger att arbeta inom exempelvis psykiatrisk vård, kan kandidatuppsatsen ge värdefulla insikter som inte ryms inom det ordinarie studieprogrammet.

En förkortning av utbildningen riskerar dessutom att öka stressen och pressen på sjuksköterskestudenter, som redan idag har svårt att hinna förbereda sig tillräckligt under de tre år utbildningen omfattar.

Styrelsen för Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor fortsätter att följa utvecklingen noggrant och värna om utbildningens kvalitet och världens framtid. Under hösten ser vi

fram emot att hålla kontakten med er medlemmar, genom mail, sociala medier och inte minst vår populära *Luncha med PRF*. Vi är också i full gång med planeringen av nästa konferens som går av stapeln i Karlskrona. Boka in det redan nu, om du inte redan gjort det! 22–23 april 2026. Tillsammans fortsätter vi att stärka psykiatrisk omvårdnad, både i vardagen och i det långsiktiga arbetet.

ORDFÖRANDE HAR ORDET



Foto: Beccah Carlström

HANNA TUVESSON
ORDFÖRANDE, PSYKIATRISKA RIKSFÖRENINGEN FÖR SJUKSKÖTERSKOR

MOT EN FAMILJEORIENTERAD rättspsykiatrisk vård?

Text: GUSTAV BJÖRNBERG



Mina senaste tio år har jag arbetat inom rättspsykiatrisk högsäkerhetsvård, först som skötare, därefter som sjuksköterska och sedan 2019 har jag varit specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård. Under dessa år har jag mött många familjer till patienter som vårdas hos oss. Jag har mötts av oroliga, förvirrade, men också nyfikna människor som varit fyllda av frågor. Frågor som jag inte alltid haft svar på och som varit utmanande för mig att bemöta. Jag vill dela med mig av följande studie av den enkla anledningen att jag tycker studiens resultat kan verka som en väckarklocka för oss som är specialistsjuksköterskor inom rättspsykiatri, framförallt i vår roll att verka för ett familjeorienterat arbetssätt.

Den här texten är en populärvetenskaplig sammanfattning av en vetenskaplig artikel, publicerad i *Frontiers in Psychiatry*, som jag skrivit tillsammans med Ulrica Hörberg. I artikeln lyfter vi fram familjernas egna röster och erfarenheter av rättspsykiatri, och hur små, spontana handlingar av gott bemötande kan bli avgörande ögonblick för patienterna och deras familjemedlemmar.

Familjens roll för återhämtning

Vi vet att familjen är en ovärderlig resurs i vården av patienter som lider av allvarliga psykiska

sjukdomar. Inte bara för att de besitter kunskap om patienten, utan också för att de kan utgöra ett stort stöd och verka som en motiverande kraft under vårdförloppet. Samtidigt befinner sig dessa familjer i en extremt utsatt situation. De kämpar med känslor som skuld, skam och sorg, och många möter dessutom ekonomiska och praktiska svårigheter.

Både patienter och vi vårdpersonal vet om att familjens stöd är viktigt inom rättspsykiatri, men ändå är det ovanligt att familjer blir delaktiga i patientens vård i rättspsykiatrisk vård i Sverige.

Många familjer känner att de saknar insyn i vården och tycker att det råder brist på information, stöd och möjlighet att vara delaktiga på ett sätt som gynnar patientens, men också deras egen återhämtning.

Allt detta tyder på att det finns ett stort behov av att utveckla en mer familjeorienterad vård inom rättspsykiatri. Men för att kunna utveckla en sådan vård måste vi vårdpersonal också utveckla vår förståelse för familjernas situation. Kunskapen och förståelsen om familjerna har hittills varit mycket begränsad. Det är därför denna intervjustudie, som syftade

till att undersöka innebörden av att vara en familj när en familjemedlem vårdas inom rättspsykiatri, är så viktig.

Att gå till sakerna själva

För att undersöka innebörden av att vara familj när en familjemedlem vårdas inom rättspsykiatri intervjuades sju familjer på olika rättspsykiatriska kliniker i Sverige, både inom sluten och öppen rättspsykiatrisk vårdform. Familjerna utgjordes av patientens egna definition av vilka som räknades som familj, och intervjuerna genomfördes med familjen samlad.

Varje intervju inleddes med samma öppningsfråga: "Hur är det att vara en familj när någon i familjen vårdas i rättspsykiatrisk vård? Följdfrågorna var öppna och syftade till att fånga både gemensamma berättelser och individuella perspektiv inom familjerna.

Analysen av intervjuerna genomfördes med en meningsorienterad tematisk analysmetod. Denna tematiska analys vilar på en reflekterande livsvärldsansats som har sin kunskapsteoretiska grund i fenomenologin. Fenomenologi handlar om att förstå världen så som den erfars, att med Husserls ord, "gå till sakerna själva". I denna studie innebär det att närma sig familjernas berättelser utan förutfattade antaganden om vad som var viktigt eller sant. I analysen strävade vi efter att vara öppna inför deras berättelser, bevara variationen av deras erfarenheter och att försöka förstå erfarenheterna i sitt sammanhang.

Fyra teman om vardag, kamp och hopp

Analysen resulterade i fyra teman som tillsammans fångar innebörden av att vara en familj när en familjemedlem vårdas i rättspsykiatri. Till varje tema presenteras här också kortare citat från intervjumaterialet.

En osäker och fragmenterad tillvaro och framtid

Eftersom vården saknar ett bestämt slutdatum är det omöjligt att planera för en framtid tillsammans. Ovissheten skapar en känsla av att befinna sig i en fragmenterad tillvaro. Flera hade erfarenheter av att bristande kommunikation med vården förvärrade situationen och lämnade dem utan svar på viktiga frågor.

En mor berättade:

"Nu känns det som att man inte har så jättemycket vetskap... vad är planerna för vår son, vad händer?"

En far fyllde i:

"Han kommer ju inte ihåg så mycket själv... då tycker man att kontaktpersonen kunde ringt oss också, så vi också vet."

Att vara till hjälp trots konstant maktlöshet

Viljan att hjälpa varandra inom familjen är stark, men möjligheterna för detta är ytterst begränsade. Den viktigaste frågan, att kunna påverka möjligheten till frihet framstår som omöjlig. Ändå kan det finnas sätt att stötta varandra, till exempel genom att tala för den närstående när denne själv inte orkar eller kan.

En mormor berättade:

"Jo, och då har jag känt att han varit låg och nedtryckt, att 'jag har inga rättigheter att säga någonting'. Därför har jag varit med och sagt det jag tror att han vill ha sagt. Jag har sagt det så många gånger åt honom på möten – att yttra dig. Det är det det handlar om."

En ständig kamp att bevara familjerelationerna

Avstånden, de strikta säkerhetsrutinerna, men också psykisk sjukdom och brottslighet kan tära på relationerna. Att hålla kontakten kräver till exempel både planering och uthållighet och riskerar att skapa känslor av frustration och hopplöshet. Följande är en dialog mellan en patient och dennes bror:

Bror:

Nu får vi ju prata och kanske träffas en enda dag. Och det är ju inte riktigt okej, tycker inte jag. De hjälper inte till för fem öre alltså med familj och sådant, jag tycker inte det. Jag tycker inte det!

Patient:

Det var ju samma sak när de åkte ändå ner ifrån (K-stad) och sedan fick de inte komma in. Alltså det är bara sjukt.

X:

För att besöka dig?

Patient:

Ja.

Bror:

Ja ändå hade vi uppsatt tid, nå då hade de dåligt med personal. Och det går liksom inte att skylla på det. Vi har liksom åkt över tjugo mil.



Gustav Björnberg

Foto: Agnes Lindquist

Det är inte bara patienten som behöver läka när familjen är trasig

Hela familjesystemet är påverkat av den rättspsykiatriska vården men kan också vara sårad och trasig av saker som hänt tidigare i familjens liv. En bror uttryckte: "Min morsa sa att vi skulle stjäla våra egna kläder. //.. jag tycker att det är för jävligt."

Öar av hopp

Trots alla svårigheter berättade familjerna också om stunder som gav hopp, små öar av framtidstro där de kände sig sedda och viktiga. Ofta handlade det om en vårdare som tog sig tid, lyssnade eller visade omtanke. Dessa ögonblick uppstod inte genom planerade möten, utan genom äkta engagemang. Just därför var dessa ögonblick kanske också så sällsynta. Frågan är hur vi kan skapa en vård där dessa öar inte blir undantag, utan en självklar del av vardagen, en hel arkipelag av stöd. Detta visar att vårdpersonal kan ge familjer ett betydande stöd genom förhållandevis enkla handlingar så som aktivt lyssnande och empatisk kommunikation. Även när relationerna är komplexa eller ansträngda kan ett omtänksamt bemötande göra stor skillnad.

För att detta ska bli verklighet behöver personalen rätt förutsättningar. Genom utbildning, särskilt för sjuksköterskor och andra vårdnära yrkesgrupper, kan ett familjeorienterat arbetssätt utvecklas som också får ta plats i vårdvardagen. En sådan utbildning behöver dock vara anpassad till rättspsykiatriens särskilda villkor och komplexitet. En familjeorienterad vård är inte något extra, det är ingen rutin och inget schemalagt möte. Det bör vara en självklar del av rättspsykiatriens vardag. När familjen får en meningsfull plats i vården kan det inge hopp i en tillvaro präglad av frihetsberövande, och stärka återhämtningen för patienterna, men också för deras familjer.





Frågan om kompetens engagerar

Text: JENNY KARLSSON, JOHANNA SALBERG och HANNA TUVESSON

Specialistsjuksköterskor med inriktning psykiatrisk vård är en oundgänglig del av hälso- och sjukvården. Kompetensen är en nyckel för en säker, jämlik och personcentrerad vård. Med förmåga att arbeta självständigt, reflekterande och etiskt kan sjuksköterskor bidra till återhämtning, forskning och utveckling inom området. Trots den stora betydelsen upplever många i professionen att deras kunskap inte synliggörs eller används till fullo i den kliniska vardagen. Följden blir att många sjuksköterskor lämnar den patientnära vården, vilket hotar både kvalitet, patientsäkerhet och professionens långsiktiga utveckling. Internationellt syns samma tendenser, frågan om rollens plats och användning engagerar sjuksköterskor världen över. När kompetensen inte tas tillvara riskerar professionen att "zombifieras" och förlora sin kraft att bidra till en vård som verkligen gör skillnad.

FÖR ATT BESKRIVA specialistsjuksköterskans specifika kompetens, ge stöd till beslutsfattare, arbetsgivare och chefer, men också till sjuksköterskor själva kan kompetensbeskrivningen användas som utgångspunkt. I samarbete med Svensk sjuksköterskeförening har PRF nyligen reviderat kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor med inriktning psykiatrisk vård. Arbetsgruppen bestod av både kliniskt och akademiskt verksamma sjuksköterskor och från olika regioner samt representanter från brukarföreningar, vilket gav dokumentet en bred förankring. Kompetensbeskrivningen är en kompass för utbildning, kliniskt arbete och framtida utveckling, men behöver konkretiseras för att passa varje unik arbetsplats. Lanseringen av den reviderade

kompetensbeskrivningen väckte stort intresse, bland annat under ett "Luncha med PRF". Dess innehåll har diskuterats både innan revidering och efter i samband med workshops vid PRF:s konferenser i Göteborg 2023 och Eskilstuna 2025.

