

Tidskriften för

# Svensk Psykiatri

#1

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri  
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - Mars 2014



TEMA  
VÄNDPUNKTER



Ansvarig utgivare:  
Lena Flyckt



Huvudredaktör:  
Tove Gunnarsson

sfbup

# Innehållsförteckning:

## Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3 Redaktionsruta
- 3 Redaktionell ledare, *Tove Gunnarsson*
- 4 SPF styrelseruta , Ledare. *Lena Flyckt*
- 5 SFBUP styrelseruta , Ledare. *Lars Joelsson*
- 6 SRPF styrelseruta , Ledare. *Hanna Edberg*
- 10 Kommande temanummer
- 21 Kalendarium
- 22 Bokrecension: Handledningens ABC. Klinisk handledning ur ett KBT-perspektiv, *Björn Wrangsjö*
- 32 Bokrecension: Evidensbaserad behandling av unga med depression och suicidalitet, *Johan Andreen*
- 33 Levnadsvaneprojektet; Från vision till verkstad....  
*Jill Taube*
- 62 Bokrecension: Hur barnen tog makten, *Hanna Edberg*
- 68 Bokrecension: Holism och reduktionism: en populärvetenskaplig resa genom naturvetenskap och psykiatri, *Björn Wrangsjö*
- 77 Bokrecension: Tillämpad beteendeanalys - teori och praktik, *Björn Wrangsjö*

## Aktuell information:

- 7 Svenska BUP kongressen 2014, annons
- 13 Seniora psykiatriker, *Björn-Erik Thalén*
- 21 Studiebesök i samband med SPK 2014, Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås
- 23 Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser inom psykiatri
- 24 Studiebesök på Östra Sjukhuset i Göteborg i samband med SPK 2014
- 34 Psykiatrifonden
- 57 Svenska Rättspsykiatriska Föreningen informerar om årsmöte och utbildningsdag
- 72 Filosofi och psykiatri - sant? *Jerker Hanson*

## Rapporter från möten och resor

- 19 Cullbergstipendiat: En erfarenhet för livet, *Anastasia Karvouni*
- 26 Det svänger! Rapport från SLUP:s ST-konferens 2014, *Sara Lundqvist, Hanna Edberg, Tove Mogren*
- 45 Rapport från Riksstämman i Stockholm 2013, *Lars Joelsson*
- 50 Cullbergstipendiat: Auskultation på transkulturell konsultationsmottagning i Montreal, *Michael Ioannou*
- 61 Cullbergstipendiat: Akutpsykiatrisk verksamhet i UC Davis, Sacramento, *Murad Ahmad*

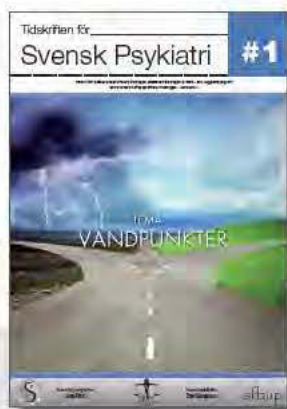
## Debatt, diskussion, annat:

- 25 Jag tar livet av mig om ni nte lägger in mig, *Herman Holm*
- 28 Dags för psykiatern att plocka fram labremisserna!, *Christina Spjut*
- 30 Stöd psykiskt sjuka att sluta röka!  
*Barbro Holm Ivarsson*
- 35 Journalgranskning för mångbesökare inom psykiatrin, *Ulrika Andersson, Cecilia Rönnbäck, Ulrika Rosenqvist, Herman Holm*
- 37 Suicidalitet som diagnos?  
*Peter Asellus*
- 39 Beroendemedicin - är det psykiatri eller...?  
*Ulf Rydberg*
- 41 Uppmaning till mina vuxna döttrar,  
*Torsten Green-Petersen*
- 48 Samband mellan kreativitet och psykiska störningar,  
*Jayanti Chotai*
- 51 Långtidssjukskrivning vid psykisk sjukdom,  
*Anna Bryngelson*
- 53 Den förändringsbara hjärnan del II. Finns framtidens psykiatri redan nu? Psykofarmaka, psykoterapi eller integrerad behandling,  
*Björn-Erik Thalén*
- 64 Det vanskliga med en uppluckrad tystnadsplikt ur det psykoterapeutiska arbetet,  
*Anders Almingefeldt*
- 70 Hur kan en vuxenpsykiatrisk mottagning ledas och utvärderas kvalitativt och kvantitativt?  
*Lars Albinsson*
- 74 Ett mycket gammalt projekt. Erfarenheter av fältarbete i Lundbyprojektet,  
*Cecilia Mattisson*
- 79 Varför blev jag psykiater,  
*Leif Öjesjö*

## Tema:

- 8 Vändpunkter, snören och silkespapper  
*Hanna Edberg*
- 12 Du kan inte förstå, *Daniel Frydman*
- 14 Vändpunkter i några alkoholisters liv, *Leif Öjesjö*
- 43 Vändpunkter för borderlinepatienten. Nytt från DSM-5 och behandling med Transference Focused Psykoterapi (TFP), *Sophie Steijer*
- 59 En ljusnande framtid. Intervju med Sara Norring, registerkoordinator för Riksät, *Maria Larsson*
- 63 Vändpunkter sett ur kaosteoriin och personlig erfarenhet, *Jayanti Chotai*

Tidskriften för  
Svensk Psykiatri



## Svensk Psykiatri

Tidskrift för

Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska  
Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri och  
Svenska Rättspsykiatriska Föreningen

## Ansvarig utgivare

Lena Flyckt

## Huvudredaktör

Tove Gunnarsson  
redaktoren@svenskpsykiatri.se

## Redaktörer

Hanna Edberg  
(hanna.edberg@sll.se)

Daniel Frydman  
(ps-frydman@comhem.se)

Maria Larsson  
(maria.larsson@ki.se)

Gloria Osorio  
(oskvika@hotmail.com)

Björn Wrangsjö  
(bjorn.wrangsjo@gmail.com)

## Teknisk redaktör

Stina Djurberg  
stina.djurberg@bornet.net

## Foto/grafisk design

Carol Schultheis  
carol.schultheis@bornet.net  
(där inget annat anges)

## Omslagsbild

Shutterstock/© Honza Krej

## Internet

www.svenskpsykiatri.se

## Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se

Tove  
Gunnarsson

REDAKTIONELL LEDARE



# Plötsligt händer det.....

... en svart bil stannar, en fjärilsvinge fladdrar, kärleken drabbar. Och så är livet för alltid förändrat.

Mötet med en personlig bankman leder till en plötslig insikt. Det är några av de *vändpunkter* som beskrivs i detta nummers temabidrag.

### Från vändpunkter till ändpunkter

Temat för vårt nästa nummer är *ändpunkter*. Skiljer det sig så mycket från vändpunkter? Så länge man lever leder nog varje ändpunkt även till en vändpunkt, en ny fas i livet. Döden är kanske den enda verkliga ändpunkten. Människor som kommit till vägs ände, ger upp och tar sitt liv, det kan vara en infallsvinkel på vårt tema. Vi i redaktionen tänker oss att det också finns andra livshändelser som kan inrymmas i begreppet.

Att ge upp kan ju också betyda att man väljer att avsluta sin behandling.

Finns det situationer där vi som läkare ger upp – att vi tycker att vi uttömt alla möjligheter att hjälpa en patient?

Att byta specialitet när man känner att man uttömt sina vägar inom den man har.

Att bli färdig specialist, att disputerar eller att sluta forska.

Eller att gå i pension och sluta sitt yrkesverksamma liv, det är också en ändpunkt.

Säkert finns det fler perspektiv på vad som kan utgöra en ändpunkt och vad den betyder i livet.

Så tänkt till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson  
Redaktör Svensk Psykiatri

# Lenas ledare



Efter jul- och nyårshelgerna har vi nu kommit igång med alla angelägna frågor för psykiatrin. Mycket glädjande tycks den Svenska Psykiatrikongressen som hålls i Göteborg den 12-14 mars ha väckt ett mycket stort intresse. Redan nu har vi ca 350 anmälda deltagare vilket är rekord så här tidigt på året. Vi tror att det beror på det späckade, intressanta och välmatade programmet som en arbetsgrupp ledd av Hans-Peter Mofors har arbetat fram. Alla i styrelsen har också varit engagerade.

Vid SPK kommer våra nya kliniska riktlinjer att presenteras varav *ECT-riktlinjerna* är mycket angelägna då det inte tidigare har funnits några samlade rekommendationer med nationell spridning inom det området. Flera riktlinjearbeten är på gång, närmast i tiden ligger kliniska riktlinjer för *Bipolära sjukdomar*. Riktlinjerna om *personlighetsstörningar* kommer att uppdateras liksom det om *äts störningar*. Ett riktlinjearbete om *ångestsyndrom* är påbörjat. Riktlinjearbetet samlar många experter inom psykiatrin och ansluter till rådande evidens men är också konsensusdokument med bred uppslutning i kåren. SPF:s förhoppning är att de skall bidra till god och jämlik vård men också till att psykiatrin står enad bakom rekommendationerna. Dan Gothefors har förtjänstfullt samordnat arbetet med alla riktlinjerna och förhandlat med förlag.

Strax innan jul gjorde SPF en drive att samla fler medlemmar. Vi har glädjande nog en majoritet av psykiatriker som våra medlemmar men det kan bli ännu bättre. Man kan påräkna många fördelar som medlem – billigare kongressdeltagande vid *Svenska Psykiatrikongressen*, *World Psychiatric Association International Congress* och *Nordiska Psykiatrikongressen*, tidskrifterna *Svensk Psykiatri*, *The Nordic Psychiatrist* samt *the Nordic Journal of Psychiatry (on-line)*.

Vi gjorde utskick i form av Tidskriften för Svensk Psykiatri, information om SPK och fördelarna som medlem till alla kända kontakter, medlemmar, studierektorer, ST-läkare mm men vi kan säkert ha missat några så vi tar gärna hjälp av er om ni känner några som inte är medlemmar. Vi arbetar ideellt och behöver er alla för att driva våra gemensamma viktiga frågor.

## SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Lena Flyckt

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Hans-Peter Mofors

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Cecilia Mattisson

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Astrid Lindstrand

(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Ullakarin Nyberg

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Karin Grönvall

(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Redaktör Svensk Psykiatri: Tove Gunnarsson

(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Lise-Lotte Risö Bergerlind

(riso@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Fredrik Åberg (aberg@svenskpsykiatri.se)

ST-representant: Olle Lidman

(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen  
851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida: [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

Webmaster: Stina Djurberg

(stina.djurberg@bornet.net)

Ytterligare ett viktigt budskap i vårt utskick var att vi bör alla bidra till Psykiatrifonden. Svensk psykiatrisk forskning omfattar bara 0,2 % av den kostnad som dess sjukdomar betingar i samhällskostnader - att jämföra med cancer där motsvarande siffra är 2 % . Det ger anledning till eftertanke.

Vi ses på kongressen!

Hälsningar Lena Flyckt  
Ordförande SPF

Lars  
Joelsson

LEDARE SFBUP



## Vem vill du bli jämförd med?

På Svenska Dagbladets första sida kunde jag nyligen läsa rubriken "Svenska skolan imponerar". Lärare, forskare och skolledare från Kina, Singapore och Sydkorea inspireras av de svenska eleverna och den svenska skolan. I artikeln kunde man läsa att de sydkoreanska eleverna har bättre kunskap och hör till den absoluta toppen i PISA-undersökningen. Priset som de får betala är att de inte har någon fritid. När skolan är slut för dagen går 95 % av de koreanska eleverna till ett privat utbildningsinstitut och kommer inte hem förrän midnatt. Det väcker eftertanke. Är det dessa elever som vi jämför oss med? Vem vill att ens barn går i skolan från morgon till midnatt och inte har någon fritid? De får bra kunskaper men hur är det med andra egenskaper? När elever från Sverige och Sydkorea arbetar tillsammans kunde man se att det var de svenska eleverna som tog initiativ och ledarrollen i projektarbetena.

En intressant sak är att när OECD i somras listade de länder som hade flest patent sett till folkmängd, hamnade Sverige på topp 15-listan. Ett faktum som talar för att vi lever i ett land med kreativitet trots att vi inte hänger med i PISA-undersökningarna.

Visst måste vi förbättra elevernas kunskaper men det får inte ske till priset av att eleverna blir ännu mer stressade och att de måste gå i skolan till midnatt. Inte heller får det ske till priset att vi tar ifrån dem deras diskussionsvilja, kreativitet och ledaregenskaper.

I tidigare skola när vi hade det relativa betygssystemet 1-5 skulle betygen fördelas enligt en viss procentsats. Vilket innebar att 7 % av eleverna skulle ha betyg 1 som var underkänt. Om alla blev godkända skulle skolans krav vara för låga. Nu skall alla elever vara godkända och det är skolans plikt att alla elever skall klara detta mål. Detta är en bra målsättning och värdigt ett samhälle som strävar efter bättre jämlikhet. Men vad innebär det? Har vi sänkt kraven i skolan eller har vi för stora krav på de elever som är lågpresterande? Av den kritik som riktas mot skolan så är man benägen att tro att kraven har sänkts, det går utför med skolan heter det. Men är det verkligen sant? När jag träffar de patienter som kommer på remiss från skolan för att de inte når målen så tänker jag att de ofta har krav på sig som de inte har förutsättningar att klara. Vi inom barnpsykiatri kan hjälpa dem om de har svårt att koncentrera sig eller är ängsliga och ledsna men det räcker ofta inte. För dessa barn måste skolan sätta in extra resurser och hitta bättre metoder annars risker de svagaste eleverna att bli utslagna redan i grundskolan.

### SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

Ordförande: Lars Joelsson (lars.joelsson@vgregion.se)  
Vice ordförande: Lisa Palmersjö (lisa.palmersjo@dll.se)  
Facklig sekreterare: Mie Lundqvist (mie.lundqvist@lj.se)  
Kassör: Valeria Varkonyi (valeria.varkonyi@lvn.se)  
Vetenskaplig sekreterare: Maria Unenge Hallerbäck (Maria.Unenge.Hallerback@liv.se)  
Utbildningsansvarig: Gunnel Svedmyr (gunnel.svedmyr@akademiska.se)  
Medlemsansvarig: Ulrika By (ulrika.by@sll.se)  
Ledamot: Shiler Hussami (shiler.hussami@nll.se)  
Ledamot: Håkan Jarbin (hakan.jarbin@regionhalland.se)  
ST-representant: Sara Lundqvist (sara.lundqvist@vgregion.se)

SFBUP:s hemsida: [www.svenskabupforeningen.se](http://www.svenskabupforeningen.se)  
Webmaster: Stina Djurberg (stina.djurberg@bornet.net)

Jag kommer precis från årets verksamhetschefsmöte, ett möte som SFBUP arrangerar sedan flera år med landets verksamhetschefer, chefsöverläkare eller medicinskt ansvariga läkare. De flesta verksamhetschefer är nu för tiden inte läkare. Det har skett en påtaglig förändring sedan de första åren då nästan alla verksamhetschefer var läkare. Då många läkare känner att de inte är involverade i ledningsarbetet på klinikerna och på enheterna behöver vi fokusera ännu mer på denna fråga och stimulera läkarna att engagera sig i klinikens ledning. På ett av de möten som vi i år haft med specialistläkare kom det fram förslag på att vi satsar mer på att specialister kan gå ledarskapsutbildning. På verksamhetschefsmötet framkom det flera goda exempel på ett gott samarbete mellan verksamhetschef och oss läkare samt exempel på hur man har delegerat ledningsuppgifter och jag hoppas att vi läkare åter tar mer initiativ i denna fråga.

Ett sätt att ta initiativ är att ta fram medicinska riktlinjer och aktivt arbeta på att implementera dessa. SFBUP håller just nu tillsammans med BUP Halland på att skapa en riktlinje och ett ambitiöst utbildningsprogram för depression. Detta presenterades på verksamhetschefsmötet och blev mycket väl mottaget. 17 av landets BUP-kliniker har anmält sig för att vara med. Utbildningen kommer dock först att drivas som ett projekt på tre kliniker för att utvärdera det innan man startar i större skala. Detta är ett mycket gott exempel där vi kan ta initiativ och ansvar för en bra barn- och ungdomspsykiatri i Sverige.

Lars Joelsson  
Ordförande SFBUP

# Tiden är vår vän

I princip all medicinsk verksamhet är tidsstyrd. Det är ont om vårdplatser, den minst sjuka (men inte för den sakens skull friska) patienten måste ut, akutmottagningarna är fyllda till bredden, alla patienter skall bedömas inom 60 minuter, strokepatienterna skall påbörja behandling redan innan de når sjukhuset, arbetsdagen har för få timmar, mottagningsbesöken skall ta allt kortare tid för att vi skall hinna med fler. Mer innehåll, mindre tid.

Rättspsykiatrisk vård förunnas stundom en annan verklighet. En äldre kollega, som jobbat i verksamheten i fler år än vad man tror är möjligt, sade vid ett tillfälle något som fick mig att reflektera över detta. Vi hade ett ärende för handen, en person som dömts till rättspsykiatrisk vård för flera år sedan. Patienten var svårbehandlad och försök till permission hade inte gått bra, ingenting gick bra faktiskt, medicineringen fungerade inte, jag var frustrerad och ville finna en lösning, hitta en utväg. Jag ville ha en plan, nu.

Min kollega var lugn och saklig. Han hummade lite konstaterande över den misslyckade permissionen, såg över vårdplanen, justerade någon detalj och sade sedan: "Ja, så kan det bli. Vi får göra ett nytt försök lite senare. Kanske nästa år."

Nu utspelade sig denna konversation visserligen på hösten, så tiden till nästa år var inte fullt ut årslång, men själva ordvalet gav mig en tankeställare. "Kanske nästa år".

För visst vet vi hur mycket gott tiden allena kan göra, hur tiden kan fungera som placebo. Visst har vi alla varit i situationer där vi blivit uppringda under arbete eller jourtid, något har hänt, det är rörigt, kan du komma? Vi har suttit mitt i något annat, gjort en snabb prioritering av ärendenas karaktär och svarat: "Jag sitter upptagen men jag kommer, om bara en liten stund". Denna lilla stund senare har situationen 9 gånger av 10 löst sig, som genom ett under.



**Kristina Sygel**

ORDFÖRANDE  
LEDARE SRPF



När vi ges möjlighet att utnyttja tidens läkande kraft sparar vi mycket energi och vi kan minimera onödiga och möjligen rent av skadliga åtgärder.

Kanske är det så att tidspressen i den medicinska vardagen fungerar som en kavel på en kaviartub? Innehållet kan inte tvingas ihop hur mycket som helst utan till slut brister det och kaviar hamnar lite överallt. Akuta händelser som då måste lösas. Upptorkning, tvättlappar, rengöringsmedel. Köpa ny kaviar. Detta istället för att få möjlighet att iordningställa den finfina kaviarsmörgås som var den ursprungliga planen.

"Kanske nästa år." Det kan låta nonchalant eller till och med ansvarslöst, men vid närmare eftertanke var det en av de klokaste saker jag hört sägas.

För att ges möjlighet att diskutera denna och andra frågor av rättspsykiatrisk karaktär, hoppas jag att ni vill göra oss sällskap vid Rättspsykiatriska Föreningens vårmöte den 28 mars. Information om vårmötet hittar ni på sidan 57. Hoppas att vi ses där!

**Hanna Edberg**  
Styrelseledamot, SRPF

## SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Ordförande: Kristina Sygel ([ordforanden@srpf.se](mailto:ordforanden@srpf.se))

Vice ordförande: Per Axel Karlsson

Sekreterare: Margareta Lagerkvist  
([sekreteraren@srpf.se](mailto:sekreteraren@srpf.se))

Kassör: Lars Eriksson ([lars.eriksson@vgregion.se](mailto:lars.eriksson@vgregion.se))

Vetenskaplig sekreterare: Katarina Howner  
([vetenskapligsekreterare@srpf.se](mailto:vetenskapligsekreterare@srpf.se))

Facklig sekreterare: Erik Dahlman  
([facklige.sekreteraren@srpf.se](mailto:facklige.sekreteraren@srpf.se))

Ledamot och Kriminalvårdsrepresentant:  
Lars-Håkan Nilsson

ST-representant: Hanna Edberg

Ledamöter: Sara Bromander, Harald Nilsson

Hemsida: [www.srpf.se](http://www.srpf.se)

Webmaster: Stina Djurberg ([webmaster@srpf.se](mailto:webmaster@srpf.se))

## Välkommen till BUP Skåne Malmö 23-24 april, 2014

Temat på 2014 års **BUP-kongress** är

### Från **Första linjen** till **specialistpsykiatri**

Boka in den  
**23-24 april, 2014**

i din kalender redan nu!

Hela programmet kommer  
under december, då du även  
kan anmäla dig.

Professor **Ruth Feldman**, en av  
huvudtalarna, kommer att prata  
om anknytning utifrån **samverkan  
mellan biologi och beteende**, och  
hur överföringen sker mellan  
generationer.

En annan av huvudtalarna är docent  
**Sven Bremberg**, hans föredrag handlar om  
**risk- och skyddsfaktorer** för psykisk ohälsa.

Till detta kommer ett antal symposier som  
spänner från **Första linjen** till den  
**specialiserade** barnpsykiatrin.

## Välkommen!



Foto: Shutterstock/ My Life Graphic

## Vändpunkter, snören och silkespapper

Tunna, formbara streck. Så tänker jag mig våra liv, som levande presentsnörebitar. Raka, cirklande, sicksackande. Streckens riktning styrs av insikter, det är dessa insikter som utgör svängarna. Vändpunkterna. Vissa dagar är presentsnöret sådär innerligt snirklat som när man gör små tjusiga krusiduller på en present. Andra dagar fladdrar strecket fritt, förändringar lika subtila som en ljudlös inandning. För det är inte bara de imponerande 180-gradersvändningarna som är essentiella, nej, varje liten pytteinsikt leder strecket vidare.

Jag skulle vilja dela en snirkling med er. En liten rosett på presentsnörevägen.

Det pågår just nu en intensiv och stundtals affektivt laddad diskussion om journaler på nätet. Jag har varit skeptisk till det hela, ja, det erkänner jag villigt. Baserat på gamla tummade argument som "journalen är vårt arbetsredskap", "tänk om patienterna missförstår vad som står", "en källa till onödig oro", "risk för att journalinnehållet utarmas", "vad händer med sekretessen", und zu weiter.

Politiskt engagerade skrivbordsmänniskor utan förankring i den kliniska verkligheten har talat sig varma för detta påfund. Jag har skrockat tyst för mig själv och tänkt att det är gammalt klassiskt rimmat valfläsk. "Patienten som kund", som om sjukvården vore en exklusiv modebutik fylld av minimala handväskor i 20 000-kronorsklassen. Tss.



Men. En dag hände något. En insikt? Känslan att backa upp ur diket när man kört fast och gått på miljövänlig tomgång en lång stund. Denna mentala saltomortal inträffade under ett 45 minuter långt samtal med min personliga bankman. Mja, han är inte så vidare personlig egentligen. Men trevlig att prata med. Lite östgötsdialekt, sådär.

Hursomhelst.

Mitt bankkonto är en digital mapp över mina ekonomiska tillgångar och skulder. Jag kan gå in där och se över min finansiella situation, så kan också min (personliga östgötske) bankman. Jag skulle inte vilja att mina kontouppgifter låg fritt läsbara för kreti och pleti, men om jag vill kan jag visa upp ett kontoutdrag eller liknande för den som jag tycker skall få se det. Det jag gör med min ekonomi lämnar spår därinne, och med den översikt som kontot ger kan jag justera, lägga till eller dra ifrån för att göra tillvaron så välfungerande som möjligt. Under den flik som är pensionssparande ligger placeringar i form av förkortningar och siffror, jag har begränsad förståelse för dessa teckenkombinationer men jag väljer att lita på de rådgivare jag har haft.

Där och då, mitt i ett meningsutbyte om värdet av att amortera så förstod jag. Det är ju så vi skall se det! Journalerna som digitala mappar över våra kroppsliga tillgångar och skulder. Hälsans plus och minus, lite hjärtsvikt mot stabilt blodtryck; god kondition mot magsår; en depressiv episod mot ett strålende HbA1c. Fondbyte: en galloperation. Ta ett stödlån: en kortare inläggning. Starta upp ett sparkonto: börja träna. Tillsammans med patienten kan vi se över dessa gireringar och rekommendera lämpliga åtgärder.

Tipsa om ett byte till Asienfonden.

Det är förvisso inte så vi har använt journaler hittills, men skulle vi inte kunna göra det?

Tänka om? DET skulle vara en vändpunkt värd namnet.

Jag satt i samtal med en patient häromdagen, en livfull ung man i livets knoppande gryning. Han lider av en svår bipolär

sjukdom, vårdas med stöd av tvångsvårdslagstiftning och var nu möjligen i en begynnande uppvarvning. Den unga gentlemannen önskade helst bli behandlad med örter allena. Jag berättade för honom att jag upplevde att han var lite mer speedad än tidigare och att det var mitt ansvar att förebygga en mani. Jag sade att vi skulle prova med vanliga lugnade mediciner, men om det hela eskalerade så skulle det kunna bli så att vi behövde ta till läkemedel som han inte tyckte sig behöva, och kanske även ge dem i injektionsform. Jag talade försiktigt, valde mina ord med omsorg, var beredd på protester och ordrika förklaringar rörande hans hälsotillstånd, men han tittade på mig och sade: "Jag förstår. Tack för att du säger det rakt ut. Det känns bra att du inte bara håller det för dig själv."

Vändpunkter.

Sådana stunder är vackra. Som små silverkorn i den sanddyn som utgör vår arbetsmiljö.

Man skulle kunna se det som att den unge mannen bad om att få insyn i sitt bankkonto. Möjligen hade han en erfarenhet av situationer där skulderna tillfälligt tornar upp sig och den trevliga personliga bankmannen plötsligt stänger ned kontot och säger på melodisk östgötska: "Nja, det är inte så bra att du ser det här."

Så. Vad säger ni? Kan vi bygga upp en kommunikation och en dokumentation utifrån andra förutsättningar?

Vändpunkter. Förbättringar föds inte av stiltje.

Fram med saxen, nu krusidullar vi.

**Hanna Edberg**

**Specialist i psykiatri, ST-läkare i rättspsykiatri**

**Stockholm**

– som under dessa raders tillblivelse suttit 56 minuter och 22 sekunder i telefonkö till en statlig myndighet. Presentsnörestrecket är plågsamt spikrakt.



Foto: Shutterstock/ Cendrillon

# SVENSK PSYKIATRI

## TEMANUMMER UNDER 2014

### Skriv i Svensk Psykiatri

#### **Nummer 2 2014**

Tema: Ändpunkter  
Deadline: 14 maj  
Utkommer vecka 23

#### **Nummer 3 2014**

Deadline 27 augusti  
Utkommer vecka 38

#### **Nummer 4 2014**

Deadline 12 november  
Utkommer vecka 49

Skriv till [redaktoren@svenskpsykiatri.se](mailto:redaktoren@svenskpsykiatri.se).

Skriv bara rakt upp och ner i Word, utan formateringar.

Vi är tacksamma om Din artikel är på max 800 ord.

Skriv gärna underrubriker i Din artikel.

Glöm inte att efter texten skriva vem som skrivit och vilken titel Du har, var Du arbetar eller vilken ort Du kommer från.

Skicka gärna med en bild!

Den ska vara i format som kan bearbetas i ex.

Photoshop (jpg, tif, gif, eps). Du kan inte skicka bilder

som är inklistrade i wordfiler.

Ange alltid vem fotografen är.

Du kan också skicka en bild med "snigelposten".

Välkommen med Ditt bidrag!

Redaktionen

Postadress: Svensk Psykiatri

c/o Djurberg, Skogsrydsvägen 60, 506 49 Borås

*Skriv till oss*  
[redaktoren@svenskpsykiatri.se](mailto:redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Deadline för bidrag till  
nästa nummer: **14/05**



**ANNONS**

# DU KAN INTE FÖRSTÅ



Foto: Shutterstock/ Mikhail Bakunovich

"Du kan inte förstå. Du kommer inte tro mig. Det här är nog det mest otäcka jag någonsin varit med om. Efter en sådan sak blir hela livet förändrat, man kan inte längre veta nånting alls.

Jag bodde då vid Zinkensdamm, i en lägenhet på Lundagatan. Det fanns en kiosk där jag brukade köpa cigaretter. En gång när jag skulle handla – du kommer inte tro mig – precis när jag gick där, då stannade en bil bredvid mig. En svart bil. Med sotade rutor. Du anar inte, det är helt sjukt. När jag tänker på det så blir jag lika rädd som jag blev den gången. Fönstret på bilen vevades ner, och en man tittade ut och sa såhär. Det är helt galet, du kommer inte tro mig, jag fattar knappt att det var sant. Han sa 'ursäkta mig, vet du var Zinkensdamms idrottsplats ligger?'. Fattar du! I det ögonblicket förändrades min värld. Sen dess har ingenting varit detsamma."

En patient gav mig den här berättelsen när jag undrade hur det hela hade börjat för honom. Han hade en schizofrenidiagnos och levde ett skräckfyllt liv där han hade målat igen alla sina fönster med svart färg, av rädsla för att bli skjuten av snipers när han var i sin lägenhet. Nyckelhålet var också igentejpat så inget skott skulle kunna komma den vägen. Dessutom befann han sig i ett arkadspel, nån variant av Super Mario där man kunde bli spetsad av taggar som dök upp helt plötsligt, och där man också förflyttades mellan olika nivåer och dimensioner om man föll genom hål.

Som om det inte räckte fanns dessutom två lasrar som sökte av de platser där han befann sig. Om han träffades av en stråle var det ingen fara men om de båda strålarna korsades genom hans kropp, brändes det som fanns i origo sönder.

Innan jag förstätt i vilken värld han levde, var jag mer förvirrad av hans beteende när vi samtalade. Han duckade och kastade sig åt sidan då och då, och skrek till ibland, när sågar i spelet närmade sig eller när lasrarna hotade att förbränna honom.

När patienten berättade för mig om hur allt hade börjat var han inlagd efter att under en längre tid ha isolerat sig allt mer och fört ett liv i sitt hem så att grannarna larmat polis. Han var bitvis tacksam över att få vara på avdelningen bland folk som han upplevde gav honom ett slags skydd. Han sa att de hot han levde med hade pågått väldigt länge och att han var utmattad. Vid ett tillfälle talade vi om hur det var innan, och om han visste hur det kom sig att det blivit såhär.

Hur det är att leva under ett sådant existenshot som patientens, det kan man föreställa sig. Men hans berättelse om vändpunkten, när han började uppleva världen som hotfull, fick mig ett ögonblick ur slag. Hur kunde något så alldagligt ha uppfattats som så hotfullt och farligt?

Att bli överraskad av att min patient berättar något som jag själv blir så överraskad av, som man överhuvudtaget

inte hade kunnat föreställa sig att få höra, kan möjligen ge en antydning om känslan som patienten själv beskriver. Att något är fullständigt orealistiskt eller oväntat kan leda till en känsla av att något förändrats.

(För tydlighets skull vill jag göra tydligt att det inte går att tro att den händelse patienten beskrev är något som vare sig *initierat* eller *utlöst* det psykotiska kaos han kom att leva i. Genesen är överhuvudtaget inte i fokus för vårt intresse i detta sammanhang.)

Det är nödvändigt för oss människor att ha en föreställning om hur saker hänger ihop. Om man får en hjärtinfarkt, får man den för att man stressat mycket på sitt jobb under aktuell tid, eller beror den på en grundläggande kärleksjukdom? Varför är det vanligt att skölja ner ostfondue med sprit? Är det verkligen sant att osten skulle stelna i magen av något med låg alkoholhalt och att man därför bör dricka sprit för att lösa upp osten?

Troligen har infarkten en komplex bakgrund, myten om ost och alkohol får tjänstgöra som ett svepskäl. Och den skrockfulla idén om att nycklar på bordet ska betyda otur, har ett helt annat ursprung. Prostituerade som hyrde hotellrum lade nyckeln på bordet för att visa vad de gjorde på hotellets restaurang. Och att låta bli att ha nycklarna på bordet blev då nödvändigt för att en inte skulle uppfattas som prostituerad.

Men upplevelsen av en vändpunkt då? Finns det situationer som inte tjänstgör som täckminnen utan på riktigt ändrar förutsättningarna? Det vi kallar psykiska trauman är händelser som gör att vi inte längre reagerar på världen som vi brukat. Inte alla drabbas lika av händelser som skulle kunna vara förändrande. Själva frågan om vad en "vändpunkt" i någons liv är, involverar med nödvändighet just *upplevelsen* man har i stunden. Så länge den som frågar om vägen enbart uppfattas som en som helt normalt frågar om vägen, så kommer situationen inte vara ett vändkors i något avseende. Inte ens om det visade sig att den som frågade om vägen var t.ex kungen, eller 1913 Lenin på besök i Stockholm, hade mötet inneburit något annat än att en fråga ställts och ett svar givits. Men om den normale frågaren uppfattas som sådär gåtfullt överklig, då händer något. Och vad värre är: en vändpunkt kan i efterhand ha visat sig inte alls ha varit någon vändpunkt. Självklart gäller samma sak också det ordinära, som *med efterhandsverkan* kan komma att läsas som något som förändrade livet.

