

TEMA

känsligt

● *Var har ni Hemliga lådan?*

● *Ouch!*

● *När den psykiskt sjuke blir religiös och när den religiöse blir psykiskt sjuk. En känslig fråga, eller...?*

● *Känsligt?*

● *Tjugo frågor som kan vara känsliga*

● *Möderskan från Mjölby rannsakad*

● *Takotsubo – det brutna hjärtat*

● *Tvinga varsamt*

● *Hur hanterar vi patienternas suicid?*

● *Etiska överväganden i psykiatrisk slutenvård*



Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3 Redaktionsruta
- 3 Redaktionell ledare, *Tove Gunnarsson*
- 4 SPF styrelseruta, Ledare. *Hans-Peter Mofors*
- 5 SFBUP styrelseruta, Ledare. *Lars Joelsson*
- 6 SRPF styrelseruta, Ledare. *Per-Axel Karlsson*
- 8 Kommande temanummer
- 28 Krönika enligt Tiger: Att resa i det lilla *Mikael Tiger*
- 32 Senaste nytt från SPF's utbildningsutskott, *Alessandra Hedlund*
- 44 Nyheter från SLUP, *Jörgen Vennsten*
- 56 10 frågor, möt SPF's vetenskapliga sekreterare *Tuula Wallsten, Stina Djurberg*
- 63 Professorsruta: Känsligt om hagiografi, forskning och viktiga händelser, *Ulf Rydberg*
- 83 Kalendarium
- 84 Bokrecension: Personlighetspsykiatri, *Björn Wrangsjö*
- 86 Bokrecension: Integrerad psykiatri. Case management i teori och praktik, *Leif Lindström*
- 89 Bokrecension: Alkoholboken, *Björn Wrangsjö*
- 91 Bokrecension: Gruppens potential. Att leda och utveckla gruppbehandling, *Lars Tavon*

Tema:

- 12 Var har ni Hemliga lådan? *Per Gustafsson*
- 13 Tjugo frågor som kan vara känsliga, *Björn Wrangsjö*
- 15 Takotsubo - det brustna hjärtat, *Lars Farde*
- 16 Tvinga varsamt, *Sigrid Steen*
- 18 Hur hanterar vi patienternas suicid? *Josephine Savard*
- 19 Ouch! *Hanna Edberg*
- 20 När den psykiskt sjuke blir religiös och när den religiöse blir psykiskt sjuk. En känslig fråga, eller...?, *Jacob Carlander*
- 22 Känsligt? *Pia Enderby*
- 24 Etiska överväganden i psykiatrisk slutenvård. Det etiska landskapet i vardagsarbetet, ny avhandling, *Veikko Peltö-Piri*
- 26 Mörderskan från Mjölby rannsakad, *Per Gustafsson*

Rapporter från möten och resor

- 36 Psykiatrinorr på APA-kongressen i Toronto 2015, *Hans Ericson*
- 42 Svenska Psykiatriska Föreningen var med på Kirurgveckan 2015. *Lise-Lotte Risö Bergerlind*
- 46 Möte i Madrid, Rapport från den 16:e ESCAP-kongressen 2015, *Lars Joelsson*
- 49 SPF i Almedalen, *Hans-Peter Mofors*
- 50 SPF i debatt om vårdplatser i Almedalen, *Hanna Spangenberg*

Rapporter från möten och resor

- 51 Svenska Psykiatriska Föreningen och Självskadeprojektet i Almedalen, *Lise-Lotte Risö Bergerlind*
- 52 Möte i München. Rapport från Alcohol Epidemiology Symposium of Kettil Bruun Society 1-5 juni, *Cecilia Mattisson, Leif Öjesjö*
- 58 Livslångt lärande, *Frances Hagelbäck-Hansson, Margareta Malm, Christina Wånge*
- 61 Psykiatrin var i fokus under Almedalsveckan, *Martin Schalling, Stefan Einhorn, Lena Flyckt*
- 79 Konsultpsykiatri vid den moderna forskningsetikens vagga, *Lars Wahlström*

Debatt, diskussion, annat:

- 34 Intervju med Lise-Lotte Risö Bergerlind, ny hedersledamot i SPF, *Tove Gunnarsson*
- 65 Angående SensoDetect och läkaretik, *Hans Bendz*
- 65 Vad är så märkvärdigt med ADHD-diagnosen? *Lars Jacobsson, Bruno Hägglöf, Henrik Gonzalez*
- 67 Skall en patient sitta hemma och när som helst läsa sin psykiatriska journal? *Lars Albinsson*
- 69 Hjärnmaterialismen är en obevisbar tro! *Jan Pilotti*
- 71 Sveket mot barnen, *Jan Pilotti*
- 76 Professor Susanne Bejerot. Engagerad visionär problemlösare med civilkurage, *Maria Larsson*
- 80 Psykiatrisk diagnostik i fokus! *Herman Holm, Jörgen Herlofson*