GÖTEBORG 2023 - ALLA BEHÖVS OCH INGEN UPPGIFT ÄR FÖR LITEN

Vid PRF:s årskonferens i Göteborg 2023 genomfördes en workshop om kompetens, roller och framtida utveckling. Bakgrunden var att få synpunkter till arbetet med revideringen av kompetensbeskrivningen och diskutera en möjlig ny yrkestitel: avancerad specialist-sjuksköterska. Under ledning av Hanna Tuveesson, och Sebastian Gabrielsson fick deltagarna arbeta med sex områden: *Pa-*

tientnära vård och omvårdnad, Samordning och patientansvar, Hälsopromotion och prevention,Handledning, utbildning och rådgivning, Ledning och samverkan, Forskning och utveckling.

Metoden var konkret: på post-it-lappar skrev grupperna ner arbetsuppgifter och placerade dem på en anslagstavla under de tre kompetensnivåerna – grundutbildad sjuksköterska, specialistsjuksköterska och avancerad specialistsjuksköterska. De 177 lapparna gav en rik bild av hur rollerna kan förstås och användas. I materialet går det att urskilja både möjligheter och utmaningar. En av de tydligaste slutsatserna var att högre kompetens ofta förskjuts mot administrativa uppgifter, vilket väcker viktiga frågor om hur vi kan skapa strukturer som gör

det möjligt för avancerad kompetens att också vara närvarande i den patientnära vården. Att handleda, stödja och inspirera kollegor med mindre erfarenhet är en viktig del, men lika avgörande är att den specialiserade omvårdnadskompetensen inte fjärras från mötet med patienten. Samtidigt noterades att få av de föreslagna uppgifterna fokuserade på hur kompetensen kan användas för att fördjupa förståelsen av patientens situation, livsvärld och närståendes perspektiv, en grund för psykiatrisk omvårdnad. Det kan bero på workshopens struktur och val av temaområden, men det väcker viktiga frågor om hur samsamkompetens och relationellt arbete värderas, även av oss sjuksköterskor. Samtidigt visade deltagandet på ett stort engagemang. Frågorna kring

kompetensnivåer och yrkesroller berör många, och PRF har en viktig roll i att driva dessa frågor på nationell nivå. Men det är också på varje arbetsplats som det avgörs hur kompetens ska användas i praktiken. Där behöver vi tillsammans skapa strukturer som gör det möjligt att använda allas kompetens (oavsett profession) på bästa sätt. För i slutändan handlar det om just det; att alla behövs. Att ingen uppgift är för liten och att varje insats, oavsett nivå, bidrar till en bättre vård.

ESKILSTUNA 2025 – ATT SYNLIGGÖRA KOMPETENSEN I PRAKTIKEN

Två år senare samlades sjuksköterskor igen, denna gång i Eskilstuna. Fokus låg på frågan: *Hur kan specialistsjuksköterskans kompetens synliggöras i det kliniska arbetet?*

Workshopen, ledd av Jenny Karlsson, Johanna Salberg och Hanna Tuveson, utgick från att diskutera hur kompetensen hos specialistsjuksköterskor synliggörs (eller osynliggörs) i det kliniska arbetet. Diskussionerna visade att deltagarna över hela landet möter liknande utmaningar: specialistsjuksköterskans kompetens används inte alltid optimalt, och risken finns att den binds upp i administrativa arbetsuppgifter.

GODA EXEMPEL

Trots utmaningarna fanns många inspirerande exempel. På flera arbetsplatser leder specialistsjuksköterskor omvårdnadsronder, etiska reflektioner och utvecklingsprojekt. De fungerar som kunskapsbärare, handleder både kollegor och studenter och bidrar på så sätt till att höja kvaliteten i hela vårdteamet. Deltagarna betonade vikten av gemensamma forum, både lokalt och nationellt, där specialistsjuksköterskor kan stärka varandra, fördjupa kunskap och tillsammans stå upp för professionens värde. Att bygga nätverk och synliggöra goda exempel ansågs centralt för att långsiktigt stärka yrkets status.

En annan slutsats var att närmaste chef har en nyckelroll.

Om chefen förstår, värderar och prioriterar specialistsjuksköterskans kompetens skapas förutsättningar för att den ska komma till sin rätt. Utan stöd från ledningen blir det betydligt svårare att påverka organisationen.

VÄGEN FRAMÅT – ANSVAR PÅ FLERA NIVÅER

Diskussionerna från både Göteborg och Eskilstuna visar att framtiden för specialistsjuksköterskan inriktning psykiatrisk vård beror på flera samverkande faktorer.

- **Organisationerna** behöver tydligare strukturer som gör det möjligt att använda kompetensen där den behövs mest – nära patienten.
- **Ledarskapet** måste vara medvetet, intresserat och villigt att prioritera omvårdnadskompetensen.
- **Professionen själv** har ett ansvar att synliggöra sitt värde, stå upp för sin roll och aktivt sprida kunskap om vad specialistsjuksköterskan kan bidra med.

I slutändan handlar det om att skapa en vård som stödjer återhämtning, stärker delaktighet och främjar hälsa. Specialist-sjuksköterskan är en central aktör i detta arbete. Genom att kombinera klinisk närvaro med utveckling, handledning och forskning kan professionen göra verklig skillnad – för patienter, närstående, kollegor och hela vårdsystemet.

SLUTSATS – KOMPETENS SOM MÅSTE TAS TILLVARA

Specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård sitter på en unik kompetens som är avgörande för att möta dagens och framtidens behov. Men för att denna kompetens ska få verklig betydelse krävs att den synliggörs, prioriteras och används fullt ut. Framför oss finns ett val: antingen fortsätter vi att låta denna kunskap marginaliseras, med risk för att professionen förlorar kraft, eller så stärker vi strukturerna, synliggör värdet och låter specialistsjuksköterskan vara den resurs hon är.



Foto: Elin Runersten

Rebecka och Maria

SPECIALISTSJUKSKÖTERSKEFORUM – EN NY MÖTESPLATS FÖR KOMPETENSUTVECKLING INOM PSYKIATRI SÖDRA STOCKHOLM

EN FRÅGA SOM engagerat oss ända sedan vi påbörjade våra studier till specialistsjuksköterskor inriktning psykiatrisk vård är hur vår specialistkompetens faktiskt tas tillvara. Specialist-sjuksköterskan har en unik roll och ett särskilt ansvar inom psykiatrisk omvårdnad. Vår erfarenhet är dock att denna kompetens inte alltid ges utrymme att tillämpas och inte heller förutsättningar för att utvecklas fullt ut. Det saknas också ofta strukturerade arenor där vi kan mötas, reflektera och fördjupa vår yrkesroll på ett systematiskt sätt.

När vi deltog i PRF:s workshop i Eskilstuna tidigare i år som handlade om att synliggöra specialistsjuksköterskans kompetens blev detta behov än mer tydligt. Vi insåg att medan det inom vår verksamhet finns väletablerade läkarmöten för kompetensutbyte och professionell diskussion så saknas motsvarande struktur för sjuksköterskor. Inspirerade av våra kollegors engagemang och de kloka tankar som delades under workshopen bestämde vi oss därför för att själva ta initiativet till att starta ett forum för

specialistsjuksköterskor inom Psykiatri Södra Stockholm. Vår ambition med detta forum är att skapa en plattform där specialistsjuksköterskor regelbundet kan träffas för att utbyta erfarenheter, reflektera över kliniska utmaningar, diskutera aktuella vårdfrågor och gemensamt driva utvecklingen av både kompetens och omvårdnads kvalitet framåt. Förhoppningsvis kan vi tillsammans också inspirera fler grundutbildade kollegor till att ta steget mot specialistutbildning.

I samma veva som planeringen tog form fick vi kännedom om att det fanns möjlighet att söka FoU-medel inom verksamheten. Vi ansökte och beviljades projektmedel, vilket gör det möjligt att ge vårt forum en extra guldkant när det drar i gång. Vi är nu i slutfasen av planeringsarbetet inför den första träffen och ser med stor förväntan fram emot att få bjuda in alla specialistsjuksköterskor från hela verksamheten. Vi hoppas att detta forum ska bli en levande mötesplats, inte bara för kunskapsutbyte, utan också för gemenskap, inspiration och yrkes stolthet.

Rebecka Toomri och Maria Smitmanis Lyle är specialistsjuksköterskor och arbetar med patientsäkerhetsfrågor vid *Psykiatri Södra Stockholm*. Psykiatri Södra Stockholm är en av landets största psykiatriska verksamheter, med cirka 1000 medarbetare, 12 heldygnsvårdsavdelningar och 14 öppenvårdsmottagningar, inklusive en jourmottagning.

Har du fler exempel på hur kompetens synliggörs och används i verksamheten? Vill du skriva om det i Psyche? Kontakta Andreas Glantz (andreas.glantz@psykri.se) och berätta mer!



Psykisk ohälsa i förändring – när samhället öppnar upp samtalet

Text: NINA GÅREVIK

Vad händer när psykisk ohälsa blir mindre stigmatiserat och fler öppet delar sina erfarenheter utanför vårdens kontext? Är det alltid en positiv utveckling? Dessa tankar väcktes en kylig söndagskväll i mars, då människor samlades i Nacka kyrka för att lyssna på *Christian Rück*, professor i psykiatri och författare. Föreläsningen inledde en serie arrangemang som Nacka församling anordnade våren 2025 på temat självmord och som speglar kyrkans förändrade roll i samhällsdebatten. Jag har även deltagit i samtals-evenemang, sett på teater, lyssnat på musikframträdanden, tagit del av en fotoutställning och även ett modereportage – alla med koppling till psykisk ohälsa. Jag har utöver det läst en studie som undersökt traumabearbetningsnärvaro och dess betydelse på sociala medier.

Fotoutställningen X60–X84 av fotografen David Lundmark: I en utryckningsbils dunkla kupé sitter en brandman. Ljuset faller över hans ansikte – en tyst betraktelse av hans allvarsamma blick, som vittnar om de liv han inte kunnat rädda. Brandmän är ofta först på plats när en kropp ska tas upp ur vattnet eller från spåret – kroppar som en gång tillhörde människor som inte såg någon annan utväg. Hans blick avslöjar att ingen skyddsutrustning i världen kan skärma av tyngden av dessa uppdrag.