Men det som händer i *verkligheten*, det står på egna ben och saknar oftast en definierad innebörd. Etc.

Daniel Frydman  
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker  
Stockholm

## Seniora psykiatriker ...

... bidrar i dag till att upprätthålla en fungerande psykiatrisk verksamhet!

Många av oss har betydande erfarenheter från många olika områden som kliniskt arbete, mentorskap och handledning, undervisning och FoUU, och har dessutom kanske börjat fundera över olika aspekter på psykisk sjukdom som utredning, diagnos, behandling, etiologi, kunskaps- utbildnings- och behandlingsrelaterade frågor, samhällsaspekter samt hur olika organisations- och ledningsaspekter kan påverka allt detta.

Vi skulle gemensamt kunna bidra till att vara både en referensgrupp, bollplank, erbjuda föreläsningförslag, föreläsningar, seminarier och olika typer av utbildning för att komma med både nu- och framtidsinriktade förslag för att utveckla den psykiatriska verksamheten och forskningen med avseende på utredning, diagnostik/differentialdiagnostik och behandling/åtgärd vid olika psykiatriska tillstånd.

Undertecknad fick av SPF:s nya styrelse den 14 mars 2013 i uppdrag att ta reda på om det finns intresse att vara en del av eller till SPF knuten eller associerad grupp av seniora psykiatriker med olika bakgrund och intressen enligt ovan. Sedan dess har en grupp bildats men vi välkomnar fler medlemmar!

Upplever du, som senior psykiatriker, att något av ovanstående appellerar till din situation och dina intressen var god maila till undertecknad!

Ange namn, mailadress, telefonnummer och intresseinriktning.

Med stora förhoppningar om en positiv utveckling för psykiatrin!

Björn-Erik Thalén  
Överläkare allmänpsykiatri, legitimerad psykoterapeut samt handledare i KBT, PhD.

[bjorn-erik.thalen@comhem.se](mailto:bjorn-erik.thalen@comhem.se)

# Vändpunkter i några alkoholisters liv

En vändpunkt, *epifani*, är en avgränsad händelse, som ger en upplevelse av plötslig klarsyn eller av att man förstår något på ett djupare plan, t.ex. att man ser en stor livsförändring eller ett helt sammanhang redan i en liten detalj. Man känner helt enkelt att mycket faller på plats. Det handlar om en insikt, som är förankrad i en större helhet. Den Jungianskt influerade kanske vill kalla det synkronicitet. Vändpunktsupplevelsen kan härigenom leda till en djupgående förändring av synsätt, livsåskådning och livsstil.

Mina data för att belysa temat har hämtats från Lundbystudien, som är en befolkningsundersökning i 2 socknar utanför Lund, som inleddes 1947 av psykiatriprofessor Erik Essen-Möller och medarbetare vid Psykiatriska kliniken, Lunds Universitet. Den senaste fältundersökningen gjordes 1997. Analyserna av det omfattande materialet är ännu inte avslutade.

Metodiken vid datainsamlandet har varit den gängse i psykiatriskt arbete. Det har gällt att vara en god lyssnare. Intervjuerna har tagit cirka 1 timme och har varit fokuserade på hälsan, särskilt den psykiska, samt på viktigare händelser och på förlopp över tiden. Informationen har kompletterats med register, journaler och personakter, allt med Forskningsetiska kommitténs goda minne.

Urvalet utgörs av den grupp män, som debuterade i ett alkoholmissbruk och/eller ett beroende och som sedan har följts upp för att se hur det gått. Berättelserna utgår från individens förhållande till alkoholen och till problem och förändringar och till hur strategierna har sett ut för att hantera livssituationen. Förloppen kan vara typiska för andra i liknande situationer. Här följer några exempel.

Först ut är A, 30 år, truckförare. A sökte spänning i livet och gick tidigt till sjöss. Under de åren hann han flera varv runt jorden. Nu har A lämnat sjömanslivet. Han har flickvän och har börjat på fabrik. Det var vildare till sjöss: "Söp som en dåre. Inte nykter en enda dag. Brännvin och fruntimmer var enda samtalsämnet..." A ser gärna botten i flaskan och har tagits flera gånger av polisen för fylleri, men sista året har skett en stor förändring. A har slutat dricka. Han säger att det är för fästmöns skull, men också för den tankeställare han fick, när han skadades vid en svår trafikolycka.

Sen har vi B, 45 år. B började dricka tidigt i sin ungdom. Direkt efter skolan slöt han sig till den alkoholiserade fadern, som ägnade sig åt torghandel. Sen blev det stöld och andra brott. B har därför ett antal fängelsevistelser bakom sig. På fängelset började han injicera och utvecklade ett

ganska svårt blandmissbruk. Vändpunkten kom efter en intagning på behandlingshem. Nu är B sjukpensionerad och kan vara ute i skolorna och dela med sig av sina erfarenheter som f.d. missbrukare. Familjen har också betytt mycket för att vidmakthålla den förändrade livsstilen.

C, 30 år, hade provat att dricka sprit redan i 14-årsåldern och hade sedan kommit in i ett svårt alkoholberoende. 18 år gammal drogs han in i en misshandelshistoria och dömdes till fängelse. C kände sig stämplad när han kom ut och återföll omedelbart i sitt tidigare missbruk. Han hade också känt en ökande ångest. Vändpunkten kom efter ett möte, där några pingstvännen vittnade om hur de mött Jesus: "Jag lyssnade och beslöt att lämna mitt liv åt Honom... Jag böjde mig inför korset och fick förlåtelse. Det är Nåden!..." Livet förvandlades och spritbegäret försvann. Idag gör alkoholen honom enbart orolig.

**... det är oförsvarligt att inte vara förberedd i livets avgörande stunder**

Peter Glas, Efterord till Rimbaud's "En tid i helvetet."

I de ovan beskrivna fallen ser vi hur A efter ett par avgörande erfarenheter, som låg nära i tiden, en förälskelse och ett livshotande trauma, kunde ändra sin destruktiva livsstil. Olyckan fick honom att tänka och idag lever han ett bättre liv. För B kom vändpunkten tack vare behandling. Man ska inte heller underskatta sjukersättningens betydelse för att ge den tidigare långtidsarbetslöse en ekonomisk stabilitet. För C kom vändpunkten via en frälsningsomvändelse, en klassisk epifani.

Vändpunkter kan egentligen bara konstateras i efterhand. Longitudinella studier är därför värdefulla om man vill förstå förändringar över tid. Ett levnadslopp består inte bara av successiva skeenden med åldern. Ett liv kan också innefatta och/eller ge en chans till ett "språng" över till något nytt (engelskans *quantum leaps*) - ibland kan det handla om något så enkelt som att vara på rätt plats vid rätt tillfälle. Det är skillnad mellan enskilda händelser som man minns, men som inte har lett till några ändrade levnadsförhållanden, och vändpunkter, som har varit så känslomässigt omvälvande att de har lett till en ny syn på livet och tillvaron.

**Leif Öjesjö**  
Docent i psykiatri  
Stockholm

Referens

Öjesjö, L.: "Turnings in Alcoholism: A Thematic Analysis of Life Histories from the Lundby Alcohol Subset". Ur: Pia Rosenqvist o. medarbetare. Addiction and the Life Course. NAD Publikation 44, 2004, sidorna 267 - 274.

# DSM 5 – vad händer sen? Att integrera ny kunskap för autismspektrum och ADHD

## PROGRAM

### MÅNDAG 17 mars

- 09:00-10:00 Registrering och kaffe
- 10:00-10:15 Inledningstal. *Kerstin Malmberg*
- 10:15-12:00 News in DSM 5 from ADHD and autism, and how we actually use it in clinical practice. *Catherine Lord*
- 12:00-13:00 Lunch
- 13:00-14:00 Socio-economic factors and autism. *Dheeraj Rai och Selma Idring*
- 14:00-14:30 Kaffepaus
- 14:30-15:15 Tillförlitlig diagnostik med DSM 5? – en problematisering kring diagnostiska metoder. *Mia Ramklint*
- 15:15-17:00 Irritability and Mood Disruptive Disorder. With a special reference to the DSM 5. *Argyris Stringaris*
- 17:10-18:00 BNPS Årsmöte
- 19:30 Middag på Junibacken

### TISDAG 18 mars

- 09:00-09:45 *Thomas Javeblad* berättar om egna erfarenheter om att leva med odiagnostiserad ADHD
- 09:45-10:30 Vad bör man tänka på vid samsjuklighet vid autismspektrum. *Maria Silverberg*
- 10:30-11:00 Kaffe
- 11:00-12:00 Nya avhandlingar under året. *Mats Ericsson, Agneta Rosling, Gunilla Jarkman Björn, Irina Manouilenko*
- 12:00-13:00 Lunch
- 13:00-14:30 Inflammation, orsak eller verkan, vid neuropsykiatrisk sjukdom? *Magnus Lindvall*
- 14:30-15:00 Kaffe
- 15:00-16:00 Kognitiva hjälpmedel. *Ulla Otterstadh*
- 16:00-16:05 Avtackning och presentation datum för nästa års utbildningsdagar. *Kerstin Malmberg*

För mer information och anmälan besök hemsidan  
[www.akademikonferens.uu.se/bnps2014](http://www.akademikonferens.uu.se/bnps2014)

E-mail:  
[bnps2014@akademikonferens.uu.se](mailto:bnps2014@akademikonferens.uu.se)

Arrangör:  
Barnneuropsykiatriska sektionen,  
Svenska Föreningen för Barn- och ungdomspsykiatri



## En Pudel!

Det händer att saker blir fel  
och att saker förändras  
Datum kan kastas omkring, konferenser ställs in  
och bokstäver byter plats  
Det händer alla och det har  
säkert hänt i den här tidskriften

Foto: Shutterstock Roman Rybaleov



**ANNONS**



Rättelse:

SP nr 4, sidan 11 - Rapport från AACAP  
Bilden längst upp.

Bilden med Carl Göran Svedin och Brendan  
Doody var från ESCAP i Dublin i somras och inte  
från AACAP i Orlando.

Redaktionen



**Karolinska  
Institutet**



## Centrum för psykiatrforskning Stockholm Forskning – Utbildning - Utveckling

öppnar anmälan till kursen:

**Barnneuropsykiatrisk diagnostik och behandling**  
Den 6-9 maj 2014 på Norra stationsgatan 69

*Utbildningen belyser barnets normala och särskild avvikande utveckling. Bakgrund samt metoder till och i neuropsykiatrisk diagnostik och behandling diskuteras, inkluderande utredningsmetoder som föregås den diagnostiska värderingen under beaktande av vanligt förekommande komorbida tillstånd. Utbildningen belyser sedan behandlingsmodeller i de olika diagnosgrupperna inom barnneuropsykiatri med inriktning på uppmärksamhetsstörningar, uppförandestörning och autismspektrumtillstånd.*

### Målgruppen är

Barn- och ungdomspsykiatri, Psykiatri, Läkare skolhälsovård,  
Barn- och ungdomsmedicin, Barn- och ungdomsneurologi  
med habilitering under specialistutbildning/ST  
(vidareutbildning) samt färdiga specialister (fortbildning)

**För mer information och anmälan gå in på**

[www.psykiatrforskning.se](http://www.psykiatrforskning.se) eller kontakta

Karin Ryö ([karin.ryo@sll.se](mailto:karin.ryo@sll.se)) Tel: 073-966 09 20 för anmälan



## Det finns många anledningar att vara medlem i SPF

Förutom Svensk Psykiatri har Du som medlem även tillgång till

Nordic Journal of Psychiatry online

CPD Online

The Nordic Psychiatrist

Läs mer på hemsidan under "medlem" där Du också kan registrera Dig för både Nordic Journal och CPD Online

[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

## Du som är medlem i SPF:

Du har väl inte glömt att registrera Dig och få åtkomst till CPD Online från Royal College of Psychiatry?

Gå till vår hemsida

[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

## Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

Svenska Föreningen för Barn - och Ungdomspsykiatri:

[www.svenskabupforeningen.se](http://www.svenskabupforeningen.se)

Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri:

[www.slpsykiatri.se](http://www.slpsykiatri.se)

Svenska Psykiatriska Föreningen:

[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:

[www.srpf.se](http://www.srpf.se)



# En erfarenhet för livet

## Rapport från en Cullbergstipendiat

Resa till USA november 2013

Penn Center for Youth and Family Trauma Response and Recovery, Philadelphia

Director: Steven Berkowitz, Associate Professor of Clinical Psychiatry

Auskultationen i USA har varit en otroligt värdefull erfarenhet. Jag har fått uppdatera mina kunskaper inom trauma och även blivit bekant med metoder som används inom forskning. Dessutom har jag sett hur man kan kombinera olika metoder bl.a. avslappningstekniker, exponering enligt KBT och känsloreglering med hjälp av DBT för att möta patienter med komplexa tillstånd orsakade av långvarigt trauma.

Jag deltog i ISTSS (International Society for Traumatic Stress Studies) "29th Annual Meeting" i Philadelphia där jag träffade alla de mest kända personerna inom området och hörde presentationer där de redovisade allt från biokemiska resultat till förändringar i hjärna och aktuell diagnostik samt behandling. Förutom att vara på "Penn Center for Youth and Family Trauma Response and Recovery" i Philadelphia har jag gjort studiebesök bl.a. på "Center for the Treatment and Study of Anxiety" på Pennsylvania-universitetet, på "Children's Crisis Treatment Center" i Philadelphia, på "The Trauma Center at JRI" i Boston och på "the Walden Street School" (residential school).

Jag fick träffa patienter, diskutera med psykoterapeuter, följa med läkare på BUP-uppföljningar och även vara med på psykologisk behandling för patienter med ångest. Jag åkte hem till patienter där jag träffade deras familjer och såg hur de bodde. Hembesök med kommunal psykiatri till riktigt fattiga afroamerikaner som bor där man aldrig skulle våga åka ensam.

Förekomst av vapen användning är vanligt och det innebär fysiska skador och traumatiska erfarenheter för barn och familjer. Sexuellt våld, allvarlig mobbing som innebär även fysiska skador, våld från föräldrar mot barn, rasism. Många barn är familjehemsplacerade hos släktingar, oftast hos mor- eller farföräldrar. Ibland är papporna i fängelse och mammorna har PTSD. Jag insåg svårigheter med behandling där man inte har en stabil förälder, där miljön fortfarande är otrygg och barn är fortsatt utsatta för "domestic violence". Jag hade verkligen svårt att acceptera att det jag såg eller hörde var sanning. Vanmakt. En bild som en vanlig turist inte får på en resa till USA och en värdefull erfarenhet för hela mitt liv.

Mitt mål med resan var att kunna utveckla oss på hemmakliniken i Uppsala genom att hitta saker som de gör bättre och att kunna anpassa dem till vårt system. Det baseras på min åsikt att varje sjukvårdssystem har fördelar och nackdelar och att utvecklingen kan ske genom att ta idéer från andra system/kulturer/länder. Resan till USA är därför ännu inte avklarad. Den är en pågående process som tar sig fram med små steg, något försiktigt men ändå med mycket optimism att en positiv utveckling kommer att ske. Jag är i och för sig säker på att utvecklingen alltid pågår men jag hoppas att jag ska kunna bidra till den genom erfarenheten från resan till USA.

Tack för det!

Anastasia Karvouni  
Uppsala

**ANNONS**

# Kalendarium

12-14 mars 2014

Svenska Psykiatrikongressen 2014  
Filmstaden Bergakungen, Göteborg  
[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

23-24 april 2014

Svenska BUP-kongressen  
Malmö  
[www.svenskabupforeningen.se/](http://www.svenskabupforeningen.se/)

24-26 april 2014

55th Annual Meeting of the Scandinavian College of  
Neuropsychopharmacology  
Köpenhamn, Danmark  
<http://scnp.org/>

3-7 maj 2014

167th APA Annual Meeting  
New York, USA  
[www.psych.org/learn/meetings/future-apa-meetings](http://www.psych.org/learn/meetings/future-apa-meetings)

22-26 juni 2014

29th CINP World Congress of Neuropsychopharmacology  
Vancouver, Canada  
[www.cinp2014.com](http://www.cinp2014.com)

26-29 juni 2014

16th International Conference for Philosophy,  
Psychiatry and Psychology  
Golden Sands Resort, Bulgarien  
<http://inpp2014.com/en/>

14-18 september 2014

XVI World Congress of Psychiatry  
Madrid, Spanien  
[www.wpamadrid2014.com](http://www.wpamadrid2014.com)

18-21 oktober 2014

27th ECNP Congress (European College of  
Neuropsychopharmacology)  
Berlin, Tyskland  
[www.ecnp-congress.eu/](http://www.ecnp-congress.eu/)

4-5 december 2014

Svenska Läkaresällskapets Riksstämma  
Stockholm  
<http://sls.se/Riksstamman/Om-Riksstamman/>

Fler kongresser hittar Du på  
[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)  
[www.svenskabupforeningen.se](http://www.svenskabupforeningen.se)  
[www.srpf.se](http://www.srpf.se)

I samband med SPK 2014:

Välkomna på studiebesök till  
Södra Älvsborgs sjukhus, Borås

## Specialiserade enheter för patienter med personlighetsstörning och självskadebeteende

Den 11 mars mellan kl 13.00-16.00

### Program

13.00-14.00

På vår mottagning, plan 2 berättar överläkare Bodil Persson om utvecklingen av subspecialiserad vård för patientgruppen sedan starten 2001 och hur den mottagningsverksamheten är organiserad med DBT-team, MBT-team och omvårdnadsteam

14.00-16.00

Behandlingsenheten Solhem på plan 4 informerar om bakgrunden till att vi startade med intensiv dagvårdsbehandling utifrån DBT-modell för patienter med emotionell instabil personlighetsstörning och närliggande problematik, hur programmet ser ut idag och hur programmet fungerar som en del i vårdkedjan.

Vuxenpsykiatriska kliniken på Solhem

Adress: Syster Toras väg, Borås

Ingång 2, plan 2 och 4

Anmälan till [magnus.skog@vgregion.se](mailto:magnus.skog@vgregion.se)  
eller 0706-898073.

**Välkomna!**



### Handledningens ABC

#### Klinisk handledning ur ett KBT-perspektiv

Elisabeth Breitholtz  
Studentlitteratur, 2013

#### Handledning är självklar

Handledning är en självklarhet, dels i utbildning av behandlingspersonal inom psykiatri och socialtjänst, dels i form av driftshandledning i det vardagliga behandlingsarbetet. Handledning har sedan länge bedrivits av väl utbildade och erfarna behandlare. Sedan psykoterapeutexamen och legitimation som psykoterapeut introducerats i Sverige i slutet av 1970-talet har krav ställts på att handledare ska ha särskild utbildning. Sverige är internationellt sett ett föregångsland på området. Inom KBT-fältet har saknats en bok som tar ett helhetsgrepp på ämnet med fokus på praktiska tillvägagångssätt för god handledning. Med Elisabeth Breitholtz som redaktör levererar nio erfarna handledare en sådan skrift - *Handledningens ABC. Klinisk handledning ur ett KBT-perspektiv*.

#### Koncis översikt

Boken är tänkt att kunna användas för olika typer av handledningar. Framställningen är bred. Den säger "någonting om allting" på ett översiktligt och koncist sätt. Den är i grunden dock mest inriktad på att belysa frågeställningar i handledning av blivande terapeuter i grupp och mindre på individuell handledning och driftshandledning. Man betonar betydelsen av att behandling bedrivs utifrån Socialstyrelsens riktlinjer för evidensbaserad behandling, ser vikten av handledningen i detta perspektiv och konstaterar samtidigt att motsvarande evidens för handledning saknas. Dock beskrivs lovande modeller baserade på upplevelsebaserad inlärning som fokuserar på kausala samband mellan interventioner och förändringsmekanismer i ett kontextuellt perspektiv. Juridik, etik och moral avhandlas utförligt med ramverket för psykologer som förlaga. Framställningen är föredömligt stringent och informationsrik. Närmare en tredjedel av boken upptas av en ingående beskrivning av tre olika faser för handledning i grupp. Beskrivningarna är av manualkaraktär med faktarutor och översikter över förmågor, mål, teman och kritiska moment som bygger under detaljerade förslag till hur arbetet ska läggas upp. Framställningen är pedagogisk, tydlig och handledarens kompetenser är analyserade och beskrivna på en detaljnivå som är klagörande.

#### Handledningens mål

Ett av handledningens främsta mål är att kvalitetssäkra behandling och skydda klienten mot misstag från terapeuten. I den mest tillämpade KBT-modellen för handledning urskiljs bland annat tre fokus för att nå detta mål: att lära ut tekniker, att korrigera missuppfattningar om vad KBT är och att minska terapeutens avvikelse från behandlingsprinciperna.

Handledaren vägleder sin adept bland annat genom att korrigera maladaptiva tankar som kan vara störande för handledningsprocessen och genom att modellera adekvata beteenden. Omsorgen om klienten måste dock i utbildningshandledning balanseras av målet att lära ut terapiformen vilket i sig kräver ett visst utrymme för misstag från terapeutelevens sida. Utbildningshandledaren har också ett ansvar i att medverka till att endast terapeuter som lever upp till de nödvändiga färdigheterna godkänns, ett ansvar som i praktiken kan vara nog så tungt att ta.

#### Handledares färdigheter

Även om handledar- och terapeutrollen har många kompetenser gemensamt är det viktigt att vara klar över skillnaderna. En skicklig terapeut är inte alltid en skicklig handledare, men en handledare måste också vara en skicklig terapeut för att kunna utöva den expertis som handledarrollen inom KBT bygger på - att åtminstone initialt kunna "leda vid handen". Några av de psykoterapeutiska färdigheter som tas upp i boken är erfarenhet av olika terapiformat: individ, par, grupp, familj. Härtill kommer bland annat skicklighet i diagnostik, utvärdering, dokumentation, och etiska ställningstaganden, journalföring, betydelsen av utvecklingspsykologiska och kulturella aspekter. Viktiga handledaregenskaper är till exempel medvetande om handledarrollen i ett maktperspektiv, tydlighet, förmåga att skapa ett tryggt inlärningsklimat och modellerande av korrekta beteenden. I undersökningar av negativt handledarbeteende inom KBT återfinns bland annat likgiltighet och brist på engagemang, brist på expertis och dominans av icke-styrande beteende. Den redovisade repertoaren av handledningstekniker är avsevärd och beredskapen att "gå i närkamp" med inlärningen genom videoinspelningar, rollspel och modellering är både övertygande och imponerande.

Jag känner igen sådana tekniker - mycket verksamma - från handledning i kroppsorienterad psykoterapi och familjeterapi under 70- och 80-talen och kan konstatera att de med tiden tycks ha blivit mer sällsynta inom den psykodynamiska sfären och möjligen också inom den systemiska. Det stärker mitt intryck av att en av KBT-traditionens styrkor är att i beteendeanalytisk anda ta till sig "allt som visar sig fungera".

### För vilka

Boken riktar sig först och främst till handledare inom KBT-området. Varje psykoterapeutisk skola har sin handledartradition och det är slående hur kongruent handledningsmetodiken är med den psykoterapeutiska arbetsmetodiken. Men boken innehåller ett antal olika aspekter som även handledare i andra psykoterapiformer kan ha glädje både av att direkt tillämpa eller låta tjäna som inspiration för det egna handledningsarbetet. Framställningen kan också i tillämpliga delar vara intressant läsning för terapeuter, såväl under utbildning som kliniskt arbete, vilka vill närmare informera sig om olika tillvägagångssätt i handledning och kan dessutom med bokens framställning som relief kan få tydligare syn på hur de skulle vilja bli handledda och finna goda skäl för detta. Det kan dock noteras att litteraturlistan endast innehåller någon enstaka referens till den svenska handledarlitteraturen.

### Några reflektioner

Är det något jag saknar? Ja, faktiskt: Jag saknar en djupare mellanmänsklig resonansbotten. Brukar det finnas i den här typen av litteratur till exempel andra psykoterapiskolors texter? Det är inte säkert. Varför då när det gäller denna text? Kanske för att den är tekniskt/pedagogiskt så långt utvecklad och av och till väl detaljerat strukturerad, till exempel med en faktaruta med beskrivning av trettioåttå effektiva handledarbeteenden - alla i sig helt rimliga. Utrymmet för terapeutens, handledarens och klientens spontanitet är svårt att skönja även om visst utrymme för detta kan finnas inom ramen för rollspel och andra övningar.Handledningsprocessen kan utifrån texten (i vilken det finns ganska få vinjetter) ge intryck av att var extremt "top-down"-styrd. Jag vet inte om det är så i praktiken och har ingen anledning att tro att den mellanmännsliga relationen på implicit nivå skulle vara annorlunda än i andra terapi/handledningsformer. En kommentar från Lars-Göran Öst från bokens förord kommer för mig. Han nämner där "kokbok". Kanske har denna antologi lite karaktär av att vara "bra kokbok men utan så mycket bilder". Jag uppskattar också redaktörens credo på boken sista rader: "Till sist, ett ord på vägen till alla handledare - behandla era handledningsadepter som ni skulle behandla era klienter". Det tycks mig som om att "hjärtat" här talar, medan mer "förnuftsstyrda" delar av den tidigare texten betonar vikten av att skilja terapeutrollen från handledarrollen. För mig ökar denna motsättning textens trovärdighet.

**Björn Wrangsjö**  
Docent i barn- och ungdomspsykiatri  
Stockholm

## Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser inom psykiatrin

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:

Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser inom psykiatri

Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 2015.

### Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till webmaster/teknisk redaktör Svensk Psykiatri: [webmaster@svenskpsykiatri.se](mailto:webmaster@svenskpsykiatri.se) före 15/1 2015.

### Vill du skänka ett bidrag till prissumman?

Sätt in pengarna på bankgiro 5112-0020 och ange att Du vill att pengarna skall gå till Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser inom psykiatri.

Hjälp oss att hålla Raffaellas brinnande intresse för psykiatri och pedagogik levande på detta sätt!

Styrelsen  
Svenska Psykiatriska Föreningen

Deadline för bidrag till  
nästa nummer: 14/05

## Nationell klinisk forskarskola i klinisk psykiatri utlyser kursplatser

Karolinska Institutet och Uppsala universitet erbjuder hösten år 2014 en nationell forskarskola i klinisk psykiatri.

Sista ansökningsdag är den 17 mars 2014 kl. 16.30.

För ytterligare information, se [ki.se/forskarskola/psyk](http://ki.se/forskarskola/psyk)



UPPSALA  
UNIVERSITET



Karolinska  
Institutet

## Studiebesök Östra sjukhuset i Göteborg

I samband med psykiatrikongressen där det kommer att vara en programpunkt om How architecture can improve health and reduce anxiety and violent behaviour among inpatients, där bl a Roger Ulrich gästprofessor på Chalmers som är en av pionjärerna på området deltar, kommer det finnas möjlighet att göra studiebesök på psykiatribyggnaden på Östra sjukhuset.

Där har tillämpats evidensbaserad design.

Besöket är planerat att äga rum direkt efter kongressen fredagen den 14 mars. Anmälninglista kommer att finnas på kongressen.

Lennart Bogren

SP nr 4, sidan 63 - Vårdkedja för patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning/borderline

Ett förtydligande ang ERGT på Borås. Vi deltar i studien kring ERGT och erbjuder inte behandlingen generellt, men vår förhoppning är att, om studien visar på positiva resultat, att kunna erbjuda ERGT som ytterligare en vårdnivå.

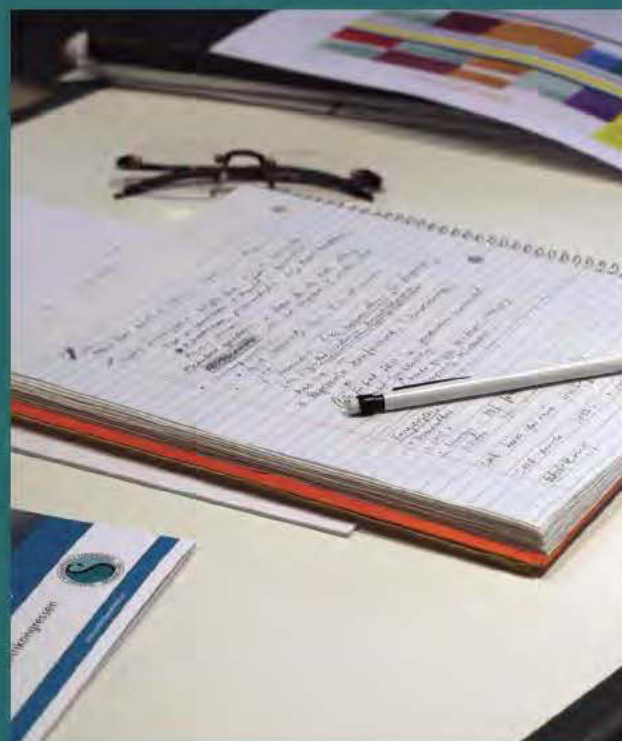
Magnus Skog  
Vårdenhetschef

## Ta del av våra remissvar!

SPF, SFBUP och SRPF får varje år ett stort antal remisser, företrädesvis från Svenska Läkaresällskapet och Läkarförbundet, men även från andra instanser som t.ex. Socialdepartementet. Remisserna kan röra sådant som sjukskrivningsrekommendationer, Socialstyrelsens nationella riktlinjer, Läkemedelsverkets föreskrifter mm. Att svara på dessa är en viktig uppgift för våra föreningar då det ger oss möjlighet att bevaka psykiatri och våra patienters intressen.

Du kan läsa alla remissvar på våra hemsidor  
[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)  
[www.svenskabupforeningen.se](http://www.svenskabupforeningen.se)  
[www.srpf.se](http://www.srpf.se)

Tove Gunnarsson  
Redaktör Svensk Psykiatri





# ”Jag tar livet av mig om ni inte lägger in mig”

Primärjournen ringer om en ung självskadande kvinna som kommit över till akutmottagningen från medicinkliniken där hon vårdats för en lindrig förgiftning. Primärjournen har argumenterat för att hon ska återvända hem och följas upp i en pågående öppenvårdskontakt. Hon vägrar lämna läkarmottagningen och suicidhotar. Han vill att jag kommer in.

Hon är arg, ledsen och förbannad. Talar om att inget fungerar och att hon vill ha en sängplats, annars kommer hon ta resten av tablettorna som finns i den ICA-kasse hon haft med sig. Hon har ett stort antal vårdtillfällen bakom sig. Även ett stort antal förgiftningar samt självskadehandlingar i form av att hon skär sig i armarna. När hon blir inlagd brukar allt vara relativt lugnt, hon vårdas frivilligt, tar sina mediciner, umgås med medpatienter och uppvisar inga tecken på djup depression, hög ångest eller psykos. Däremot vill hon aldrig gå hem till sitt ensamboende trots stöd av kommunal hemtjänst, mobilt team samt relativt tät öppenvårdskontakt.

Jag har inga platser förutom en på PIVA (Psykiatrisk Intensiv-Vårds Avd. som i Malmö enbart vårdar patienter enligt LPT) som säkert kommer att behövas till någon av kvällens polistransporterade narkomaner med psykos eller någon annan person som kommer in med vårdintyg. Jag ser förtvivlan i hennes ögon och känner tröttheten komma. Inget förändras egentligen, eller blir ens bättre av att hon läggs in. Samtidigt är ju risken ganska överhängande om inte för suicid så åtminstone för ny självskada och ny återremittering till psykiatrins akutmottagning. Jag förklarar situationen, min bedömning och att jag inte kommer att lägga in henne. Hon kan stanna ett tag på mottagningen, ta lite kaffe och tala med personalen. Hon protesterar.

Maktlösheten är på sätt och vis fördelad men ändå orättvis. Hon åker hem senare, svärande över min och personalens inkompetens och känslolöshet.

Veckan efter läser jag en artikel i New England Med. Journal om ”The Hospital-dependent patient”. Den handlar om patienter som mycket tack vare medicinens framsteg fortfarande lever men tillståndet är så pass kritiskt att de inte klarar av att vara hemma samtidigt som de egentligen inte heller är i behov av sjukhusvård. Mer i behov av att ha sjukhusets resurser väldigt nära när deras instabila tillstånd plötsligt försämras.

Inga liknelser i övrigt men har vi inte också en grupp patienter som av olika skäl har mycket svårt att klara sig hemma, samtidigt som de inte behöver en slutenvårdsplats 24 timmar om dygnet? Kanske tillhörde denna patient denna kategori??