Aktuell information:

- 7 Bland annat på SPK 2016, *Alessandra Hedlund*
- 30 SPF:s program RIX 2015, *Maria Larsson*
- 30 Gratis entré på Riksstämman 3-4 december, *Maria Larsson*
- 31 Remissvar: Trygg och effektiv utskrivning från slutenvården, *Tuula Wallsten*
- 38 Slopas krav på anmälningsplikt när någon tar sitt liv
- 39 Cullbergstipendiat 2015, *Tove Gunnarsson*
- 40 Svenska Psykiatriska Föreningens kansli har nytt telefonnummer från den 14/9
- 40 Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne. Dags att nominera!
- 43 Välkommen till Svenska Psykiatrikongressen 2016, Call for abstracts!
- 44 Svenska Psykiatriska Föreningen på Facebook! *Hanna Spangenberg*
- 60 METIS - en framgångssaga! *Lise-Lotte Risö Bergerlind, Clara Gumpert, Annika Lindgren*
- 74 Mental Health Run, *Anna Malmqvist, Ullakarin Nyberg, Hanna Spangenberg*
- 87 Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen, dags att nominera!
- 92 Cullbergstipendiet 2016, dags att söka!



Svensk Psykiatri

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

Ansvarig utgivare

Hans-Peter Mofors

Huvudredaktör

Tove Gunnarsson
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Redaktörer

Hanna Edberg
(hanna.edberg@sll.se)

Daniel Frydman
(daniel.frydman@icloud.com)

Per Gustavsson
(per.A.Gustafsson@liu.se)

Björn Wrangsjö
(bjorn.wrangsjo@gmail.com)

Teknisk redaktör

Stina Djurberg
stina.djurberg@bordnet.net

Foto/grafisk design

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

Omslagsbild

Shutterstock/file404

Internet

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se



Känsliga frågor...

... om sexualitet och övergrepp och religion. För vem är de känsliga – för patienten eller för läkaren? Om detta handlar några av våra bidrag på temat Känsligt. Andra avhandlar så vitt skilda ämnen som brustna hjärtan, bältesläggning och hemliga lådor.

Temat för nästa nummer är Skäms! där vi ska ta oss an begreppet skam. Skam hos patienter är förstås en infallsvinkel. Men även skam hos oss som läkare och personal, för sådant vi gjort och sådant vi underlåtit att göra under vår yrkesutövning.

Att ha ett tema i varje nummer är bl.a. tänkt att inspirera till alternativa ingångar till relevanta problemställningar och förhållanden inom psykiatrin. Men självklart vill vi också återge den psykiatriska vardagen och vi välkomnar som alltid bidrag på mycket annat än temat. Vi tar tacksamt emot kongressrapporter, debattinlägg, recensioner, fallbeskrivningar, forskning, intervjuer med mera!

Vi planerar dessutom att fr.o.m. nästa nummer ha en ny avdelning, "Psykiatriska nyheter", där vi vill ta upp vad som händer på kliniker runt om i landet, det kan t.ex. vara utvecklingsarbeten, projekt eller nya arbetssätt. Så skriv gärna och berätta om vad som händer hos dig! Naturligtvis vore det också intressant att få rapporter om vad som händer inom psykiatrin i andra länder.

Har du idéer och förslag på innehåll får du gärna skriva till oss, adressen är redaktoren@svenskpsykiatri.se

Våra författarinstruktioner har ändrats något, se sidan 8. Vi behöver begränsa antalet ord för att kunna få med fler bidrag och därmed göra innehållet så brett som möjligt. Ambitionen är att alla ska hitta något som lockar att läsa, oavsett intresse och inriktning.

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Vem tjänar på att svartmåla psykiatrin?

Kära kollega,

Efter en vädermässigt lite tveksam sommar är de flesta av oss åter i tjänst. Solen tycktes komma tillbaka först i anslutning till semesterns slut. Kanske för att sprida ljus över allas vår bedrövliga tillvaro?

”Bedrövlig” - vad menas?

I min roll som ordförande har jag under sommaren haft en del med media att göra. Det har slagit mig vilken negativ attityd som oftast tycks råda mot vår disciplin. Flera tidningar skriver om bemanningsfrågan, och önskar synpunkter på denna. Uteslutande vill man resonera i kristermer, snarare än regionala skillnader, i likhet med annan sjukvård. ”Varför har ni sådan kris?”, ”Finns det något som helst hopp om framtiden?”