KYRKAN, PSYKIATRIN OCH SJÄLV-MORDET – HISTORISKA PERSPEKTIV OCH MODERN FÖRSTÅELSE

Traditionellt har kyrkan haft en komplex relation till självmord. Det är inte länge sedan personer som tagit sitt liv begravdes utanför kyrkogården – en praxis som var vanlig fram till för ungefär 100 år sedan. Idag har kyrkan en annan roll. Den fungerar som en plats för stöd och förståelse. I en tid då primärvården har fått en alltmer central funktion vid psykiska kriser och katastrofer träder kyrkan fram som en samarbetspartner, sida vid sida med andra samhällsaktörer, för att bidra till

krishantering och stöd. Syftet med Nacka församlings satsning är att öka medvetenheten om självmord, skapa förståelse och erbjuda stöd genom föreläsningar, samtalsgrupper och en fotoutställning. Utställningen skildrar yrkesgrupper som i sitt arbete möter psykisk ohälsa och illustrerar de utmaningar detta innebär – en fråga som kommer att behandlas vidare här i texten.

Men först en kort sammanfattning av Christian Rück's presentation. Han är aktuell med den uppmärksammade boken *Ett liv värt att leva: Varför självmord*

blev människans följeslagare, som tilldelades Augustpriset 2024.

Rück belyste flera aspekter av självmord och dödshjälp ur kognitiva, etiska och samhällsliga perspektiv. Han diskuterade människans förmåga till kontrafaktiskt tänkande – vår kapacitet att föreställa oss alternativa framtider – och hur detta inte bara formar vår uppfattning om döden och dess oåterkalleliga natur, utan också gör oss unikt sårbara för självmord. Genom självmedvetenhet och fantasi skapar vi mening och hanterar vår

dödlighet, men dessa förmågor kan samtidigt fungera som en falllucka mot döden. Det är just denna paradox – att de kognitiva egenskaper som gör oss mänskliga också öppnar möjligheten för självmord – som lyfts fram i resonemanget.

RUNT DEN OSYNLIGA LÄGERELDEN – SAMTAL, FÖRSTÅELSE OCH HOPP

Betydelsen av både individuella och samhälleliga insatser i suicidprevention och centrala etiska frågor om självbestämmande, skydd av individen och de svåra avvägningarna kring dödshjälp väcktes också. Rück resonerade kring huruvida vi bör bli bättre på att förutsäga självmord eller om fokus snarare bör ligga på att vidta effektiva förebyggande åtgärder. Han drog paralleller till trafiksäkerhetsarbete, där kollektiva satsningar görs för att minska olyckor i stället för att försöka identifiera riskindivider i förväg. Som exempel på suicidpreventiva insatser lyfts åtgärder som har visat sig minska självmord, såsom höga broräcken och begränsad tillgång till läkemedel – där tablettförpackas i kartor i stället för i burkar, vilket gör det svårare att snabbt ta en stor mängd.

Kvällen avslutades i en atmosfär av öppenhet, där samtalet rymde allt från vårdens möjligheter och begränsningar till personliga erfarenheter. Det mänskliga blev särskilt tydligt i mötet mellan svåra frågor och delade berättelser. Många i publiken verkade ha kommit med en önskan att förstå något smärtsamt i sina egna liv. Här skapades ett rum där deltagarna kunde uttrycka sig fritt inför någon som verkligen lyssnade – och som svarade utan att värdera, något jag tycker Rück gjorde med stor respekt och lyhördhet.

Den pågående fotoutställningen X60–X84 av fotografen David Lundmark, som själv har personlig erfarenhet av självmord, visades i en angränsande del av kyrkan. Titeln refererar till den internationella diagnoskoden för avsiktlig självdestruktiv handling och skildras genom starka och berörande bilder. Utställningen lyfter fram människor som genom sina yrken konfronteras med självmord på olika sätt –

vårdpersonal som försöker rädda liv, tunnelbaneförare som ofrivilligt kört på någon, brandmän och poliser som larmas till platsen och präster som stöttar anhöriga. Genom bilderna framträder den djupa emotionella och praktiska påfrestning som dessa möten innebär.

Dessa fotografier påminner oss om att psykisk ohälsa påverkar många yrkesgrupper. Många saknar den utbildning och det stöd som krävs för att hantera de känslor och den belastning som dessa svåra situationer innebär.

MODE, TIKTOK OCH PSYKISK OHÄLSA

Det leder vidare till en annan yrkesgrupp och ett sammanhang som vid första anblick kan verka ytligt, men som visar sig rymma oväntade djup: frisyrer och mode. Många yrkesgrupper och miljöer präglas av möten med människor med psykisk ohälsa, trots att det varken ingår i deras utbildning eller arbetsbeskrivning. Ett exempel är just frisörer – de förväntas inte ge professionell vägledning, men blir ofta ett lyssnande öra för sina kunder. Under en klippning eller behandling delar människor ofta med sig av sina svårigheter och känslor – en påminnelse om hur psykisk ohälsa gör sig gällande även i yrken långt från dem som traditionellt hanterar sådana frågor. Att dela svåra upplevelser med någon som varken gett sitt direkta eller indirekta samtycke kallas *traumadumping*. Detta fenomen lyfts i radioprogrammet Stil i Sveriges Radio P1 – ett program som gräver *djupt i det ytliga*.

Diskussionen om frisörernas ofrivilliga roll som lyssnande ögon och öron var särskilt tankeväckande. Det slår mig hur avlägset programmet känns från Christian Rück's föreläsning och fotoutställningen i kyrkan men ändå berör samma ämne – en påminnelse om hur psykisk ohälsa genomsyrar alla delar av vårt samhälle. Fenomenet *traumadumping* återfinns även i digitala miljöer, särskilt på sociala medier och väl hemma sökte jag vilken kunskap som finns om fenomenet. TikTok är en plattform där människor delar sina upplevelser av trauma, söker stöd och sprider

information. Jag fann en studie, (Woolard et al., 2024) som analyserade 250 TikTok-videor. Fem trauma-relaterade hashtags visade att majoriteten av videoerna antingen delade personliga berättelser (67,3%) eller gav råd (21,6%). Trots det stora engagemanget, där videoerna samlade 296,6 miljoner gilla-markeringar, saknade nästan alla (96,3%) varningar för potentiellt upprörande innehåll. Detta menar författarna är en risk för sekundärtrauma hos tittarna, särskilt unga användare - samtidigt som de inte utsluter att plattformen bidrar till att minska stigma kring psykisk ohälsa och skapa en känsla av gemenskap.

NÄR LIDANDE BLIR EN DIAGNOS – OM ANTIDEPRESSIVA, PSYKIATRI OCH SAMHÄLLETS SYN PÅ PSYKISK OHÄLSA

Oavsett om det handlar om en frisörsalong eller ett digitalt flöde på sociala medier, blir det tydligt att psykisk ohälsa tar plats i oväntade sammanhang. Det understryker också vikten av att sprida korrekt information och skapa medvetenhet om hur vi tar emot och hanterar andras berättelser – både i fysiska möten och i den digitala världen. Men hur gör vi det på ett ansvarsfullt sätt? För att få svar på den frågan återvänder jag till Christian Rück, nu i samtal med journalisten Johan Cedersjö, författaren Jessica Haas Forsling och Linda Ängeby, specialistläkare i allmänmedicin och aktiv inom SFAM:s nätverk för psykisk ohälsa. Samtalet äger rum på Kulturhuset/Stadsteatern och gästas även av musiker och skådespelare från en kommande teateruppsättning, *EFFEKTEN*, som handlar om en läkemedelsprövning av just antidepressiva. I podcasten *Experimenter: det sista pillret* har lyssnaren fått följa Johan Cedersjö's nedtrappning av antidepressiv medicin efter över tio års användning. Nu utmynnar poddserien i detta live-evenemang där man utforskar frågan: *Var går gränsen mellan sjuk och frisk?* Samtalet inleddes med det faktum att 1,2 miljoner svenskar förskrivs antidepressiva – en siffra som både Rück och Ängeby ansåg tydde på en överförskrivning. Ängeby betonade att primärvården behövde mer tid för att verkligen kunna möta patienter med psykiskt lidande,

medan Rück ställde en mer radikal fråga: *Är allt psykiskt lidande verkligen medicinskt?*

Jessica Haas Forsling lyfte vikten av bättre uppföljning inom primärvården och efterlyste sjuksköterskans kompetens i detta arbete. Hon delade också med sig av sin egen erfarenhet av Sertralin – en medicin som gjorde henne avtrubbad, som om hon tappade kontakten med sina känslor. Hon kunde knappt skratta eller gråta och förlorade den lust och närvaro som är grundläggande för att känna sig levande. Samtidigt pekade hon på de psykologiska och sociala orsaker som gör att många inte slutar med sina antidepressiva: rädslan för att må sämre igen och önskan att bara "fungera normalt" i samhället.

Vidare diskuterades den ökande konsumtionen av antidepressiva bland unga, men också det faktum att var tredje kvinna över 80 år återkom till sin grundläggande invändning – *att psykiskt lidande inte alltid behövde vara ett medicinskt problem*. Han uttryckte till och med en skepsis mot begreppet psykisk ohälsa och menade att det fanns en risk med att patologisera mänskligt lidande. Att se allt lidande genom en medicinsk lins kan leda till att normala livserfarenheter och känslomässiga svårigheter betraktas som sjukdom. Detta riskerar i sin tur att förstärka en bild av lidande som något onormalt och oacceptabelt – något som måste botas, snarare än hanteras som en naturlig del av livet.

Avslutningsvis lyfte Linda Ängeby en annan viktig aspekt: de ekonomiska incitamenten inom primärvården att ställa psykiatriska diagnoser. När diagnoser blir en nödvändighet för att patienter ska få hjälp, riskerar systemet att premiera snabba lösningar framför långsiktigt stöd.

MELLAN FRISKT, SJUKT OCH DET DJUPT MÄNSKLIGA

Jag har tidigare här i *Psyche*, tillsammans med Gabriella Gärevik, skrivit om psykiatris tro på gränser. Nu återvänder jag till begreppet, men denna gång med den klassiska frågan i bagaget: Var går egentligen gränsen



Journalisten Johan Cedersjö, författaren Jessica Haas Forsling, Linda Ångeby och Christian Rück i samtal på Kulturhuset/Stadsteatern

mellan sjukt och friskt? Vad kan vi göra i stället för att medicinera när våra yttre liv inte finner harmoni med vårt inre eller vice versa? När livet blir för svårt att leva. Finns det andra platser där vi kan söka tröst, råd och kunskap om hur vi ska hantera dessa svårigheter? Ja, menar kvällens samtalsdeltagare – publika samtal kan vara en sådan plats. Ändå, tänker jag, fanns det en särskild innerlighet och mänsklig närvaro den där kvällen i kyrkan. Kanske borde vi inte problematisera hur eller var vi söker oss med vårt mänskliga lidande. Kanske har Christian Rück rätt i att vi alltför ofta gör lidandet till ett medicinskt problem.

DEN INRE BALANSEN – OM KÄNSLORNAS HOMEOSTAS

Jag vill avslutningsvis reflektera över gränsen mellan friskt och sjukt – om sådana gränser ens existerar.