**Herman Holm**  
**Överläkare**  
**Psykiatri Malmö**

Referens  
The Hospital-Dependent Patient. David B. Reuben, M.D., and Mary E. Tinetti, M.D. N Engl J Med 2014; 370:694-697 February 20, 2014 DOI: 10.1056/NEJMp1315568 <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1315568>



Illustration: Sofia Åkerman

# Det svänger!

## Rapport från SLUP:s ST-konferens 2014

Det föll mjuka snöflingor över Nynäshamn när ett drygt hundratal ST-läkare inom de psykiatriska specialiteterna samlades på konferensanläggningen Utsikten för årets ST-konferens. ST-konferensen i dess nuvarande form har snart ett decennium på nacken och har lockat ST-läkare till olika mötespunkter runtom i Sverige, från Lund i söder till Sundsvall i norr. Temat för årets konferens löd "Det svänger – om olika svängningstillstånd inom psykiatrin". Ämnet lockade givetvis sakkunniga inom den affektiva och neuropsykiatriska sfären, men här fanns också informativa guldkorn att hämta på ämnen som sömn och sömnreglering, personlighetsstörningar och missbruk.

*Svenny Kopp* berättade om flickor med ADHD, en underdiagnostiserad grupp. Att kriterierna för ADHD är satta efter pojkar i 6-11 års ålder medför svårigheter i urskiljandet av symptomen hos flickor. Det gavs även tid för diskussion kring hur flickor och pojkar behandlas olika i förskola och skola och hur det påverkar symtomatologin.

*Mia Ramklint* redogjorde för en inventering av olika diagnostiska metoder för affektiv sjukdom hos barn och unga. Hennes "take home message" var att studera kriterierna, vara noga med anamnesen, kartlägga förlopp, använda validerade diagnostiska hjälpmedel och arbeta enligt LEAD (best estimate diagnosis).

*Elias Eriksson* gav en fartfylld och målande beskrivning av kritiken mot psykiatrin och dess metoder genom tiderna samt visade exempel på hur litteratur, med varierande vetenskapligt underlag, skapat bästsäljare. Vidare berättade han om hur antidepressiv medicinering utvecklats. Efter föreläsningen fick Elias ett förslag från en kvinna i publiken om att själv skriva en bok, vilket han sade sig vara intresserad av. Den ser vi mycket fram emot!

*Hans-Peter Mofors* presenterade en mycket uppskattad föreläsning om litium, från ursprung och historik till praktiska kliniska rekommendationer. Framställningen innehöll även operainslag, till stor glädje för auditoriet!

Som avslutande föreläsare gav *Lena Mallon* en spännande genomgång av sömnfysiologi och sambandet mellan insomni och affektiv sjukdom. Förutom att visa hur den cirkadianska rytmen förändras hos deprimerade patienter diskuterades även insomni som ett prodromalsymtom till depression och sömnstörningar hos personer med bipolär sjukdom, även i eutym fas.

Bland övriga uppskattade föreläsare noterades Mikael Landén, Eleonore Rydén, Mats Adler, Jörgen Herlofson och Tom Palmstierna, för att bara nämna några.

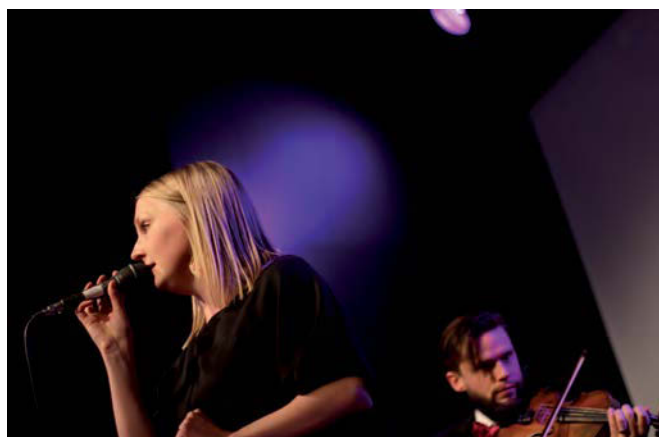
Under torsdagskvällen bjöds det på galamiddag med underhållning och tal. För musiken stod fyrmannabandet Observatoriet, som levererade bejublade vokalmusik; och till underhållningen bidrog flera av konferensdeltagarna med olika framföranden, från italiensk opera till spex. Naturligtvis fick alla möjlighet att sjunga tillsammans under tiden middagen serverades!

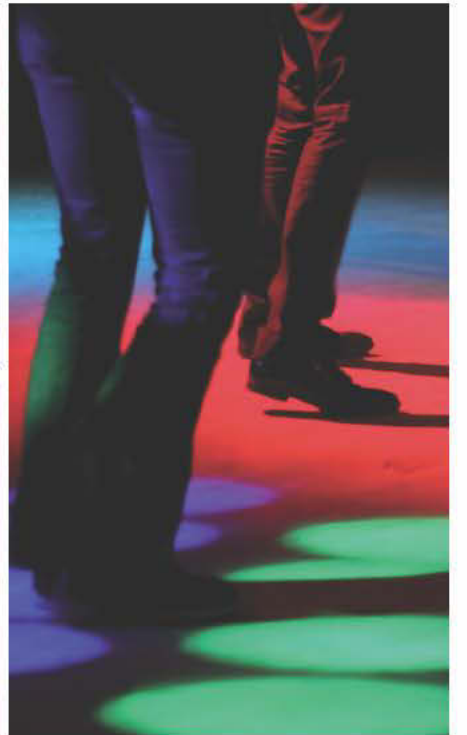
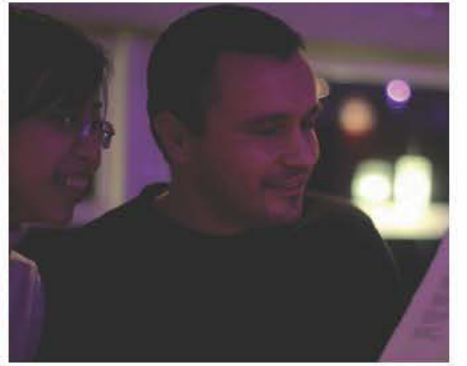
ST-konferensen ger en unik möjlighet för ST-läkare från hela landet att träffas, lyssna på intressanta föreläsare, diskutera och umgås. Att deltagandet har fortsatt att öka de senaste åren visar vilket behov det finns av ett sådant forum och vi vill tacka alla som bidragit till att göra det möjligt: SLUP-styrelsen, alla föreläsare, sponsorer och inte minst alla fantastiska deltagare!

**För SLUP:**

**Sara Lundqvist  
Hanna Edberg  
Tove Mogren**

**Bilder: Kadri Kalvo**





# Dags för psykiatern att plocka fram labremisserna!

För några år sedan kom en intressant artikel om antikroppsmedierad encephalit som orsak till en schizofreniliknande sjukdomsbild (1). I en del fall hade patienterna även neurologiska symtom, i andra fall inte. De initiala symtomen har i regel utgjorts av psykiska symtom.

Det kanske mest intressanta med autoimmun encephalit är förstås att den i många fall inte bara är behandlingsbar, utan kanske till och med möjlig att helt bota. De brittiska forskarna approximerar att 6,5 % (1,9 – 18,9 % med 95 % konfidensintervall) av personer med *first episode psychosis* kan ha en autoimmun, behandlingsbar sjukdom. De föreslår att man screenar åtminstone alla med nydebuterad psykossjukdom med blodprov för dessa antikroppar.

Enligt Hjärnfondens hemsida insjuknar i Sverige 15 personer per 100 000 varje år i schizofreni. Alltså insjuknar cirka 1 500 personer per år i schizofreni, varav närmare 100 personer skulle kunna ha en botbar autoimmun psykossjukdom som kliniskt kan vara svår eller omöjlig att skilja från schizofreni. Majoriteten av dessa patienter är unga kvinnor, eftersom dessa sjukdomar liksom annan autoimmun sjukdom företrädesvis drabbar kvinnor. Jag kan tyvärr inte se att dessa intressanta rön hittills har gett något synligt avtryck i vår dagliga kliniska verksamhet.

Kollegan Susanne Bejerot inbjöd till ett intressant högaktuellt seminarium i Stockholm 4 februari på ämnet **Autoimmuna encephaliter och PANS/PANDAS (Pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome) – vad vet vi, hur gör vi?** Seminariet bokades snabbt fullt och hundratalet lyssnare fick i en proppfull föreläsningssal på S:t Göran (Norra Stockholms Psykiatri) höra erfarna kliniker berätta det senaste om de två sjukdomsgrupperna.

Tommy Stödberg, neurolog vid Neuropediatrika enheten, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, som även arbetar med akut barnneurologi, beskrev flera autoimmuna, neurologiska sjukdomar som man där diagnostiserar och behandlar. Det är ofta frågan om mycket svåra tillstånd och ofta är inflammationsbilden diskret i motsats till vid infektionsorsakad hjärnsjukdom. På en specialenhet som den vid ALB är tillstånden inte alls ovanliga. Vid utredning hittar man ofta någon tumör, virus, bakterier eller vaccination som bakomliggande faktor till den autoimmuna sjukdomen. I behandlingsarsenalen finns högdos kortikosteroider, intravenöst IgG, plasmaferes, cytostatika och Rituximab.

Tommy Stödberg tipsade också om en intressant översiktsartikel om PANS/PANDAS (2).

Rayomand Press, neurolog vid Neurologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, indelade de autoimmuna encephaliterna enligt huruvida antikropparna är riktade mot ett intracellulärt eller extracellulärt antigen. Antikroppar mot intracellulära antigener bedöms inte orsaka encephaliten utan är sannolikt ett tecken på en T-cellsmedierad cellskada. Antikroppar mot extracellulära cellmembranstrukturer (synapser) däremot bedöms orsaka själva hjärnsjukdomen och svarar också betydligt bättre på immunterapi än de autoimmuna hjärnsjukdomar som går med antikroppar mot intracellulära strukturer.

Den limbiska encephaliten orsakas av antikroppar mot ett extracellulärt antigen och patienterna uppvisar psykotiska symtom, hallucinationer, agitation, konfusion, kramper och ibland även andningssvårigheter. Sjukdomsepisoderna kan ibland förlöpa skovvis och sjukdomsbilden kan på så sätt vara påfallande lik en schizofreni.

Anna Lauren, laboratory manager vid Wieslab, ett laboratorieföretag specialiserat på diagnostik av autoimmuna sjukdomar med antikroppsdiagnostik för ett fyrtiotal olika sjukdomsgrupper, beskrev de olika antikroppsämätningar som görs vid misstanke om paraneoplastiska neurologiska sjukdomar och limbisk encephalit samt vid pediatrika autoimmuna neuropsykiska syndrom (PANS eller PANDAS).

Susanne Bejerot beskrev sjukdomsbilden vid PANS/PANDAS med flera egna fall. En typisk sjukdomsbild är när ett tidigare friskt barn plötsligt drabbas av symtom som vid svår OCD. Hon beskrev de kliniskt observerbara skillnader som finns i symtombilden mellan PANS/PANDAS och vanlig OCD. I många fall finns ett tids samband med genomgången eller pågående streptokocksjukdom och i en del fall en positiv effekt av medicinering med penicillin.

Lennart Wetterberg beskrev nya elektronmikroskopifynd och mikropartiklar i liquor vid några fall med misstänkt PANS/PANDAS. Liknande fynd har hittats vid schizofreni men inte hos friska kontroller.

Elda Sparrelid från Infektionskliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset diskuterade för och emot antibiotikabehandling vid PANS/PANDAS. Eftersom penicillin är förstahandsmedel vid streptokockinfektion finns inte risk för antibiotikaresistens. Från en åhörare kom frågan om behovet av att överväga val av annat antibiotikum vid blandinfektion med betalaktamasbildande bakterie.

Viviann Nordin från Neuropediatrika sektionen, Sachsska Barnsjukhuset beskrev förslag till utredningsgång och erfarenhet av behandling av barn med PANS/PANDAS. Från de kliniska beskrivningarna framgick att barnen i flera fall hade någon neuropsykiatrisk diagnos eller en utvecklingsstörning redan innan insjuknandet i PANS/PANDAS.

Mina reflexioner efter detta mycket intressanta seminarium:

Det är nu definitivt dags för vuxenpsykiatrin att inleda laboratoriescreening av patienter med nydebuterad psykosjukdom för **Neuronala Antikroppar**. Det är ett enkelt blodprov som körs på flera laboratorier i landet. Provet screenar för olika neuronala antikroppar och kostade 1388:- enligt prislistan för Karolinska Universitetssjukhusets laboratorium år 2013. Denna kostnad är endast en bråkdel av kostnaden för en enda vård dag i psykiatrins heldygnsvård.

Vi behöver sannolikt också i högre grad än tidigare använda oss av EEG i diagnostiken av psykosjukdom, eftersom EEG kan uppvisa typiska förändringar vid limbisk encephalit.

En noggrann somatisk status och en somatisk bedömning behövs också för att upptäcka de ibland subtila neurologiska symtom som ofta finns vid limbisk encephalit.

Det framkom något indirekt från neurologerna att en aktiv behandling av den antikroppsmedierade encephaliten kanske inte lönar sig om sjukdomen har stått längre tid än sex månader. Vi behöver alltså inom psykiatrin vara snabba med att redan tidigt i sjukdomsförloppet utreda patienterna noggrant för att vid behov kunna initiera fortsatt utredning och behandling vid neurologisk klinik.

Många av patienterna med PANS/PANDAS hade någon neuropsykiatrisk diagnos redan innan insjuknandet. Hur ser antikroppstitrarna ut hos dem innan insjuknandet? Finns det tecken på autoimmun reaktion hos dem redan innan insjuknandet?

Vid laboratorierna använder man friska personer som kontrollmaterial vid bedömning av titrarna för neuronala antikroppar. Det är angeläget att även få ett kontrollmaterial för psykiatrins många olika patientgrupper framöver; inte bara för psykospatienter utan också för patienter med autismspektrumtillstånd, ADHD, svårbehandlade depressioner och bipolär sjukdom. Och det är ju klart att jag som bipolärdoktor undrar över hur antikroppstitrarna egentligen ser ut vid en fulminant postpartumpsykos.

Vi vet sedan länge att våra psykiatriska diagnoser är alldeles för vida och att de i själva verket omfattar ett spektrum av sjukdomar. Vi behöver därför hitta somatiska markörer som hjälp för att dela upp sjukdomarna i smalare och bättre definierade tillstånd för att kunna välja rätt behandling. Kartläggning av neuronala antikroppar kan komma att vara psykiatrin till hjälp i detta arbete.



#### Referenser

Lennox B et al. Antibody-mediated encephalitis: a treatable cause of schizophrenia. Br J Psychiatry 2012; 200: 92-94.

Macerollo A, Martino D. Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections (PANDAS): An Evolving Concept. Tremor Other Hyperkinet Mov (N Y). 2013; 3: tre-03-167-4158-7. (Fulltextartikel kan hämtas direkt från PubMed)

Najjar S. et al Neuroinflammation and psychiatric illness Journal of Neuroinflammation 2013, 10:43 (Fulltextartikel gratis via länk nedan!) <https://mail.google.com/mail/u/0/?shva=1#inbox/14416f083e46708c?projector=1>

#### Lästips

Paul H Patterson. Infekterat beteende – Hur hjärna och immunsystem kommunicerar vid autism, schizofreni och depression. Kan beställas från [www.pavus.se](http://www.pavus.se) 250:- plus porto

Patientberättelse: Susannah Cahalan. Brain on fire – My Month of Madness. På svenska: Blackout: När min hjärna blev min fiende



JAG VILL SLUTA

Foto: Mats Lundqvist

## Stöd psykiskt sjuka att sluta röka!

Anne, en 33-årig ensamstående arbetslös kvinna med diagnoserna kronisk schizofreni och depression, rekommenderades att sluta röka inför en operation. Hon rökte 20 cigaretter (ca ett paket), hade rökt sedan 14 års ålder, och aldrig tidigare försökt sluta. Tobaksavvänjaren hjälpte Anne att stärka sin självtillit och bestämma en rökstoppsdag. Hon fick hjälp att förebereda sig och planera strategier för att förebygga abstinens och hantera olika situationer utan att röka. Strategierna innebar bl.a. att använda s.k. kombinationsbehandling med nikotinläkemedel (plåster+tuggummi) som hon fick kostnadsfritt, att äta regelbundet och promenera. Anne lyckades med sitt rökstopp och bytte ut cigaretterna mot långa dagliga promenader med stavar. Pengarna hon sparade använde hon till att förnya sitt hem. Självförtroendet ökade drastiskt. Hennes förvandling var så stor att rökavvänjaren vid ett tillfälle 6 månader efter rökstoppet inte kände igen henne i väntrummet: "hon var helt förvandlad och fullkomligt lyste",

som rökavvänjaren uttryckte det. Anne hade då även börjat gå på RSMH-möten och söka jobb.

Anledningen till att det ofta får så genomgripande inverkan på livet att sluta röka för just psykiskt sjuka är att det har en så stor påverkan på deras liv att röka. Rökning sätter ner allmäntillståndet och konditionen. Det är även dyrt att röka, 18 000 kronor per år för den som röker ett paket per dag, och många psykiskt sjuka röker 2-3 paket om dagen. På grund av den genomsnittligt så höga konsumtionen har psykiskt sjuka dubbelt så stor risk än andra rökare att få flera allvarliga sjukdomar som hjärtinfarkt, lungcancer och KOL, vilket är en starkt bidragande orsak till att psykiskt sjuka som röker har i genomsnitt 25 år kortare liv. Det är idag även stigmatiserande att röka i och med att vi har så få rökare kvar (11 % i befolkningen, jämfört med 20-40 % bland psykiskt sjuka), och rökning gör det svårare att få ett arbete. Det finns många hypoteser om varför psykiskt sjuka röker så mycket.



Foto: Mats Lundqvist

En av dem är att rökningen sänker neuroleptikanivån i blodet och att patienterna märker att ju mer de röker ju mindre biverkningar får de av neuroleptika. En annan anledning är att man länge fått röka ohämmat i psykiatri och många har blivit rökare där. Idag har de flesta landsting genomfört rökfri psykiatri, vilket innebär att man stängt rökrummen och ger patienter som inte kan gå ut och röka nikotinläkemedel, stöd till patienterna att sluta med tobak, rökfri arbetstid för personalen samt tobaksfritt patientmöte. Psykiatri blir då en stödjande miljö för att sluta med tobak.

Patienterna sover om nätterna istället för att gå upp flera gånger och röka, en god vana som gör dem lugnare och som de förhoppningsvis tar med sig hem.

Syftet med denna artikel är att bidra till att psykiskt sjuka som vill sluta med tobak får ett bra stöd från personal inom psykiatri. Det har funnits en seglivad uppfattning att psykiskt sjuka vare sig vill eller kan sluta röka och att de mår bäst av att ha sin rökning kvar. Med den forskning vi har idag vet vi att inget av detta stämmer. De flesta som röker vill sluta och det gäller även psykiskt sjuka. Risken för abstinens och återfall är generellt större för psykiskt sjuka, och de flesta får försöka många gånger innan de lyckas för gott. Stöd från behandlande personal är ofta helt avgörande. Psykiskt mår de flesta patienter bättre om de slutar, även om de naturligtvis kan uppleva en svacka de första veckorna. På sikt blir depressiva patienter mindre depressiva, ångestpatienter får mindre ångest och hos de schizofrena minskar s.k. negativa symtom. Neuroleptika kan ofta minskas vid rökstopp. Det kan också nämnas att många patienter som går över från typiska till atypiska neuroleptika spontant tycks minska sin rökning och ha lättare att sluta. När det gäller läkemedel för rökavvänjning rekommenderas i första hand

nikotinläkemedel då de receptbelagda preparaten Champix och Zyban innebär större risk för biverkningar. Snus är inte en metod för att sluta röka, eftersom man fastnar i det istället, vilket också är skadligt för hälsan, men snus är naturligtvis att föredra framför rökning. Det bör dock noteras att 40 procent av dem som snusar också vill sluta. E-cigarett är en ny produkt som i avvaktan på forskning om långsiktiga effekter inte rekommenderas för rökavvänjning. Det är heller inte en kontrollerad eller säker produkt.

Om psykiskt sjuka får ett bra stöd kan de lyckas i nästan lika stor utsträckning som andra. I en studie från Kalifornien erbjöds alla patienter vid en psykiatrisk akutklinik hjälp att sluta röka. De hade varierande psykiatriska diagnoser, bland andra depression, schizofreni och bipolär sjukdom, och tre av fyra var suicidala. De fick stöd av tobaksavvänjare och kostnadsfria nikotinläkemedel. Efter 1½ år var så många som 20 procent av patienterna rökfria jämfört med 8 procent i kontrollgruppen som fick nikotinläkemedel och en slutfolder, ett resultat fullt i nivå med vad man brukar uppnå i andra patientgrupper.

**Barbro Holm Ivarsson**  
**Leg psykolog, expert på tobaksavvänjning**  
**Ordförande i Psykologer mot Tobak**  
**barbro.holm-ivarsson@telia.com**



Foto: Tomas Södergren

Läs mer på vår hemsida [www.psykologermottobak.org](http://www.psykologermottobak.org).

#### Referenser

Yrkesföreningar mot Tobak. *Rådgivning och tobaksavvänjning i psykiatri, beroendevård och socialtjänst*. Kan laddas ner på [www.psykologermottobak.org](http://www.psykologermottobak.org).  
Prochaska J et al. (2013). Efficacy of Initiating Tobacco Dependence Treatment in Inpatient Psychiatry: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Public Health*. e-View Ahead of Print. doi: 10.2105/AJPH.2013.301403.

## Evidensbaserad behandling av unga med depression och suicidalitet

Deprimerade och självmordsnära tonåringar –  
en praktisk vägledning i bemötande och behandling  
(Treating depressed and suicidal adolescents.  
A clinical guide)

David A. Brent, Kimberley D. Poling, Tina R Goldstein  
Studentlitteratur

Depression är en folksjukdom och en av de dödliga sjukdomar som har den största sjukdomsbördan, såväl i antal förlorade levnadsår som förlorade friska år. I betydande andel är det en genom livet recidiverande eller kronisk sjukdom.

För dessa grupper har sjukdomen ofta börjat i ungdomen eller barndomen. Prevalensen hos ungdomar ligger i undersökningar runt 6 % (flickor 8 och pojkar 4 %) [1] vilket är högre än för genomsnittet medan gruppen över 65 år ligger ännu högre [2]. Medan självmordsfrekvensen sjunkit avsevärt för befolkningen som helhet mellan 1980 och 2000, för att sedan ligga relativt konstant, så har ingen motsvarande minskning setts för grupperna upp till 25 respektive över 85 år. Att vara ung respektive gammal innebär alltså en särskild utsatthet och för unga män är självmord den största dödsorsaken, för unga kvinnor den näst största [3].

Att utveckla en effektiv och tillgänglig diagnostik och behandling av deprimerade och suicidala ungdomar borde alltså ha högsta prioritet för läkekonsten och för samhället. När en av författarna, professor David Brent, på 80-talet började sin bana som ung läkare på Childrens Hospital of Pittsburgh upptäckte han att det inte fanns någon kunskap att söka om bedömning av självmordsrisk för unga. Okunskapen om den då sen 20 år tredubblade suicidfrekvensen för unga var total och validerad behandling och vård för ungdomar med depression eller suicidalitet saknades. Brents intresse för att fylla detta tomrum väcktes. Han startade med djupintervjuer, psykologiska obduktioner, av efterlevande anhöriga och 1986 blev han uppmanad att starta en klinik för suicidala tonåringar, Services for Teens at Risk (STAR-Center). En omfattande systematisk metodutveckling och klinisk forskning har sedan lett fram till en unik och framgångsrik behandlingsmetodik vars efterfrågan blivit upphovet till att skriva denna bok, tillsammans med medarbetare från det sociala och psykologiska behandlingsarbetets fält.

Receptet består i korthet av gedigen bio-psyko-social bedömning kombinerad med "integrerad psykoterapi" dvs. KBT (kognitiv beteendeterapi), DBT (dialektisk beteendeterapi) och s.k. psykoedukation samt familjebaserat arbete. Därtill ofta medicinering.

Antidepressiv medicinering ges förstas vid svår eller kronisk depression eller om effekt av behandlingen uteblir. Men också om patient och föräldrar föredrar medicinering. Här märks en viss skillnad jämfört med svenska förhållanden. Medicinering är en självklar del i behandlingen som alla yrkeskategorier i teamet ska kunna vara med och upptäcka behov av och bidra till att följa upp optimalt. Inställningen är också att det är frågan om en livshotande och vanligen livslång sjukdom vars prognos i mycket stor utsträckning påverkas av hur tidigt och hur kraftfullt man kan komma in med effektiv behandling. Och då anser man det välbelagt att medicin har snabbare effekt (viktigt för unga personer) och att kombinationen medicin och effektiv psykoterapi är bättre än enbart psykoterapi för en stor del av dem med betydande sjukdom och risk. Men farmakoterapi ska skötas minutiöst liksom hela behandlingen, i vilken den bara är en viktig del. Då är det 11 gånger flera som får effekt av medicinen än som gör ett självmordsförsök i samband med medicinering (något fler gör det än med placebo men inga självmordsfall har setts på studier av totalt 4300 patienter).

För behandlare och verksamhetsledare är denna bok ett välkommet tillskott i strävan att bygga säker och kvalitativ vård med så goda resultat som möjligt med dagens kunskap. Boken ger rikligt med fall exempel och delar detaljerat med sig av hur man går till väga i olika situationer på STAR-Center. Framställningen är mycket strukturerad, metodisk och pedagogisk. Tio kapitel spänner över bred depressions- och suicidkunskap, bedömning och behandling av suicidalitet, behandlingens uppbyggnad från första mötet, kedjeanalys, säkerhets- och behandlingsplanering tillsammans med patienten och anhöriga, tillämpningen av metoder som beteendeaktivering, affektreglering, kognitiv omstrukturering, problemlösning samt social och annan färdighetsträning. Därefter lägger man stor vikt vid att gå igenom hanterandet av terapiresistent depression och det nog så viktiga slutförandet av behandlingen uppdelat i konsoliderande behandling och underhållsbehandling. Här blir det tydligt att man tar ett långsiktigt ansvar för den unga patienten tillsammans med anhöriga.

Fortsättning sidan 44



# Från vision till verkstad...

kallade Svenska Läkaresällskapet 2014 års Levnadsvanedag! Det är redan tredje året som den går av stapeln och vi som fått förmånen att vara med från start börjar betrakta den som en av årets höjdpunkter. Där vi från sektionerna i Levnadsvaneprojektet får sprida information om vad vi gjort och vad vi har i pipeline, men också själva fyllas på med ny kunskap av inbjudna och alltid spännande föreläsare.

Vi hoppas ju så klart, som varje politiker, ansvarig chef och sliten projektarbetare gör, att våra förhoppningar och drömmar och i sammanhanget visioner ska sippra ner i kolonnen genom verksamheter, ut i det dagliga livets ådror till vårdverkstadsgolvet för att – samsalabim – bli just verklighet.

Så att de riktlinjer om goda levnadsvanor som är upphovet till projektet ska nå de människor vi möter i vården.

Hur den som möts ska få hjälp och stöd att, så långt det är möjligt, ha det bra med sig själv och sina levnadsvanor. Om det nu handlar om att äntligen, äntligen på allvar sluta röka, kanske en operation aktualiserar det. Eller hur en person med svår psykiatrisk sjukdom får sällskap och tar en liten promenad nästan varje dag och viktökningen planar ut och hen mår lite bättre. Eller om en person med hjälp av en AUDIT-skattning får ögonen på sin alkoholkonsumtion och ändrar den och upptäcker att ångesten på lördagsmorgon försvinner. Eller om ett recept på fysisk aktivitet gör att någon kan minska och kanske ta bort sin medicinering mot högt blodtryck. Upptäcka att en timme på gymmet några gånger i veckan gör att sömnen blir bättre och att depressionen mildras lite.

Eller det kanske allra, allra viktigaste: Hur den som lyckas ändra på en ohälsosam levnadsvana får både ett välbefinnande och en högre livskvalité.

Det är inte fy skam precis. Och det kan ju vara du eller jag som nästa gång är i patientens kläder och då vet vi vilka frågor vi faktiskt vill ha och hur viktiga de är!

På vår egen kongress finns det så klart ett levnadsvanespår! Passa på att förkovra dig om levnadsvanor.

Intresserad av att veta mera? Jobba med oss? Kontakta mig Jill Taube eller min kollega Yvonne Lowert i projektet Psykiatrikers samtal om levnadsvanor. Besök vår flik på vår hemsida!

**Jill Taube**

**[jill.taube@liv.se](mailto:jill.taube@liv.se)**,

**0722-41 10 88**

**Yvonne Lowert**

**[yvonne@lowert.se](mailto:yvonne@lowert.se)**,

**070-300 07 67**





# PSYKIATRIFONDEN

## -din möjlighet att göra skillnad

Det finns ett stort behov av både mer kunskap om psykiatriska sjukdomar och utveckling av psykiatrisk vård. I det syftet startades Psykiatrifonden, en nationell skattebefriad fond, den 27 januari 1993. Det uttalade ändamålet var att samlas in medel till forskning inom hela det psykiatriska fältet, inte minst beträffande våra stora folksjukdomar som depression och schizofreni. Sedan dess har Psykiatrifonden årligen delat ut medel för forskning och verksamhetsutveckling inom psykiatri.

### Unga forskare

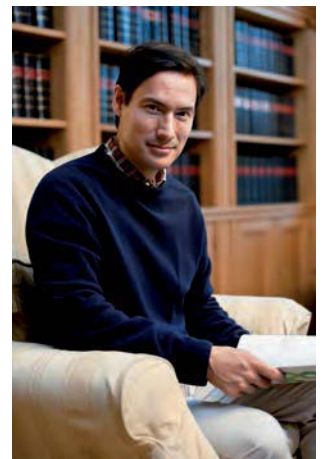
De senaste åren har Psykiatrifonden särskilt uppmärksammat *unga forskare* i starten på sin forskarkarriär. Att erhålla medel som nybliven doktorand betyder ofta mycket både för möjligheten att fortsätta forskningen, men också för självkänslan. Det är inte alltid lätt att bedriva forskning och kvalitetsutveckling.

### Minskat stigma

I många fall har Psykiatrifonden också valt att belöna arbete som bidrar till att *minska det stigma* som ofta är förknippat med psykiska sjukdomar. Sedan 2009 delar Psykiatrifonden ut ett särskilt pris för arbete mot fördomar. I år delades det ut till Sofia Åkerman för hennes fleråriga engagemang som bidragit mycket till att öka kunskapen om unga som mår dåligt och skadar sig själva.

### Ditt bidrag gör skillnad

Som ideell förening är Psykiatrifonden helt beroende av donationer och medlemsavgifter. Om du därför vill bidra till att Psykiatrifonden ska kunna fortsätta sitt viktiga arbete finns möjligheten att när som helst donera ett belopp eller ansöka om medlemskap. Ditt bidrag gör hela skillnaden.



**Foto: Privat  
Simon Kyaga  
Sekreterare  
Psykiatrifonden**

**Erhöll medel 2008 vilket möjliggjorde en studie om kreativitet och psykisk sjukdom.**



Plusgirokonto 900750-1  
Bankgirokonto: 900-7501  
[www.psykiatrifonden.se](http://www.psykiatrifonden.se)

# Journalgranskning för mångbesökare inom psykiatrin



Foto: Shutterstock/kai keisuke

Under 2011 genomfördes på psykiatriska kliniken i Kalmar en systematisk journalgranskning av de nio patienter som hade flest besök på den psykiatriska akutmottagningen. Denna granskning visade att dessa patienter i stor utsträckning saknade öppenvårdskontakt och övergripande planering. Akutbesöken kom alltmer att handla om farmakologiska interventioner trots omfattande behov även av andra åtgärder. Granskningen har bidragit med flera viktiga slutsatser och har legat till grund för ett lokalt förbättringsarbete.

## Bakgrund

På uppdrag av verksamhetschef och chefsöverläkare påbörjades under våren 2011 ett arbete med kvalitetsgranskning och verksamhetsutveckling av Forsknings och Utvecklingsgruppen vid Vuxenpsykiatri söder i Kalmar. En journalgranskning för de mest frekventa besökarna – i fortsättningen benämnda "mångbesökare" – på psykiatriska akutmottagningen utfördes. Syftet var att göra en översyn av vårdprocesser för att identifiera möjliga utvecklings- och förbättringsområden i verksamheten. Vår strävan har alltså inte varit att dra slutsatser som är representativa för alla mångbesökare utan att belysa möjliga utvecklingsområden och att väcka diskussion och reflektion kring vad som kan utvecklas i vården för de patienter som vi kanske har allra svårast att hjälpa.

## Metod

De tio patienter som haft flest akuta besök under tre års tid inkluderades i journalgranskningen. En av patienterna föll bort på grund av felregistrering som akutbesök istället för behandling. Journalgranskningen av de nio patienterna omfattade omkring 15 000 journalanteckningar. Vi har fritt använt oss av metoden tematisk analys, där man utgår från text, försöker finna mönster inom och mellan texter, för att sedan skapa kategorier som fångar in och beskriver dessa mönster. Det fanns inga på förhand bestämda kategorier.