Ett utspel kom från sjukvårdsministern om att överutbilda psykiatriker i storstäderna för att sedan tvångsflytta dem till mindre bemannade orter. Tycker måhända SPF att detta är en bra idé, undrade flera journalister.

Flera tidningar rapporterade om närmast inhuman behandling av patienter vid en psykiatrisk klinik, där pennalism och våld beskrevs som naturliga inslag. Drevet gick. Ständigt denna psykiatri i kris, med oförmåga till både vård och omvårdnad. Det föreföll i somliga artiklar att självmord var närmast ett väntat utfall efter vården vid samma klinik. Så märkligt att vare sig läkare eller omvårdspersonal känner igen sig. Inte minst alla de som trivs med sitt arbete och upplever sig göra ett bra arbete.

En del av min semester har handlat om kommentarer och genmälen till en artikel i Läkartidningen, där ett debattinlägg publicerades med rubriken ”Psykiatriska föreningen godtar antroposofisk homeopati”. Författaren skrev en lång fallbeskrivning om en OCD-patient som behandlades med rytmiska insmörjningar, eurytmi, diverse homeopatiska preparat, däribland ulltistel, utspätt guld, silver och örter. Självklart var väl detta något som SPF stöder?

I själva verket handlade remissen från Läkemedelsverket inte om ställningstagande till alternativmedicinsk vård, utan om preparat som redan administreras idag skulle kunna skrivas på recept eller ej. SPF svarade tydligt att vi är negativa till denna typ av behandling, men kan se fördelar ur patientsäkerhetssynpunkt om all behandling underkastas krav på biverkningsuppföljning, vilket inte är fallet idag.



HANS-PETER MOFORS

ORDFÖRANDE SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS
STYRELSE

Ordförande: Hans-Peter Mofors

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Ullakarin Nyberg

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Michael Ioannou

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Christina Ysander

(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Tuula Wallsten

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Alessandra Hedlund

(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Redaktör Svensk Psykiatri: Tove Gunnarsson

(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Michael John

(john@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Cecilia Mattisson

(mattisson@svenskpsykiatri.se)

ST-representant: Hanna Spangenberg

(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen
851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

Webmaster: Stina Djurberg

(stina.djurberg@bornet.net)

Trots tydliggörande om vår intention så var detta ett tacksamt forum att misstolka och löjliggöra. Psykiatriker har väl alltid vurmat för det flummiga? Ska vi inte rent av börja ge kurser i alternativmedicin?

Allt för sällan läser jag om allt det fantastiska som görs i psykiatrin. Om insatser under såväl HSL som LPT vilka leder till tillfrisknande och förbättrad livskvalitet. Om verksamheter som fungerar bra, trots brister, vilka ju finns i all sjukvård. Vem tjänar på att svartmåla psykiatrin – och varför?

Vad kan vi göra för att berätta om allt gott som görs i vår disciplin – såväl kliniskt som i forskning? Hur kan vi var och en bidra till att förbättra psykiatrins varumärke? I dialogen med media och vårdgrannar strävar SPF sedan flera år att ideligen belysa det halvfulla glaset istället för det halvtomma.

Hans-Peter Mofors
Ordförande i SPF

Men hallå, hur länge har vi känt varandra?

Ja, så sa en av mina patienter för en tid sedan när jag frågade henne när hon skulle fylla år. Hon tyckte att jag borde veta det efter att vi känt varandra i sju år. Jag blev lite överrumplad av hennes fråga och tänkte först att den var lite naiv, men när jag kom hem började jag tänka på vad hon sagt. Vilka födelsedagar kan man på rak arm utan hjälp av facebook? Jo ens närmaste familj och bästa vänner. Den tanken fick mig att se hennes fråga i ett annat ljus, kanske upplever hon att vi har en sådan nära relation att det är självklart att hålla reda på födelsedagar. Att arbeta som barnpsykiatriker betyder ibland att man har kontakt med patienter och deras familjer i många år och följer dem i både med- och motgång. Det känns som ett privilegium samtidigt som ett stort ansvar.