Homeostas, kroppens förmåga att upprätthålla en stabil inre miljö trots yttre förändringar är kanske en princip som även styr vårt känslomässiga tillstånd? Ett semipermeabelt membran i ständig osmos, där livssalt

periodvis sipprar ut i för höga koncentrationer, liksom starka strömmar av eufori. Våra inre svängningar kanske regleras på liknande sätt – med hjälp av stämningsfull musik, ett skratt, ett skrik, en stillsam gråt i en frisörstol eller en uppdatering i ett digitalt flöde och ibland med stöd av medicinsk behandling.

Men behovet av att spegla oss i varandra för att förstå oss själva är djupt mänskligt. Oavsett var vi placerar det i den komplexa väven av lidande, ohälsa, sjukdom, hälsa, glädje, lycka och sorg som utgör livet behöver det kommuniceras. Det tror jag vi alla är överens om.

Jag tror trots allt att vi måste ha en tydlig och klar profession som träder fram, har och tar ansvar och förmedlar tydligt: *Vi kan lyssna, och vi kan förstå och vi vill göra det.* Här vill jag återknyta till Jessica Haas Forslings efterlysning av sjuksköterskor inom vården för personer med psykisk ohälsa. Det är vi, sjuksköterskor i psykiatrisk vård, som har en viktig roll att fylla här. Avslutningsvis vill jag lyfta fram

det som Wiklund Gustin och Gabrielsson (2020) betonar: för att verkligen förstå psykisk ohälsa måste vi se bortom individen och också uppmärksamma hur samhällseliga villkor påverkar vårt mående. Faktorer som kön, klass, etnicitet och livssituation spelar en avgörande roll – men glöms ofta bort i debatten. Om vi vill göra verklig skillnad räcker det inte att enbart behandla symtomen; vi måste också förstå och förändra orsakerna. Först då kan vi skapa ett samhälle där fler får möjlighet att må bättre.

Och musiken? Vad var det för musik den här kvällen på Kulturhuset/Stadsteatern? Det var Loney Dear – och det var fantastiskt vackert.

"It will never be the same again / but it will be alright," sjunger Loney Dear – och kanske är det just där vi hittar kärnan i samtalet om psykisk ohälsa. För även om livet förändras av det vi bär på, finns en möjlighet till något annat.

Läs mer:

Woolard A, Paciente R, Munro E, Wickens N, Wells G, Ta D, Mandzufas J, Lombardi K.
#TraumaTok-TikTok Videos Relating to Trauma: Content Analysis. JMIR Form Res. 2024 Nov 7;8:e49761.

Wiklund Gustin/Gabrielsson.
Visst ska vi prata om psykisk ohälsa: Replik DN-debatt 21 augusti 2020.



ANNA EKWALL

SPECIALISTSJUKSKÖTERSKA I PSYKIATRISK VÅRD

NI VET DE SOM I TEORIN verkar kunniga, men sedan, i det verkliga mötet med patienten de verkat kunniga om, visar sig vara helt tappade? Jag håller på att bli en sån! Ett halvår efter examen som specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård är jag kvar på min vanliga somatiska akutmottagning, med ambitionen att göra vården lite bättre utifrån min nya kompetens. Många där tror att jag kan mycket, och så är det väl, men på pappret, mest. Det är jag som utbildar de nyanställda i psykiatri (2 timmar får de, något att komma ihåg när det verkar knas från oss), det är jag som får ta hand om de ledsna, skurna eller hemlösa där de andras brist på kunskap innebär otillräcklig förståelse och tålmod. Jag ska presentera ett projekt på en nordisk psykiatrisjuksköterskekonferens, vår magisteruppsats är inskickad till en tidskrift och jag får skriva krönikor här! Det som inte syns i mitt CV är att de senaste dagarna har två (!) patienter med olika former av psykiatriska bekymmer som jag varit ansvarig för, avvikit. Ni förstår hur jag kände mig? Där står jag med min psykiatriska, teoretiska, hybris med polisen i telefon

och försöker ge signalement på patienten som avvek. Specialist som inte ens kan motivera ganska sjuka patienter att vårdas? Vad hände med allt jag trodde jag kunde om allians, validera och att motivera till frivillig vård? Jag har den senaste tiden inte heller kunnat förmedla varför suicidriskbedömning är så svårt och osäkert och i mina försök att förklara varför en del personer blir sämre av att vårdas med tvång verkade jag helt okunnig. Min kunskap utan patientmötet och psykiatrikollegor är inte särskilt värdefull i kliniska sammanhang, är väl den hårda sammanfattningen av min första sommar som specialist.

Jag vill lära mig mer, men hur gör man det utan att det går ut över någon annan? Jag har funderat mycket på det där, alla som söker nytt jobb för att utvecklas. Är det egoistiskt? Arrogant mot de patienter och kollegor som ska vara medlen för ens lärande? Går det ut över de nya kollegorna som får dras med en nybörjare eller kan man säga att det egna bidraget kompenserar för den extra tid alla ens frågor tar från de ordinaries jobb? Extra mycket har jag tänkt på det

i sommar, där tunn bemanning innebär få seniora och därmed många nya som inget hellre vill än att arbeta på akuten, för att lära sig ...

Med stort självtvivel och ett ganska fylligt CV sökte jag nyss en timanställning på en psykiatrisk avdelning! Jag kom till intervju. Som väntat kom frågan om varför jag ville arbeta just där. Jag svarade som det var; att jag vill lära mig mer. Och vet ni? De verkade tycka att det var en rimlig anledning! De sa att "ja, detta är en patientgrupp som alla borde kunna mer om". Jag gick därifrån med lika mycket tvivel, men nu även hopp. Dock ändå utan svar på vad jag kan tillföra deras verksamhet: i jämförelse är det så okomplicerat med somatik; man mäter, ger nåt läkemedel, och inom en kvart har patienten andra värden som förhoppningsvis är bättre, och skulle de inte vara det ringer man IVA. Dessutom har ju alla sjuksköterskor lagt större delen av sin grundutbildning på det somatiska. Jag gissar att det är en tillgång att jag är ganska gammal, och att jag är glad, men det förslår ju inte långt när det krisar.

Jag får inse att Sokrates (chat-gpt:at citat-ish) har mer rätt än Ladok och högskolepoängen i det här fallet: "Jag vet att jag ingenting vet". Med det sagt väntar jag på besked om den där timanställningen, att få svar på om en specialistexamen och viljan att veta mer räcker för att räknas som en duglig, patientsäker resurs värd att ha som kollega...



KRÖNIKA

Att kunna mest men nästan ingenting

Grattis Ingela!



Ingela Rudberg.
Foto: Stefan Westelius

HUR KÄNNS DET NU NÄR DISPUTATIONEN ÄR AVKLARAD?

Det känns fantastiskt! Det har varit många känslor under dessa nästan fyra år och nu är det bara så otroligt skönt att vara klar och jag känner mig riktigt stolt över detta. Själva disputationen gick så bra och vi hade en otroligt bra diskussion och sedan förflöt resten av den dagen på och var fantastisk från början till slut.

HUR KOM DET SIG ATT DU BÖRJADE FORSKA?

Egentligen så satt jag och letade efter annat jobb, då jag inte tyckte att arbete på gymnasieskolan var så roligt mera. Då såg jag en annons om en doktorandtjänst där projektet var inriktat mot psykiatri, som är mitt område, och tänkte "ja varför inte?!". Jag har alltid tyckt om att studera och tänkte att jag kan väl disputera också.

VAD HANDLAR AVHANDLINGEN OM?

Avhandlingen handlar om interprofessionell kommunikation, dvs hur personalen pratar till varandra, med varandra och om varandra inom psykiatriska öppenvårdsmottagningar och vad det har för inverkan på deras arbetsmiljö.

DATUM FÖR DISPUTATION:

5 juni 2025

TITEL PÅ AVHANDLING:

Interprofessional Communication Shaping Health-Promoting and Sustainable Working Life in Psychiatric Outpatient Units

INSTITUTION OCH LÄROSÄTE:

Akademien för arbetsliv och hälsa, avdelningen för vårdvetenskap, Högskolan i Gävle

OPPONENT:

Professor Ulrica Hörberg, Linnéuniversitetet

OM DU SKULLE SAMMANFATTA DINA VIKTIGASTE RESULTAT...

Ja, oj, var ska jag börja? Det viktigaste är väl egentligen hur viktigt det är att personalen pratar med varandra och tar vara på varandras erfarenheter och kunskaper. Jag hade en psykiatriker i en av delstudierna som sa "Man måste lämna sin krona i garderoben" och det tycker jag är väldigt talande. Vi behövs allihop. En annan viktig sak som framkom ett flertal gånger, även om fokus i mina delstudier inte var patienten, var att personalens uppgift ju är att hjälpa patienterna och i slutändan är det patienten som ska ta emot vården och då är det ännu viktigare att vi lyssnar på varandra och tar in varandras perspektiv och kunskaper och inte stirrar oss blinda på hierarkiska strukturer. Sedan framkom såklart även mycket som redan är känt sedan innan, hierarkier, arbetsbelastning och svårigheter att ibland få en fungerande kommunikation och ett samarbete mellan öppnepsykiatri och slutenvården/primärvården. En annan sak var också den familjära känslan som kan finnas inom ett team eller på en mottagning och önskan om att få lära känna varandra som personer och inte alltid endast via patientkontakter. Man trodde helt enkelt på att bättre kännedom om varandra och att få göra roliga saker med varandra, som inte alltid behöver vara arbetsrelaterat, även bygger samarbete och förståelse för varandra i arbetet.

HUR KAN RESULTATEN ANVÄNDAS?

Egentligen så önskar väl alla som forskar att resultaten ska kunna komma till nytta i det kliniska arbetet. Jag hoppas att mina resultat kanske kan trycka på en gång till, sådant som vi egentligen redan vet men inte anammar; att prata med varandra, vara öppna för varandras åsikter, skapa möjligheter till informella samtalsmiljöer (öppna dörrar, korridorsnack, fikasamtal osv) samt att inse att vi alla vill patientens bästa. Så oberoende vem som kommer med förslag eller en planering så ska vi kunna ta det med oss utifrån vad som blir bäst för patienten, inte oss själva som personal. För mig är psykiatri mer än ett yrke – det handlar om att skapa förutsättningar där personalen kan fungera väl. De är världens ryggrad, och deras arbete beror lika mycket på arbetsmiljön som på yrkeskunskaperna. Inom psykiatrisk öppenvård i Sverige handlar ett hälsofrämjande arbetsliv därför även om personalens välbefinnande.

VAD GÖR DU HÄRNÄST?

Nu har jag under sommaren arbetat kliniskt som psykiatri-sjuksköterska på en slutenvårdsavdelning och från och med augusti kommer jag arbeta som universitetsadjunkt på sjuksköterskeprogrammet på Högskolan i Gävle. Sedan får vi se vad mera intressant som kan dyka upp på vägen.