Granskningen genomfördes genom noggrann genomläsning av patienternas samtliga journalanteckningar. De två första journalerna granskades gemensamt av gruppen för att hitta en samsyn i granskningen av journalerna, kategorier och sammanfattning av egna reflektioner. Exempelvis nedtecknades vilka olika interventioner som gjordes,

medicinjusteringar, diagnoser, antal läkare och problem i vårdprocessen.

När alla journaler var genomgångna diskuterades varje journal med fokus på vårdprocess och övergripande mönster sammanställdes.

Efter sammanställningen presenterades materialet för kliniken personal och förbättringsförslag diskuterades i tvärorganisatoriska smågrupper. Sammanlagt 160 medarbetare (av totalt 250 medarbetare på kliniken) har deltagit i diskussionerna. En sammanställning av journalgranskningen och åtgärdsförslagen har sedan presenterats i en rapport. Efter journalgranskningen har patienternas identitet överlämnats till kliniken chefsöverläkare för vidare åtgärder för de enskilda patienterna.

## Resultat

Analysen av journalerna resulterade i sju kategorier: medicinering, boende, planering/kontinuitet, samarbete mellan enheter/vårdgivare, behandlingsallians, psykologiskt innehåll och dokumentation.

Gemensamt för våra mångbesökare var att de flesta hade en känd psykosjukdom, att alla hade mångårig kontakt med kliniken och en pågående behandling. De var alltså patienter med långvarig och svår problematik. Anledningen till att patienterna sökte psykiatrisk akutsjukvård var ofta att de led av ångest. Det var vanligt med en uttalad otrygghet i boendet och ett flertal gånger var problemen i boendet den huvudsakliga anledningen till patientens behov av akutpsykiatri. Gemensamt för mångbesökarna var att de hade omfattande relationsproblem, alternativt helt saknade ett socialt nätverk. Flera av patienterna hade problem med att hantera egen aggressivitet. Genomgående saknades sysselsättning och det fanns en uttalad brist på sammanhang.

För att ge ett illustrerande exempel från en av våra mångbesökare så såg en del av resultatet av journalgenomgången ut så här:

- Omkring 650 journalanteckningar i Cosmic och 75 sidor pappersjournal
- Har vårdats på nio olika enheter inom kliniken
- Har träffat 81 olika läkare
- Har haft 32 olika farmaka, några av dem många gånger
- Har varit inlagd 63 gånger
- Bristfällig anamnes om livet före första kontakten med psykiatrisk akutmottagningen

Resultatet av mångbesökarnas akutbesök blev bland annat en tydlig fokusering på farmakologiska åtgärder, både hos patient och hos behandlare. Samma preparat sattes in och ut flera gånger ofta utan att någon ordentlig utvärdering kunde ske och **patienten skolades in i att se sitt mående ur ett farmakologiskt snarare än psykologiskt perspektiv.**

Det var ofta svårt att få en behandlingsallians med mångbesökarna, som å ena sidan var oerhört hjälpsökande men å andra sidan var ambivalenta till vården och ofta hade starka åsikter om vilken hjälp de ville ha och inte ville ha.

Vid journalgranskningen framkom vilken omfattande mängd anteckningar som förekom i mångbesökarnas journaler. Mängden anteckningar innebar att journalerna blev svåröverskådliga. Det var svårt att följa bedömningar, insatser och utvärderingar. Sammanfattningar förekom sällan i mångbesökarnas journal. Att viktig bakgrundsinformation gick förlorad i journalmängden bidrog till att samma insatser gjordes gång på gång utan önskat resultat. Exempelvis sattes samma läkemedel in och ut flera gånger.

Det som genomgående hade en positiv inverkan på vården av mångbesökarna var när man fick till stånd en långvarig kontakt, en tydlig planering eller en planerad inläggning med ett definierat och avgränsat syfte.

## Diskussion

Mångbesökarnas kontakt med psykiatrisk akutsjukvård väcker frågan dels om hur bristande kontinuitet påverkar patientsäkerheten och dels hur det påverkar patienten att så många gånger behöva berätta sin historia på nytt. Att den psykiatriska akutmottagningen till stor del bemannas med AT-läkare i rollen som primärjour kan förklara att det som mångbesökare är möjligt att träffa ett så stort antal olika läkare. Ett återkommande uttryck i journalerna var "välkänd patient". Detta innebar sällan att man hade god kännedom om patienten utan snarare att de sökte ofta på akutmottagningen. **De patienter vi tror att vi känner bäst kanske vi ibland faktiskt känner allra sämst.**

Akutmottagningens verksamhet är inte uppbyggd för att möta det långsiktiga behovet hos patienter med svår problematik och stort hjälpbehov. Mångbesökarna som ingick i journalgranskningen hade tenderat att bli "akutens patienter" med akuta och kortsiktiga lösningar som följde trots omfattande och långvarig problematik.

Slutsatserna vi har dragit är att om vi inte lyckas etablera en öppenvårdskontakt där patienten är väl omhändertagen så blir vården bristfällig. Vården för mångbesökarna saknade struktur, kontinuitet och långsiktig planering. När flera enheter och vårdgrannar är inblandade har vi svårt att avgöra vem som ska göra vad och patienterna tenderar att falla mellan stolarna. En patient i en kaotisk situation medför en kaotisk vård, trots att det är de patienterna som kanske har allra störst behov av långsiktighet och struktur. Sammanfattningsvis kan man säga att en tydlig och förankrad vårdplan eller krisplan hade kunnat förbättra vården för våra mångbesökare genom att, om inte förhindra, så åtminstone lotsa rätt genom alla akutbesök.

Att använda sig av eget material som utgångspunkt för utvecklings- och förbättringsarbete i verksamheten är ett arbetssätt som vi vill rekommendera. Genom att utgå från "våra patienter" och "våra problem", skapades en gemensam förståelse och ett större känslomässigt engagemang. Detta har gett oss en gemensam och aktuell plattform för förbättringsarbeten inom organisationen.

**Ulrika Andersson, Psykiatrisjuksköterska, vårdutvecklare**  
**Cecilia Rönnbäck, Psykolog**  
**Ulrika Rosenqvist, Överläkare**  
**Vuxenpsykiatri Söder, Kalmar**

**Herman Holm, Överläkare**  
**Psykiatri Malmö**



# Suicidalitet som diagnos?

Foto: Shutterstock/Stokkete

Ju längre jag kommer i min karriär som psykiater, desto mer slås jag av saker som återkommer i min kliniska vardag. Först och främst, vilket fantastiskt intressant och stimulerande yrke man har haft turen att välja. Men i likhet med andra intressanta saker väcker detta intressanta område frågor till liv.

I mitt fall är det för tillfället en diagnostisk anomali som gnager på mig. Varför finns inte suicidalitet som diagnos? Tänk på saken en stund... Är det inte konstigt, så säg?

Det finns visserligen massor av kodningar för genomförda suicid eller suicidförsök - hoppat, fallit, snubblat, hängt sig, tabletter, skurit sig, skjutit sig och så vidare. Det finns även som ett kriterium under vissa personlighetsstörningsdiagnoser, och det är ett tilläggs-kriterium vi ständigt fiskar efter när vi bedömer svårighetsgrader av andra diagnoser. Vi tar hänsyn till "suicidalitet", varje gång vi träffar en patient och det är ofta vad som kan få oss att vilja ta till tvångsvård eller tvångsätgärder. Det kan vara tillägget av akut suicidalitet som leder till konvertering, eller det som får oss att skriva ett vårdintyg till att börja med.

Men när satte du senast diagnosen "akut suicidalitet" eller "kroniskt suicidal"? När valde du "självskadebeteende" eller "persisterande självskadebeteende" som diagnos? Min gissning är att du säkert gjort den bedömningen, och säkert nämnt detta i löpande text, men diagnosen har du inte ställt. Varför? För att den inte finns.

Varför? Jag förstår det inte, eller för att vara mer korrekt, jag tror att jag kan förstå "varför", men jag håller inte med.

Ett vanligt argument skulle kunna vara att suicidalitet är ett symptom på sjukdom, inte en sjukdom i sig. Ingen som är helt frisk kan vara suicidal, lyder i förlängningen det resonemanget. Suicidalitet väljs att tolkas som ett delsymtom i en personlighetsstörning, ett akut eller ett residualt symptom på depression, en copingstrategi vid ångesttillstånd, en problemlösning vid krissituationer eller förvirringstillstånd, ett psykotiskt symptom, eller kanske ett automatiserat beteende kopplat till ett neuropsykiatriskt funktionshinder.

Det är så djupt rotat i vår kultur att suicidalitet måste "bero" på något, att vi aldrig överväger att sätta det som en fristående diagnos.

Jag köper inte det resonemanget. Av det enkla skälet att de diagnoser som vi vill koppla suicidaliteten till även de, när det kommer till kritan, är baserade på, just det, symptom...

Vi menar alltså att det är mer sannolikt att en benägenhet att rycka ut hårstrån, fixera sig vid tvångstankar, kompulsivt äta, eller inte äta, ha svårt att tala inför folk eller att vara fixerad vid inbillade (eller reella) skönhetsfel är mer förtjänta av att stå som egen diagnos och därmed ges en egen diagnos än suicidalitet i tanke eller handling.

Jag säger inte att man måste sätta suicidalitet som diagnos, detta då den ju faktiskt i det allra flesta fall ÄR kopplad till en "underliggande samling symptom förenlig med psykiatrisk sjukdom", måhända en svår depression, en psykos eller en personlighetsstörning. Men ibland upplever då åtminstone jag att den mest relevanta diagnosen ÄR just suicidalitet. Inget annat.

Jag ser fram emot första gången jag kan få sätta diagnosen "Suicidalitet, kronisk", eller "Suicidalt beteende, kroniskt". Kanske, kanske kan jag till och med få chansen att någon gång i framtiden få förmånen att sätta diagnoserna "Kronisk suicidalitet, kognitivt inducerat", eller "Suicidalt beteende, emotionellt reaktivt". Eller något liknande.

Till dess drar jag en djup suck, fortsätter att ad infinitum dokumentera suicidriskbedömningar varenda gång jag träffar en patient, göra kliniska bedömningar i löpande text och sätta diagnosen "Trikotillomani F63.3".

**Peter Asellus**  
Överläkare  
Psykiatri Nordväst, Stockholm

**ANNONS**

## Beroendemedicin – är det psykiatri eller...?

Sverige är ett land där problem med alkohol uppmärksammas ovanligt mycket. Insatser från Magnus Huss, Ivan Bratt, Leonard Goldberg, Gunnar A R Lundquist och Mats Berglund har stått sig genom åren, också internationellt. Likväl finns det mycket okunskap hos många. En del psykiatrer kan inte slå sig för bröstet. Löjligen revirstrider har ibland förpestat tillvaron, inte minst för stackars unga jourhavande läkare som haft svårt att både lägga in alkoholpatienter med uppenbart vårdbehov, och att lotsa dem rätt för öppenvård. Är det sjukvården eller socialtjänsten som är ansvarig? Landshövding mm Gerhard Larsson ledde en förnämlig utredning – som hittills lagts på is av högst oklara skäl.

En allmänläkare på hög nivå sade sig i sin kliniska verksamhet aldrig ha träffat en beroendepatient! Studier antyder motsatsen – beroendepatienter stöter man på överallt. Åke Nordén som var professor i allmänmedicin skrev en utmärkt bok "Alkohol som sjukdomsorsak" – han var observant.

**"Psykiska störningar  
och beteendestörningar  
orsakade av psykoaktiva  
substanser".**

Hur är det inom psykiatrin? När Johan Franck installerades som professor i psykiatri, särskilt klinisk alkohol- och narkotikaforskning, vid Karolinska Institutet, intervjuades han och menade att beroendepatienten är den vanligaste inom akutpsykiatrin! Det kan givetvis skifta mellan olika områden, men tänkvärt.

I ICD-systemet finns avsnittet F10-F19, "Psykiska störningarna och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser".

Hur ska detta hanteras? Ska psykiatri vara ett "paraply" över bl.a. alkoholbetingade sjukdomar, eller kan man skapa en ny specialitet? Det ska man ha gjort i Norge. I varje fall bör "addiction medicine" vara grenspecialitet – samsjukligheten är enorm, vilket professor Agneta Öjehagen i Lund visat.

Ulf Rydberg  
Professor emeritus  
Karolinska Institutet

**ANNONS**





## Uppmaning till mina vuxna döttrar

Foto: Shutterstock/KR MEDIA Productions

Så är man alltså psykiater. Man är i det här fallet jag. Er pappa. Överläkare gudbevars. Befordringsgången är kort. Bakjour blir du omedelbart. Betänketid saknas och inskolning är månne ett ålderdomligt begrepp.

Och här någonstans börjar karusellen. Runt runt så att du lätt blir både yr och illamående. Var börjar eländet egentligen? Och var slutar psykiatris långa arm att förlora sitt fotfäste och sin innebörd? Frågor. Och många fler.

Där det efterhand visar sig att kanske fyra femtedelar av mina kvinnliga patienter varit utsatta för signifikanta övergrepp av sexuell natur. Ja. Om de nu inte blivit våldtagna som förskolebarn har de utsatts för systematiska kränkningar senare i livet. Inte alla. Men en skrämmande hög andel.

Vid det här laget har jag två handgripliga och yrkesmässigt förankrade perspektiv på kvinnlig förnedring. Det ena som allmänläkare. Det andra som psykiater.

Som allmänläkare ägnade jag en hel del möda åt kvinnor med olika former av smärttillstånd. Plågor som inte kunde förklaras med vanliga åthävor. Värk kort sagt. Smärta. För att nu fördjupa. Och undantagslöst med historier som direkt eller på omvägar beskrev kränkningar, övergrepp, intrång i personlighet och angrepp mot självkänslan.

Margareta Renberg, poet och konstnär, formulerar något annat. En motrörelse som visst kan avse en samhällelig process i första hand men kanske också ge kropp åt en individuellt klädd revansch.

”Skinnet är oåterkalleligen deflorerat.  
Enda utvägen är att fullfölja arbetet  
med tatueringar över hela kroppen.  
Enda utvägen är att strypa tatueringen  
med sladden till hans elektriska nål  
och överta produktionsmedlen ”

Kränkningar och sexuella övergrepp är inga tillfälligheter. Offren inte i första hand en psykiatrisk diagnostisk angelägenhet. Och detta är en del av mitt perspektiv även om glasögonbågarna skaver. Samhällskroppen har helt enkelt problem. Stora sådana.

Manligheten eller snarare våra patriarkala normer och strukturer är ett bekymmer. Och spiller ut sina plågor som på projektdukar bland kvinnor och barn. Liksom åter på oss själva dvs. du och jag som män. Vad ska vi ge dessa kvinnor för råd? Ett vet jag. Ett är faktiskt övertygande statistik. Det är att de aldrig skall vara hemma.

Det är nämligen mer eller mindre undantagslöst i hemmet, med nära bekanta, som våldet utspelar sig.

Naturligtvis bör de strypa tatueringen. Men i övrigt är mitt råd till alla kvinnor inklusive mina två egna vuxna döttrar bara detta:

– Stanna inte hemma!

Bosätt er hellre i någon mörk j-a park!

Eller i ett fucking parkeringsgarage! Som man kanske skulle framföra saken på frodig nysvenska.

Hälsar pappan  
Torsten Green-Petersen  
Överläkare  
Visby

**ANNONS**

# Vändpunkten för borderlinepatienten

## Nytt från DSM-5 och behandling med Transference Focused Psykoterapi (TFP)

Det är glädjande att Otto Kernberg, legendarisk professor i psykiatri och psykoanalytiker, och Stephan Doering, professor och forskare, har accepterat att komma till Stockholms universitet den 4 och 5 april för att hålla föredrag om borderlinepatienten, och workshop om Transference Focused Psychotherapy (TFP). Det finns platser kvar och alla intresserade är välkomna att anmäla sig. TFP är en evidensbaserad manualiserad psykodynamisk psykoterapi anpassad för individer med Borderline Personality Disorder (min översättning: borderline personlighetssyndrom) som även kan användas för andra svåra personlighetssyndrom. Sedan 60-talet har Kernberg studerat och skrivit om individer med personlighetssyndrom. Tillsammans med en grupp kliniker och forskare har Kernberg utvecklat TFP som idag åtnjuter ett omfattande vetenskapligt stöd. TFP har utvärderats i randomiserade och kontrollerade studier och har visat sig vara effektivt. Det finns empirisk stöd för att behandling med TFP hjälper vid borderline personlighetssyndrom vilket Doering kommer att prata om. Den nya beskrivningen av borderline personlighetssyndrom som återges i sektion III, DSM-5-boken, överrensstämmer med Kernbergs skrifter.

Därför skulle behandling med TFP kunna bli vändpunkten för ett antal borderlinepatienter.

I DSM-5 är personlighetssyndrom (personlighetsstörningar) ett eget sjukdomstillstånd eftersom axelsystemet har tagits bort. Efter 14 års arbete föreslog DSM-5 Personality Disorders arbetsgrupp en förändring av diagnoskriterierna för personlighetssyndrom. De nya kriterierna som finns i DSM-5, sektion III, är mer evidensbaserade och mer användbara för kliniker och forskare än DSM-IV:s klassifikation, skriver arbetsgruppen. Idag kan kliniker använda antingen den nya modellen i sektion III (s. 761) eller följa den gamla i sektion II (s. 645). Den sistnämnda är välkänd för de flesta.

Därför kan det vara intressant att gå igenom de nya kriterierna för personlighetspatologin vilka, som sagt, är identiska med Kernbergs. Kriterierna är utvecklade utifrån omfattande litteraturstudier och evidensbaserade undersökningar.

Arbetsgruppen kom fram till att kännetecknen för en individ med personlighetssyndrom är förekomst av en dysfunktionell personlighetsstruktur och av patologiska personlighetsdrag. Det finns 6 diagnoser.

Kriterium A är uppfyllt om en individ uppvisar en funktionsnedsättning till följd av en identitetsstörning (Identity), brist på långsiktiga livsmål och värderingar (Self-direction), dysfunktionella nära relationer där förmågan till empati (Empathy) och intimitet (Intimacy) undersöks noggrant.

Kriterium B undersöker 25 patologiska personlighetsdrag samlade inom fem följande områden: *Negative Affectivity*, *Detachment*, *Antagonism*, *Disinhibition* och *Psychoticism*. I boken på sidan 779 kan man läsa hur områden och personlighetsdrag definieras. Diagnosen personlighetssyndrom kan endast ställas om kriterium A är uppfyllt samt om patologiska personlighetsdrag finns inom minst ett område.

Med hjälp av Personality Functioning Scale kan man gradera patientens funktionsnedsättning i 5 steg från lätt till mycket svår (0 till 5).

Enligt DSM-5, sektion III, uppvisar en individ med borderline personlighetssyndrom följande kännetecken med svårigheter i två eller flera av följande:

1. Identitetsstörning.
2. Instabila långsiktiga livsmål och värderingar.
3. Instabilitet i nära relationer med oförmåga till empati och
4. Intimitetsproblematik med instabila konfliktfyllda nära relationer med misstro, rädsla att bli övergiven, ett ständigt pendlande mellan närhet och avstånd samt förekomst av patologiska personlighetsdrag över tid med minst en av a, b eller c och sammanlagt fyra eller fler:

a) Impulsivitet (inom området *Disinhibition*) där patientens följer sina impulser och handlar därefter utan eftertanke, har svårt att planera och att fullfölja planer, har svårt att tänka på konsekvenserna av sina handlingar, under känslomässig press kan komma att skada sig själv.

- b) Risktagande (inom området *Disinhibition*) där patienten engagerar sig i farliga, riskfyllda, aktiviteter utan hänsyn till konsekvenserna; saknar känslan för gränser och förnekar den farliga verkligheten.
- c) Fientlighet (inom området *Antagonism*): Känner sig ofta arg, reagerar med ilska eller irritation på små förolämpningar.
- d) Emotionell instabilitet (inom området *Negative Affectivity*).
- e) Oro och ångest (inom området *Negative Affectivity*) intensiva inre spänningar, panikkänslor.
- f) Depressivitet (inom området *Negative Affectivity*): återkommande nedstämdhet och/eller återkommande hopplöshetskänslor, svårigheter att ta sig ur depressiviteten, suicidtankar och suicidalt beteende.
- g) Separationsångest (inom området *Negative Affectivity*): Rädsla att bli övergiven av betydelsefulla andra i kombination med rädsla för starkt beroende.

Till skillnad från andra psykoterapibehandlingar antar Kernberg att borderlinepatientens inre värld kan vara uppbyggd utifrån splitting dvs. ett "svart-vit"-tänkande. Splittingen känner jag igen i kontakt med borderlinepatienter. Hur hjälper behandlingen med TFP? TFP:s målsättning är att lösa upp patientens identitetsstörning, att övervinna splittingen vilket leder till bättre integrerad identitet, ett bättre fungerande kärleksliv och yrkesliv. Destruktiviteten och självskadebeteendet minskade. Borderlinepatienten utvecklade en ökad affektmedvetenhet och affekttolerans. Innan behandlingen inleds diskuteras terapikontraktet steg för steg. TFP innehåller tre principer som terapeuten följer under behandlingen nämligen strategier, taktiker och tekniker. Den viktigaste tekniken inom TFP är tolkningar som börjar med förtydliganden, klargöranden och försiktiga konfrontationer av det patienten upplever "här-och-nu" i terapirummet tillsammans med terapeuten.

Eftersom TFP är en spännande och inspirerande behandlingsmetod är jag otroligt glad att jag kunde locka Otto Kernberg och Stephan Doering till Sverige och i april kan ni komma och lyssna till dem själva på Psykologiska Institutionen, Stockholms universitet.

**Sophie Steijer**  
Specialistläkare i psykiatri  
sophiesteijer@gmail.com

#### Referenser

1. Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.
2. Levy, K. N.; Meehan, K. B.; Kelly, K.M.; Reynoso, J. S., et al (2006). Change in attachment and reflective function in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *J of Consulting and*

#### Fortsättning från sidan 32

Så länge som behövs, men vanligen minst ett år, följer man personen till ett stabilt tillfrisknande inklusive väl informerad beredskap för snabb upptäckt av risk för återfall. Fokus läggs också på en återhämtad allmän utveckling. Att man som grundförutsättning för all behandling inledningsvis beskriver faktorer som teamarbete och god arbetsledning, kontinuerlig handledning för alla behandlare, observans på terapeutens förutsättningar som individ, kontinuiteten i vården, möjligheten till stöd för patienter dygnet runt samt den terapeutiska relationens avgörande betydelse, är mycket väsentligt.

**Givetvis är en del enskildheter** präglade av amerikanska förhållanden och inte gångbara för oss. Några klinikers aktiva deltagande i översättningen (t.ex. affektiv sjukdom eller affektiv störning benämns "affektstörningar") och i en fullständig anpassning till svenska förhållanden behövs till nästa upplaga. Det skulle ge boken en självklar plats som manual för det svåra specialistarbetet med den stora gruppen deprimerade och suicidala unga som därtill har en mångfacetterad utsatthet, en stor samsjuklighet och en allvarlig prognos som vuxna.

**Johan Andreen,**  
leg. läk., specialist i barn- och ungdomspsykiatri  
och allmän psykiatri, NASP, KI/SLSO  
andreen.johan@gmail.com

#### Referenser:

1. Thapar A et al., *BMJ* 2010;340:c209
2. SOS (Socialstyrelsen). Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Socialstyrelsen, 2012
3. NASP (Nationellt center för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa). Självordsstatistik. [www.ki.se/nasp](http://www.ki.se/nasp)

# Rapport från Riksstämman i Stockholm 2013

På stämmans första dag började vi med möte med akademien följt av ett föreningsmöte. Sammanfattningsvis pratade vi om att försöka stimulera fler studenter att skriva sitt vetenskapliga arbete om barnpsykiatri. Studenterna har ett vetenskapligt arbete motsvarande 30 poäng. Detta är mer ambitiöst än det vetenskapliga arbetet under ST och frågan är om man inte borde ta bort detta delmål från ST och i stället satsa mer på delmålet kvalitetsarbete. Från akademien framförde man att det är svårt att rekrytera unga läkare till forskning. Två skäl framfördes, dels att ST i dag har så många delmål och krav att det är svårt att hinna med forskning samt att lönenivåerna för specialister går inte att matcha i forskningsvärlden. Vi pratade därför om att det vore bra att inrätta speciella ST-tjänster för forskning motsvarande ledarskaps-ST.

På föreningsmötet pratade vi om att antalet barn med ADHD och som har medicin har nu blivit så många att det tar stora resurser att ta hand om väl inställda och behandlade patienter. Vi beslöt att utreda frågan mer hur man gör i andra länder och försöka få till en diskussion och att utvidga förskrivningsrätten till i första hand barnläkare och allmänläkare.

Efter föreningsmötet gick vi till Riksstämman. Först hörde jag på en mycket engagerad föreläsning av Helen Bavan om hur man når framgångar i sitt förändringsarbete. Hon menade att "If we want people to take action, we have to connect with their emotions through values". Hon pratade om skillnaden mellan att vara en "troublemaker" och en "radical". Många radikala blir tyvärr bråkmakare för att de möter på motstånd och oförståelse. Hon gjorde reklam för "The School for healthcare radicals" som alla kan hitta på [www.changeday.nhs.uk/healthcareradicals](http://www.changeday.nhs.uk/healthcareradicals).



På eftermiddagen hade vi våra egna symposier om ADHD och placerade barn. På ADHD-symposiet var Marie O'Neill moderator. Ann Fristedt började med att prata om sitt arbete som barnpsykiatriker i Linköping och hur de systematiskt arbetade för att höja kunskaperna om ADHD i skolan. Ett konkret resultat var att de kunnat ta bort alla smågrupper där man samlat barn med ADHD-problematik och nu kunnat få tillbaka barnen i sina vanliga klasser. Sedan man börjat arbeta mer systematiskt så har man kunnat mäta att barnen i medel har fått bättre betyg.

Katarina Berg-Ahlfors från Växjö beskrev processen hur man kan få fram en vårdöverenskommelse så att man inte måste ta konflikterna på vårdnivån som berör vårdnadstvister. Kerstin Malmberg beskrev hur hon utreder och behandlar barn med ADHD. Det märks att Kerstin har stor klinisk vana, hon har en fin förmåga att låta det mesta låta så naturligt och enkelt.

På semialet om placerade barn höll moderator Maria Unenge Hallerbäck en fin introduktion till roliga och tankeväckande



bilder. Barnombudsmannen Fredrik Malmberg berättade om Bos rapporter från deras granskning av SiS- och HVB-hem där de intervjuat intagna ungdomar. Det är dystert rapport över hur de unga blir behandlade och hur de upplever placeringen. Han betonade att det är socialnämnden som har det yttersta ansvaret för att dessa barn och ungdomar får rätt insatser. Han menade att det är inte i alla kommuner som politikerna förstått detta ansvar.

Kerstin Almqvist redovisade flera studier och betonade att vanvård inte är så ovanligt men något som vi inte pratar så mycket om. Hon menade att störd anknytning kan ge desorganiserat anknytningsmönster. Barn som har starka affekter, blir lätt upprörda och har svårt att lugna ner sig. "De barn som är svårast att placera är de som behöver det mest." Anders Hjern kunde berätta att 4 % av alla barn blir placerade någon gång under uppväxten. Familjehemmen har tenderat att bli proffsfamiljehem där man har fler än ett barn placerat. Vilket kan var både en fördel då man får mer kompetens, men också en nackdel framför allt om det är flera barn som är placerade i samma familjehem. Det finns inte så många alternativ då nationell adoption i dag är mycket sällsynt. Stefan Kling berättade om sitt arbete i Malmö. Han kunde berätta att det är mindre än 10 % av alla placerade barn som följs med hälsoundersökningar. De tappas ofta bort. Han menade att det är viktigt att göra en ordentlig undersökning och gå tillbaka till journalerna för att kunna skriva ett bra utlåtande som i sin tur kan ha mycket stor betydelse för barnets framtid. Bo Vinnerljung avslutade i positiva ordalag och berättade att det går att göra bra enkla insatser som gör skillnad. Han redovisade som exempel en studie där familjehemmet fick en uppgift att läsa 20 min, tre dagar i veckan under fyra månader. När man jämförde med en kontrollgrupp kunde man se att dessa barn hade tjänat in

ett år i läsförståelse.

Kvällen avslutades med medverkan i BNP-sektionens föreningsmöte. Frank Lindblad redogjorde för sin forskning där man mätte kortisonnivåer på barn med ADHD och jämförde med en kontrollgrupp. Man fick ihop 201 patienter och 221 kontroller. Kortisonnivåerna har normalt en typisk dygnskurva där de är lägst på morgonen, ökar snabbt efter uppvaknandet och minskar därefter åter till det går när man skall sova. Det fluktuerar sedan lite beroende på vad man gör på dagen. ADHD-barnen hade en signifikant lägre nivå på morgonen och närmaste 30 min för att sedan bli på samma nivå som kontrollerna på eftermiddagen. Först verkade

detta helt tvärtemot vad jag tänkte eftersom ADHD-barnen ofta har aktivitet men samtidigt kan man se att de har svårt att komma i gång på morgonen. Vad detta beror på vet man inte men väcker nya frågor.

Andra dagen på stämman kunde jag välja efter lust. Jag började med att gå på en mycket trevlig föreläsning om Celine, den franske författaren som också var läkare och en föreläsning om Hjalmar Gullberg som led av myastina gravis, en på den tiden plågsam och farlig sjukdom. Gullberg låg långa tider i respirator och skrev under denna tid en diktsamling. Han tog sedan sitt liv när han åter försämrades, han tog en överdos av tabletter som han fick av en vän som var läkare.

En av de roligaste och trevligaste föreläsningarna höll Mats Porath, psykiatriker från Sandviken. "Att möta patienter med personlighetsstörning" hette föreläsningen som kandidatföreningen arrangerade. Han började med att prata om personligheten som en verktygslåda. Man måste ha många olika verktyg i denna för att kunna fungera. Saknar man något verktyg så kan man inte göra vissa saker även om man försöker. Samma sak med personlighetsstörningar, de saknar vissa verktyg. Det går inte att kräva att de skall klara av saker som de inte har verktyg till eller så kan de använda samma verktyg till allt som de gör. Föreläsaren gav sedan en exposé över de olika personlighetsstörningarna och hur man känner igen och bemöter dem. Han gjorde det med glimten i ögat samtidigt som han gav prov på mycket kunskap och känsla för dessa patienter.



Sist på stämman gick jag på ett symposium om assisterad befruktning för samkönade par inom svensk sjukvård. Ingemar Engström som är barnpsykiatriker och ordförande i Läkaresällskapets etikkommitté gjorde en redovisning av historiken och nuvarande lagstiftning. I Sverige har vi öppna donationer, dvs. barnet har vid 18 års ålder rätt att veta vem som är dess pappa. Det som inte är tillåtet i Sverige är att både ta emot ett främmande ägg och spermie. Antingen spermien eller ägget måste ha en biologisk genetisk anknytning till en av föräldrarna.

Lena Moegelin från Stockholm gjorde en historisk exposé. Att vara homosexuell var kriminellt ända tills 1944 och klassificerade som psykisk sjukdom till 1979. Partnerskap tilläts 1995 och rätt till adoption 2003 och assisterad befruktning 2005. Alla landsting erbjuder i dag assisterad befruktning. Lotta Andersson, barnmorska på Mamma Mia-mottagningen på Söder i Stockholm berättade att de tar emot många lesbiska par som väntar barn. De tar också emot rådgivande samtal från hela landet eftersom lesbiska par ibland inte vet vart de skall vända sig då de är rädda för hur sjukvården skall reagera.

Sist på dagen träffade jag en glad Eva Serlachius med blomsterkvast och diplom. Hon hade precis tagit emot Läkartidningens pris för årets artikel "Ångeststörningar hos barn och ungdomar – hjälp finns att få". Ett stort grattis till Eva och medförfattare.

Riksstämman hölls i år i nya lokaler i centrala Stockholm vilket var positivt. Riksstämman erbjuder möjlighet att gå på symposier som ligger utanför ens eget specialområde vilket både är roligt och nyttigt. Vi i SFBUP:s styrelse tänkte att till nästa år ta fasta på detta och arrangera ett symposium som vänder sig till icke barnpsykiatriker. Jag hoppas att många hittar dit då.

**Text och foto:  
Lars Joelsson  
Ordförande i SFBUP**

# Samband mellan kreativitet och psykiska störningar

## Kreativitet vs intelligens

Man brukar ofta använda ordet geni för att beteckna antingen en mycket intelligent person eller en mycket kreativ person. Frågan vi först behöver reda ut är om "att vara mycket kreativ" är liktydigt med "att vara mycket intelligent" (Andreasen 2011).