I sommar har jag umgåtts mycket med mina barnbarn. Det är roligt och lärorikt att träffa dem under större delen av dagen. Jag blir imponerad över hur mycket små barn tänker, det märks speciellt när de börjar att prata och kan formulera sina tankar i ord. Då kan man bättre förstå vilken frustration det kan vara att veta precis vad man vill men inte kunna uttrycka det. Jag tror att det problemet också finns hos många av mina patienter. Många som kommer till barnpsykiatrin har språkliga svårigheter, svårt att förstå och svårt att uttrycka sig. I vårt samhälle och i vår skola är vi mycket beroende av språket, även i ämnen som bild och idrott måste eleverna kunna beskriva med ord vad de skapat eller gjort. En annan sak som jag blir mycket medveten om när jag träffar barnbarnen är hur olika de är som personer och man kan se det redan när de är spädbarn. Den som tror att det bara är miljön som bestämmer barnens utveckling brukar tänka om när de får sitt andra barn, då ser man skillnaden på barnen fast de växer upp i samma familj. Jag tror att uppväxtmiljön är viktig men man måste lära känna barnen och deras unika personlighet för att kunna skapa en bra miljö att växa upp i.

SFBUP kommer att ha en intensiv höst. Vi kommer att delta i olika arbetsgrupper, bland annat kommer vi att medverka i ett riktlinjearbete om transkulturella frågor som Psykiatriska Föreningen tagit initiativ till. Skolläkarföreningen är offensiv och har bjudit in till en angelägen hearing om elevhälsan. Det känns viktigt att samarbeta med skolläkarna och elevhälsan då många av BUPs patienter kommer på grund av svårigheter i skolan. Skolläkar specialiteten skall nu bli en grenspecialitet av barnmedicin och barnpsykiatrin vilket gör det ännu viktigare att ha en dialog. SFBUP är också med i arbetsgrupper som Socialdepartementet bjudit in till

sfbup

LARS JOELSSON

LEDARE SFBUP



SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

Ordförande: Lars Joelsson (lars.joelsson@vgregion.se)

Vice ordförande: Sara Lundqvist

(sara.lundqvist@vgregion.se)

Facklig sekreterare: Beata Bäckström

(beata.backstrom@skane.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 Henriksson

(ulrika.henriksson@sll.se)

Ledamot: Shiler Hussami (shiler.hussami@nll.se)

Ledamot: Håkan Jarbin (hakan.jarbin@regionhalland.se)

ST-representant: Therese Vestlund

(therese.vestlund@sll.se)

SFBUP:s hemsida: www.svenskabupforeningen.se

Webmaster: Stina Djurberg

(stina.djurberg@bornet.net)

och som handlar om den framtida inriktningen på området psykisk hälsa.

SFBUP har en arbetsgrupp för flyktingfrågor som har varit vilande en tid. Nu i slutet av sommaren fick jag ett mail från intresserade medlemmar som ville starta gruppen på nytt. För mig och resten av styrelsen känns det riktigt bra att vi åter får en aktiv arbetsgrupp som kan engagera sig i flyktingfrågor och delta i samhällsdebatten. Nu om någonsin behöver vi stå upp för ett bra flyktingmottagande. På Riksstämman kommer vi i år att ha ett symposium om ensamkommande flyktingbarn och ett symposium om barnpsykiatri och 1:a linjen, också det ett viktigt och aktuellt ämne.

Lars Joelsson
Ordförande i SFBUP

Funderingar över vad som händer



Statistiken över dem som dömts till överlämnande till rättspsykiatrisk vård har varierat över åren, åtminstone vid min klinik. Det var bara en enda förra året men detta år är det sex stycken och det är övervägande kvinnor. Måhända ett trendbrott? Allt fler kvinnor blir också inlagda inom psykiatrin rent generellt, om jag ska se till min erfarenhet under rätt så många jurer de senaste åren. Åldrarna sjunker också, och bland akutpatienterna har ca 90 % missbruk i någon form. Missbruket är en farsot!

Om vi ska kunna gör något för att förändra detta räcker det inte med insatser från en enda aktör; alla måste hjälpa till och verkligen samarbeta, kanske allra mest när vi hittar gränfallen.

Psykiatrin är i ett läge där det inte är produktivt att tänka som förut, vi måste anpassa oss till situationen. Det gäller även för rättspsykiatrin och med draghjälp från SKL håller vi på att redigera i dokumentet "innehållet i den rättspsykiatriska vården". Möte planeras till den 3 november och förhoppningsvis är vi då många deltagare. Är DIN klinik representerad?