Omvårdnadens roll i att förändra världen

TIDE GARNOW, specialistsjuksköterska med inriktning psykiatrisk vård och universitetslektor i vårdvetenskap vid Högskolan Kristianstad

I BÖRJAN AV JUNI deltog jag, tillsammans med elva kollegor från Högskolan Kristianstad, i International Council of Nurses (ICN) världskongress i Helsingfors. Kongressen, som hade tematiteln "Nursing Power to Change the World", utgjorde en mötesplats för nära 7000 sjuksköterskor från hela världen. Konferensen bjöd på en imponerande bredd av föredrag, workshops och nätverksmöjligheter inom omvårdnadens alla områden. Det var inspirerande att ta del av den globala kraft som sjuksköterskeprofessionen utgör, liksom den samlade viljan att utveckla vården i takt med samtidens behov. Utbudet av presentationer var stort och varierat, och jag bidrog själv med en posterpresentation om min avhandling. I den här texten vill jag dock göra nedslag i, och reflektera kring, några av de föredrag som verkligen berörde mig, och som jag tror kan vara av särskilt intresse för sjuksköterskor inom psykiatrisk vård.

Världen är i förändring, och kanske även rollen som sjuksköterskor. Under konferensen presenterades nämligen ICN:s purfärska definitioner av nurse och nursing (ICN, 2025). Centralt i dessa definitioner är att omvårdnad bör ses som mer än en profession, det är en mänsklig, etisk och samhällsbärande kraft. Ett budskap som lyftes fram var att när vi sjuksköterskor lindrar smärta, möter lidande och främjar hälsa gör vi inte bara skillnad för enskilda personer, utan vi bidrar också till att forma ett mer rättvist och hållbart samhälle.

De nya definitionerna bekräftar att omvårdnad inte längre enbart är kopplad till det kliniska arbetet, utan omfattar även ledarskap, utbildning, forskning och påverkan på hälsopolitik. Vi sjuksköterskor har makt att förändra strukturer genom att stå upp mot diskriminering, synliggöra

sociala orättvisor och bidra till en jämlik vård och folkhälsans utveckling. Sjuksköterskor finns i livets alla skeden, från födelse till död, i vardag och kris, i hem och på psykiatriska akutmottagningar. Det ger unika möjligheter att förstå samhällets brister; hur fattigdom, våld, psykisk ohälsa, klimatförändringar och migrationspolitik påverkar människors hälsa. Omvårdnad kan i det sammanhanget utgöra en motkraft, ett sätt att stå upp för mänskliga rättigheter och värdighet, även när samhällsstrukturer och organisationer brister.

Men förändring kräver mod. Det handlar om att våga höja rösten när något inte är rätt, att lyfta personers perspektiv i rum där de annars saknas, att driva frågor om tillgänglighet, jämlikhet, och antirasistiskt arbete. Omvårdnad är därmed en social och politisk handling. Och i en värld där ojämlikhet, kriser och psykiskt lidande växer, är sjuksköterskors roll mer central än någonsin. Inte bara för att vårda det som redan gått sönder, utan för att förändra de villkor som gör människor sjuka från början. Betydelsefulla bakom definitionerna är således kraftfulla och de ingav ett sorts hopp i mig om att vi som sjuksköterskor faktiska kan påverka.

Ett annat föredrag som lämnade avtryck var "All Nurses Are Addictions Nurses" som hölls av representanter från International Nurses Society on Addictions som är en global organisation med målsättning att främja omvårdnad av personer med beroende. Titeln på föredraget kan möjligen låta provocerande vid första anblick, men uttrycket rymmer en viktig sanning. Oavsett om du arbetar inom akutvård, psykiatri, hemsjukvård eller elevhälsa så möter du människor vars liv påverkats av beroende i någon form. Det kan handla om alkohol, narkotika,

läkemedel, spel, mat eller mobilanvändning. Det kan vara ett eget beroende, en närståendes eller en osynlig del i en större livsproblematik. Beroende är heller inget isolerat fenomen, utan det är ofta en spegling av andra mänskliga sårbarheter såsom trauma, ensamhet, psykisk ohälsa eller brist på mening. Genom att se hela människan och erbjuda stöd som främjar återhämtning och livskvalitet kan vi sjuksköterskor, var vi än arbetar, bidra till en mer holistisk och meningsfull vård.

Det som under konferensen berörde mig mest, och till och med till tårar, var Carolyn Jones starka dokumentärfilm American Delivery som hade internationell premiär. Det är en film som belyser rasismens dödliga konsekvenser i mödra- och förlossningsvården i USA. Filmen visade på ett gripande sätt hur strukturell diskriminering och systematisk ojämlikhet påverkar svarta kvinnors hälsa, där deras risk att dö i samband med graviditet och förlossning är flera gånger högre än för vita kvinnor, oavsett utbildningsnivå eller inkomst.

American Delivery blev en påminnelse om att rasism inom vården inte är ett enskilt amerikanskt problem, utan det finns överallt. Filmen lyfte frågor om vilka röster som hörs i vården, vilka kroppar som tas på allvar, och hur djupt rotade föreställningar om hudfärg och värde påverkar både bemötande och behandlingsutfall.

I relation till sjuksköterskans roll inom psykiatrisk vård väcker filmen viktiga frågor om hur vi kan arbeta antirasistiskt i praktiken. Hur bygger vi tillit i vårdrelationer där historien av svek och osynliggörande fortfarande påverkar? Hur säkerställer vi att vård inte bara är tillgänglig, utan också jämlik i kvalitet, bemötan-



Tide

de och respekt? Att se American Delivery i detta sammanhang förstärkte vikten av att antirasistiskt arbete inte är valfritt, utan en grundförutsättning för etiskt och professionellt vårdande. Den påminde också om att förändring kräver både medvetenhet, handling och mod, från varje enskild sjuksköterska, men också från hela vårdssystemet.

ICN:s världskongress blev en kraftfull påminnelse om sjuksköterskans centrala roll, inte bara som vårdare, utan som förändringsaktör i en komplex och föränderlig värld. Det är tydligt att sjuksköterskor har makten, och också ansvaret, att förändra världen, ett möte i taget. Det är en uppgift som kräver både mod, kunskap och närvaro, men också en tro på att varje människa förtjänar att bli sedd och bemött med respekt. Kongressen inspirerade mig till att våga ta plats och göra skillnad, nu och framåt. Jag hoppas att det modet kan smitta fler.

VILL DU VETA MER:



Filmen American Delivery



ICN:s nya definitioner av nurse och nursing

Patientsäkerhet och person- centrering inom suicidpreventiv vård

Text: MALIN REX, specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård och filosofie doktor i vårdvetenskap

SUICIDPREVENTION STÅR HÖGT PÅ DAGORDNINGEN. Tidigare i år publicerades den nationella strategin för suicidprevention, "Det handlar om livet". För oss sjuksköterskor var det ett välkommet bidrag till en vårdverklighet vi känner sedan förr: människor som överväger att ta sitt liv behöver handfast hjälp. Vi som ska ge den hjälpen behöver kunskapen och resurserna för att kunna utföra vårt arbete.

Att hjälpa någon som överväger att ta sitt liv väcker känslor. När jag utbildar i suicidprevention är det många som uttrycker att de är rädda för att göra fel, eller inte göra rätt och det tror jag är en känsla som många tar med sig ut i arbetslivet.

Den här artikeln är till dig som känner så, eller som helt enkelt vill veta mer om vad patientsäkerhet och personcentrering kan innebära när man arbetar med personer med suicidalt beteende. Utgångspunkten är min avhandling *Patient safety and person-centeredness in healthcare for patients with suicidal behavior*, som jag försvarade den 28 mars i år.



Malin Rex

Foto: Josefin Bergenholtz, Sahlgrenska akademien

JAG HAR ARBETAT som verksamhetsutvecklare inom vuxenpsykiatri i snart ett decennium. En av mina huvudsakliga uppgifter är att utreda händelser som inträffat i vården, för att man ska kunna bedöma om de utgör en vårdskada. En vårdskada innebär att en patient skadas i kontakt med vården – antingen för att något skett som inte borde ske, eller för att något som borde ha gjorts inte blev av.

I psykiatri handlar nästan alla sådana utredningar om suicid eller suicidförsök. Men till skillnad från somatiken, där en felhändelse ofta kan spåras till ett fåtal källor och faktorer, är psykiatriens förutsättningar svårare att konstanthålla. Suicid är en sällanhändelse och de flesta händelser som observeras i vårdförloppen hos patienter som har avlidit i suicid kan även iaktas hos patienter utan suicidal problematik. Vi genomgår alla kriser, möter förluster och personliga motgångar. Många av oss lever med kroniska tillstånd, både somatiska och psykiska. Till skillnad från somatiska vårdförlopp är de psykiatriska vårdkontaktarna sällan tydligt avgränsade, varken till tid eller innehåll. Vårdkontakten kan sträcka sig över hela livet och omfatta en mängd olika terapeutiska åtgärder. Den stora majoriteten av behandlingen sker polikliniskt i öppenvården, och det är där de flesta bedömningar, åtgärder och uppföljningar sker. Vid sidan av det som noteras i våra journalanteckningar finns en stor mängd händelser, som vi inte har så god kännedom om.

När ett suicid inträffar ställs vi alla inför frågan: vad gick fel? För mig och mina utredningskollegor tillkommer en annan: hade vården kunnat förhindra det? Det var med de glasögonen jag en gång påbörjade mitt avhandlingsarbete.

DELSTUDIE 1 – Nätverk av brister

Den första delstudien bygger på händelseanalyser av suicidförel. Vi ville undersöka om de faktorer som bedömts ha påverkat händelsen uppträdde isolerat eller hängde ihop i mönster. Totalt gick vi igenom 217 analyser, genomförda mellan 2012

och 2017 runtom i landet. Ett problem är att patienter som avlider i suicid i hög grad har liknande händelseförlopp som andra patienter som inte avlider i suicid. Vi ville därför undersöka vad olika svenska analysteam hade bedömt som bristande punkter i händelseförloppen och se om dessa hängde samman på något sätt.

Vi började med att kategorisera felhändelser och bidragande faktorer. De tre vanligaste gällde brister i psykiatrisk utvärdering, suboptimal uppföljning och bristande samarbete i personalgruppen. Därefter gjorde vi en nätverksanalys för att se kopplingarna mellan alla inrapporterade brister.

Resultaten visade på tydliga samband: psykiatrisk bedömning och utvärdering förekom ofta tillsammans med brister i rutiner och arbetssätt; kommunikationsproblem hängde ofta ihop med organisatoriska svårigheter och dokumentationsbrister. Att suicidrisksbedömning och psykiatrisk bedömning följdes åt var väntat. Mer överraskande, och kliniskt mer intressant, var att behandlingsslapp, det vill säga inställda eller uteblivna besök, kunde kopplas till underliggande bemanningsproblem.

Det här ger oss anledning att reflektera: kanske är kontinuitet, personlig kännedom och bärande relationer särskilt viktiga skydd när vi bygger team för att möta suicidala patienter?