Den amerikanske psykologen Lewis Terman (1877-1956) startade 1921 en långtidsuppföljning av ett tusental skolbarn födda i Kalifornien under de första decennierna av 1900-talet och som hade hög intelligenskvot (IQ), omkring 135-200 i IQ. Han valde även ett antal barn med genomsnittliga värden på IQ som en jämförelsegrupp. Denna studie har följt upp dessa barn ända in i medelåldern och det har publicerats fem böcker (Terman 1925-1959) och många artiklar baserade på studien. Mätvariablerna har omfattat bland annat hälsotillståndet, socioekonomiska förhållanden och hur personerna har lyckats i sina yrken och sina karriärer. Studien visade att individer som ingick i gruppen med höga IQ hade bättre kroppslig och mental hälsa som vuxna i relation till jämförelsegruppen. Men de med höga IQ visade sig inte ha haft större framgångar i kreativa yrken (konstnärer och författare) jämfört med gruppen som hade genomsnittliga IQ.

Andra studier med kreativa personer (kända författare eller arkitekter) visade att deras IQ låg kring 120, vilka visserligen är högre än genomsnittet men inte påtagligt höga (Andreasen 1987, Mackinnon 1965). Studierna visar således att kreativitet och intelligens inte återspeglar samma sak.

## Skolprestation vs psykisk störning

Man har dock funnit ett samband mellan hur man presterar i skolan och risken att drabbas av psykiska störningar. Två svenska studier (MacCabe m.fl. 2008, 2010) undersökte relationen mellan resultatet på skolverkets nationella prov för över sjuhundrausen 16-åringar och deras risk att behöva vårdas på någon psykiatrisk avdelning före 31 års ålder för psykotiska syndrom. De fann att personer som hade mycket dåliga resultat på skolprovet hade upptill 4 gånger förhöjd risk för att få psykiatrisk slutenvård med diagnosen schizofreni eller andra psykotiska syndrom samt hade även något förhöjd risk att vårdas för diagnosen bipolärt (manodepressivt) syndrom. Men intressant nog fann de också att personer som hade mycket bra resultat på skolprovet hade nästan 4 gånger förhöjd risk att vårdas för bipolärt syndrom jämfört med de övriga.

## Kreativitet och psykisk störning

Ett välkänt citat av antikens Aristoteles lyder "inget äkta geni utan ett stråk av galenskap". Således har man sedan länge tillbaka även funderat över om det finns en koppling mellan å ena sidan att vara kreativ eller genial och å andra sidan att vara säregen eller lite galen. Det finns många studier idag som har undersökt denna frågeställning ur olika perspektiv.

Ett flertal studier och anekdoter i litteraturen berättar om framstående kreativa personer som har haft psykotiska eller bipolära genombrott, haft depressioner under livet eller tagit livet av sig, personer som var aktiva inom konst, författarskap, drama, musik eller naturvetenskap (Andreasen 2005). Den framstående författaren Leo Tolstoj berättar i sin självbiografi "En bekännelse" om hur han hade kämpat med djupa depressioner under medelåldern och även haft allvarliga självmordstankar. August Strindberg drabbades av en paranoid psykos under några år mot slutet av 1800-talet. Virginia Woolf och Karin Boye tog livet av sig. Arthur Koestler var temperamentsfull i sina relationer och tog livet av sig när han hade fått cancer. Ernest Hemmingway samt hans far och två syskon tog livet av sig, man tror att deras genetiska sjukdom hemokromatos låg bakom detta genom en ansamling av järn i hjärnan och i övriga organ. Konstnären Vincent van Gogh hade psykotiska och bipolära episoder innan han tog livet av sig – över 150 läkare har spekulerat om hans diagnos och det har lagts fram förslag på 30 alternativa diagnoser.

Andreasen (1987) undersökte förekomsten av psykiska störningar bland kreativa och framgångsrika författare och deras förstegradssläktingar i USA. Hon fann att författarna hade en hög förekomst av förstämningssyndrom (manodepressiva eller depressiva störningar). Även deras förstegradssläktingar hade en högre förekomst av förstämningssyndrom jämfört med en kontrollgrupp. Med utgångspunkt från recensioner i New York Times Book Review under perioden 1960-1990 av drygt ett tusen personer undersökte Ludwig (1992) de recenserade författarnas biografier och kom fram till att de som hade varit sysselsatta inom konstnärliga yrken (inklusive författarskap) hade haft en högre grad av olika psykiska störningar, drogmissbruk och självmord, jämfört med de som hade varit sysselsatta inom andra yrken. Post (1996) gjorde en annan studie av kända författare och fann att de hade haft en hög förekomst av depression och alkoholberoende.



Bland kända vetenskapspersoner uppges en rad kreativa personer ha haft psykiska störningar. Ett välkänt exempel är John Nash som porträtteras i filmen "A beautiful mind". Han drabbades av schizofreni från 30-årsåldern, fick Nobelpris i ekonomi 1994 och har hittills levt åtminstone 84 år. Isaac Newton, en av de främsta i naturvetenskap, hade en misstänksam personlighet, depressiva perioder och var temperamentsfull. Han fick en episod av ett psykiskt sammanbrott vid 36 års ålder. Enligt en forskare på Aspergers syndrom (Fitzgerald 2005) misstänks Albert Einstein och Isaac Newton (jämför flera andra kända och kreativa personer) ha haft vissa drag av Aspergers syndrom.

Det man har sett hos många kreativa personer är att även när de själva inte haft några framträdande psykiska störningar så har deras biologiska släktingar ofta haft någon sorts psykisk störning i en större omfattning än i befolkningen. Exempelvis hade Bertrand Russell (en välkänd filosof som fick Nobelpris 1950) själv inte någon psykisk störning, men två syskon till hans förälder samt hans son och barnbarn fick schizofreni. James D. Watson, som tillsammans med Francis Crick fick Nobelpris för att ha upptäckt strukturen för DNA-molekylen, har en son som fått schizofreni. Albert Einstein hade en son med schizofreni. En hög förekomst av psykiska störningar hos biologiska släktingar till kreativa personer, vilket man har funnit i ett antal studier, kan tyda på att samma genetiska underlag skulle kunna framkalla kreativitet hos vissa personer men ge upphov till en psykisk störning hos andra.

Men eftersom psykiska störningar i befolkningen är förhållandevis vanliga är det förväntat att en del kreativa personer eller deras biologiska släktingar skulle ha någon psykisk störning. Så man behöver jämförande studier och med tillräckligt stort material för att undersöka om psykiska störningar är överrepresenterade bland kreativa personer eller hos deras biologiska släktingar i relation till det som finns i normalbefolkningen. En tidig jämförande studie var från Island (Karlsson 1970) där man fann att biologiska släktingar till personer som hade haft psykotiska störningar (schizofreni eller bipolära tillstånd) hade en överrepresentation av kreativa personer jämfört med befolkningen i övrigt. En senare och större studie från USA (Tremblay, Grosskopf & Yang 2010) med tjugotusen vuxna visade att de som hade bipolärt syndrom oftare sysslade med "kreativa yrken" jämfört med de övriga.

#### **Svenska studier**

Två nyligen publicerade svenska studier är omfattande och undersöker på ett mycket stort material relationen mellan psykiska störningar och kreativitet (Kyaga m.fl. 2011, 2013). Man har i dessa studier använt sig av många nationella befolkningsregister och hälsoregister som finns i Sverige. I studierna kombinerade man uppgifterna från dessa register på ett avidentifierat sätt.

I den första studien (Kyaga m.fl. 2011) undersökte man alla personer som någon gång under perioden 1973 till 2003 hade vårdats på psykiatriska avdelningar med diagnoserna schizofreni, bipolärt (manodepressivt) syndrom eller unipolär (utan maniska episoder) depression samt undersökte deras släktingar, totalt 300 000 personer. Man kollade upp vilka yrken de hade och jämförde detta med yrken hos kontrollmaterialet i befolkningen. Som kreativa yrken definierade man konstnärliga yrken och vetenskapliga yrken. Studien visade att personer som hade fått diagnosen bipolärt syndrom själva hade en överrepresentation av kreativa yrken, men däremot inte de som hade diagnoserna schizofreni eller unipolär depression. Studien visade också att friska släktingar till de som hade bipolärt syndrom eller schizofreni var överrepresenterade med kreativa yrken. Däremot fann man i studien att varken patienterna med unipolär depression eller deras släktingar hade en överrepresentation av kreativa yrken.

I den andra studien (Kyaga m.fl. 2013) utökade man materialet betydligt för att inkludera alla personer som någon gång under perioden 1973 till 2009 hade vårdats med någon diagnos bland ännu fler diagnoser – schizofreni, bipolärt syndrom, schizoaffektivt syndrom, unipolär depression, ångestsyndrom, alkoholmissbruk, drogmissbruk, autism, ADHD, anorexi samt de som hade begått självmord. Dessa utgjorde knappt 1,2 miljoner personer. Dessutom inkluderade man deras släktingar i studien. Studien visade återigen att kreativa yrken var överrepresenterade bland personer med diagnosen bipolärt syndrom men detta gällde inte personer med andra psykiatriska diagnoser, när man med kreativa yrken menar konstnärliga (inklusive författarskap) och vetenskapliga yrken. Förstegradssläktingar till personer med schizofreni, bipolärt syndrom eller anorexi samt syskon till personer med autism hade en överrepresentation av yrken ur den sammanslagna gruppen av kreativa yrken.

När man däremot analyserade materialet separat för bara författarskap som det kreativa yrket, fann man att bland själva författarna var det en överrepresentation av schizofreni, bipolärt syndrom, unipolär depression, ångestsyndrom, drogmissbruk och självmord.

#### **Kreativitet nära randen till kaoset**

Kreativitet handlar om nytänkande och nyskapande. Man har inte kunnat lokalisera specifika huvudcentra i hjärnan för kreativitet. Kreativitet anses vara ett resultat av ett samspel mellan olika delar av hjärnan. Flera studier visar att den högra hjärnhalvan är aktivare vid diverse kreativa uppgifter men det senaste decenniets forskning visar att kreativitet även aktiverar kommunikationen mellan de två hjärnhalvorna genom förbindelsebanorna mellan dem (Lindell 2011). Vidare har man inte sett någon väsentlig skillnad mellan humaniora och naturvetenskap med avseende på vilka hjärnområden som aktiveras vid kreativitet (Andreasen & Ramachandran 2012).

En övervägande del av hjärnans energiförbrukning beror på en ständigt pågående inre dialog mellan olika delar av hjärnan. Även när hjärnan till synes är i vila pågår sådan dialog inom ett särskilt område som heter standardnätverket (Raichle 2006).

De senaste årens forskning har funnit att somliga nätverk av hjärnan som är aktiva hos kreativa personer är även aktiva hos personer med manodepressiv störning eller schizofreni eller hos deras biologiska släktingar (Takeuchi m.fl. 2012; Jung m.fl. 2010). Vi alla befinner oss ofta på gränsområdet mellan oföränderlighet och förnyelse. På gränsområdet mellan en stabil och en kaotisk tillvaro. Det är sannolikt på detta gränsområde nära randen till kaoset som kreativitet uppstår. Och det är just här som man riskerar att tippa över till kaoset som man känner igen i psykiska störningar.

**Jayanti Chotai**  
**Professor emeritus i psykiatri, Umeå universitet,**  
**Specialistläkare i psykiatri, Uppsala**  
**[jayanti.chotai@psychiat.umu.se](mailto:jayanti.chotai@psychiat.umu.se)**

Referenser kan fås från författaren eller från boken:  
Chotai J (2013). Holism och reduktionism: En populärvetenskaplig resa genom naturvetenskap och psykiatri. Recito förlag.

---

## Auskultation på transkulturell konsultationsmottagning i Montreal (CCS/McGill)

### Rapport från en Cullbergstipendiat

Efter att jag blev färdig med min ST fick jag möjlighet att göra ett uppehåll från den kliniska patientnära vardagen och i stället arbeta några månader på Transkulturellt centrum/SLL i Stockholm. På TC arbetar man för att öka kunskapen hos hälso- och sjukvårds- samt tandvårdspersonal i transkulturella frågor, och för att främja hälsa och förebygga ohälsa bland grupper av migranter. En ny möjlighet till ett pluralistiskt tankesätt uppstod med fokus bl.a. på interaktion mellan kultur och psykisk ohälsa men även nya reflektioner över den samtida kulturen i psykiatri.

Jag återvände till mitt kliniska arbete i Göteborg men vissa frågor fortsatte vara aktuella och även nya tillkom; hur man kan tillämpa den nya kunskapen i det kliniska vardagliga arbetet;

hur man kan integrera det transkulturella perspektivet i den kliniska verksamheten rätt organisatoriskt. Jag försökte hitta svar på dessa (eller åtminstone nya frågor) med det generösa stödet från Cullbergstipendiet genom att göra ett studiebesök i Montreal.

Divisionen för social och transkulturell psykiatri på McGill-universitetet, under ledning av professor Laurence Kirmayer, har varit ett ledande centrum i transkulturella frågor. Den har under flera år spridit kunskap internationellt om transkulturella och socialpsykiatriska ämnen, men också erbjudit kliniska konsultationer på lokal nivå där man har bedömt att sociokulturella aspekter är av betydelse.

Under min resa besökte jag de två kliniska enheter i Montreal som utför de ovannämnda konsultationerna. Den första var Cultural Consultation Service på Jewish General Hospital medan den andra enheten var "Training and Research Transcultural Team" som har barnpsykiatrisk inriktning.

Arbetet på konsultationsmottagningen innebär omfattande kliniska bedömningar med fokus på diagnostik, prognos och behandling när sociokulturella faktorer bedöms spela en viktig roll och tidigare insatser inte hittills har fungerat. Anledning till remittering kan vara t.ex. klinikers svårighet med diagnostik, att forma en gemensam behandlingsplan eller skapa en förtroendefull behandlingsallians med patienten. Genom kliniska intervjuer och planerade återkopplingsamtal vill man hjälpa klinikern att på ett systematiskt sätt utvärdera betydelsen av individens kulturella sammahang och komma med förslag till behandlingsrekommendation.

Grunden för dessa konsultationer är kulturformuleringsintervjun. Kulturformuleringen syftar till att på ett individuellt sätt utforska betydelsen av kultur och kontext vid psykiatrisk diagnostik. Kulturformuleringsintervjun är personcentrerad och etnografiskt baserad. Man utgår från förslaget till kulturformulering som fanns i DSM-IV:s appendix. Bedömningar på CCS kan även kompletteras med användning av etnografisk litteratur, "culture brokers", antropologer och andra kulturkonsulter. Man har därför skapat ett nätverk av flerspråkliga medarbetare inom olika yrkeskategorier samt en databas med ett flertal översatta kliniska instrument och formulär.

Konsultationsmottagningen är lokaliserad i samma hus som övrig öppenvårdspsykiatri på Jewish General Hospital. Remisser skickas från primärvården, psykiatri men även socialtjänsten. Ärenden kan handla om en individ, familj, även en social grupp. En filtrering av remisserna utförs av en triage-psykolog. Cirka 50 % av alla ärenden handläggs per telefon. CCS är en komplettering till den vanliga vården och man förväntar sig inte att vårdkontakten övertas. I CCS arbetar läkare, psykologer, och även randande ST-läkare. Om möjligt är de inremitterande eller representanter närvarande i kliniska intervjuer och framförallt i diskussioner.

Det kan handla om 1-3 teambesök. Ärendet presenteras på teamkonferens och rekommendationer lämnas till vårdgivaren. Dessa presentationer fungerar även som utbildningstillfällen för vederbörande personal. Även olika experter kan bjudas in och bidra till dessa.

I en nyligen publicerad redovisning av deras konsultationsarbete kunde man visa att genom utföring av kulturformulering kunde man minska feldiagnostisering av psykotiska tillstånd med 49 %. Man har dessutom upplevt att dessa konsulter har förbättrat samarbetet mellan psykiatri och primärvården. Patienter har också upplevt det som en positiv och viktig intervention.

Det barnpsykiatriska teamet arbetar på ett liknande sätt förutom att hembesök oftare äger rum samt att det finns tätare samarbete med kommunala och sociala aktörer.

Sverige har många likheter med Kanada trots att vissa skillnader förekommer. Svensk psykiatri behöver anpassa sig till det mångkulturella samhället. På min klinik har diskussionen redan varit aktuell och man planerar gå vidare med åtgärder för att förbättra vårdkvalitet och för att investera i en allt mer personcentrerad vård. Jag känner att dessa erfarenheter från resan kan bidra till diskussionen. Resan skulle inte vara möjlig utan stödet av Cullbergstipendiet.

Det är omdebatterat vilken strategi som är bäst för att öka kulturkompetensen och förbättra vården på ett kostnadseffektivt sätt. Strategier som bygger på konsultationsmodellen kan vara ett alternativ. Min spontana uppfattning är att vi, överaskande nog, har bättre resurser än i Kanada men optimering behövs. Det känns därmed rimligt att satsa bland annat på en allmän kulturkompetensutveckling bland personal genom t.ex. interprofessionell utbildning. Det som blir alltmer tydligt är att kulturformulering kan spela en nyckelroll i detta. En manual har utvecklats för att ge stöd och vägledning till kulturformuleringsintervju. I den nya DSM-5 har kulturformuleringen kompletterats med en intervjuguide med förslag till frågor.

**Michael Ioannou**  
**Psykiatri Affektiva 1/SU**

## Långtidssjukskrivning vid psykisk sjukdom

Psykiatriska sjukskrivningar är ett stort problemområde som ofta uppmärksammas i media och i den politiska debatten. Långtidssjukskrivning på grund av psykiatriska diagnoser kan ha negativa konsekvenser för individer, organisationer och samhället. Psykisk sjukdom innebär minskad livskvalitet och lidande hos individer. Negativa aspekter kan också vara ökade samhällskostnader och minskad produktivitet, samt en ökad risk för marginalisering från arbetsmarknaden och social isolering hos långtidssjukskrivna, vilket kan öka ohälsan ytterligare. Trots det råder det brist på studier kring psykiatrisk sjukskrivning. I en avhandling som nyligen försvarades vid Karolinska Institutet framkom några intressanta samband som borde undersökas vidare i framtida studier.

**Ulf Rydberg, professor em. klinisk alkohol- och narkotikaforskning, Karolinska Institutet**

**Avhandling:** Anna Bryngelson: Long-term sickness absence for psychiatric disorder: association with staff downsizing, treatment, workplace oriented rehabilitation, and subsequent cause-specific inpatient care and mortality.

Handledare: professor Irene Jensen, professor em. Marie Åsberg och docent Ellenor Mittendorfer-Rutz.

### Personalneddragningar inom landsting och senare ökning av långtidssjukskrivningar pga. psykiatriska diagnoser

I syfte att undersöka om neddragningar av personal inom landsting hade samband med psykiatriska långtidssjukskrivningar analyserades aggregerade data över 17 landsting (de större landstingen/regionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne var exkluderade) i Sverige. Data användes över antalet nya långtidssjukskrivningar, 90 dagar eller mer, för psykiatriska diagnoser från AFA Försäkringsbolag (AFA-databasen), samt antalet anställda från Sveriges kommuner och landsting. Resultatet visade på samband mellan personalneddragningar, och senare ökning av långtidssjukskrivningar för psykiatriska diagnoser. Ju större neddragningar, desto mer ökade sjukskrivningarna. Detta samband visades hos båda könen och i alla studerade åldersgrupper, men det var endast signifikant hos kvinnor och medelåders personer.

Resultatet är i linje med tidigare studier på individnivå som visat på samband mellan personalneddragningar och ökad risk för psykisk ohälsa och även användning av psykofarmaka hos dem som är kvar i arbete. Men det behövs mer forskning om relationen mellan personalneddragningar och sjukskrivningar för psykiatriska diagnoser.

## Behandling, arbetslivsriktad rehabilitering och byte av yrke

Syftet med denna studie var att analysera samband mellan olika behandlingar, arbetslivsriktad rehabilitering samt byte av yrke, och senare sjukskrivning. Studien baserades på individer som enligt AFA-databasen tidigare varit långtidssjukskrivna (>90 dagar) för psykiatriska diagnoser och som svarade på en enkät med frågor om bland annat erhållen behandling. Dessa data länkades med registerdata över sjukskrivning (alla diagnoser). De individer som fått olika typer av behandling (läkemedel, psykoterapi, sjukgymnastik, och alternativbehandling), arbetslivsorienterad rehabilitering och bytt yrke, jämfördes med dem som inte uppgivit att de erhållit den aktuella behandlingen/ rehabiliteringen/bytt yrke.

I analyserna togs statistiskt hänsyn till skillnader i socio-demografiska variabler, depression och somatiska symptom vid studiens start samt tidigare sjukskrivning. Studien visade att arbetslivsriktad rehabilitering var associerat med signifikant lägre sannolikhet för senare sjukskrivning. Vidare hade patienter som genomgått arbetslivsriktad rehabilitering och/eller bytt yrke minskad sannolikhet för senare sjukskrivning, jämfört med dem som inte uppgivit att de fått arbetslivsriktad behandling eller bytt yrke.

Ett särskilt Rehabiliteringsråd fick av Regeringen år 2009 i uppdrag att undersöka rehabiliteringsmöjligheter för sjukskrivna. Vid en genomgång av litteraturen fann man i Rehabiliteringsrådets rapport litet stöd i forskningen för att olika behandlingar skulle vara effektivt med avseende på arbetsåtergång vid lättare psykisk ohälsa. Däremot fann man några få studier som indikerade förbättrad arbetsåtergång av arbetslivsriktad rehabilitering.

## Psykiatrisk långtidssjukskrivning, mortalitet på grund av somatiska sjukdomar och självmord

Avhandlingen innehöll även en studie vars syfte var att analysera samband mellan psykiatrisk långtidssjukskrivning (>90 dagar) och risk för mortalitet i olika sjukdomar. Denna studie baserades på anställda personer (i november) inom kommuner och landsting. Registerdata över långtidssjukskrivning från AFA Försäkring, socio-demografiska variabler från Statistiska Centralbyrån samt data över slutenvård och dödsfall från Socialstyrelsen länkades samman.

I analyserna jämfördes individer med psykiatrisk långtidssjukskrivning med personer utan registrerad sjukfrånvaro. Här kontrollerades för socio-demografiska variabler och tidigare slutenvård. Resultaten visade att psykiatrisk långtidssjukskrivning hade samband med ökad dödlighetsrisk på grund av hjärt-kärlsjukdomar, cancer och självmord.

Resultatet kring samband mellan psykiatrisk långtidssjukskrivning och ökad risk för orsaksspecifik död är i linje med tre tidigare studier som analyserade kortare sjukskrivningar (>7-14 dagar). Mekanismerna för samband med ökad dödlighet efter psykiatrisk långtidssjukskrivning kan vara till exempel stress före och efter sjukskrivningen, bristande uppmärksamhet hos läkaren för symptom relaterade till fysiska sjukdomar bland patienter med psykiska sjukdomar, senare uppsökande av vård för fysiska sjukdomar på grund av depression hos patienten, och livsstilsfaktorer (rökning, alkoholinlag, låg fysisk aktivitet, övervikt).

## Konklusion

Den här avhandlingen visade att minskning av personal hos landsting hade samband med senare ökning av långtidssjukskrivningar på grund av psykisk sjukdom. Psykiatrisk långtidssjukskrivning kan i sin tur öka risken för senare dödlighet i somatiska sjukdomar och självmord hos individer. En möjlig åtgärd vid långtidssjukskrivning pga. psykisk sjukdom är arbetslivsriktad rehabilitering vilket skulle kunna förbättra arbetsåtergången.

**Anna Bryngelson**

**Analytiker vid Myndigheten för Vårdanalys i Stockholm**



Foto: Shutterstock/TT Photo

## Den förändringsbara hjärnan del II

# Finns framtidens psykiatri redan nu? Psykofarmaka, psykoterapi eller integrerad behandling

### Det integrerade helhetstänkandet och behandlingskonsekvenser

I min förra artikel om den "Förändringsbara hjärnan" framfördes argument för vikten av att förutom ett biologiskt (identifiera eller utesluta somatisk sjukdom) och ett psykosocialt perspektiv även använda ett integrerat bio-psyko-socialt perspektiv eftersom hjärnan till sin struktur och funktion är byggd för både en konstant förmåga till *förändring* genom inläring samt *bevarande* (minnen) och *bearbetning* av minnen. Jag framförde även synpunkter på att en grundläggande förutsättning för att utveckla ett friskt och adaptivt beteende är vilken typ eller kombination av attachment och föräldrabetenden det växande barnet upplever i sin hemmiljö. Den yttersta konsekvensen av hjärnans förmågor är att den **själv kan förändra sin egen biologi** vilket egentligen sker varje gång vi funderar över ett problem och hittar nya lösningar eller på olika sätt tar till oss ny viktig och användbar information.

Inför varje ny patient man möter som psykiatriker och/eller psykoterapeut är den primära frågeställningen var befinner patienten sig i den ovan nämnda integrativa biopsykosociala "stress-sårbarhetsmodellen"? Hur mycket biologisk respektive psykosocial påverkan ligger bakom den hjälpsökandes dåliga mående? Teoretiskt och praktiskt föreligger fyra olika typsituationer.

Om den biologiska påverkan dominerar och det psykosociala stressinslaget är lågt är det rimligaste ställningstagandet ur behandlingssynpunkt att arbeta för att behandla denna biologiska påverkan. Den snabbaste och mest väletablerade vägen är genom biologisk behandling som olika typer av farmakoterapi eller ECT. Om å andra sidan den bild som växer fram under utredningen domineras av psykosociala faktorer i nuet och/eller det förflutna och det föreligger liten biologisk påverkan (t.ex. få symtom talande för allvarlig psykisk sjukdom) förefaller det rimligaste behandlingsvalet vara olika typer av psykosociala/psykoterapeutiska åtgärder.

Om det föreligger starka indikationer för både en stark

biologisk och en stark psykosocial påverkan, vilket i princip innebär låg funktionsförmåga, är sannolikt den bästa behandlingsstrategin att välja en kombination av både biologiska och olika terapeutiska/psykoterapeutiska åtgärder med hjälp av olika teammedlemmar men med en sammanhållande huvudbehandlare eller kontaktperson eller, i svåra och komplexa fall, case manager.

Valet av åtgärder och i vilken ordning de skall göras bestäms, liksom ovan av diagnosen/diagnoserna och uteslutande av eventuella differentialdiagnoser och andra faktorer som djupet i det diagnostiska tillståndet/tillstånden (comorbida tillstånd) samt fastställandet av andra viktiga bidragande eller vidmakthållande faktorer enligt stycket ovan.

Om det slutligen föreligger indikationer på en låg biologisk och psykosocial påverkan och då sannolikt ett mindre eller i tiden kortare funktionsbortfall, torde den viktigaste åtgärden vara psykoedukativ information och stödjande av friska/ev. ngt sviktande adaptiva sidor genom stödjande samtal eller lätta biologiska åtgärder som t.ex. punktmedicinering under en begränsad tid av sömnbesvär och/eller orosbesvär, nedstämdhet eller medicinering i kombination med stödkontakt eller begränsad terapikontakt.

### Finns det en etiologisk kedja?

Ett växande barn blir efterhand alltmer aktivt utforskande. Det får och skaffar sig upplevelser och erfarenheter som lagras i minnen. En del erfarenheter är direkt kopplade till en enda situation medan andra bygger på något som återkommer i olika situationer.

En ung man som en gång eller vid ett flertal tillfällen uppvaktar en ung flicka kanske upplever varierande grader av framgång eller motgång redan vid första tillfället. Detta lagras med stor sannolikhet i minnen och utgör grund för bearbetning med hjälp av tankar och känslor och kan leda till beteendeförändringar i form av nya och mer framgångsrika strategier. En modifierad form av uppvaktning testas samt leder i sin tur till någon form av effekt i någon riktning.

Så småningom och efterhand allt snabbare, omprövar och reviderar både det växande barnet och en vuxen sina erfarenheter och utforskar nya beteenden som i sin tur leder till nya upplevelser och erfarenheter som lagras och bearbetas genom nya tankar, nya känslor och en ny beteendepanering som leder till nya upplevelser och nya erfarenheter som i sin tur lagras och bearbetas genom ev. nya tankar, känslor och ny beteendepanering (nästa gång skall jag...) och så vidare i en lång kedja där det förflutna granskas enligt ovan.

Kedjan omfattar således: upplevelser-erfarenheter-minnen-tankar-känslor-beteenden-nyaupplevelser-nya erfarenheter-nya minnen-nya tankar-nya känslor-nya beteenden och strategier, till dess att man hittat ett adekvat sätt för hantering. Kedjan gäller också när man väljer att byta inriktning. I detta sammanhang kan påpekas att det finns uppgifter om en pågående synapsutveckling även i 70-årsåldern och troligen längre.

### **Perspektivskiften och friska sidor**

Utifrån det biopsykosociala perspektivet är den psykiatriska verksamheten sannolikt den enda medicinska specialitet där man ständigt tvingas skifta mellan olika perspektiv på grund av hjärnans komplexa byggnad och funktion som skiljer den från alla andra kroppsliga organ. Redan under anamnestagandet måste man hoppa mellan helhetstänkandets "då och nu" samt mer konkreta individuella frågor om "nu och framtiden".

Andra växlingar rör hereditet, tidigare psykiska sjukdomar, uteslutande av bakomliggande kroppslig(-a) sjukdom(-ar) och ev. utredningar för att klarlägga detta samt utforskande av hindrande och bidragande problem till de olika symtomen eller symptomkonstellationerna.

Valet står vidare mellan olika psykoterapeutiska, stödjande eller farmakologiska insatser, hur mycket sjukdomsinsikt som föreligger och risken för självskadande eller suicidala handlingar. Allt detta inom ramen för den integrativa biopsykosociala helhetssynen. I stort handlar det om att få klarhet i vilka diagnoser eller svårigheter som finns inom ramarna för det multiaxiala systemets fem axlar.

### **Val av diagnossystem och behandlingseksekvenser**

Hur tar man reda på i vilken av eller mellan vilka av de ovanstående typsituationerna patienten befinner sig? Vare sig man är psykiatriker och/eller psykoterapeut är det viktigaste instrumentet anamnesen. Ju bättre och ju mer strukturerad anamnes präglad av helhetstänkande desto bättre underlag för fortsatt tänkande vad gäller diagnos och behandlingsplanering i samarbete med patienten samt behandling och uppföljande utvärdering. Andra viktiga instrument är naturligtvis olika typer av kompletterande diagnostiska instrument, skattningsskalor och utredningar.

För en psykiatriker gäller diagnosticering både att utesluta andra psykiatriska sjukdomar och att identifiera/utesluta ev. bakomliggande somatisk sjukdom som kan ge psykiska besvär samt att identifiera psykosociala problem/svårigheter såväl i det förflutna som i nuet och som fortfarande kan ha en etiologisk effekt på patientens mående och tillstånd. En behandlingsplanering utifrån den diagnostiska bedömningen kan vara medicinering eller psykoterapi enbart eller integrerad behandling med medicinering och psykoterapi eller andra typer av multimodala interventioner med hjälp av andra medlemmar i teamet.

För närvarande finns två psykiatriska diagnossystem – dels det europeiska ICD-systemet (f.n. ICD-10) och dels det amerikanska DSM-systemet (f.n. DSM-IV TR och snart DSM-5). Det amerikanska systemet är uppbyggt utifrån ett *multiaxialt* synsätt, som ger en möjlighet att *integrera* operationellt definierade psykiska sjukdomar (som uppfyller definierade kriterier enligt axel I) med deskriptiva diagnoser (kartlagda anamnesuppgifter om psykosociala problem och svårigheter under såväl uppväxtåren som i nuet med avseende på problem i primärgruppen, socialt, skola och utbildning, arbete, egen familj, ekonomi, boende, myndighet, kriminalitet och naturkatastrofer enligt axel IV).

ICD-10 ger möjlighet till deskriptiva diagnoser relaterade till psykosociala problem (Z-diagnoser). I praktiken ser man dock mycket sällan Z-diagnoser i journalerna. Konsekvenserna av detta är att 1. Ev. etiologiska psykosociala problem sällan eller aldrig kommer i fokus i samband med behandlingsplanering, 2. Farmakologisk behandling får alltför stort utrymme och olika psykoterapeutiska insatser undanhålls/blir aldrig aktuella, 3. Ökad risk för ofullständiga behandlingsresultat med enbart psykofarmaka. Vilket läkemedel kan behandla separationsångest eller svåra minnen eller relationsproblem pga. bristande emotionell utveckling? 4. Uppgifter om psykosociala diagnoser kommer aldrig till Socialstyrelsens kännedom och undanhålls därmed dokumentation och viktning, 5. Den bristande kunskapen och medvetenheten om psykosociala faktorerers stora betydelse för psykiatrisk sjukdomsetiologi bibehålls.