Statistiken

Jag har det lyckliga läget att få ett antal läkarassistenter varje sommar, de får specialuppdrag som syftar till att ge mervärde för patienterna, dem själva och kliniken. Det har förut handlat om att registrera till kvalitetsregister, göra genomgångar av läkemedel, analysera uppföljningar av medicineringen både på patientnivå och kliniknivå. Detta år hade fler assistenter fått plats och jag tyckte vi skulle höja målsättningen. Uppgiften blev att göra somatiskt status inklusive neurologiskt status och dessutom neurologiska s.k. soft signs enligt NES vilket är en genomgång av 44 items, bland annat koordination, vissa reflexer och sensibilitet. Till min förvåning men även glädje kunde jag se att själva frågeformuläret var i forntiden översatt av Raffaella Björck, som inspirerat så många. Till hennes minne och ära vill jag berätta litet om vad vi hittat:

Det finns en klart signifikant skillnad mellan friska kontroller och patientgruppen med både bipolär sjukdom och schizoaftektiv sjukdom och schizofreni. Över femtio patienter och 20 kontroller. Signifikansen är minst femstjärnig dvs. risken att resultatet beror på slumpen är mycket liten.

Det vanligaste fyndet är problem med komplexa handrörelser och minne vid femsakstest. Rätt så många av patienterna har påtagligt bevarad sugreflex. Ett märkligt

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Ordförande: Per-Axel Karlsson (ordforanden@srpf.se)
Vice ordförande: Kristina Sygel
Sekreterare: Hanna Edberg (sekreteraren@srpf.se)
Kassör: Kosilla Pillay (kassoren@srpf.se)
Vetenskaplig sekreterare: Katarina Howner (vetenskapligsekreterare@srpf.se)
Facklig sekreterare: Erik Dahlman (facklige.sekreteraren@srpf.se)
Ledamot och Kriminalvårdsrepresentant: Lars-Håkan Nilsson
ST-frågor: Hanna Edberg
Ledamöter: Sara Bromander, Harald Nilsson, Margareta Lagerkvist
Hemsida: www.srpf.se
Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)

fynd är ögonfenomenet lateral exofori vid konvergenstest, som vi hittade på över dussinet. Påtagligt många hade rätt påtaglig patologi och jag kan rada upp fler fynd, men låt oss skriva en mer utförlig artikel innan dess. Databearbetning pågår med yngre generationen Karlssons excellenta excellenskaper. Vi får väl se vilken tidskrift som publicerar.

I vart fall är det tydligt, att de svåra psykiska sjukdomarna inte bara begränsas till själen, neurologin är (förstås) klart inblandad.

Det är inte så att dessa fynd är nya, de har visats förut, men vi hittar ingen studie som är gjord i Sverige i denna storlek.

Faktaruta

Vi (läkarassistenter) har fått till uppgift att göra en utförlig somatisk undersökning av samtliga inläggande patienter. Detta innefattar att vi lyssnar på hjärta och lungor, gör en grov öron- och ögonundersökning, känner på buk och lever, inspekterar hud, mun och svalg etc. Vi gör även en utförlig neurologisk status där vi testar sensorik, motorik och reflexer för att hitta eventuella neurologiska avvikelser eller sjukdomar.

Nytt för i år är att vi även utvärderar ett test vid namn NES (Neurological Evaluation Scale). Det är ett test som har utformats för att hitta specifika neurologiska avvikelser vid schizofreni. Det finns tidigare forskning som visat att det finns fler neurologiska abnormaliteter vid schizofrenisjukdom jämfört med andra psykiska sjukdomar samt jämfört med en psykiskt frisk population. Det betyder att psykiska sjukdomar även tar sig uttryck i somatiska avvikelser. NES skulle därmed i förlängningen kunna bidra till diagnostiken av psykisk sjukdom.

NES testar bland annat sensorisk integration, motorisk koordinering, komplexa motoriska sekvenser, primitiva reflexer med mera.

Våra resultat hittills pekar åt att patienter med schizofreni, schizoaffektiv sjukdom samt bipolär sjukdom typ I har ett större utslag på testet än övriga patientgrupper.

Min egen förhoppning är att få ge litet i retur för alla upplevelser jag fått i mitt yrkesliv, och jag vet redan att läkarassistenterna utvecklats; min gissning är att de blir bäst på neurologiskt status i sina respektive klasser, och jag har hört ord från assistenterna som innebär hoppfullhet för psykiatri - "Jag gillar dom här människorna!"

Med dessa ord önskar jag energi och forskarglädje till alla kollegor och Tack kära läkarassistenter!

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF



Bland annat på SPK 2016

Hypokondri är en riktig sjukdom. En plågsam sjukdom som går att behandla. Vad som krävs för att lyckas, det vet överläkaren **Ingvard Wilhelmsen**.

Han är professor och specialist i internmedicin, gastroenterologi och psykiatri. Han arbetar på världens första hypokondrimottagning, som han var med och startade 1995, och har botat många patienter genom åren. Det berättar han med levande exempel, med empati och glimten i ögat. Ta del av hans unika erfarenhet på SPK 2016!