DELSTUDIE 2 – Vårdkonsumtion hos olika patientgrupper

I nästa delstudie undersökte vi skillnader i vård mellan olika patientgrupper. Vi analyserade nio års patientdokumentation, hämtad från de vuxenpsykiatriska verksamheterna vid ett större svenskt sjukhus. Materialet delades in i tre kohorter:

1. *Patienter som avlidit i suicid.*
2. *Patienter som överlevt suicidförsök.*
3. *Patienter utan anamnesticke uppgifter om suicidalt beteende.*

Vi såg att patienter med tidigare suicidala aktiviteter hade fler kontakter inom alla delar av

psykiatri – öppenvård, hel-dygnsvård och akutmottagning – än andra patienter. De hade också fler distansbesök och fler avbokningar.

När vi jämförde de patienter som senare avled i suicid med dem som överlevt suicidförsök såg vi en tydlig skillnad: deras vårdförlopp var kortare och uppföljningar var färre. Under de sista tre månaderna i livet minskade öppenvårdsbesöken markant. Det var som om patienterna genomgick en förrädisk minskning i vårdbesök.

Vad detta beror på vet vi inte säkert. Är det patienterna som inte längre vill eller förmår söka hjälp, eller är det vården som trappar ned insatserna för tidigt? När jag undervisar försöker jag trumma in budskapet "det går inte att förutsäga vem som kommer att avlida i suicid". Men när jag ser resultatet från den här studien tänker jag "men tänk om det faktiskt finns mönster i hur man söker vård, som skulle kunna användas som varningssignal?"

DELSTUDIE 3 – Patienternas röster om personcentrerad

Den tredje delstudien var en djupintervjustudie, som analyserades med en fenomenologisk hermeneutisk ansats. Här ville vi förstå vad personcentrerad suicidpreventiv vård egentligen innebär för personer med suicidalt beteende och vilka förutsättningar som krävs för att samskapa suicidpreventiv vård. I samarbete med Suicide Zero och Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) rekryterades 28 personer med egen erfarenhet av suicidtankar och suicidförsök. Under ett halvår reste jag runt i landet med min gröna duffelväska, min nyfikenhet och min bandspelare i högsta hugg. Efter ett tag kändes det som att jag lika gärna skulle ha kunnat disputera i tågtidtabeller och minikonferensbokning, som i vårdvetenskap.

Resultatet visar att suicidalitet ofta är något man lever med under lång tid. Att bara erbjudas akuta krisinsatser när det är som värst upplevs av många som otillräckligt. Tyvärr var det

många deltagare som menade att det är just så vården fungerar idag: först finns det ingenting och sedan, när den suicidala aktiviteten redan har skenat i väg, blir man tvångsinlagd och övervakad. Även om det här kan vara kortsiktigt livräddande, sker ingen varaktig förändring. När man kommer ut igen är man tillbaka på samma ruta som man var på innan.

Deltagarna beskrev kontakten med vården inte bara som en möjlighet till hjälp och lindring, utan också som ett risktagande där det gällde att noga avväga vad som kunde berättas och när den rätta tiden var för att berätta det. Berätta för tidigt och du riskerar att bli avvisad, berätta för sent och du riskerar att bli så sjuk att du inte längre vill ha hjälp och i stället överväger att agera på suicidtankarna. I ett sådant skede kommer du kanske inte längre att vara kapabel att delta i din egen vård. Deltagarna upplevde att det var svårt att be om vårdens hjälp lagom ofta – här gällde det att varken vara den som ropade att vargen kom, eller den som verkade undanhålla information om eventuell försämrning.

Flera beskrev känslan av att vården byggts efter en biomedicinsk prototyp, där verksamhetens behov styr mer än patienternas. Gränsdragningar mellan olika enheter förstärker kravet på "välavgränsade symptom". Detta kan leda till ändlösa utredningar, där patienten fastnar i vad några kallade en "häxprocess": varje dag man överlever tolkas som bevis för att vården man söker egentligen inte behövs och hellre bör ges till någon bättre behövande.

Samtidigt fanns också goda exempel. Några av deltagarna hade haft samma vårdteam under flera år och hade väl utarbetade vårdplaner och säkerhetsplaner. Deras närmsta kontakter visste hur det var, både när allt flöt på och när inget gjorde det. När allt bara rasade, när depressionen släckte ut all energi och lämnade en i ett stillastående ingenting, fanns det ändå någon som kunde ta sig förbi, nå fram och låna av sin verklighet så att man fick tillbaka en del av sig själv. Det var detta,

”Om du är ute på havet och ser någon i färd med att drunkna frågar du inte varför, du hoppar i”

beskrev flera, som var suicidalitetens kärna: att ömsom förlora sig och ömsom återfå sig själv. Att ha ett vårdteam som förstod och kunde följa med, hur än verkligheten böljade fram och tillbaka, kunde göra all skillnad.

Deltagarna efterlyste en vård som har sin utgångspunkt där de tillbringar större delen av sina liv: hemma, på skolan, på jobbet, bland familj och vänner. På sjukhus var det viktigt att erbjuda många möjligheter till möten – möten med personal, med andra patienter och med besökare hemifrån. I stället för att bara utgå från olika säkerhetsaspekter, var det viktigt att tänka på vad som känns tryggt för den som vårdas. En deltagare berättade hur rökalkongen oväntat blev en värdefull fristad från tankarna, att kunna få dela ett ögonblick med någon annan i samma situation. En annan berättade vilket oöverstigit hinder det var att ta sig ut till dagrummet där nattpersonalen var samlad framför teven, när man själv satt som i ett skruvstäd av ångest. Deltagarna problematiserade att typiskt lugna aktiviteter, som att lägga pussel, läsa eller vila, blev en outtalad norm. Här kunde kreativitet eller naturupplevelser tillsammans med andra, vara en bättre hjälp tillbaka. Framför allt lyfte deltagarna hur viktigt det är att utgå från patienternas kapabilitet redan från början: att planera tillsammans under stabila perioder, så att alla är redo när en försämring kommer. På samma sätt var det viktigt för dem

att återta olika ansvarsområden efter en heldygnsvårdsperiod och gradvis vinna vardagen tillbaka.

DELSTUDIE 4 –

Anhörigas erfarenheter

I den fjärde delstudien samtalade 31 anhöriga – föräldrar, syskon, vuxna barn, vänner och andra närstående – med varandra om hur samskapande suicidpreventiv vård kan utformas. Den här studien genomfördes i samarbete med Suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES), NSPH och Suicide Zero. Vi använde en reflexiv tematisk analys för att bearbeta de insamlade fokusgruppsintervjuerna.

Många upplevde sig som en osynlig resurs. En del beskrev det som att de reducerats till ”taxichaufförer”: välkomna att sitta bredvid under mötena, men aldrig tillfrågade eller erkända som medaktörer. I stället önskade de bli sedda som ”andrepilot” – någon som delar cockpit med patienten, som känner landskapet och vindförhållandena och som kan ta över och larma om förstepiloten inte längre förmår. Om planet kraschar är det ju inte bara en som följer med ned.

De anhöriga jämförde ofta med den somatiska vården, där medverkan från familj ibland inte bara uppmanas utan ses som en grundförutsättning. Varför är det inte så i psykiatin? De föreslog att särskilja olika typer av information för att bevara patientens integritet och samti-

digt möjliggöra för anhöriga att stötta eller genom att slå larm när patienten inte längre klarar sig själv.

För att anhöriga ska kunna uppträda från passiva chaufförer till andrepiloter behöver vården byggas inte bara runt patienten som en isolerad ö, utan också runt den sociala väv patienten faktiskt lever i. Utöver ett mer inkluderande arbetssätt krävs också tekniska lösningar för hög tillgänglighet och säker informationsdelning.

För att öka personcentreringen inom suicidpreventionen – tänk mödravård!

När jag tar ett steg tillbaka och betraktar avhandlingen i sin helhet slås jag av hur strukturellt lik den suicidpreventiva vården är något som vid första anblick kan tyckas ligga diametralt i motsatta änden av vårdapparaten: mödra- och förlossningsvården.

Båda kombinerar regelbundna öppenvårdsbesök med perioder av heldygnsvård. Båda bygger på nära samarbete med den närmaste kretsen. Båda innehåller lugnare, mer förutsägbara faser som lämpar sig för planering och grundläggande samtal, liksom intensiva skeden där fokus måste riktas mot det akuta och beslut behöver fattas snabbt. Ju mer man har hunnit förbereda i den första fasen, desto bättre rustad är man i den andra. Målet är detsamma: att patienterna ska känna sig trygga, slippa sjukhusinläggningar mer än nödvändigt och kunna

fortsätta leva livet på det sätt de själva har valt.

Om vi tidigare har betraktat suicidalitet som en blick från klar himmel, ett extremtillstånd som endast kan överlevas genom tillfälligt undantag från det vanliga livet, pekar resultaten från mina studier i en annan riktning. Suicidalitet handlar snarare om att leva med sitt tillstånd, inte bara överleva. Det är de vardagliga, mänskliga sammanhangen som gör en stark.

Idag finns det många spridda föreställningar om suicidalitet. En av dem är att ”rop på hjälp” inte är något att bry sig om. Här vill jag utmana genom att låna ett citat från en av avhandlingens deltagare: *Om du är ute på havet och ser någon i färd med att drunkna frågar du inte varför, du hoppar i*. Kan det vara problemet med suicidalitet inte bara det antal människor som avlider, utan också det stora antal människor som lider av det?

Läs avhandlingen i sin helhet:



Att vara människa

EXISTENTIELL HÄLSA SOM GRUND I PSYKIATRISK VÅRD

TEXT: TIDE GARNOW

Specialistsjuksköterska med inriktning psykiatrisk vård och universitetslektor i vårdvetenskap vid Högskolan Kristianstad



Trots att vi omges av hälsodata och mätverktyg som berättar hur vi mår, finns det en form av lidande som inte låter sig fångas i siffror. En sorts existentiell smärta som kan innebära att känna sig vilse, tom eller utan mening, och som inte ryms i vårdens journaler, men som påverkar oss på djupet. I min avhandling om ungdomars existentiella ensamhet och ledsenhet (Garnow, 2024) framkom hur dessa frågor ofta lämnas utan gensvar från vuxenvärlden. Samtidigt tyder Folkhälsomyndighetens rapport (2025) på att en förändring kan vara på väg. Existentiell hälsa lyfts där som en viktig del av folkhälsoarbetet. Men för att denna insikt ska bli verklighet i psykiatrisk vård krävs att sjuksköterskor ges utrymme att lyssna, reflektera och våga stanna kvar i det svåra, också när svaren saknas.



Tide Garnow

Vi lever i en tid där hälsa ofta definieras i termer av det mätbara, såsom blodtryck, depressionsskalor eller antalet steg per dag. Men samtidigt bär människor på en annan sorts smärta som inte syns i provsvar eller diagnostiska instrument. En existentiell smärta som kan innebära att känna sig vilse, meningslös, övergiven eller tom. I min avhandling om existentiell ensamhet och ledsenhet under ungdomstiden (Garnow, 2024) framkom att unga personer längtar efter att få dela den sortens sårbarhet med andra. De möttes dock ofta av vuxna som inte såg eller som inte fanns där, eller som redan hade färdiga svar och gav oönskade råd. De smärtande känslorna och tankarna får nämligen inte alltid plats i skolan,

och heller inte i vården, trots att de ofta är centrala i människors liv, och kanske särskilt när livet känns extra utmanande och framtiden upplevs oviss och svår.