DSM-systemet ger en mer helhetstäckande diagnos än ICD 10-systemet genom att de olika fynden från 5 axlar för psykisk sjukdom (I), personlighetsstörningar/utvecklingsstörningar (II), somatisk sjukdom som ger psykiska besvär (III), psykosociala besvär (IV) samt funktionsnivå (V) på ett mycket tydligt sätt klargör aktuella psykiska sjukdomar, störningar, problem och svårigheter och därigenom ger ett mer komplett och avsevärt bättre diagnosunderlag för val av behandling/åtgärd i samarbete med patienten.

### Falldiskussion – psykofarmaka, psykoterapi eller integrerad behandling

Båda patienterna har samma ICD 10-diagnos "Blandat ångest- och depressionstillstånd" och har haft tidigare psykiatrisk kontakt och behandlats med olika antidepressiva mediciner med viss men otillfredsställande förbättring. Detta har medfört många återkommande läkarkontakter präglade av patientens missnöje och läkarnas frustration över ofullständig behandlingseffekt trots stort engagemang, försök med varierade doser av antidepressiva, flertal preparatbyten, olika försök med kombinationsbehandling och i olika doser.

I båda fallen gjordes med hjälp av ett utarbetat "nybesöksformulär" en förnyad, breddad och fördjupad anamnesgenomgång med hjälp av en strukturerad anamnes baserat på helhetstänkande samt axel I-relaterad diagnostik mha MINI och de olika stegen i DSM-systemets diagnostiska kriterier för olika psykiska sjukdomar. Den multiaxiala bedömningen ger en helt annan diagnostisk helhetsbild än vad den tidigare ICD 10-diagnostiken gav.

#### Fall 1 25-årig man

Axel I: Egentlig depression, social fobi, icke-organiskt samt organiskt orsakade sömnbesvär, alkoholmissbruk.

Axel II: Personlighetsstörning med osjälvständiga och ångsliga drag.

Axel III: Anemi, låga värden på B12 och serumjärn.

Axel IV *Problem i primärgruppen*: alkoholmissbrukande fader, fysisk och psykisk misshandel av både son och moder. *Problem i skolan*: mobbing en stor del av grundskolan, underprestation i skolan, tilltagande skolk och hoppat av skolan efter år 9; kontakt med missbrukande tonåringar. dåliga och ofullständiga betyg, saknar arbetslivserfarenhet.

Axel V Aktuell GAF: funktion: 45, symtom 45. Högsta GAF under året: funktion 51, symtom 51.

#### Fall 2 20-årig kvinna

Axel I. Panikångest med agorafobi, social fobi samt icke organiska sömnbesvär.

Axel II: Drag med stark prestationsinriktning

Axel III: Ingen diagnos

Axel IV *Problem i primärgruppen*: otrygg uppväxt, ofullständig fostran, dålig känslomässig kontakt med modern, fränskilda föräldrar och länge gles kontakt med fadern.

*Problem i skolan*: skolkat och kommit efter en del i skolarbetet, efter en kort men bra kontakt med fadern innan han flyttade utomlands börjat "stormplugga" och kommit ikapp och förbi sina klasskamrater med genomgående mycket bra resultat på prov. Studenten med höga betyg, vilsen och osäker på vad hon vill bli.

Axel V Aktuell GAF: funktion 55, symtom 55. Högsta GAF under året: funktion 71, symtom 71.

I fall 1 har ICD-10 diagnosen "Blandat depressions- och ångeststillstånd" ersatts med en mer differentierad och noggrannare underbyggd axel I-diagnostik som identifierar egentlig depression, social fobi och alkoholmissbruk samt sömnbesvär. En ny diagnos "osjälvständiga och ångsliga drag" har identifierats på axel II. Bakomliggande somatiska problem "anemi, brist på B12 och serumjärn" har identifierats på axel III. En komplex bakomliggande psykosocial problematik både i det förflutna och i nuet har identifierats på axel IV. Av axel V framgår att patientens funktionsförmåga specificerad i symtom och funktion "aldrig" varit speciellt hög och f.n. är lägre än högsta funktionsförmåga under året. Med tanke på hans låga funktionsförmåga planeras behandlingsshem för att bryta den onda cirkel han befinner sig i.

En konsultläkare medicinerar där med antidepressiva samt sömnstabiliserande medicin i komb. med regelbunden utevistelse (morgonpromenader), regelbundna måltider och tillförsel av mineral och vitaminer. En regelbunden samtalskontakt med både grupsittningar och individuell terapikontakt inleds och den individuella psykoterapikontakten fortgår efter utskrivningen. Han får aktivitetsstöd och inleder efter ett halvår komvuxstudier för att läsa in gymnasiekompetens och upplever ett växande egenvärde. Patienten fortsätter med regelbundna morgonpromenader och regelbundet näringsintag för att bibehålla dygnsrytmen, utvecklar positiva kamratkontakter i skolan och börjar fundera över en yrkesutbildning.

I fall 2 har ICD 10-diagnostiken ersatts med panikångest med agorafobi, social fobi samt icke organisk sömnlöshet. Familjeläkaren remitterar henne till en psykiatrisk öppenvårdsmottagning pga. att hon inte svarat på försök med ett par olika antidepressiva mediciner. Efter en noggrann helhetsanamnes får hon också psykoedukativ information om dygnsrytm och sömnens funktion samt vikten av utevistelse och motion. Som komplement ges under en begränsad tid en sömnstabiliserande och rytmreglerande medicin som hon efter några månader trappar ned och avbryter. Ångestbesvären bearbetas i en psykoterapikontakt och kompletteras via sjukgymnast med avslappningsträning och mindfulnessövningar. Hon upplever att hon sakta börjar hitta tillbaka till sig själv och börjar bearbeta saknaden efter fadern och kan se hur hennes presterande enbart syftade till bekräftelse från honom i stället för att glädja sig själv över sina framgångar. Efterhand förbättras förmågan att uttrycka tidigare undanhållna känslor och hon upplever en växande befrielse och ett nyvunnet egenvärde parallellt med avtagande ångest. Hon återupptar tidigare hobby- och fritidsintressen, deltar i ett arbetsinriktat rehabiliteringsprogram och inleder efter ett år högskolestudier vilket hon trivs mycket bra med.

I båda fallen fanns en etiologi från det förflutna som var aktivt verksamt i nuet och kunde bearbetas genom en bra psykoterapikontakt i kombination med ett flertal andra åtgärder.

Den biopsykosocialt mest sjuke var tveklöst den unga grabben. Han fortsatte också med antidepressiv medicinering under ett par år innan den långsamt trappades ut med gott resultat.

### Fortsatt diskussion och sammanfattning

Från patientens synpunkt är målsättningen med att söka hjälp, att uppnå symtomfrihet och sin optimala funktionsnivå utifrån individuella förutsättningar och möjligheter. Ur psykiatrisk och psykoterapeutisk synpunkt är målet att identifiera och behandla de psykiska sjukdomar, psykiska störningar eller psykiska problem/svårigheter som hindrar denna utveckling och i jagstärkande syfte hjälpa patienten att både identifiera och utveckla sina friska sidor.

Eftersom människan i grunden är en bio-psyko-social varelse och att olika psyko-sociala miljöer har olika adaptiva eller maladaptiva effekter på den enskilda individen måste man också i diagnostiken/differentialdiagnostiken identifiera de olika sjukdomar, faktorer/problem som leder till/bidrar till att vidmakthålla/hindra den enskilde individens optimala utveckling.

En del av dessa problem är mer eller mindre renodlat biologiska eller psykosociala, men utifrån dagens kunskaper om det intrikata och komplexa samspelet över tiden mellan biologiska och psykosociala faktorer och ökande kunskaper om att hjärnan är det enda organ som både kan påverka och förändra sin egen "biologi" är det nödvändigt med olika perspektiv. Den övergripande etiologiska aspekten är helhetstänkandet där man kan spåra/se samband med upplevelser och erfarenhet från spädbarnsåren, barndomen, tonåren och vuxenåren fram till dagens möte med patienten. I det etiologiska helhetsperspektivet ligger också att man måste arbeta terapeutiskt med orostankar för framtiden eftersom dessa styrs av det förflutnas vanligen negativa erfarenheter.

I ett annat etiologiskt perspektiv måste man fundera utifrån psykofarmakologiska aspekter kring identifierade sjukdomar på axel I och i ett mellanperspektiv måste den biologiskt hereditära biten integreras med den biopsykosociala biten genom att man integrerar både psykosociala problem/svårigheter i det förflutna och nuet (och hur de ev. kan hänga ihop) med olika biologiska aspekter som kan komma till uttryck i både uppgifter om hereditet, olika symtomkonstellationer och olika operationellt definierade diagnoser på axel I, II, III och V samt är deskriptivt beskrivna på axel IV.

Helhetstänkandet bör omfatta inte bara identifiering av maladaptivt verkande/sjukdomsframkallande psykosociala faktorer utan även identifiering/utveckling av de adaptiva faktorer (som t.ex. kommit till uttryck i patientens hobby/fritidsintressen, arbete, relationer, insiktsfullt reflekterande, känslotillgång/känsloutveckling och för kroppen goda livsförhållande som inkluderar kost, sömn, motion, utevistelse och vidareutveckling av egna intressen), som hjälpt patienten tidigare och som fortsatt kan stödjas och stimuleras till fortsatt utveckling.

Det gäller således inte bara att identifiera och behandla bakomliggande psykisk sjukdom/störningar utan även att göra den enskilde individen medveten, kunnig och medansvarig i en förhoppningsvis adaptivt verkande behandlingsprocess. Det integrativa synsätt som kommer till uttryck i "stress-sårbarhetsmodellen" är i dag det mest funktionella, etiologiska och adaptiva synsättet på psykisk sjukdom, psykiska störningar och problem.

Vi bör **bibehålla** DSM IV-systemets strukturerade och multiaxiala approach samt **komplettera** med nya viktiga bidrag från DSM-5.

Det multiaxiala systemet är sedan många år det mest optimala sättet för att presentera resultat av utredning, diagnostik och behandling. De etiologiska psykosociala problemfaktorerna kommer till ett tydligt uttryck i den multiaxiala diagnostikens axel IV. Psykoterapeutisk bearbetning av t.ex. tidig föräldraförlust i barndomen eller andra traumatiska upplevelser av olika orsaker som exemplifierats ovan och finns väl beskrivna i ICD-10:s Z-diagnoser, har mycket stor betydelse för den fortsatta utvecklingen och vidmakthållande av psykiskt välbefinnande hos den enskilde patienten.

Innebörden i ovanstående är också att svåra axel IV-relaterade upplevelser påverkar i varierande grad de övriga axlarna. En tidig och noggrann anamnestisk utredning (v.b. kompletterad med andra utredningar/bedömningar av psykosocial eller biologisk art) som mynnar ut i dagens multiaxiala diagnostik bör rimligen leda till en kombination av differentierade behandlingsåtgärder och därigenom bäst bidra till att öka patientens möjligheter att uppnå en optimal funktionsnivå.

Utifrån ett individ- och samhällsekonomiskt perspektiv är det en klar vinst att man använder den ovan beskrivna multiaxiala bedömningen. Att sätta in en behandling för en identifierad specifik sjukdom som panikångest, social fobi eller egentlig depression ger både bättre compliance och behandlingseffekt än att försöka behandla ett blandat "depressions- och ångesttillstånd" som i grunden orsakas och vidmakthålls av mer eller mindre svåra, oupptäckta och därför obehandlade mer specifika diagnoser samt olika psykosociala faktorer (se fall I och II).



Det är mycket viktigt att en ständigt fortgående biologisk forskning kompletteras med en integrativ biopsykosocial forskning. Större epidemiologiska studier kan jämföra förekomst och ev. skillnader på axel IV-relaterade problem i en jämförelse mellan en frisk och sjuk grupp människor. Utifrån eventuella skillnader kan en växande etiologisk förståelse och behandlingskunskap utvecklas. Det är troligt att denna kunskap i allt högre grad kommer att vara integrativ (psykofarmaka i kombination med psykoterapi) eller t.o.m. multimodal där flera behandlingsinsatser - och/eller stödåtgärder som case management löper parallellt eller på olika sätt griper in i varandra under en längre behandlingsprocess.

Några redan nu viktiga frågeställningar är "hur behandlar man snabbast och mest effektivt undanträngda känslor" respektive "har vi idag tillräckligt goda metoder för att utreda och diagnostisera både känsloproblem och svåra attachmentstörningar i uppväxtmiljön"

Sannolikt är det också mer ändamålsenligt och effektivt med en mer öppen psykoterapeutisk behandlingskultur där man t.ex. vid ångestbesvär under en period *kombinerar* medicinering med KBT eller dynamisk psykoterapi med renodlad desensibiliseringssträning med hjälp av beteendeterapi eller *växlar* mellan KBT eller psykodynamisk terapi utifrån framväxande ny kunskap.

**Björn-Erik Thalén**

**Överläkare allmänpsykiatri, legitimerad psykoterapeut samt handledare i KBT, PhD**

I nr 2 2014 publicerar vi del 3 i denna artikelserie, med beskrivning av en modell för nybesöksbedömning.

# Svenska Rättspsykiatriska Föreningen informerar

## Årsmöte i Göteborg

Välkommen till årsmöte! Mötet är i Göteborg i anslutning till Svenska Psykiatrikongressen. Du är varmt välkommen även om du inte deltar i kongressen.

Tid: 12 mars klockan 17.30.

Plats: Lokal Bohus 3 på Hotell Opalen (tvärs över gatan från Bergakungen där kongressen äger rum).

## En intressant och lärorik dag på Svenska Läkaresällskapet

Vi vill också bjuda in till seminarium om diagnostik och behandling av sexualförbrytare och patienter med parafili.

Plats: Svenska Läkaresällskapet i Stockholm.

Tid: 28 mars klockan 09.50 till cirka 16.00.

Från 9.30 serveras kaffe/te och liten smörgås. Klockan 9.50 börjar seminariet med kort introduktion av Per-Axel Karlsson. Föreläsare är professor Paul Cosyns, professor Niklas Långström och överläkare Cecilia Dhejne.

Klockan 12.15–13.00 lunchuppehåll.

Avgift: Kostnadsfritt.

SLS vill att deltagande läkare är medlemmar i sällskapet och att minst hälften av gästerna är medlemmar. De som vill äta lunch på Läkaresällskapet, vilket rekommenderas då lunchrasten är kort, måste betala in 212 kr till plusgiro 53270-5 och notera sitt namn senast den 12/3. För att kunna beräkna kaffebröd önskar vi att de som ej vill inta lunch anmäler sig till [margareta.lagerkvist@vgregion.se](mailto:margareta.lagerkvist@vgregion.se).

Vi är mycket glada över att ha fått så oerhört kompetenta föreläsare och tror att det kommer bli en mycket intressant och lärorik dag!

Seminariet är öppet även för andra än medlemmar så rekommendera det gärna. Vi disponerar den stora aulan på Läkaresällskapet. Information finns också på vår hemsida [www.srpf.se](http://www.srpf.se)

Hjärtligt välkommen!

**För Svenska Rättspsykiatriska Föreningen**

**Margareta Lagerkvist  
Sekreterare**

**ANNONS**

# En ljusnande framtid

## Intervju med Sara Norring, registerkoordinator för Riksät, om den nya tillhörigheten för de psykiatriska kvalitetsregistren

Vid årsskiftet lades Kompetenscentrum för psykiatriska och andra kvalitetsregister (KCP), Örebro-Uppsala, ner och de psykiatriska kvalitetsregistren överfördes till Registercentrum Västra Götaland (RC). Till RC har flera av de somatiska kvalitetsregistren hört sedan länge. Jag träffade Sara Norring – beteendevetare, tidigare anställd på KCP och numera registerkoordinator för det nationella kvalitetsregistret för ätstörningsbehandling, Riksät – för en diskussion om vad denna vändpunkt kan innebära för de psykiatriska kvalitetsregistren.

Riksät är det första psykiatriska kvalitetsregistret och har nu funnits i cirka 15 år. Vilket tycker du idag är Riksäts viktigaste utvecklingsmål?

- Jag tror att vi alla som jobbar med kvalitetsregister, och framförallt de psykiatriska kvalitetsregistren, skulle säga att vi måste bli bättre på användarvänligheten och utdata. Det är viktigt att vi kan ge användbar återkoppling till alla de enheter som är så otroligt duktiga och registrerar sina patienter i våra register. Så bra och lättillgänglig utdata samt användarvänligheten är de viktigaste utvecklingsmålen.

Hur tror du att detta utvecklingsmål kommer påverkas av överföringen av registret till RC?

- Min förhoppning är att vi ska kunna få nya och bättre tekniska förutsättningar för att få till en bra utdatafunktion som tillsammans med en rejäl genomgång av frågeuppsättningen bidrar till förbättrad användarvänlighet. En stor fördel med överföringen blir att det blir enklare när tekniker och statistiker finns på samma fysiska plats.

På vilket sätt hoppas du att de psykiatriska kvalitetsregistren kan bidra till varandras utveckling framöver?

- Alla register har funnits olika länge och vi lär oss hela tiden av varandra. Riksät, som fyller 15 år i år, har förhoppningsvis klarat av flera problem och hinder på vägen som de yngre registren kan lära sig av. Samtidigt är det viktigt att tänka på att även om vi alla är inom psykiatri så handlar registren om olika saker. De flesta är diagnosbaserade medan t.ex. ECT handlar om en åtgärd, så vi har olika förutsättningar och arbetar på olika sätt. En tanke som alltid är aktuell, och som KCP jobbade på, var att bygga en gemensam portal för de

psykiatriska registren, som skulle underlätta gemensam registrering och utveckling. Den tanken är lagd på is just nu, men förhoppningsvis kan den bli aktualiserad inom en snar framtid. Det finns också en idé om att skapa ett gemensamt supportcenter så användarna, oavsett register, kan vända sig till ett och samma ställe och få hjälp. Vi får se helt enkelt, men det finns en del idéer för hur man kan hjälpas åt och bidra till varandras utveckling.

På RC finns ju sedan länge flera somatiska kvalitetsregister, finns det enligt dig något som de psykiatriska kvalitetsregistren har att lära från de somatiska?

- Absolut! De psykiatriska kvalitetsregistren är unga i jämförelse med flera av de somatiska så det finns massor att lära sig. Till exempel när det gäller utdata och sådana funktioner så har många av de somatiska kommit mycket långt.

Och så tvärtom, finns det något som de somatiska kan lära från de psykiatriska?

- De psykiatriska registren vet mycket mer om s.k. "mjuka" variabler än vad de somatiska gör. Dessutom har de psykiatriska registren mer erfarenhet av patientregistrerade variabler vilket de somatiska kan dra nytta av. Sen kan kanske de psykiatriska registren, som är yngre, bidra med en del nytänkande på olika områden. Förhoppningsvis kan vi lära de somatiska registren något användbart!

På vilket sätt tror du att överföringen till RC kommer att gynna den psykiatriska utvecklingen?

- På många sätt! Nu kommer det antligen finnas en samlad fysisk plats där både tekniker, projektledare och statistiker finns på samma plats. Det kommer bli lättare för användarna då alla register kommer se ut på samma sätt till stor del och allt finns på samma plattform.

Dessutom får de psykiatriska registren tillgång till all den kunskap och erfarenhet som RC har samlat på sig genom alla år de har administrerat de somatiska registren. Framtiden för de psykiatriska kvalitetsregistren är otroligt ljus!

#### **Om du fick bestämma helt fritt, hur ska samarbetet mellan de olika psykiatriska kvalitetsregistren utvecklas under RC?**

- Alla register har varsin registerkoordinator och vi har tillsammans med RC träffar där vi diskuterar och lär oss av varandra och de problem och hinder våra register har träffat på. Det är otroligt värdefullt att få träffas när så stora förändringar är på gång. Förhoppningen är så klart att det ska bli lättare att utbyta erfarenhet nu när vi snart befinner oss på samma tekniska plattform och att det kommer innebära att vi kan hjälpas åt på olika sätt. Sen hoppas jag, som nämnt tidigare, att vi i framtiden ska kunna bygga en gemensam portal för alla psykiatriska kvalitetsregister och på så sätt få ännu mer information om patientgrupperna och få mer forskningsunderlag samt mer information om hur vården är och hur den kan förbättras.

#### **Slutligen ett ord på vägen, till nästa gång ett register ska fyllas i, varför är det nu så viktigt med kvalitetsregister?**

- Jag kan nog inte poängtera tillräckligt hur viktigt det är med kvalitetsregister! Det här är ett kanonbra sätt att både få koll på sin patientgrupp och kunna lära sig av andra enheter med liknande patientgrupper. Som enhet kan man lära sig mycket av hur andra enheter gör. Data i kvalitetsregistren utgör också ett utmärkt underlag för när man ska bedriva kliniskt förbättringsarbete, vilket förhoppningsvis fler kommer vilja göra. Dessutom bidrar man i långa loppet till en bättre psykiatrisk vård för patienterna, vilket är otroligt viktigt och något alla i vården borde jobba för. Och sist men inte minst, det är väldigt roligt med kvalitetsregister!

**Maria Larsson**  
**Psykiater**

**Stockholms Centrum för Ätstörningar**

**Foto: Maria Bergman**



## **Psykiatriska kvalitetsregister februari 2014**

### **Bipolär**

Nationellt kvalitetsregister för uppföljning och behandling av bipolär affektiv sjukdom.

### **BUSA**

Nationellt kvalitetsregister för behandlingsuppföljning av säkerställd ADHD.

### **ECT**

Kvalitetsregister ECT.

### **Kvalitetsstjärnan**

Kvalitetsregister för uppföljning av psykiatrisk vård.

### **LAROS**

Kvalitetsregister för uppföljning av läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende.

### **PsykosR**

Nationellt kvalitetsregister för uppföljning och behandling av psykosjukdom.

### **Q-bup**

Kvalitetsregister för uppföljning av behandling inom barnpsykiatri.

### **Riksät**

Nationellt kvalitetsregister för ätstörningar.

### **RättspsyK**

Nationellt kvalitetsregister för uppföljning av rättspsykiatrisk vård.

### **SBR**

Svenskt beroenderegister.

### **SibeR**

Nationellt register för internetbaserad psykologisk behandling i hälso- och sjukvården.



Sara Norring

# Akutpsykiatrisk verksamhet i UC Davis, Sacramento

## En reseberättelse från en Cullbergstipendiat 2013

Stipendiet tog mig till universitetssjukhuset UC Davis i Sacramento, Kalifornien, där jag tillbringade drygt två veckor på en akutpsykiatrisk enhet. Nedan följer en kort redogörelse med observationer, tankar och reflektioner kring denna minnesvärda och lärorika tid.

Sacramento är huvudstad i delstaten Kalifornien. Staden har cirka 500 000 invånare och var tidigare känd för sin stora tomatindustri. Numera är det främst ett politiskt och kulturellt fäste med en etniskt diversifierad befolkning där den största minoritetsgruppen utgörs av människor med ursprung från Mexico. En relativt stor andel av befolkningen, precis som i de flesta städer på västkusten, lever under relativt fattiga förhållanden och arbetslösheten är hög.

Sjukhuset UC Davis har cirka 10 000 anställda varav 1000 läkare. Det är ett traumasjukhus med cirka 1 000 000 patientbesök årligen och har en förträfflig sjukhusrestaurang som är öppen dygnet runt. Barnonkologi och ortopedi är sjukhusets spjutspetsområden.

Mitt syfte med stipendieresan var att se hur akutpsykiatri kan fungera i andra delar av världen. Jag var i synnerhet intresserad av hur psykiatriker och läkare inom somatiska grenar, i det akuta skedet samarbetar kring patienter med psykisk sjukdom.

På UC Davis består den psykiatriska verksamheten av arbete på akuten och konsultationer till övriga specialiteter. Psykiatrikerna som arbetar i denna verksamhet har efter sin specialisttjänstgöring genomfört ett så kallat "psychosomatic fellowship" under ett års tid. Det finns ingen egen akutmottagning för psykiatriska patienter utan alla kommer till den "vanliga" akuten. Där bedöms de initialt av en akutläkare som förutom noggrann klinisk undersökning ordinerar laboratorieprover och drogscreening. Först därefter får psykiatriska patienter träffa psykiologen som träffar mellan 15 – 20 patienter per dag. Det är i princip enbart patienter med vad vi i Sverige kallar för allvarlig psykisk störning som tas emot. Resten triageras bort på grund av det höga söktrycket och hänvisas till primärvården.

De patienter som bedöms behöva inläggande vård skrivs in på akutmottagningen och får där ett rum tills man ordnat med en "riktig" plats. UC Davis har inga egna vårdavdelningar för psykiskt sjuka varför man köpt sådana av privata aktörer. Det är emellertid lång kö till dessa platser och en patient kan bli kvar på akutmottagningen upp till en vecka. Under denna tid får hen dock adekvat behandling

och även regelbundna somatiska genomgångar. Samarbetet mellan psykiatrikern och akutläkaren är intensivt, lärorikt och kompetenshöjande för båda parter. Närheten till all form av somatisk kompetens och utrustning ger möjlighet att t.ex. fullt sedera våldsamma patienter utan att riskera luftvägar och/eller påbörja intravenösa antibiotikabehandlingar om detta är nödvändigt. Den grundliga somatiska genomgången resulterar även i att man i ett tidigt skede kan upptäcka exempelvis diabetes, högt blodtryck och lipidrubbnings och därmed påbörja adekvat behandling. Detta är dock inte enbart positivt. Akutmiljön är stressig, hektisk och full med elektroniska apparater och skärmar. Jag tänker mig att detta kan vara något negativt för vissa patienter som är i ett stort behov av en lugn och trygg miljö, och det är fullt förståeligt att en paranoia kan komma att förvärras.

Tvångsvården i USA är komplicerad, svår att förstå sig på och skiljer sig mellan delstaterna. Vår motsvarighet till vårdintyg kallas i Kalifornien för "5150" och gäller i 72 timmar innan motsvarigheten till intagningsbeslut måste fattas. Kriterierna för "5150" är att patienten måste utgöra en fara för sig själv eller andra och/eller har en grav funktionsnedsättning och att detta orsakas av psykisk sjukdom. Det är inte enbart läkare som kan besluta om "5150" utan även sjuksköterskor och socialarbetare som genomgått utbildning via delstaten och fått detta delegerat. Beslut om tvångsåtgärder, exempelvis fastspänning eller tvångsinjektioner, kan enbart fattas av en överläkare i psykiatri. Platssituationen i Sacramento var så ansträngd att det inte fanns någon möjlighet att lägga in patienter där ett "5150"-beslut inte var fattat varför i princip alla patienter som var inläggande vårdades "mot sin vilja".

Det kommer dagligen in 35-40 konsultremisser från somatiska specialiteter till det psykiatriska konsultteamet på UC Davis. Det rör sig oftast om psykiatriska bedömningar inför större kirurgiska ingrepp, exempelvis transplantationer och tumörkirurgi, eller bedömningar av nyblivna mödrar med anamnes eller tecken på psykisk ohälsa. En betydlig andel av remisserna hade, enligt mig, svåra farmakologiska frågeställningar och jag imponerades av kollegornas kompetens inom detta område.

Jag är mycket nöjd med min resa som var både lärorik och inspirerande. Ett stort tack till stiftelsen Natur & Kultur samt min hemklinik som gjorde denna auskultation möjlig!

**Murad Ahmad**  
ST-läkare Norra Stockholms psykiatri



### Hur barnen tog makten

David Eberhard

Bladh by bladh, 2013

**"Det är svårt att veta någonting alls."**

Någonstans ungefär en tredjedel in i denna bok glimmar dessa ord till. "Det är svårt att veta någonting alls." Denna tålmodiga lilla sentens vilar mjukt mot det citat av Groucho Marx som inleder boken: "These are my principles. If you don't like them I have others."

Det utstrålar humor och ödmjukhet. Jag gillar det. Jag gillar det faktiskt lite extra eftersom jag – som ni som har läst min tidigare recension av David Eberhards litterära verk vet - har tenderat att se Eberhard som en smula anspråksfull. Med detta vädrar jag morgonluft.

Låt oss börja från början. Eberhard kallar sin bok för en barnuppfostringsbok. Jag tänker att om man skriver en barnuppfostringsbok så borde det rimligtvis vara för att man har något som man vill förmedla, lite som en fågeluppfödare som skriver en bok om fågeluppfödning eller ett hockeyproffs som skriver en bok om hur man bäst spelar hockey. Jag inbillar mig att där bör finnas några nya infallsvinklar eller alternativa synsätt. Eller bara rakt upp och ned djup och långtgående kunskap.

Så. Jag läser David Eberhards bok. De åsikter och råd han förmedlar skulle kunna sammanfattas i följande:

*"Det var bättre förr" och*

*"Ta tillbaka auktoriteten som förälder och ställ krav på dina barn" i kombination med*

*"Lyssna inte på de så kallade experterna, för de har fel".*

Alltså.

*"Gör såhär".*

*"Lyssna inte på de som säger åt dig vad du skall göra."*

Eberhard förefaller dock ha hittat ett par böcker skrivna av författare vars åsikter han delar. Dessa är "Paranoid Parenting – Why Ignoring the Experts May Be Best for Your Child" av Frank Furedi och "The Nurture Assumption" av Judith Rich Harris. Eberhard hänvisar till dessa böcker på inte mindre än fjorton respektive tolv ställen i sin egen bok. Detta är så kallade experter som han uppskattar.

Minsann. Så vad gör jag nu? Jag gör det som jag hoppas är syftet med boken. Jag läser den, småskrattar lite igenkännande, hänger med i schvungande överdrifter och tänker att ja fy katten vad tokigt alla gör.

Visserligen får barnen allt högre IQ men de har blivit lata, självupptagna och feta på kuppen. Så tokigt.

Boken har fått mycket uppmärksamhet, både i Sverige och internationellt. Läsare fascineras över hur illa det EGENTLIGEN går för barn i Sverige, Sverige som de trodde var ett sådant föregångsland! Men här beskrivs svart på vitt hur eländigt det i själva verket är. Söndercurlade barn och räddhågsna föräldrar. Anarki på dagis och dalande skolresultat. Jag anstränger mig för att inte fastna vid litterära knep och svepande formuleringar. Men även när jag gör det, när jag "snälläser", så har jag svårt att låta bli att reagera över hur Eberhard väljer att belysa det som i hans ögon är felaktigheter. Han gör hisnande liknelser som tar ut svängarna något alldeles hejdlöst och sedan ställer han sin egen sansade, avvägda åsikt där emot. Tror Eberhard att läsarna inte förstår hans poäng om han inte gör pajkastning av det hela? Tänker han att läsarna skall reagera positivt genom att tänka "Sådan vill inte jag vara! Jag är minsann inte en sådan som försöker korrigerar mitt barns oönskade och störande beteende genom att säga 'Är du olycklig min lilla pojke? Skall du inte visa din familj lite respekt min älskade lille son?'" Det är att slå in öppna dörrar.

Til syvende og sidst är ju detta bara ytterligare en bok i raden som försöker tala om för oss... Hur vi bör leva.

Jag har diskuterat boken med vänner och bekanta. Några som själva är föräldrar, några som inte är det. Den klokaste kommentaren kom från en 23-åring som inte själv har läst boken, men däremot sett författaren i debattprogram på TV. Hon sade: "Kanske krävs det en del sådana här personer, som generaliserar och är måna om att synas och höras, för att hålla debatten levande."

Jo. Nog är det så. Vi bör hämta upp den tråd av klokskap som löper genom boken och fortsätta diskussionen därifrån. Tack för brandfacklan, David Eberhard.

**Hanna Edberg**

**Specialist i psykiatri, ST-läkare i rättspsykiatri  
Stockholm**

# Vändpunkter sett ur kaosteorin och personliga erfarenheter

När man betraktar sitt förflutna märker man att mycket små omständigheter vid olika tillfällen genom livet har lett till vissa vägval som så småningom gett upphov till mycket stora konsekvenser för livet. På längre sikt har det fått ens liv att gestalta sig på ett helt annorlunda sätt än om man vid vägskälet hade valt lite annorlunda väg. Man kan egentligen räkna upp hundratals sådana scenarier. Det är snarare regel än undantag att tillfälliga händelser leder till stora konsekvenser i livet, konsekvenser som vanligen inte är förutsägbara. Detta behöver inte handla om att göra medvetna val, utan de rådande omständigheterna försätter oss helt enkelt i diverse livssituationer bortom vår fulla kontroll.

Det är särskilt viktigt att tänka på detta när det inträffar negativa händelser i livet, då man börjar tolka den uppkomna situationen som att man har nått slutet av sitt liv. Till exempel att man inte fick det jobb man hade strävat efter och ville

*”Kan ett fladder av en fjärils vingar i Brasilien framkalla en tornado i Texas?”*

så gärna ha. Visserligen kan en negativ händelse i somliga fall leda till ett långvarigt bekymmer, men oftast inträffar det så många förändringar i ens tillvaro att många händelser man just då upplevde som mycket negativa visar sig ha gett upphov till en betydligt bättre tillvaro på sikt, genom att man följaktligen tog vara på andra möjligheter. Möjligheter man inte skulle haft tillgång till ifall man till exempel hade fått det där jobbet.