Alessandra Hedlund
Facklig sekreterare SPF

SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2015

Skriv i Svensk Psykiatri

NUMMER 4 2015

Tema: Skäms!
Deadline 11 november
Utkommer vecka 49

NUMMER 1 2016

Tema: Det uppblåsbara självet
Deadline 17 februari
Utkommer vecka 10

NUMMER 2 2016

Tema: Psykiatrins byggnader
Deadline 18 maj
Utkommer vecka 23

Nummer 3 2016

Tema: 10-årsjubileum!
Deadline 31 augusti
Utkommer vecka 38

Välkommen att skicka in bidrag på temat och även annat som kongressrapporter, debatt, aktuell information, recensioner m.m.!

Maila till

redaktoren@svenskpsykiatri.se

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Författarinstruktioner för Svensk Psykiatri

Artikellängd: Texten bör vara max 800 ord (om du har bild eller figurer 600 ord).

Om Din artikel har fler ord och inte går att korta måste vi istället publicera den på vår hemsida.

Rubriker: Vi är tacksamma om Du förser Din artikel med förslag på rubrik/titel och underrubriker.

Filformat: Skicka texten som bilaga i e-brev, helst i Word-format.

Porträttfoton och andra foton: Vi vill gärna ha foto på våra författare. Det är bra om ni skickar med foto (dock inte inbäddade i artikeln utan som bilaga), i så hög upplösning som möjligt, redan när ni skickar in er artikel. Om Du har andra foton som Du tycker är relevanta för Din artikel så skicka gärna med dem. Uppge alltid namn på fotograf.

Figurer: Vi publicerar endast diagram eller andra figurer som är väsentliga för resonemanget i Din artikel och som skickas som bilaga.

Författaruppgifter: Ange korrekta och utförliga författarpresentationer både i e-brevet och i artikeln. Namn, titel och arbetsplats.

Postadress: Svensk Psykiatri, c/o Djurberg, Skogsrydsvägen 60, 506 49 Borås

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **11/11**
Tema Skäms!



ANNONS



Det finns många anledningar att vara medlem i SPF

Förutom Svensk Psykiatri har Du som medlem även tillgång till

The British Journal of Psychiatry iPadversion **Nytt!**
Nordic Journal of Psychiatry online
The Nordic Psychiatrist
Läs mer på hemsidan under "medlem"

www.svenskpsykiatri.se

Observera att möjligheten att använda CPD Online upphörde den 1 juli.

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

Svenska Föreningen för Barn - och Ungdomspsykiatri:
www.svenskabupforeningen.se

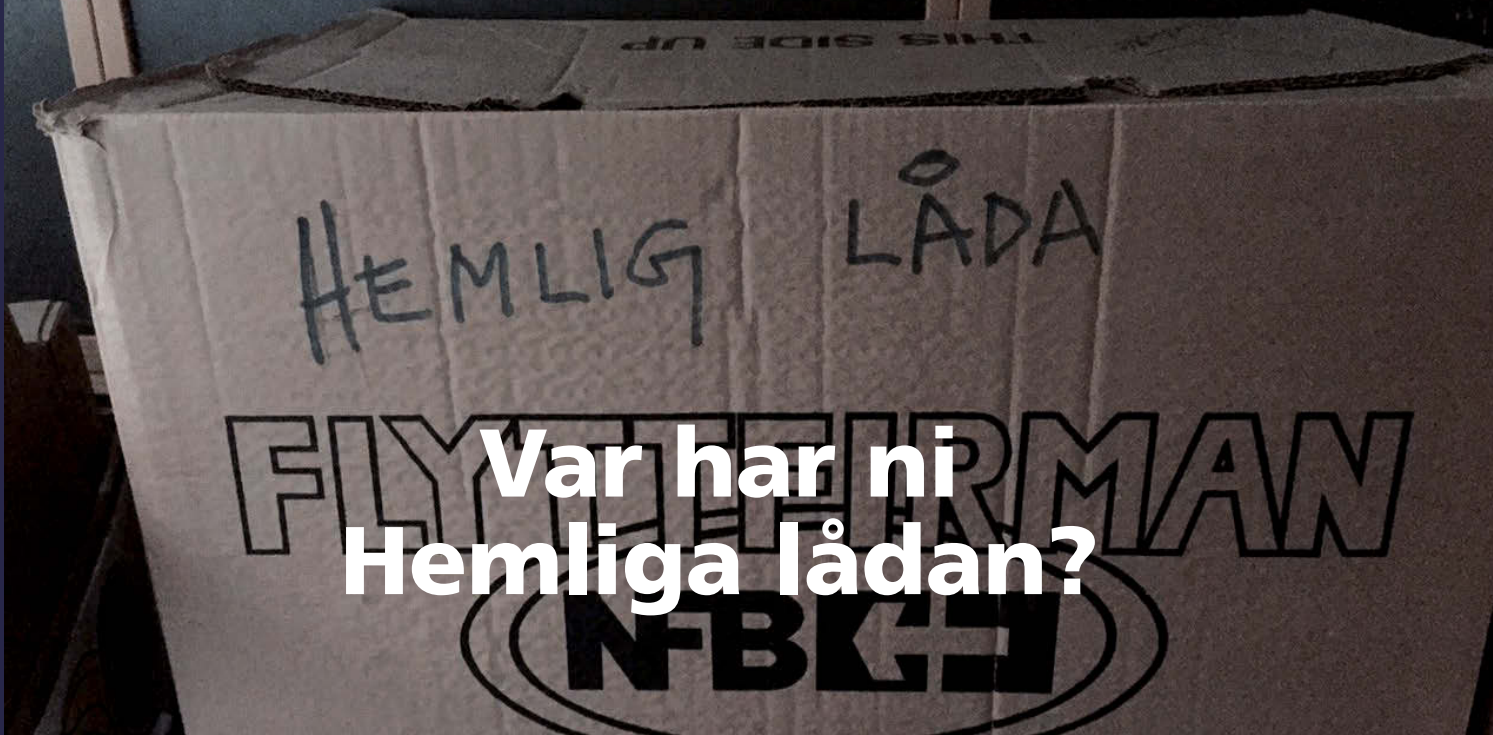
Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri:
www.sluspsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srpf.se