Folkhälsomyndighetens rapport Existentiell hälsa och folkhälsa – Slutredovisning (2025) från i våras kan vara ett tecken på att detta nu håller på att förändras. I rapporten lyfts existentiell hälsa fram som en nödvändig del i det långsiktiga folkhälsoarbetet. Existentiell hälsa definieras där som en upplevelse av mening, sammanhang, trygghet och tillhörighet – till sig själv, till andra och till något större än en själv. Det kan handla om relationen till naturen, till andliga dimensioner eller till en inre känsla av frid.

För sjuksköterskor inom psykiatrisk vård kan de existentiella frågorna kännas både centrala och utmanande. Många patienter bär på sådana funderingar: Varför lever jag? Finns det hopp? Vem är jag nu när jag inte längre känner igen mig själv? Dessa frågor kräver ett förhållningssätt som går bortom symtomlindring. De kräver att sjuksköterskor är närvarande, empatiska och trygga nog att stå kvar i det som är svårt, utan att fly in i manualer eller snabb problemlösning.

Att arbeta med existentiell hälsa är inte att erbjuda färdiga svar. Det är att orka möta någon där hen är, i meningslösheten, i tvivlet, i längtan efter att bli förstod. Det handlar om att bekräfta att det existentiella lidandet är verkligt och att det får finnas. Många upplever att de måste gömma dessa känslor, de får inte plats i skolan, i journal-systemet eller i samtalet om mående och medicinering. Men det är just där vi kan göra skillnad. Rapporten från Folkhälsomyndigheten visar att vi behöver ta dessa dimensioner på allvar, både för enskilda personers skull och för samhällets. Om vi inte ser det existentiella lidandet riskerar vi att medicinera bort livsfrågor, och missa kärnan i det som gör att en människa bryter samman eller reser sig.

Sjuksköterskors möjligheter att göra skillnad är stor, men det kräver stöd. För att möta det existentiella behöver sjuksköterskor själva få utrymme att reflektera, att våga möta sina egna existentiella tankar och känslor. Det kräver utbildning, men också en vårdkultur där samtal om mening, hopp, skuld, frihet och död inte ses som främmande, utan som självklara delar av vården.

Vi behöver en förändring i vårdens organisation och kultur. En vård som ser hela människan, där det existentiella inte är ett sidospår, utan en grund. Där sjuksköterskor inte bara är vårdgivare, utan medmänniskor. För ibland är det just i det stilla vittnandet, i att någon stannar kvar utan att vända bort blicken, som läkandet börjar. Att erkänna det existentiella som en del av hälsan är ett sätt att återupprätta vad det egentligen innebär att vårda. Nämligen att möta en annan människa i det mest sårbara, och tillsammans försöka hålla det som ibland är för tungt att bära ensam.

Vill du läsa mer:



Tides avhandling



Folkhälsomyndighetens rapport

SOCIALSTYRELSEN VILL SE EN STÄRKT PERSONCENTRERING FÖR PERSONER MED PSYKIATRISKA TILLSTÅND OCH STORA BEHOV

Text: LOUISE KIMBY och ALINDA BLOMKVIST, utredare Socialstyrelsen

Personer med psykiatriska tillstånd och stora behov får inte alltid de insatser de behöver för att må bättre och öka sin livskvalitet. Det beror bland annat på vårdens och omsorgens komplexa system och brist på samordning. Men också på att kunskap kan saknas hos personal och att deras förutsättningar att ge en personcentrerad vård och omsorg varierar. Socialstyrelsen har sedan 2022 haft ett uppdrag av regeringen att stärka och utveckla personcentrerade insatser för personer med så kallad komplex psykiatrisk problematik. Uppdraget avslutas i september 2025.



Visualisering av komplexitet i välfärdssystemet för personer med psykisk funktionsnedsättning och stora behov.

Socialstyrelsen är Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg. Genom att samla och sprida pålitlig kunskap, utvecklar och stöder myndigheten vården och omsorgen på nationell nivå. Arbetet omfattar bland annat att ta fram föreskrifter, kunskapsstöd och officiell statistik, samt att genomföra uppföljningar och utvärderingar. I grunden handlar Socialstyrelsens uppdrag om att bidra till en säker, jämlik och evidensbaserad vård och omsorg – till nytta för både personal och patienter.

I uppdraget vi fått från regeringen kring personcentrerad vid komplex psykiatrisk problematik har vi velat skifta fokus från personens individuella komplexitet till komplexiteten inom välfärdssystemet. En central utgångspunkt för arbetet har varit att komplexitet uppstår i mötet mellan personen med behov, som kan ha många och samtidigt flera problem, och ett fragmenterat vård- och omsorgssystem.

STÖD FÖR ATT UTVECKLA EN MER PERSONCENTRERAD VÅRD OCH OMSORG

Personcentrerad vård är ett begrepp som inte har en enhetlig definition och vi såg ett behov av att beskriva personcentrerad vård och omsorg i en svensk psykiatri- och socialtjänstkontext. I arbetet har vi involverat bland andra *Centrum för personcentrerad vård* i Göteborg. Definitionen lyder:

”En personcentrerad vård och omsorg utgår från personens resurser, förutsättningar och behov vilka identifieras och beskrivs genom ett nära samarbete mellan personen med behov och personalen.”

Flera olika delar behöver samspela för att uppnå en personcentrerad vård och omsorg. Genom detta samspel skapas förutsättningar för att forma vården och omsorgen kring personen och för att personal och personen själv ska kunna mötas och samarbeta.

Verksamhetens organisation och ledning behöver stå för en riktning och anamma värderingar och förhållningssätt som främjar personcentrering, men också skapa förutsättningar för personalen. Det kan handla om utbildning, tillräckligt med tid, rutiner som möjliggör flexibilitet och stöd i form av handledning och reflektion.

Personalen behöver ha tillräcklig kunskap, färdigheter och förutsättningar. De behöver utgå från personens samlade behov, göra anpassningar efter personens situation och funktionsförmåga och samtidigt se personens

resurser och stärka det som fungerar. Tid behöver läggas på att lyssna, bygga förtroende och skapa goda relationer. Målet är ett fungerande samarbete där personen är delaktig i utformningen, genomförandet och uppföljningen av vården och omsorgen som utförs.

Det finns även evidensbaserade metoder och insatser som har en gemensam grund i ett personcentrerat förhållningssätt som behöver implementeras i psykiatri och socialtjänst, till exempel psykopedagogiska utbildningsprogram, Individual placement support (IPS), Bostad först, Narrative enhancement cognitive therapy (NECT) och Självvald inläggning.

För att stödja utvecklingen har vi tagit fram diskussionsmaterial och filmer som skall öka förståelsen för och kunskapen om vad en personcentrerad vård och omsorg är och hur den kan bli verklighet. Materialet är tänkt att användas i verksamheter som arbetar med målgruppen.

STÖD FÖR ATT ARBETA MED DELAT BESLUTSFATTANDE

Delat beslutsfattande är en central metod i en mer personcentrerad vård och omsorg vid olika psykiatriska tillstånd. Delat beslutsfattande (shared decision making) är en metod i sex steg där personer som behöver vård och stöd samarbetar med personalen för att fatta beslut om insatser. Metoden innebär ett kunskapsutbyte mellan de inblandade parterna, där personernas kunskaper och önskemål tas tillvara och värdesätts. Med hjälp av metoden kan person-



Bilden ovan visar de sex stegen i delat beslutsfattande.

erna bli delaktiga i beslut och stärka sin egenmakt. Metoden ger en tydlig struktur för beslutsfattande och består av flera steg. Genom att gå igenom de olika stegen skapar individen och personalen en gemensam förståelse för problemet, kartlägger alternativ, diskuterar för- och nackdelar samt fattar beslut. För att samarbetet ska fungera behöver personalen sträva efter en förtroendefull relation, informera på ett begripligt sätt, lyssna och ge tid för reflektion. Olika typer av beslutsstöd används för att underlätta personens förståelse. Efteråt är det viktigt att följa upp och utvärdera beslutet, för att säkerställa att det leder till önskade resultat.

Socialstyrelsen rekommenderar hälso- och sjukvård och social-

tjänst att använda metoden delat beslutsfattande i vård och omsorg för personer med psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning. Rätten till delaktighet i vård och omsorg fastställs i svensk lagstiftning. Metoden delat beslutsfattande kan öka delaktighet för personer med psykiatriska tillstånd och psykiska funktionsnedsättningar och bidra till en personcentrerad och återhämtningsinriktad vård och omsorg.

Vi har tagit fram kunskapsstöd för att stödja implementeringen av metoden. Kunskapsstödet beskriver metoden och hur den kan användas i olika verksamheter. Filmer och stödmaterial finns att använda tillsammans med personen när metoden används och har tagits fram för att stödja verksamheter följa rekommendationen. Med hjälp av broschyren *Så här kan du vara med och fatta beslut* kan personen själv, närstående och personal förbereda och samtala om beslut som ska fattas, olika alternativ som finns och för- och nackdelar. En del av metoden är även att få information om vilka olika alternativ som finns på ett sätt som är lätt att ta till sig. I broschyren *Guide till stöd och hjälp* beskrivs olika sorters stöd i vardagen som personen själv och närstående kan efterfråga.



Visualisering av de delar som tillsammans bidrar till en personcentrerad vård och omsorg för personer med komplex psykiatrisk problematik.



Alinda Blomkvist. Foto: Privat.



Louise Kimby. Foto: Socialstyrelsen

UTBILDNINGSMATERIAL OM ATT HJÄLPA I SVÅRA SITUATIONER

Personalens möjlighet att skapa trygghet och förtroende samt väcka hopp är i många fall avgörande för personens väg mot återhämtning. Särskilt när en person med psykisk funktionsnedsättning mår sämre, till exempel får ökad ångest eller suicidtankar, återfaller i beroende eller skadligt bruk eller insjuknar i psykos, och inte söker eller tar emot hjälp. För att kunna hjälpa i svåra situationer har personalens förhållningssätt stor betydelse. För att synliggöra och förstärka det relationsskapande arbetet har vi tagit fram ett utbildningsmaterial om att hjälpa i svåra situationer vid psykiatriska tillstånd. Materialet vänder sig till personal och chefer i verksamheter inom vård och omsorg, till exempel heldygns- och öppenvård, rättspsykiatri, boendestöd, boendeverksamhet, uppsökande arbete och mobila team.

Utbildningsmaterialet består av flera filmer, reflektionsfrågor och en studieguide. De två filmerna *Maria uppfattas som hotfull* och *Kevin öppnar inte dörren* skildrar möten med personal i två olika situationer, i psykiatrisk heldygnsvård respektive boendestöd i socialtjänsten. I efterföljande filmer förs samtal mellan experter över situationerna som skildras och samtalar om vad som krävs för att nå fram med vård och stöd.