Ofta befinner vi oss på gränsområdet mellan oföränderlighet och förnyelse, på gränsområdet mellan en stabil och en kaotisk tillvaro. Här kan färden eller livsomständigheter radikalt byta riktning, som kan upplevas som besvärligt eller oroväckande och hotfullt. Men det är här som vidareutveckling och kreativitet uppstår. Även kriser i livet kan ge upphov till vidareutveckling mot högre erfarenhetsnivåer.

Kaosteori, som omfattar forskning om komplexitet, sysslar med förloppet hos dynamiska och icke-linjära processer och om självorganiserande system. Kontrollen eller styrningen av ett sådant system är inte samlad till ett ställe, utan den är utspridd. Förloppet av den enskilda komponenten i systemet kan vara bestämd av lokala regler i relation till komponenter som är närmast kopplade till den utan hänsyn till systemets övergripande tillstånd.

Dock leder sådana förlopp till att hela systemets övergripande tillstånd förändras till något man ser som självorganisation.

Man kan betrakta detta på ett liknande sätt som när Conrad Waddington 1957 förklarade vad ett epigenetiskt landskap var – om ett antal identiska kulor rullar ner i ett landskap som har diverse oregelbundna fåror så tar kulorna olika vägar och landar på olika nivåer till slut. Dessa gropar dit kulorna till slut hamnar kan kallas för systemets attraktorer. Attraktorer är sådana att om man åstadkommer små störningar i systemet så förflyttar sig komponenterna i systemet något men i sinom tid stabiliserar de sig återigen kring attraktorerna. Men om systemet utsätts för tillräckligt stora störningar kan det leda till ett instabilt eller kaotiskt läge som så småningom kan stabilisera sig kring nya attraktorer.

Forskning om väderprognoser av Edward Lorenz visade att

mycket små förändringar i den matematiska modellen ledde till mycket stora och tidsmässigt växande förändringar i det fortsatta förloppet av väderprognosen. Han höll en föreläsning 1972 med rubriken ”Kan ett fladder av en fjärils vingar i Brasilien framkalla en tornado i Texas?” Vad rubriken syftar på är att en omvälvande effekt kan åstadkommas av en liten händelse. Därav namnet fjärilseffekten. Redan i Ray Bradburys novell ”Åskmuller” från 1952 berättas om en fjärilseffekt i samband med en resa bakåt i tiden för att jaga dinosaurier, där man råkade döda en fjäril och följaktligen fick oerhörda konsekvenser för nutiden.

Ett par personliga anekdoter gör mig påmind om fjärilseffekten. När jag avslutade skolan i Kenya hade mina föräldrar inte råd att låta mig börja på universitetet, det fanns avgifter och inga möjligheter till lån. Somliga hade tagit vara på en möjlighet i England för revisorsutbildning där man arbetade och studerade parallellt, men jag vägrades visum då jag inte var brittisk medborgare, jag var statslös. Då råkade min bror stöta på en gammal skollärare på torget som berättade om en svensk som åkte mellan landets skolor för att rekrytera till en lärarhögskola som skulle starta genom ett SIDA-projekt, som var gratis.

Fortsättning sidan 69



Foto: Shutterstock/AR Images

## Det vanskliga med en uppluckrad tystnadsplikt i det psykoterapeutiska arbetet

Ett ansvar när man arbetar inom någon av samhällets institutioner är att respektera och hänvisa till de andra befintliga institutionerna. Lagen är en sådan institution, den gäller oavsett var man befinner sig i samhället. Den måste man förhålla sig till. Man måste utifrån det hitta fram till vad som är en vettig position som psykolog att tala utifrån: med respekt för lagen men också för det kliniska arbetet.

Det är en grannliga uppgift. Dessa intressen överlappar inte alltid med varandra.

Man måste vara uppmärksam på om det psykoterapeutiska arbetet och lagen divergerar från varandra, man måste vara uppmärksam på om ens arbete på någon allvarlig punkt undermineras av lagen, man måste vara uppmärksam på om man följer lagen. Där finns således ett antal ingångar i frågan.

Man skall först kritisera sin egen insats, givetvis, men sedan bör man undersöka om lagen på något sätt är mindre vettig eller lämplig för vad den är satt att vaka över. Det ingår i ens lojalitet mot sin professions etik. Så uppfattar jag min roll som psykolog.

Utifrån dessa allmänna resonemang kommer jag specifikt nära mig tystnadsplikten som i det psykoterapeutiska arbetet enligt gällande lagstiftning inte är absolut, vilket jag har för avsikt att problematisera.

Men först några allmänna ord om psykologin och lagen.

Psykologin har till uppgift att tänka kring människan och hur hon iscensätter sitt liv, vilket handlingsutrymme som finns och vad som är möjligt, och vad som inte är möjligt. Vad som är möjligt att göra på en viss plats och vid en viss tidpunkt i historien regleras dock ytterst av lagen: juridiken



och psykologin är således tätt sammanvävda. Lagen sätter en yttre gräns för vårt handlingsutrymme.

Det är en ömsesidig påverkan: vår psykologi skapar lagen, utifrån önsknings, rädslor, och våra behov.

Lagen är till för att skydda individen, för att bevara samhället, för att skapa ramar som vi kan röra oss fritt inom. Ramarna opererar på en mängd nivåer. Juridiken reglerar det mellanmännsliga, det som psykologin ständigt är upptagen av. En psykolog måste alltid ha lagen i åtanke, men inte inbilla sig vara den: lagen är slutpunkten för vad som är möjligt att göra.

Men vi skall därmed inte ta på oss rätten att reglera vad folk får tänka. Vad en människa tänker kan utgöra ett frö till vad som i framtiden blir möjligt att göra.

Lagen synes ju alltid naturlig och omutlig, men dess skepnad förändras de facto. Varje epok är upptagen av sina frågor, och sitt speciella sätt att formera en identitet. Och utifrån den utsiktspunkten markerar den vad som inte är tillåtet, och blir i samma rörelse också tydlig inför sig själv. Den definierar sig själv genom vad den förkastar. Inte sällan tar den avstamp utifrån var begäret flockas – bara det som är lockande behöver ju som bekant förbjudas.

Psykologi och juridik är på så vis intimt sammanlänkade, lagarna är skapade av oss, men de skapar också oss. De formar oss – i efterhand. Samtidigt är människan ständigt ett steg före lagen, juridiken släpar efter – då den finns till för människan och inte tvärtom. Det hela är komplicerat värre.

Att studera lagarna från romersk rätt och framåt ger oss en bild av hur människan tänkt kring sig själv, det mellanmännsliga och vad som varit nödvändiga faktorer för att upprätthålla ett samhälle, bevara en kultur, och skydda de svaga. Förutom att lagen givetvis i många tider och på många platser inte sällan också varit den härskande klassens förlängda arm. Så har det också varit. Kunskap kring juridiken borde vara en referenspunkt för varje psykolog. Lagarna utgör ett koncentrat av en viss tids syn på människan; hur hon ser sig själv och sin omvärld.

Så också vår tid – utan att ge mig in i någon partipolitisk debatt, det är inte min ambition – så kan man ju reflektera kring vad den aktuella diskussionen kring att införa en lag om att inte få tala i mobil när man kör bil säger om vilka frågor vår tid är upptagen av.

Eller för den skull kvinnan som i ett ringinprogram i Sveriges Radio i liten skala propagerade för att kriminalisera otrohet. Då det enligt henne orsakar så mycket elände. Otrohet har tidigare varit lagens angelägenhet, om båda var gifta kunde det medföra grymma kroppsstraff så långt som in på 1700-talet; det som då ytterst låg i vågskålen var givetvis arvsrätt och jordegendomar. Att kontrollera sexualiteten – så att arvet tillföll den egna avkomman – blev också först ett

helt avgörande intresse när jordbrukssamhället gjorde sitt inträde. Nu dominerar dock mer känslomässiga argument. Vilket resonerade i den upprörda kvinnans tonfall. En annan retorik råder idag.

Således några röster i vår tid. Säkerhet och detaljstyrning är två ord som dyker upp hos mig när jag tänker på dem. Kanske även att folk svävar på målet kring var gränsen mellan det privata och det offentliga går, samt gränsen mellan moral och lag.

Sedan är det givetvis varje ny generations uppgift att flytta på gränsen, och stifta nya lagar som är anpassade efter en ny tid. Här finns alltid en spänning, som på ett naturligt sätt uppstår mellan olika generationer, och mellan olika särintressen. Där måste man som psykolog vara i kontakt med historien och olika gruppers sätt att tänka, för att hänvisa till lagen när så är behövligt men heller inte oreflekterat vara en megafon för vår tids moral.

Man kan erinra sig Strindbergs ord, från "Likt och olikt", som koncentrerat fångar vad det handlar om:

"Om man skulle ha absolut aktning för alla lagar, så kunde man ju aldrig få några bättre. Hur skall lagkommittén kunna arbeta på lagarnes förbättring, om den icke hyser missaktning för de bestående."

Lagen är nedlagd i våra hjärtan, vi kan inte skylla på okunskap: "men jag visste inte att jag inte fick döda, det har ingen meddelat mig". Att inte kunna lagen är ingen ursäkt, det är en princip som går tillbaka till den romerska rätten: "*ignorantia juris non excusat*".

Men det återspeglar bara den lag som är rimlig, den som är en logisk slutledning av de förutsättningar som är för handen; den ovetliga lagen skapar istället förvåning hos den som bryter den. Den bidrar till en misstro mot lagen. När man står inför skranket kan dock "rättsvillfarelse inte åberopas som invändning" – som det heter på juridiska. Men att ständigt tillskapa nya lagar för att reglera de mänskliga mellanhavandena utgör således en risk. Här måste man skynda långsamt.

Lagen utgör ramen för vad man kan göra, som tidigare nämnts, en gräns för vad som är möjligt, den återspeglar människans idé om sig själv, och vad som är ett minimikrav på medborgaren.

Här råder givetvis en ständig avvägning kring vad man skall lagstifta om: i någon sorts panik uppstår inte sällan krav på lagstiftning när man inte får ordning på ett beteende i samhället. Man trillar ner i det banala och hoppas att lagen skapar en ny psykologi inom människan.

Som exemplet inom tysk lagstiftning där man ville göra det möjligt att rättsligt legitimera en paxning meddels handduk på utländsk mark, läs: valfri strand på någon solkust.

Förbudet skapar också en motkraft, det får man inte glömma av. Det förbjudna laddas på ett sätt som hotar att öka beteendet. Här kommer psykologin in. Juridiken får här ta stöd i psykologin. Här finns det ständigt en fara, samhället, kanske i sin iver att förbättra saker hela tiden, skapar mer regler och lagar – inte lika många avskaffas – som bidrar till en groende misstro mot lagen. Särskilt när det gäller småsaker, som ingen dessutom kan räkna ut på förhand.

I brist på andra tankar tror man att lösningen är ännu mer kontroll, som likt en förälder som ständigt inför fler rutiner och regler i hemmet när barnen inte gör som de blir tillsagda. Men det skapar ju ännu fler lagar som kan brytas. Och hur skall dessa överträdelser straffas? Och skall straffen föra människor tillbaka in i gemenskapen, eller skall de avskiljas från de laglydiga?

Detta är också psykologins frågor.

Här finns hela tiden en glidning vad gäller hur man ställer sig till lagen, den tidigare rättspositivistiska synen där man tänker att vi människor skapar lagen, bryts ständigt mot en vilja att hitta fram till ett allmänt rättsmedvetande, en rätt, en naturlig lag som spontant kan förstås som den rätta. Detta är givetvis ett arv efter andra världskriget där lagen t.ex. i tredje riket gick emot medvetandet om att de stred mot en naturlig lag. Dessa tankespor lever idag sida vid sida.

När människor bryter lagar utan att veta om det är antingen lagarna för många, för ovetiga, eller så är samhället på väg att raseras. Foucault formulerade det pregnant med sina ord:

”Kanske är inte fängelserna överbefolkade utan människorna kanske istället är överfångade.”

När mängden människor som inte längre förbinder sig till samhällskontraktet blir för många måste något göras. Det kan inte lösas genom lagstiftning, utan genom att få dessa människor att känna att de är en del av samhällsgemenskapen och därigenom återfå respekten för lagen. Om de står utanför gemenskapen blir lagöverträdelsen bara en påminnelse om denna position.

Samhället måste således erbjuda en plats för lagöverträdaren.

Här sammanfaller våra intressen: juridikens, samhällets och mitt intresse som psykolog. Min uppgift är att låta människor fritt få utforska vem de är, och tänka och känna fritt, men när det gäller handlingen finns det en gräns som juridiken skriver in, den kan man som psykolog inte ignorera: man kan inte

ens som psykolog leva i en hittepåvärld.

Men det kräver en lyhördhet, dagens människor skapar morgondagens lagar. Här måste en ödmjukhet inträda. Och de skall förbli i samhällsgemenskapen: det måste vara målsättningen. Och kanske skall de erbjudas en plats där de kan få tala helt utan rädsla att bli påkomna, för att åter erövra sin mänsklighet.

De som fallit ifrån måste återigen fås att förbinda sig till samhällskontraktet: en människa som inte har en plats i samhället har sällan respekt för vad de utestängs ifrån. Vi som träffar människor som är marginaliserade på fler sätt än bara hälsoaspekten har här en uppgift. De måste fås att tala, för att återigen kunna bli människor, och de lär inte tala om det enda vi har att erbjuda är att tjalla till polisen när det vi hör inte passar sig.

Då lär våra patienter hålla käft. Och då finns överhuvudtaget ingen möjlighet att nå fram till dem.

Lars Ahlins huvudkaraktär i ”Din livsfrukt”, väljer juristyrket för att försvara den förmildrande omständigheten, han väljer yrket på ett sätt för att upphäva lagen. Det är kanske en konstruktiv ingång i ett yrke: att utifrån en respekt för det rådande se var gliporna finns, och tolka lagen på ett vänligt sätt. För att bjuda in den personen i samhällsgemenskapen igen. Det tror jag – i längden – skapar en tilltro till lagen. Vi har ett gemensamt ansvar för samhällets bevarande – och utveckling.

Annars har vi till slut bara en massa lagar, men inget samhälle värt att försvara. Som en psykiatri som gått i konkurs, med en massa bra behandlingar men med patienter som inte fullföljer dem.

Ibland kanske man måste tänja på lagen för tystnadsplikten, för att kunna utföra ett anständigt arbete. Vi som psykologer lyder under en icke-absolut sekretess – med andra intressenter kikande över axeln på oss.

Från kyrkans själavårdstradition har vi annars ärvt den helt avgörande tanken på det skyddade rummet för patienten. Så att något skall kunna sägas någonstans, eller med andra ord: ett skyddat rum för att upprätta i alla fall en plats för syndaren. Någonstans skall syndaren kunna tala. Det håller dock på att gå förlorat i vården. I vår tids vilja till total transparens, där människors innersta tankar skall torgföras står till slut bara kyrkans själavård och bikt som garant för att det även i framtiden kommer att finnas en plats för människor där Storebror inte ser dig.

Vården verkar inte vara en sådan plats, där rapporteras allt, där skall inte syndaren känna sig säker på något sätt.

Men här finns ett problem: man kan inte både garantera ett rum där människor får tala fritt, och samtidigt tillåta andra intressenters insyn.

Och så är vi framme vid vårt egentliga ärende.

De som tror att psykoterapi kan bedrivas inför öppen ridå, och att alla hemligheter tål att dokumenteras i journaler säljer i själva verket ut människors innersta rum. Det är mindre bra. En del verkar dessutom vara ivriga påskyndare av detta, psykologer och psykiatriker står beredda att anmäla sin patient så fort de säger något komprometterande, man extraknacker som polis vid sidan om att ha omsorg om den individuella själen.

Inom en del psykoterapitraditioner filmar man allt som pågår, ögat har företräde framför örat, inget är längre heligt. Allt skall torgföras. Hemligheter är inget bra. Behovet av att upprätta ett privat slutet rum för patienten är idag för många helt främmande, i en iver att göra rätt och följa riktlinjer tror man istället på transparens och dokumentation.

Här har kyrkan förstått något som vi inom psykologkåren är okunniga om. Inom kyrkan var det förr belagt med dödsstraff för den som bröt den absoluta tystnadsplikten, och idag straffas inte sällan den präst som talar bredvid mun med avkragning, alltså förlust av sitt ämbete. Präster är inte offentlighetsanställda, dock är de undantagna vittnesskyldighet för det som sagts under bikt eller i enskild själavård – disciplinpåföljd följer dock alltid internt: det säger något om att man tar frågan på allvar. Men så har man ju inom den kristna traditionen en stark förankring i ordets makt. Där har dagens psykologi ett och ett annat att lära.

Men det är klart: är man inte intresserad av vad den enskilde patienten har att säga utan istället står beredd med sina pedagogiska insatser så har väl den frågan ingen prioritet. Och då lär inte patienten säga något av värde hursomhelst. Så det löser sig självt.

Frågan kring tystnadsplikten är avgörande. Det handlar huruvida man tror på personers rätt till ett hemligt liv, och om man tror på att ett samtal kan få utveckla sig enligt sin egen logik. Och som inte bara äger rum för att sedan torgföras eller dokumenteras.

I ett samhälle där man inte respekterar att människor har hemligheter vill inte jag leva. Så är det. Under de premisserna vill inte jag vara psykolog. Det är mänskligt att ha hemligheter, och vi skall inte ta på oss uppgiften att frånta människor deras mänsklighet. Det är min övertygelse.

En absolut tystnadsplikt, även om den går på tvärs gentemot andra värden, är en förutsättning för psykoterapi.

Den dagen jag sätter upp en skylt utanför min dörr där undantagen från regeln om tystnadsplikt listas, kan jag lika gärna låta polisen bugga mitt rum.

Folk skall känna att de hos mig får tala om vad de vill, min ambition är inte att luska reda på allt om dem. Man talar om det man vill tala, patienterna skall känna sig fria att ta upp de saker som plågar dem, så att vi tillsammans kan initiera förändringar kring det. Men för att våga ta upp det måste de veta att det stannar mellan oss två.

Och om de till äventyrs tar upp något som inte bara är djupt problematiskt för dem själva utan också för en tredje part är det vår gemensamma skyldighet att genast införa något som skyddar patienten och den tredje från ytterligare traumatisering: det är vår etiska skyldighet. Men för att en patient skall våga tala om något sådant måste denne vara förvissad om att det stannar mellan oss. Annars kan ju psykiatrin hänvisa alla sina patienter till kyrkans själavård, då vi bara är beredda att diskutera lite gulliga livsproblem med patienterna. De svåra frågorna hänvisas till kyrkan.

Och så kommer det tyvärr att bli om inte psykologerna värnar om patienternas innersta rum.

Sammanfattningsvis kan sägas att frågeställningen är tudelad: lagen å ena sidan och hur den förstås och vägleder vårt handlande å andra sidan. En viss polemisk ton har beledsagat framställningen, kritiken riktar sig inte i första hand mot rådande lagstiftning utan att man så lättvindigt låter andra intressen inkräkta på en människas behov av att i något sammanhang få plats med hela sin person, med alla sina tillkortakommanden och brister. Det kan i många fall möjliggöra att saker blir talbara och därmed bli föremål för förändring.

Samhället har många skyldigheter: som att sätta en absolut gräns, men också att bjuda in till samhällsgemenskapen igen, och det senare är vad psykologer bör ägna sig åt. Att sätta en absolut gräns på förhand, som en princip, är mer ägnat andra yrkeskategorier.

**Anders Almingefeldt**  
**Leg. psykolog**  
**Specialist i klinisk psykologi**  
**Alingsås**



### Holism och reduktionism: en populärvetenskaplig resa genom naturvetenskap och psykiatri

Jayanti Chotai  
Recito förlag, 2013

#### Om helhet och detaljer

En av naturvetenskapens styrkor har varit förmågan att bryta ner enheter i smärre enheter, molekyler i atomer, atomer i partiklar. Varje enhet måste förstås utifrån sina egenskaper men också utifrån sitt sammanhang. Fastnar man i detaljer tappar man enhetens roll i sitt sammanhang, fastnar man i en övergripande syn riskerar man att förlora "markkontakten". Detaljanalys kräver alltid reduktionism vilket innebär att översikten riskerar att gå förlorad. Holism, konstruktion av helheter å sin sida innebär med nödvändighet att detaljer går förlorade då överordnade karaktäristika ställs i förgrunden.

Jayanti Chotai, professor i psykiatri, docent i matematisk och genetisk statistik, utgår ifrån att holism och reduktionism är två sidor av samma mynt. I sin bok *Holism och reduktionism: en populärvetenskaplig resa genom naturvetenskap och psykiatri* konstaterar han att begreppen kompletterar varandra och även om vår tid tenderar att kritiseras för reduktionism finns också utvecklade holistiska perspektiv. För att belysa detta begreppspar utgår han i sina resonemang från positioner i på varandra lagrade hierarkier. Om man från en given position "ser ovanifrån, nedåt" blir man varse underliggande hierarkier och dess detaljer. Vänder man blicken uppåt får man syn på den helhet av vilken den hierarki man befinner sig i är en del/detalj.

#### Anhalter på resan

Bokens populärvetenskapliga resa inleds med en introduktion i vetenskapligt tänkande innan författaren tar oss med in i vetenskapens framväxt från klassisk fysik över relativitetsteori och kvantfysik till en komprimerad skildring av det organiska livets, inklusive människans, utveckling. Därpå behandlas olika sidor av psykiatrin, bland annat historik, sjukdomsbegrepp, metodutveckling, psykiatriska diagnoser och diagnostänkande, följt av ett avsnitt om hjärnan från molekylärnivå, t.ex. neurotransmittorer, via cellnivå till strukturella makroperspektiv och neuronala nätverk. Under avsnittet "Holism på en nivå utgör reduktionism på en högre nivå" fördjupas perspektivet på dessa begrepp genom bland annat diskussion av hierarkier och holonteori ad modum Arthur Koestler. I avsnittet om gener och epigenetik gör författaren en ingående granskning av fältet såväl vad gäller historik som det aktuella kunskapsläget i stort.

Bland annat diskuteras Cricks "gamla" centrala dogm om att RNA kan bildas ur information i DNA men att ett protein inte kan utgöra en informationskälla i meningens saknar förmåga att påverka, vare sig RNA eller DNA, det vill säga att förvärvade egenskaper omöjligen kan nedärvas. Forskning inom molekylärbiologi vad gäller cellens hantering av DNA, förekomst av mobila genetiska element och bland andra mekanismer som alternativ splitsning, visar dock hur DNA kan få varierade egenskaper även om själva DNA-kedjan är intakt. Detta kan sägas vara innebörden av begreppet epigenetik, ett slags formatering av genomet som innebär att ärftliga förändringar kan äga rum utan DNA-förändring. Ärftliga aspekter av psykiska störningar diskuteras också inom ramen för stress-sårbarhetsmodellen.

I ett avsnitt om systembiologi diskuteras bland annat om hur samma biologiska funktioner gestaltar sig på flera nivåer och hur dessa nivåer är länkade. Det konstateras också att hjärnan inte rymmer något övergripande styrande program som bestämmer våra handlingar utan att det är omständigheter i miljön och i kroppen i övrigt som bestämmer vilka av hjärnas program och funktioner som ska tas i bruk i den enskilda situationen. I avsnittet om kaosteori beskriver författaren hur små omständigheter kan ge stora konsekvenser, "fjärilseffekten", dess dynamik och historik. Hans kunskaper i matematisk statistik röjer sig bland annat i resonemangen om hur tillgång på föda och konkurrens mellan individer inom en viss population sätter ett tak för hur stor populationen inom området kan bli. Kompletterande synpunkter på hjärnans funktion och standardnätverk avslutar framställningen.

#### Inspirerande läsning – men inte helt lätt

Framställningen har inte karaktär av lärobok, författaren ger snarare en översikt av sina valda teman med vissa personliga fokuseringar. Dessa utvecklas sedan genom personskildringar och historik kring och beskrivning av viktiga upptäckter och forskningsfynd. Skildringen är ofta spännande och har en personlig touch, författarens intresse och entusiasm mättar framställningen som avspeglar både avsevärd detaljkunnighet och sinne för väsentligheter. Boken förefaller vara något av en professionell självbiografi "Nu vill jag beskriva och berätta om vad jag tycker har varit intressant och viktigt i min professionella förståelse av världen och jag hoppas att detta intresse smittar".

Resonemangen om relationen mellan holism och reduktionism är intressanta. Författaren utgår huvudsakligen ifrån naturvetenskap till exempel biovetenskap och nämner i förbigående systemteori men utsträcker inte det perspektivet till humanvetenskaperna. Kanske kunde en vidare utveckling av systemteori för sociala system, till exempel vad gäller familj och nätverk ha utgjort en bas för förtydligande av relationen mellan begreppen holism/reduktionism via pionjärer som Wiener, Bertalanffy, Bateson, Maturana och Varella.

Boken är utomordentligt informationsrik och är väl skriven. Framställningens olika avsnitt ställer emellertid olika krav på läsarens förståelse. Personligen har jag inte svårt att följa framställningen utom i avsnittet om genetik. Här finns en detaljrikedom och komplexitet som kanske skulle ha mått bra antingen av ett lite lägre "tempo" i skildringen eller av viss gallring. Avsnittet om "Huvudgrupper av psykiatriska diagnoser" känns också något rapsodiskt. För kollegor med lång erfarenhet på fältet kan boken vara ett värdefullt sällskap i funderingar över vad som man själv funnit betydelsefullt och intressant i sitt professionella liv. Den har också en plats som bredvidläsningslitteratur i psykiatriska utbildningar och för en allmänhet intresserad av bokens teman.

**Björn Wrangsjö**  
**Docent i barn- och ungdomspsykiatri**  
**Stockholm**

#### **Fortsättning Jayanti Chotai från sidan 63**

Jag hade tur som fick börja där, för året därpå avstängdes denna möjlighet för statslösa som jag. Genom lärarhögskolans svenska lärare fick jag sedermera möjlighet att flytta till Sverige där ett helt nytt liv har gestaltat sig för mig.

Kort efter min disputation i psykiatri i Umeå skulle verksamhetschefen och chefsöverläkaren helt oväntat sluta och flytta.

Jag låg mycket bra till för tjänsten eftersom jag tidigare haft en sådan tjänst i Södra Lappland. Jag blev besviken under några veckor när jag inte fick tjänsten. Men detta ledde till att jag istället satsade på något som låg mig närmare hjärtat, forskning och det akademiska, och kunde fortsätta vidare till professorstjänsten och göra det jag egentligen gillar.

**Jayanti Chotai**  
**Professor emeritus i psykiatri, Umeå universitet,**  
**Specialistläkare i psykiatri, Uppsala**  
**[jayanti.chotai@psychiat.umu.se](mailto:jayanti.chotai@psychiat.umu.se)**

# Hur kan en vuxenpsykiatrisk mottagning ledas och utvärderas kvalitativt och kvantitativt?

En väl fungerande psykiatrisk öppenvårdsmottagning är som ett kunskapsföretag. En enda yrkeskategori kan inte klara alla olika patienter. Det är därför man har fler yrkesgrupper och professioner och skall arbeta i team. Den bästa definitionen jag fått på teamarbete är från en av grundarna till palliativ medicin, professor Derek Doyle. "Teamarbete består av en grupp människor med olika färdigheter, som arbetar tillsammans under en utsedd ledare mot ett gemensamt mål. Målet är identifierat, accepterat, förstått och omprövat av alla".

## En trygg kliniskt kunnig vårdlagschef behövs

Att vara enhetschef/vårdlagschef för en kreativt teamarbetande mottagning kan vara mer komplicerat än att vara klinikchef. Jag har erfarenhet av båda områdena. I vårdlaget är man en i laget men ändå inte en i laget. I teamet gäller det att få alla att dra åt samma håll, trots alla starka professioner. Mottagningen behöver ha en öppen och kreativ diskussion om arbetsinnehåll och arbetsätt. Sedan bestämmer man inriktningen och kan den enskilda medarbetaren inte acceptera det, bör vederbörande försöka byta arbetsplats. Ibland måste den kliniskt kunniga enhetschefen och den mest erfarne överläkaren "sätta ner klacken" och bestämma.

När en enhetschef anställs skall vederbörande ha haft bred klinisk erfarenhet och bli anställd i sitt grundyrke. Sedan blir man förordnad på tre år och får då ett relevant lönepåslag. Fördelen med det är att om chefen vill sluta, t.ex. på grund av att man inte etiskt kan ta ansvar för verksamheten eller får sparken till exempel för att man tar etiskt ansvar, så behåller man lönepåslaget under förordnandet men kan vara kvar i grundyrket tills man t.ex. hittar ett annat arbete. Det här gör att chefer vågar avgå lättare än, som idag, sitta kvar på en verksamhet som inte fungerar eller då det visar sig att man inte var den lämpliga personen. Självklart skall chefen ha ledaregenskaper. Chefens utvecklingssamtal. Lönesamtal som man inte får blanda ihop med utvecklingssamtal skall chefen inte ha om chefen inte kan påverka lönebildningen.

Chefen skall själv ha en liten klinisk verksamhet och är en given medlem i olika samverkansgrupper som ofta finns mellan kommun, primärvård, arbetsförmedling och försäkringskassa.

## Vårdlagschef och/eller medicinskt ansvarig överläkare

För många år sedan var chefen alltid en läkare. Problemet var att läkaren då oftast bara arbetade kliniskt och inte brydde sig om de anställda eller att leda verksamheten. Sedan kom chefsläkarreformen och tanken var att samma person skulle ha det medicinska och det administrativa ansvaret. Läkarna som nu hade chansen, tog emellertid inte sitt ansvar och reformen har slopats utom när det gäller psykiatrisk tvångsvård. För att en vuxenpsykiatrisk mottagning idag skall fungera behövs att en vårdlagschef som inte är läkare kan samarbeta med den mest erfarna överläkaren. Om man förstår varandras uppgifter, kan det bli ett starkt och bra ledarskap. Remiss- och behandlingskonferens kan man ofta ha samtidigt och normalt två gånger per vecka. Om det är en stor mottagning med många anställda, har man däremot en remissgrupp med bred kompetens och behandlingskonferensen är uppdelad på underteam allt efter antal anställda och eventuell specialistuppgift. I underteamet ingår läkare, psykolog och sjuksköterska och övriga yrkesgrupper efter förekomst. Finns t.ex. en sjukgymnast på mottagningen, kan vederbörande tillhöra ett underteam men ibland vid behov hoppa in i ett annat underteam.

Självklart kan man hela tiden vid behov akut vända sig till den erfarna överläkaren. Det kan gälla en akutremiss, medicinering, inläggning, tvångsvård mm. Se punkt 5 i min första artikel. Min erfarenhet är att det här går rätt bra att kombinera. Självklart får den ekonomiska ersättningen inte bygga på att samverkan inte ger en enda inkomst. Då går det inte att ha kvar teamarbete. Avslutningsvis tar jag upp en diskussion om det inte längre finns kvar adekvata resurser i teamet.

### **Mottagningen skall ha hög kunskap**

Hög kompetens hos medarbetarna skall vara tydliggjord och avspeglad i lönesättningen. När en sjuksköterska t.ex. är klar som specialistsjuksköterska inom psykiatri skall det synas på lönen. Psykologer eller andra terapeuter skall stimuleras till att bli leg. terapeuter med olika inriktningar. För oerfarna nyanställda medarbetare t.ex. AT-läkare finns uppgjord handledning och stöd. Schemalagd handledning och fortbildning skall finnas. Det här är ju självklart men belyses högre upp för sällan.

### **Uppföljning av verksamheten måste bli bättre**

Varje år skrivs en verksamhetsberättelse, där det framgår vilken kompetens mottagningens medarbetare har och hur utbildningen har sett ut. Det måste finnas en tydlig beskrivning hur kontakten med vårdgrannarna har sett ut kvalitativt och kvantitativt.

I verksamhetsberättelsen ingår också varje år patientuppföljningar. Vissa uppföljningar sker varje år och vissa fördjupningar kan göras med något års mellanrum. Det är faktiskt inte svårt utifrån våra moderna datasystem men tid måste naturligtvis avsättas. Flera medarbetare deltar och arbetar med uppföljningen. Förutom att anslagsgivaren skall förstå och se verksamheten är uppföljningen lika viktig för mottagningens anställda för att se om man gör ett bra arbete och eventuellt vad som behöver ändras.

### **Patientantal**

Hur många nya patienter har man tagit emot och deras diagnoser som satts? Hur många har sökt själva och hur många genom olika vårdgrannar. Hur långa väntetider har det varit? Hur många patienter har avslutats: planerad avslutning, uteblivit eller flyttat. Hur många olika patienter har man totalt haft under året? Vilka diagnoser har patienterna? Vid fritt vårdval. Hur många patienter kommer från områden utanför "upptagsområdet"? Är dessa patienter mer störda eller friskare?