ANNONS



Var har ni Hemliga lådan?

På BUP hade vi förr i tiden (när vi fortfarande hade pappersjournaler...) en "Hemlig låda" där man la de barns journaler som hade föräldrar som arbetade på sjukhuset. Detta för att det ansågs känsligt att det skulle komma ut att man gick på BUP. Hemliga lådan sköttes av en betrodd sekreterare, som såg till att inga obehöriga fick se namnen på de barns journaler som låg där.

Genom en omorganisation kom jag, och de patienter jag hade kontakt med, att höra till Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) under några år. När jag en dag hade haft återbesök med ett av de barn som pga. föräldrarnas arbete hade haft journal i Hemliga lådan på BUP, insåg jag att jag måste kolla upp var man hade den Hemliga lådan på BUH, för att kunna lägga journalen där. "Vad menar du?", blev svaret. "Vi har inga hemligheter här". När jag berättat om "Hemliga lådan" på BUP var man lika oförstående. "Vad skulle det vara bra för?" Alla barn måste ju ha journal så att man kan läsa vad de behöver för hjälp.

Uppenbarligen ansåg man på BUH att det inte var annorlunda att ens barn hade kontakt där, än att barnet gick till BVC eller barnkliniken. Det var inte något känsligt, inget att skämmas för. Men på BUP tänker vi att föräldrar inte vill att det ska bli känt för sjukvårdskollegor att deras barn behöver vård för psykiska problem. Det är fortfarande så att BUP har en högre sekretessnivå i datajournalen, man måste t.ex. ansöka om tillgång till journal om man från barnkliniken vill se vad som utspelat sig i BUP-kontakten. Vi värnar om att kontakten med BUP kan skötas så att den "inte syns".

Men är det numer så känsligt att söka BUP? Att det är högt söktryck och lätt blir väntelistor är ju ett uttryck för att det finns en efterfrågan på det BUP har att erbjuda. Ligger en reell/faktisk ökning av psykiska ohälsoproblem bland unga bakom de ökande siffrorna för BUP-kontakt? Eller är det en förändring i hur vården/psykiatrin bedömer/diagnosticerar ungdomars upplevda ohälsoproblem? Och är det nuförtiden mer accepterat av barn och unga att söka hjälp för psykiatrisk problematik? Vad är det för psykiska besvär som de uttrycker och söker vård för, vilka symptom uttrycks? Har det skett en förändring av hur unga upplever/tolkar/beskriver sin psykiska hälsa/ohälsa?

I den offentliga diskussionen har flera "kändisar" trätt fram och vittnat om psykiska besvär och traumatiska upplevelser. Patrik Sjöberg berättade om de sexuella övergrepp han utsatts för av sin tränare och fick en starkt positiv reaktion på sin berättelse. Per Fosshaug, bandyspelaren, har beskrivit hur han efter att ha fått diagnosen ADHD fått förståelse för sina impulsiva utbrott på och utanför bandyplanen. Å andra sidan fick Linus Törnblad som varit deprimerad inget stöd – men kanske har serien "Bipolär" ändrat synen på affektiv sjukdom?