Experterna utgörs av personer med egna erfarenheter av psykiatrisk heldygnsvård och personer med bred kunskap inom omvårdnad. Filmerna tar upp bland annat förhållningssätt, bemötande och ansvar i svåra situationer och chefers och ledningens roll. Materialet innehåller även korta föreläsningar om kunskap och professionellt omdöme i mellanmänskliga yrken med filosofen Jonna Bornemark.

Materialet ska bidra till ökad kunskap, reflektion och diskussion hos såväl ny personal som personal som arbetat länge inom psykiatrisk vård och omsorg. Vi hoppas att det kommer att användas på många olika sätt av chefer och andra ute i verksamheter som är engagerade i att utveckla vård och omsorg, lärare på högskolor, i fortbildningsverksamheter och introduktionsprogram.

NY TEMASIDA PÅ KUNSKAPSGUIDEN

Allt material som omnämns finns publicerat på kunskapsguiden.se under temat *Personer med psykisk funktionsnedsättning och stora behov*.

Chefer och personal inom psykiatri och socialtjänst ges nu möjlighet att utveckla en mer personcentrerad vård och omsorg utifrån en gemensam kunskapsgrund.

LÄS MER OM SOCIALSTYRELSENS
ARBETE INOM PSYKISK OHÄLSA,
SOM ÄR ETT PRIORITERAT OMRÅDE:



KUNSKAPSGUIDEN:





VÅRA MEDLEMMAR BEVILJAS FORSKNINGS- MEDEL FRÅN FORTE

Två medlemmar i Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor har i juni fått betydande forskningsanslag inom Fortes stora satsning på psykisk ohälsa och suicidprevention 2025. Utlysningen omfattade totalt 140 miljoner kronor och riktades till projekt som kan bidra med ny kunskap om orsaker till och mekanismer för utveckling av psykiatriska tillstånd och suicid, liksom metoder och insatser för personer med psykisk ohälsa och sjukdom.

SEBASTIAN GABRIELSSON, vid Luleå tekniska universitet, har beviljats 4 966 000 kronor för projektet *Specialistpsykiatriska omvårdnadsteam (SPOT) – God och nära psykiatrisk vård i hemmet?*

JOACHIM ECKERSTRÖM, vid Centrum för psykiatrforskning (Region Stockholm och Karolinska Institutet), har beviljats 5 975 000 kronor för projektet *Kan självvald inläggning förebygga tvångsvård och suicidalitet samt minska vårdkonsumtionen hos barn och ungdomar med svår psykiatrisk problematik?*

Att två medlemmar i vår förening får så omfattande stöd i denna konkurrensutsatta utlysning visar på den styrka och relevans som psykiatrisk omvårdnadsforskning har i Sverige. Vi gratulerar Sebastian och Joachim och ser fram emot att följa deras arbete de kommande åren.



TITEL: När goda människor handlar ont – om vanmakt och förråelse inom välfärden

FÖRFATTARE: Dorthe Birkmose

FÖRLAG: Natur & Kultur

UTGIVNINGÅR: 2025

RECENSENT: Katrine Nygaard Baltzis

SYSTEMFELENS KONSEKVENSER FÖR VÅRDPERSONALEN

PSYKOLOGEN DORTHE BIRKEMOSES BOK är absolut högaktuell i dagens diskussioner kring vård. Det finns många exempel på när vårdpersonal agerar tvärtemot sina grundläggande värderingar och långt ifrån sitt teoretiska omvårdnadsfundament. Boken ger en bra förståelse kring hur det kan bli så. Det är inte så enkelt som att lägga skulden på individen, den som agerar med förråelse mot patienten, utan fokuset läggs i boken där det bör; i systemet och vad konsekvensen blir av att vården slimmas år efter år. Birkmose menar att förråelse är en copingstrategi hos personal, som ett sätt att skydda sig själv mot obehagliga tankar och känslor som annars skulle överväldiga en. Förråelse är ett försök att stå ut med sig själv och situationen när man är körd hela vägen till botten. Konsekvensen blir naturligtvis att man riskerar att göra andra illa.

Dorthe Birkmose pekar på flera sätt att lösa problemet, vilka är allt annat än snabba lösningar. Framst måste man erkänna att förråelse är en risk i det professionella arbetet. Det är viktigt att upptäcka varningssignalerna i tid och man måste säkerställa att det på riktigt är högt i tak. Det begreppet används ofta på ställen där det är allt annat än högt i tak, som en floskel.

Dessutom måste man undersöka de påfrestningar som gjort att förråelsen blivit nödvändig som copingstrategi och slutligen krävs det att man hittar lösningar på påfrestningarna så att copingstrategierna inte behövs.

Författaren anser att förråelse alltid funnits, men att risken ökar när välfärden urholkas. Det är tydligt att förklaringar kan hittas i fenomenet som i årtionden har använt riktlinjer, ramar, checklistor, Exceldokument och millimeterstyrning av svensk sjukvård - New Public Management! Vården har blivit dyrare och sämre och personalen utarbetade och i riskzonen för att ta till förråelse som en copingstrategi.

Jag hoppas att alla som jobbar inom svensk sjukvård läser boken, men särskilt våra politiker som styr. Jag ser fram emot att träffa Dorthe på årets PSSN-konferens i Kolding, då Dorthe är keynote-speaker och skall prata om just förråelse. Min enda farhåga kring boken i Sverige kan ligga i själva ordet "förråelse". Det kan finnas en risk att förståelsen av ordet inte är så utbrett som på danska. Kanske hade ordet "svek" varit mer kraftfullt?



Psykiatriska
Riksföreningen
för Sjuksköterskor

www.facebook.com/psykriks
www.instagram.com/psykriks.se
www.psykriks.se

PRF

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

STYRELSE 2025

ORDFÖRANDE

Hanna Tu vesson, Karlskrona
072-567 33 07
hanna.tu vesson@psykriks.se

VICE ORDFÖRANDE

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

KASSÖR

Andreas Nilsson, Boden
andreas.nilsson@psykriks.se

SEKRETERARE

Katrine Nygaard Baltzis, Ängelholm
076-210 14 53
katrine.nygaardsbaltzis@psykriks.se

LEDAMOT

IT & sociala medier
Rebeccah Carlström, Örnsköldsvik
rebeccah.carlstrom@psykriks.se

LEDAMOT

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

LEDAMOT

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

LEDAMOT

Andreas Glantz, Malmö
andreas.glantz@psykriks.se

LEDAMOT

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

PSYCHE 2025

22 PSYCHE NR 3 2025

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@itu.se

Hanna Tu vesson, Karlskrona
hanna.tu vesson@psykriks.se

Tide Garnow, Helsingborg
tide.garnow@hkr.se

ANNONSANSVARIG

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

REVISORER 2025

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

Maria Linde
Henrika Jormfeldt

VALBEREDNING 2025

SAMMANKALLANDE

Jörgen Öijervall, Varberg
jorgen.oijervall@hh.se

LEDAMÖTER

Kristina Eivergård, Hägersten
kristina.eivergard@mchs.se

Emma Mårdhed, Malmö
emma.mardhed@bth.se

Mattias Vincze, Vingåker
mattias.vincze@mdu.se

RAPPORT FRÅN VÅRENS SISTA STYRELSEMÖTE

Styrelsen samlades digitalt via Zoom för ett heldagsmöte den 1 juni – en solig och vacker dag, även om värmen lyste med sin frånvaro. Mötet leddes av ordförande Hanna Tu vesson, med Katrine Nygaard Baltzis som sekreterare och Rebeccah Carlström som justerare. Tidigare protokoll godkändes och dagordningen fastställdes.

Vi välkomnade vår nya styrelsemedlem Andreas Nilsson och gick igenom policyn för förtroendevalda. Flera inkomna ärenden och remisser behandlades, bland annat från Socialstyrelsen, IVO och SSF. Styrelsen beslutade att inte delta fysiskt i Almedalen, men ställde sig bakom initiativet "Partnerskap för psykisk hälsa". Föreningens ekonomi bedömdes som stabil. Fördelningen av styrelseposter bekräftades, där bland andra Hanna Tu vesson fortsätter som ordförande, Jenny Karlsson som vice ordförande, Katrine som sekreterare, Andreas Glantz som chefredaktör och Andreas Nilsson introduceras som ny kassör under kommande år.

Medlemsantalet har ökat under året, och endast ett fåtal har avslutat sitt medlemskap. Diskussioner om hur medlemsantalet kan öka ytterligare kommer att fortsätta. Planeringen inför höstens evenemang "Luncha med PRF" pågår, liksom utvecklingen av nätverken och seminarieverksamheten. Redaktionen för Psyche rapporterade god framdrift, och nya annonsörer har tillkommit. Förberedelserna inför årskonferensen 2026 vid Blekinge Tekniska Högskola i Karlskrona har inletts, och diskussioner om konferenstemat pågår. Kommande styrelsemöten planeras till september (fysiskt i Stockholm), november (digitalt) och februari (fysiskt).

För styrelsen,
Rebeccah Carlström

På gång 2025 inom psykiatrisk omvårdnad

2025

- PSSN Conference / 24-26 september / Kolding, Danmark
- American Psychiatric Nurses Association (APNA) 39th Annual Conference / 15-18 oktober / New Orleans, Louisiana, USA

2026

- Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskors årskonferens / 22-23 april / Karlskrona
- HORATIO Congress / 28-29 maj / Mechelen, Belgien
- American Psychiatric Nurses Association (APNA) 40th Annual Conference / 28-31 oktober / Phoenix, Arizona, USA

SÄKERHETSINREDNINGAR FÖR MILJÖER MED SÄRSKILDA KRAV

Nu introducerar vi **Safedine**, våra allra säkraste bestick, utformade för att erbjuda både säkerhet och god funktion. Besticken är gjorda av en flexibel men tålig plast som är specifikt framtagen för att förhindra självskada eller annat våld, såsom skär- och stickskador.



Healsafe interiör är specialist 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

healsafeinterior.com



Vet du att:

- man kan få svar på totalvita (LPK) och neutrofila granulocyter inom fem minuter
- man kan ta provet kapillärt eller venöst
- man kan ta med instrumentet till patienten

Med HemoCue® WBC DIFF får du svar på en totalvita (LPK) och neutrofila granulocyter från bara en droppe blod inom fem minuter. Scanna koden för mer information



hemocue.se | Tel: 0431 48 12 00 | E-post: sverige@hemocue.se

Snabb och enkel
monitorering för följsam
klozapin behandling



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

B Posttidning
Ej retur

Avsändare:
Psyche c/o Hanna Tuve
Gamla Riksvägen 10
371 60 Lyckeby



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 den grund- och specialistutbildade sjuksköterskan inom psykiatrisk omvårdnad 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 broschyr 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 anknäpning till psykiatrisk vård genom utbildning eller yrkesverksamhet. Den som inte uppfyller detta krav är välkommen som associativ medlem.

ORDINARIE MEDLEMSAVGIFT FÖR 2025 ÄR 375 KR. STUDENTER OCH PENSIONÄRER BETALAR 225 KR.

Medlem blir du genom att anmäla medlemskap via www.psykriks.se.
Avin för medlemskap sckkas ut från Svensk Sjuksköterskeförening