Självklart skall man ha siffror på antalet besök hos olika yrkesgrupper. Det som man ibland kallar för pinnstatistik. Här bör differentieras mellan besök på mottagningen, hembesök, besök med vårdgrannar t.ex. försäkringskassa och andra. Medicinhämtning skall också noteras. Vissa mottagningar har tagit bort medicinhämtare då det inte ger inkomst. Många av våra patienter är emellertid så sjuka och för följsamhet skall man absolut ha medicinhämtning och kontroll kvar ibland t.o.m. varje dag.

### **Förhållandet mottagning - klinikens akutjour**

Hur många pågående patienter har sökt juren utan att mottagningen vetat om det? Hur många patienter har lagts in i slutenvård via mottagningen eller sökt själva och lagts in? Hur många patienter, som bor i upptagningsområdet, var okända på mottagningen och sökte akut på juren och eventuellt också lades in i slutenvård.

### **Kvalitativ uppföljning**

Varje år skall man också göra en kvalitativ uppföljning av en eller några diagnosgrupper beroende på mottagningens storlek, de som haft kontakt under året eller nya patienter som kommit. Uppföljningen avser:

Finns det bra anamnes (sjukhistoria) av patienten enligt de 4 referensramarna?

Finns det underlag så att man förstår att rätt diagnos har satts?

Har man samrått i teamet kring patienten?

Vilken behandling har satts in?

Kontakt med anhöriga?

Samverkan med vårdgrannar

Upprättad vårdplan och tidsaspekt?

Har hälsokontroller gjorts; resultat och åtgärder.

Har patienten tillstånd förbättrats blivit oförändrat eller försämrats?

En bra uppföljning är också att då patientkontakten avslutas, så ber man få återkomma per telefon om ett halvår och kanske även 1 till 2 år för att se hur patienten mår.

### **Patienters och vårdgrannars uppfattning av mottagningen**

Med jämna mellanrum bör man ta reda på hur nöjda vårdgrannarna är med mottagningen. Det kan göras av oberoende intervjuare som intervjuar olika utvalda representanter för vårdgrannarna. På landstingsnivå kan det ske via enkät. Man kan tänka sig liknande modeller för att intervju patienter. Här måste man dock vara kunnig och förstå vissa svårigheter. Patienten är ju i ett maktunderläge. I patientenkäter har man ofta för stort bortfall för att kunna dra några slutsatser. Man brukar säga att det ofta är de för sjuka eller för friska som faller bort eller de som är mest missnöjda eller de som är mest nöjda.

### **Mottagningens ekonomiska ersättning**

Utifrån mina tre artiklar om hur jag tycker att en psykiatrisk mottagning kan arbeta, så behöver man inte vara så begåvad för att se att man inte bara kan ersätta mottagningen ekonomiskt efter pinnstatistik (mottagningsbesök) eller andra förenklade case management-pinnar. Ersättningen skall grunda sig på verksamhetsberättelsen på ett sammanvägt sätt utifrån patientantal, antal besök, samverkansarbete, mottagningens yrkeskompetens med flera punkter. Ett problem med dagens ersättning enligt case management är att kvaliteten inte alls fångas.

### **Att tydliggöra verksamheten för politikerna och vid behov Socialstyrelsen**

En viktig uppgift för vårdlagschefen är att involvera politiker så att de förstår och ser verksamheten. Det kan t.ex. handla om att politikerna kommer på flera dagars studiebesök. En politiker kan då säga att det är ju tystnadsplikt, och så är det, men politikern skriver på ett dokument om tystnadsplikt.

Är man högst ansvarig för sjukvården har man rätt att skaffa sig kunskap om vården. Idag kan det inte bara lämnas till högre chefer att informera politikerna. De högsta cheferna vågar dessvärre ofta inte tala om kvaliteten. En tolkning är att man är rädd att förlora sitt arbete. Om politiker inte orkar eller avböjer att förstå verksamheten skall det påtalas. Tyvärr kan det nog ibland verka som ett överlevnadssätt i det alltmer komplicerade samhället och på alla plan krävande sjukvården att inte en politiker orka sätta sig in i vården. Att undersöka kvaliteten i dagens psykiatri verkar inte vara något prioriterat område.

### Avslutning

Jag är lite osäker på om SKL (Sveriges kommuner och landsting) har en klar jämförelse på hur mycket psykiatri har sparats pengar, jämfört med andra medicinska discipliner. Att få hela sjukvården att gå ihop är säkert inte lätt. Att minska väntetider för cancerpatienter kan vara viktigare av överlevnadsskäl. Är det så att man ekonomiskt tänker dra ner ytterligare på den psykiatriska verksamheten i både slut- och öppenvård, då man inte tycker det behövs eller man inte har råd i Sverige, då kan den vuxenpsykiatriska mottagningen naturligtvis inte arbeta på alla de sätt jag beskrivit i mina tre artiklar. Då får man tydliggöra för Socialstyrelsen och för våra politiker att vissa patientgrupper skall bortprioriteras och ej få psykiatrisk behandling. Endast mycket svårt sjuka med psykosdiagnos och svårt funktionsstörda med allvarliga personlighetsstörningar eller neuropsykiatriska störningar kan då bli kvar. Allmänheten skall då självklart informeras om politikernas ställningstagande.

På många mottagningar, kanske särskilt i glesbygd, har man svårt att få en fast överläkare. Är man en erfaren överläkare kan man faktiskt stödja sina medarbetare och ta ansvar för åtgärder även om man inte sett patienten. Detta ger en trygghet för mottagningen, men innebär att man som överläkare känner sina medarbetare och kan delegera mer eller mindre ansvar beroende på medarbetarens erfarenhet. Min erfarenhet är att många sjuksköterskor till exempel kan vara mer kliniskt kunniga än tillfälliga hyrläkare. Däremot skall unga blivande psykiatrer inte behöva ta det ansvaret. Då meddelar man Socialstyrelsen om detta och man kan inte kräva samma ansvar om det blir fel. Antingen lägger man ner verksamheten och folk får ingen vård eller så inrättar man verksamheten som det går och har tydliggjort det för ansvariga.

Lars Albinsson  
Överläkare i psykiatri  
M.D., Ph.d.  
lars.albinsson@hotmail.se

## Filosofi och psykiatri – sant?

Filosofin borde ha en hel del att bidra med som stöd till psykiatrin. Vår kunskap är huvudsakligen annorlunda än medicinens i övrigt. Psykopatologin är som en komet klar i sin kärna men oklar i svansen. När NIMH väljer projekt lämnar man nu sedvanlig diagnostik och väljer något hittills ännu mer oklart, nämligen RDoC, se bl.a. [http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA\\_Journals/World\\_Psychiatry/Past\\_Issues/English/World%20Psychiatry\\_February%202014.pdf](http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/English/World%20Psychiatry_February%202014.pdf) och <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml>

Gränserna mot normalitet och mot avvikelser av annat slag (politiska, religiösa, personliga preferenser) är inte enkelt givna utan kräver undersökning och analys med verktyg som filosofin mer än statistiken borde kunna ge. *Epistemologi* = kunskapsteori är en gren av filosofin som sysslar med detta.

Moralfilosofin = *etiken* borde kunna hjälpa oss med lite verktyg i vardagen – inte bara juridiken och pinntabellen. Tvång, prioriteringar, stigmatisering, ekonomi, integritet, behov av öppenhet innehåller etiskt svåra moment.

När jag var klinikchef en gång och vi skulle inleda ett större förändringsarbete, hade vi fått pengar från Arbetslivsfonden till stöd i processen. Vi kunde då inleda med tre heldagar filosofi under professorn i medicinsk etik, Göran Hermerén, för ett 40-tal personer med ledningsuppgifter på kliniken. Det blev en blandning av teori och falldiskussioner, landade väl och gav ett avstamp för fortsättningen.

Jag har oftast svårt att läsa filosofiska texter. Termerna är knepiga och jag saknar anknytningar till praktisk verklighet – resonemangen stannar i sitt sammanhang för mig.

I alla fall finns det möjligheter att komma vidare: *Svensk Förening för Filosofi och Psykiatri, SFFP*, <http://sffp.se/> välkomnar initiativ och även aktiv medverkan i styrelsen. Ta kontakt med ordförande Helge Malmgren [helge.malmgren@filosofi.gu.se](mailto:helge.malmgren@filosofi.gu.se) eller undertecknad [jerker.hanson@telia.com](mailto:jerker.hanson@telia.com)! *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences* <http://www.crossingdialogues.com/alert.htm> är en open-access-tidskrift med en mycket kompetent stab. Den har ett tvärvetenskapligt, psykiatriskt perspektiv. Texterna är, tycker jag, inte alldeles lätta, men man får en bra inblick i hur man arbetar. Det senaste numret [http://www.crossingdialogues.com/current\\_issue.htm](http://www.crossingdialogues.com/current_issue.htm) har kunskapsteoretiska artiklar.

Jerker Hanson  
MD, PhD, psykiater, Stockholm  
[jerker.hanson@telia.com](mailto:jerker.hanson@telia.com)



**ANNONS**

# Ett mycket gammalt projekt

## Erfarenheter av fältarbete i Lundbyprojektet

Lundbyprojektet är ett epidemiologiskt projekt som startade 1947 och initierades av professor Erik Essen-Möller som i sin tur var mycket inspirerad av professor Henrik Sjöbrings personlighetsteori. Henrik Sjöbring utvecklade en personlighetsteori som handlade om att den normala personligheten har fyra dimensioner som skulle vara genetiskt determinerade. Dessa fyra dimensioner antogs vara oberoende av varandra och han antog att dessa personlighetsdimensioner var normalfördelade i befolkningen. Dessa dimensioner var Validitet, Stabilitet, Soliditet och Kapacitet.



*Validitet* skulle motsvara grad av energitillgång, en subvalid person skulle ha mindre energi till sitt förfogande än en supervalid.

*Stabilitet* hänför sig till hur en individ klarar att habituera aktiviteter och upplevelser. En substabil person skulle vara varm, intresserad av sina medmänniskor och konkret och jordnära, och motoriskt klumpig, medan den superstabile skulle vara

kylig, kalkylerande, rationell, abstrakt och elegant i sin motorik. Onekligen låter det som att en substabil vän skulle vara trevligare att ha vänskapsband med.

*Soliditeten* beskriver fasthet i känslolivet. En subsolid person är kvick, ombytlig, blir lätt entusiastisk men saknar stamina och ger lätt upp. Den supersolide är mera objektiv, stadig, fast i sina övertygelser åt det träiga hållet, långsam och eftertänksam.

*Kapaciteten* skulle i stort sett motsvara "intelligensen".

Allt detta finns beskrivet i Henrik Sjöbrings bok *Struktur och utveckling*. C Robert Cloninger har senare utvecklat en psykobiologisk modell som beskriver temperament och personlighetsdrag och han var då inspirerad av Sjöbring och var en gång i Lund och föreläste om sin modell.

På 40-talet i Lund på psykiatriska kliniken ville man på fältet undersöka om teorin med dessa personlighetsdimensioner verkligen stämde. Fyra psykiatrer, bland dem Essen-Möller, utförde sommaren 1947 en fältundersökning i Dalby och Bonderups socknar. Man intervjuade i stort sett alla invånare, 2550 personer och bedömde dem enligt Sjöbrings teorier.

Man ville undersöka vetenskapligt om personlighetsdimensionerna var normalfördelade i en normalbefolkning (skånsk lantbefolkning). Essen-Möller konkluderade 1956 att detta faktiskt i stort sett stämde. Man ville också undersöka hur personlighetsdrag korrelerade till psykisk ohälsa. Detta projekt gick sedan under "täcknamnet" Lundbystudien.

Sedan gjordes uppföljningar 1957, 1972 och 1997. Man ville göra en prevalensundersökning 1957 och samtidigt fick man en 10-årsincidens av psykisk sjukdom.

Professor Olle Hagnell utförde i stort sett på egen hand över 3000 intervjuer och drack mycket kaffe på femtiotalet. Han lade till 1013 personer som fötts in i församlingarna eller flyttat till området. Olle Hagnell var en person som var ytterst sympatisk och genuint intresserad av det människorna berättade i samband med intervjuerna och han kom dessutom ihåg deras berättelser. Det var ett gigantiskt arbete Olle gjorde. 1972 tog Olle Hagnell igen stafettpinnen och utförde 1972 undersökningen tillsammans Leif Öjesjö som sedan blev min bihandledare vid 1997 års uppföljning.

Per Nettelblatt var sedan projektledare för 50-årsuppföljningen när vi skulle intervjua 1797 personer som fanns kvar i den då något åldrade kohorten. Vi var fyra fältarbetare (psykiatrer) och efter det att det gått ett tag blev vi decimerade till två, men projektledaren, Olle Hagnell och Leif Öjesjö fick också komma till undsättning för att hjälpa oss med det krävande fältarbetet, och vi lyckades med gemensamma ansträngningar att intervjua 87 % av kohorten, vilket vi var nöjda med. Jag intervjuade 673 personer, har sett många byar i Skåne och skrapat av lacken på en bil.

### Hur det var att vara fältarbetare

Vi skickade ut introduktionsbrev och ringde sedan och försökte sälja in oss som undersökare av den psykiska hälsan. Min dotter hörde på en gång när jag ringde och försökte få till en intervju och undrade varför jag lät så fånig och inställsam. Svårigheter på detta stadium var hemliga telefonnummer, eller ingen telefon alls och då åkte vi ibland ut till personerna och frågade vid dörren om vi kunde få besöka personen ifråga för en intervju. Jag tror också att det är mycket viktigt att presentera sig artigt och att visa legitimation, man är ju lite av en inkräktare trots allt när man kommer för att göra en forskningsintervju.

Det är en helt annan roll än den vanliga "doktorsrollen" och man får anpassa sig efter den man intervjuar och visa respekt givetvis. Jag blev en gång rejält avspisad av en man som absolut inte ville låta sig intervjuas, började vifta med en kratta på ett hotfullt sätt, och jag fann då för gott att avlägsna mig snabbt. En grand danois-hund var på väg att flyga på mig en gång, men ägaren fick fatt i jättehunden (ägaren kommenterade att det här kunde gått illa) och jag sjönk ner i en soffa. Min hundräddsla tränades nästan bort under de år jag höll på med intervjuandet och jag lärde mig att hälsa på hundar och att bli mindre rädd för hundar. Jag blev också föremål för ett frieri en gång, eftersom jag redan var gift var den situationen hanterbar. För det mesta blev man synnerligen väl bemött och välkomnad och bjuden på kaffe och kakor. Fältarbete i Skåne kan definitivt ha en godande effekt. Det är ett mycket roligt arbete men också mycket tröttande. Jag blev trött på alla förflyttningar (har dessutom ett kasst lokalsinne) och tyckte det var mycket trevligt att arbeta sedan på kliniken, där jag kunde vara på samma ställe en hel dag.

Vi var på många olika ställen och intervjuade, i deltagarnas hem för det mesta, på arbetsplatser, äldreboenden, hem för utvecklingsstörda och ibland på andra platser. Man får ha flexibilitet vid den här typen av arbetsuppgifter. Jag lärde mig att det inte går att ställa demensdiagnoser per telefon, ibland kom vi till äldre som i princip var inlåsta i sina hem pga. sin demenssjukdom, men som hade verkat vid god vigör vid ett kort telefonsamtal. En deltagare berättade att han inte fick gå ut för då hittade han inte hem igen. Det var spännande att kliva över trösklarna för man visste inte riktigt vad man skulle möta.

Jag började alltid med lite information och allmänt småprat. Kan man inte småprata är det nog svårt att vara fältarbetare i psykiatri. Det var viktigt att man fick till en avspänd atmosfär så att intervjun får ett bra flöde. Sedan fick man efter hand en del intuition, var fastigheten t.ex. dåligt underhållen fanns alkohol ofta med i sjukhistorien. Lite rurala glimtar av historien fick man också ibland. Jag har tittat på många fina gamla textilarbeten, det tyckte jag var roligare än jakttroféer på väggarna. Jag tyckte också det var intressant att en hel del äldre kommenterade detta med klasstillhörighet, och en klassmarkör var tydligen att bondbarnen hade t.ex. finare smörgåsar än statarbarn som bara hade "flottamadar" (smörgåsar med flott som pålägg). En deltagare sade om sin gamle far "att han levde det enkla livet i byn" och det är klart att det livet finns nog inte kvar. Jag tror dock inte att man ska vara överdrivet nostalgisk, de flesta som vi intervjuade uttryckte att levnadsstandarden hade ökat och kvinnorna hade fått större frihet.

### **Intervjun och skattningen**

Lundbystudien har vid de olika fältundersökningarna använt en semistrukturerad intervju där över hundra variabler gått igenom och skattats. Intervjuaren har kunnat ställa följdfrågor på egen hand och det finns en ostrukturerad del på slutet

för fri konversation som ofta gav viktig information. Det har alltid varit psykiatrer i Lundbystudien som varit fältarbetare och som samlat in material och intervjuer. Intervjun har varit ungefär liknande under åren och har moderniserats efter hand. Ord skiftar betydelse och plötsligt är vissa ord helt omoderna så intervjuinstrument behöver givetvis ständigt uppdateras. Vi ställde frågor om kroppslig och mental hälsa och personlighet, sociodemografiska variabler noterades, missbruk och episoder av psykisk sjukdom efterfrågades. Hur man mätte på skärningsdatum (när fältundersökningen startade) frågade vi också speciellt efter. Det blev ibland ganska långa intervjuer och jag kunde bli sorgsen och nedstämd några gånger när deltagarna i projektet berättade om svåra händelser som ett barns död eller självmord bland nära anhöriga.

### **Reaktionen på undersökningen**

De äldre blev nog ganska trötta av alla frågor. Har man 14 olika mediciner som ska registreras tar det ju tid. Vi antecknade under intervjuerna och försökte få så mycket information som möjligt och observerade hemmiljö och personen vi intervjuade. Sonen (som också deltog) till en av deltagarna upplyste mig om att hans mamma blev så trött av intervjun så hon var tvungen att gå och lägga sig efteråt. Det är naturligtvis en svår avvägning att ha ett bra intervjuformulär som både passar intervjuare och deltagarna, och som dessutom resulterar i bra och pålitlig information. Det är också viktigt att intervjun inte är alltför omfattande så att deltagarna aldrig mer vill delta.

Många verkade uppskatta att prata om sina liv och de flesta var nöjda med sina liv (en sådan fråga fanns i formuläret). Det fanns också de som tyckte att det här var väl inte något man skulle lägga skattepengar på och några få tyckte att det var en dålig intervju med dumma frågor. En dam blev mycket orolig över att hon nog inte svarat tillräckligt bra på alla frågor och trodde att jag skulle lägga in henne på St Lars. Min handledare Leif påpekade säkert med all rätt att diagnostiken av episoder av psykisk sjukdom underlättas av en bra kontakt och gott förtroende mellan deltagare och undersökare. Efter intervjun lämnade vi också fyra självskattningsformulär (KASAM, ISSI, NHP och HSCL-25) och det suckades en del över dessa. Många verkade vara ganska trötta på att fylla i enkäter. En av dem jag intervjuade sade att det var kul att fylla i enkäter. Det är ju ett problem för epidemiologiska undersökningar att få personer att delta överhuvudtaget.

Och jodå, vi försökte bedöma Sjöbrings personlighetsdimensioner och ställde preliminära diagnoser innan de slutliga diagnostiska bedömningarna gjordes där vi också hade journaler och andra uppgifter som registerdata att väga in.

### Det tog tid

Vi samlade också in material angående de som dött under den senaste 25-årsperioden, ett tusental personer. Vi höll på i många år och till slut blev Dr Mats Bogren och jag som gjorde merparten av fältarbetet färdiga med våra avhandlingar som handlade om depressiva störningar respektive psykotiska störningar i en normalbefolkning. Min man utropade äntligen (a la Fylking) när jag till slut lyckades doktorera. Det som är roligt med forskning är dels att fördjupa sig i något, men också att man lär känna trevliga människor och det kändes som att ha en sorts forskningsfamilj när insamlingsdelen av projektet pågick och som Yogi Berra säger "It ain't over till it's over".

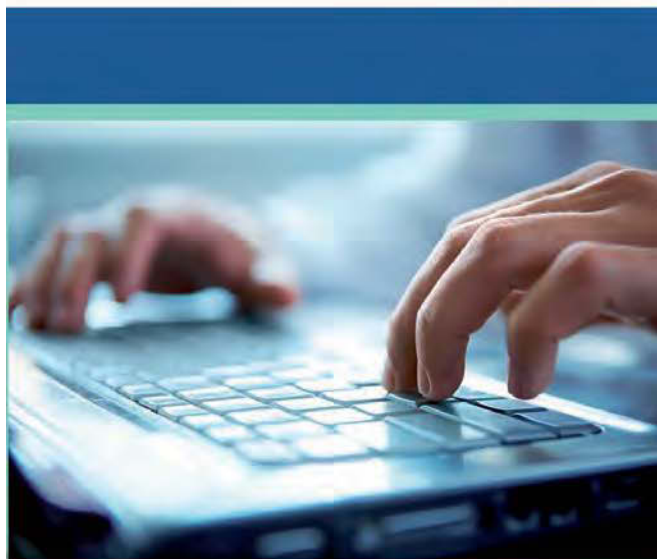
Cecilia Mattisson  
Överläkare  
Sekreterare SPF



Foto: Shutterstock/Conny Sjoström

The Royal College of Psychiatrists

**CPD ONLINE**



Ett fortbildningsverktyg för dig  
som är specialist





### Tillämpad beteendeanalys - teori och praktik

Svein Eikeseth & Frode Svartdal (red)  
Studentlitteratur, 2013

#### Övergripande ansatser

Psykologisk/psykoterapeutiskt behandlingsarbete kan bedrivas utifrån skilda teoretiska ansatser, till exempel naturvetenskapliga, humanvetenskapliga och den systemteoretiska. De stöder metodologiska ramar för arbete med såväl individen, paret och familjen som med större sociala system. Förgrundsgestalter i såväl teori som metodutveckling har varit till exempel Freud, Skinner och Bateson. När man relaterar dessa ansatser till varandra reser sig frågan om i vilken utsträckning, i vilka avseenden, de är varandra uteslutande, komplementära eller inkommensurabla. För att kunna tänka kring sådana frågeställningar är det angeläget att kunna ta sin utgångspunkt i teori- och metodbeskrivningar som har både tillräcklig djup och bredd.

När det gäller beteendeanalys, baserad på inlärningspsykologi, kan man ta sin utgångspunkt i

*Tillämpad beteendeanalys – teori och praktik*, första gången utgiven för tio år sedan, nu uppdaterad och redigerad av Svein Eikeseth och Frode Svartedal, professorer i beteendeanalys respektive psykologi. Boken är också kompletterad med nyskrivna kapitel. Ursprungligen är den skriven på norska. Den vänder sig i första hand till studerande av psykologi och beteendevetenskap, till behandlare som använder beteendeterapeutisk behandlingsmetodik, men även till andra behandlare som vill vidga sina perspektiv.

#### Digert innehåll

Den som är det minsta intresserad av beteendeanalys och vilken behandlare borde inte vara det, har mycket att hämta ut denna digra skrift som är uppdelad i en teoridel och en praktisk del. I teoridelen tas utgångspunkten i inlärningsteoriens grunder med fokus på operant och klassisk betingning, positiv, negativ och diskriminativ förstärkning. Grundforskning och forskningsmetodik och etik belyses liksom språk, motivation och neurobiologi i nyskrivna kapitel, perspektiv som man enligt redaktörerna kanske inte i första hand förknippar med beteendeanalys. De framhåller att med en modern beteendeanalytisk begreppsapparat blir det möjligt att studera komplicerade mänskliga beteendekområden, bland annat emergenta fenomen som förefaller sakna inlärningshistoria till exempel på vilket sätt regler kan vara motivationsskapande.

Tillämpningsdelen omfattar bland annat ADHD, autism, depression, beteendestörningar och ångestproblematik, samt nyskrivna kapitel som behandlar Acceptance Commitment Therapy (ACT-behandling) av kronisk smärta och missbruksbehandling.

Slutligen presenteras läsaren för tillämpning av beteendeanalys i sociala system: organisationer och näringsliv.

#### Beteende som bidrar till att upprätthålla problematik

Inombeteendeanalysarbetar man inte med sjukdomsbegrepp eller utvecklingspsykologi, annat än vad gäller ett oönskat beteendes historia. Avsikter och tolkningar i all ära, men det är beteendet och vilka "beteenden" i vid mening som räknas. Vikten av att beakta på vilket sätt olika problematiska beteenden upprätthålls via förstärkning tycker jag är en grundläggande utgångspunkt. Kapitlet om arbete med kroniska sjukdomar och kronisk smärta är mycket belysande i detta avseende.

#### Redaktörernas sammanfattning

I ett sammanfattande kapitel drar redaktörerna upp riktlinjer för framtiden. De resonerar kring gapet mellan de goda resultat som behandling utifrån ett beteendeanalytiskt perspektiv ovedersägligen kan uppvisa och den ändå relativt blygsamma omfattning som den tillämpas. De menar att även om beteendeanalytiker varit goda metodutvecklare, förefaller de varit mindre effektiva vad gäller produktutveckling, produktion, försäljning. De betonar vikten av att metodens begränsningar också tydliggörs då beteendeanalysen förlorar i trovärdighet om den framställs som ett alternativ till all annan psykologi. Detta är viktigt då den i ett historiskt perspektiv kan ha framställts som ett alternativ till och kritik av alla annan psykologi. I detta avsnitt täcker man också upp för vissa brister i uppdateringen av behandlingsresultat i övriga kapitel och styrker därigenom de goda resultat som uppnåtts inom ett spektrum av problemområden hos både vuxna och barn.

### **Oftast men inte alltid så lättillgänglig**

Olika avsnitt har olika tillgänglighet. Vissa av de teoretiska resonemangen till exempel i kapitlet om stimulusekivalens är nog endast allt igenom möjliga att tillgogögöra sig för en liten krets. Framställningen skulle kunna öppnas upp genom en lista med begreppsförklaring och fler beskrivningar av hur inte bara akronymer utan även människor eller för all del också råttor förhåller sig till varandra. Det skulle vara angeläget då de perspektiv som presenteras är av stort intresse. Praktikavsnittet är generellt väl skrivet och lätt att ta till sig. Fokus på operationalisering och mätbarhet ger en tydlighet i resonemangen till priset av en reduktionism och som i kombination med den speciella begreppsapparaten kan te sig provocerande men som i praktiken naturligtvis inte behöver äventyra en intersubjektivt respektfull och empatisk behandlar-klientrelation.

### **En reflektion**

Jag blir något konfunderad beträffande relationen mellan beteendeanalys och KBT som den tonar fram i boken. Beteendeterapi beskrivs ju ibland som första vågen i KBT-utvecklingen, men beteendeanalysen tycks ha utvecklats vidare helt oberoende av den kopplingen även om man i ringa utsträckning ännu så länge studerat sambandet mellan emotioner och kognition respektive mellan emotioner och verbalt beteende. I boken finns knappast ens i praktikdelen, utöver avsnittet om ACT, KBT omnämnt. Om beteendeanalytiker beskriver att de inte slagit igenom i proportion till sina behandlingsresultat, tycks i gengäld KBT åtminstone i Sverige, på lekman- och administrativ nivå fått ett genomslag som snarast överträffar det vetenskapliga underlaget. Har KBT "profiterat" på beteendeanalysens bidrag, utan att ge kredit eller hur ska man förstå saken?

Här följer ytterligare ett bidrag på temat för nr 3 2013, "Varför blev jag psykiater – egentligen?". Redaktionen tar gärna emot fler berättelser av detta slag!

## Varför jag blev psykiater

I början av medicinstudierna hade jag fantasier om att forska om "psykisk kemi" - en idé, som jag dock ganska snabbt övergav.

På psykiatrikursen hade jag tillfälle att gå på professor Erik Essen-Möllers avdelning. Vi drillades i föregångaren Henrik Sjöbrings personlighetslära och introducerades i europeisk diagnostiktradition. Detta väckte på allvar mitt intresse för psykiatri. Samtidigt var det nästan komiskt att iakttä de äldre kollegornas respektfulla hållning gentemot den vördade professorn. Det tidiga sommarvikariatet på S:t Lars hade säkert också betydelse för mitt val av specialitet. Det var ett gäng drivna kliniker som tog hand om oss kandidater och som kunde förmedla sin entusiasm för psykiatri: Vera Gynning, Olle Hagnell, Bengt Lenninger, Eberhard Nyman. Jag har senare ofta tänkt att det jag till äventyrs kan om psykos, det har jag lärt av den karismatiska Eberhard Nyman. Han hade ett sätt att illustrera sina fall med anekdoter, som för alltid har etsat sig fast: "göken gol med mors röst...", "när gumman sjöng vid bordet, förstod gubben att hon var tokig..." Den alldeles för tidigt bortgångne barn- och ungdoms- psykiatern Anders Torold i Lund var också en viktig inspiration för oss, som var barn av 68-rörelsen.

Rättspsykiatri för den kloke professor Bo Gerle väckte intresse. När Olle Hagnell, som just rekryterat mig till Lundbyprojektet, efterträdde Bo Gerle och utnämndes till professor i social- och rättspsykiatri, var det bara att följa med. Mitt mångåriga engagemang i Lundbystudien har nog varit den enskilt viktigaste orsaken till mitt val av specialitet. Att delta i fältarbetet, se utbredningen av de psykiska sjukdomarna i allmänpopulationen, analysera förlopp och risker och att få träffa och intervjua alla sorters människor - friska (de flesta, tack och lov) som sjuka. De har känts som ett stort privilegium att få ta del av deras livshistorier med allt vad det kunnat innebära av kriser och vändpunkter, se särskild artikel på det senare temat i detta nummer.

En ovärderlig internationell utblick gavs när jag som underläkare på Forskningsavdelningen på S:t Lars sjukhus och som Svenska Psykiatriska Föreningens stipendiat fick möjlighet att delta i 5:e Världskongressen i psykiatri i Mexico City 1971. Psykofarmakologi, klinisk psykiatri och frågor kring psykiatri och samhälle dominerade programmet. Tankar om en operationellt definierad psykiatrisk diagnostik lanserades också, vilket ganska snart ledde fram till DSM-III. Under ledning av vår egen Jan Ottosson hölls ett större symposium kring ämnet aggression med den berömde psykoanalytikern Erich Fromm. Vid ett annat symposium varnade den engelske psykiatriprofessorn Michael Shepherd för tendensen i många länder att psykiatri tar på sig funktioner som ej är vetenskapligt försvarbara och han framhöll att den psykiatriska vården speglar den rådande samhällsstrukturen. Allt värdefulla insikter att ha med i bagaget, när flyget tog mig tillbaka till den psykiatriska vardagen. Min medstipendiat Thomas Troeng landade däremot efter diverse turer som kirurg i Karlskrona. Men det är en annan historia.

**Leif Öjesjö**  
**Psykiatridocent**  
**Stockholm**



Vi är ganska  
många nu och  
behöver en chef!

**Vuxenpsykiatriska kliniken** bedriver verksamhet i hela södra Älvsborgs län. Kliniken består av lokalt baserade öppenvårdsmottagningar, centralt belägen akutmottagning, rehabilitering, neuropsykiatri och äldrepsykiatrisk enhet. I centralorten Borås finns subspecialiserad verksamhet i form av 4 avdelningar, mottagningar för allmänpsykiatri, beroende, psykos, affektiva störningar-depression och personlighetsstörningar/ångest. Kliniken har ca 450 medarbetare varav 40 är specialitläkare och 15 st ST-läkare som leds av läkarchef.

#### Arbetsuppgifter:

Vi har under det senaste året rekryterat ett stort antal specialister och kan nu på allvar bygga och utveckla verksamhetens innehåll. Vi söker nu en läkarchef som tillsammans med kollegor och vårdenhetschefer, vill utöva ett aktivt ledarskap.

Tillsammans med läkargruppen vill du vara med och skapa förutsättningar för ett gott arbete, kompetensutveckling, en god arbetsmiljö och möjlighet till delaktighet i förändrings- och utvecklingsarbetet.

Tjänsten kan kombineras med kliniskt arbete som överläkare och uppdrag som chefsöverläkare.

#### Vi förväntar oss att du:

- har erfarenhet av ledarskap och stor vikt fästes vid goda ledaregenskaper och personlig lämplighet.
- är intresserad av att leda och utveckla den psykiatriska vården tillsammans med medarbetare.
- är specialistläkare inom vuxenpsykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri.
- har god förmåga till kommunikation och dialog.

#### Om Du är intresserad:

Ta gärna kontakt med oss:

Verksamhetschef **Bengt-Arne Andersson**,  
tfn 033-66162702

Chefsöverläkare **Zsófia Gombos**, tfn 033-6162700

Läkarföreningens ordf. Linnea Rönstedt,  
Tfn 033-6161000 (vxl)

Sista ansökningsdag: **2014-04-01**