Per Gustafsson
Professor, överläkare
BUP-kliniken Linköping

Tjugo frågor som kan vara känsliga

Psykiatrisk verksamhet är en komplex verksamhet med olika förutsättningar i olika delar av landet; kulturellt, erfarenhetsmässigt, ekonomiskt, tillgång på adekvat utbildad personal mm. På vissa ställen fungerar psykiatrin väl, på andra ställen mindre väl, eller väl i vissa avseenden och mindre väl i andra. Nedan följer några frågor som i vissa sammanhang kan vara relevanta och i andra helt saknar relevans. Urvalet av frågor är – naturligtvis – beroende på "utkikspunkten" i organisationen.

Kan det vara så att:

- slutenvården gradvis tycks förlora sin målsättning att samtidigt med akuta omhändertaganden också erbjuda en terapeutisk och utvecklande miljö?
- summan av alla dokumentations- och registreringssystem för patientsäkerhet tillsammans riskerar att motverka sitt syfte – att ge bättre vård?
- varje professionell verksamhet kräver att yrkespersonen/medarbetaren har en viss autonomi för att mest effektivt fullgöra sina uppgifter?
- politiker, tjänstemän och ledning i sin ambition att effektivisera vårdfunktionen har kringkurat denna autonomi genom en detaljreglering i så stor utsträckning att svårigheterna att bedriva ett professionellt baserat arbete i vissa avseenden har minskat i stället för ökat?
- en medarbetare som anförtros denna autonomi tenderar att uppleva mer arbetstillfredsställelse och trivsel på sin arbetsplats?
- ökad kontroll och detaljstyrning ses som den huvudsakliga vägen att uppnå uppsatta mål och att det saknas en plan B när plan A – mer styrning och kontroll, inte fungerar?
- en enhetschefs möjligheter att konstruktivt lyssna på sina medarbetares återkoppling från sin arbetssituation skulle öka om vederbörande kunde lita på att denna information skulle tas väl emot på nästa högre chefsnivå?
- arbetsledningen ibland missförstår minskad kritik från medarbetarna som ett uttryck för större acceptans fast tystnad kan spegla vanmakt och uppgivenhet, till exempel att återkoppling inte lönar sig och att avskärm-

ning är nödvändig för att skydda sig?

- medarbetare riskerar att antingen tystna eller bli gnälliga om de upprepade gånger återkopplar erfarenheter från sin arbetssituation till sin chef utan att synpunkterna vare sig lyssnas till eller tas tillvara?
- ledningen upplever att de får för lite uppskattning för sina ansträngningar?
- det finns en diskrepans mellan en sjukvårdsorganisations övergripande värdegrund vad gäller friheten för anställda att framföra kritik och de följer detta i praktiken kan få för den person som framför kritiken?
- bristande omsorgsfullhet i en organisationslednings implementeringsarbete vad gäller nya synsätt, regelverk, dokumentationsformer och arbetsmetoder tenderar att skapa mer problem i vården än vad nyheterna i själva verket löser?
- en medarbetares tendens att identifiera sig med sin organisation och förmåga att känna stolthet över denna ökar trivsel på arbetsplatsen, arbetsglädjen och effektiviteten i arbetet med patienterna?
- ledningen har en mer ofullständig bild av förhållandena på arbetsplatserna än den är medveten om och att medarbetarna likaså har en mer ofullständig bild av ledningens arbetsvillkor än de är medvetna om?
- medarbetare som upplever sin ledning som dysfunktionell förlorar sin förmåga att urskilja goda förslag och uppfatta goda intentioner hos ledningen?
- den uppskattning patienterna ger medarbetarna utgör den huvudsakliga "näringen" och att de skulle uppskatta mer "näring" från ledningen?
- medarbetarna gradvis vänjer sig vid arbetsförhållanden som de av etiska skäl inte borde vänja sig vid så att "undantagstillstånd" så småningom blir "normaltillstånd"?
- medarbetarna tenderar att försättas i etiska konflikter i sitt behandlingsarbete beroende på tidsbrist eller administrativa inskränkningar i den professionella autonomin och att dessa etiska konflikter kan bidra till mental ohälsa t.ex. utmattningsdepressioner i

personalgruppen?

- ökad arbetsbelastning tenderar att först sammansvetsa personalen, men sammanhållning och samarbete fragmenterar när ytterligare arbetsbelastning överskrider de av ledningen fastställda ramarna för gruppens autonomi. Var och en får redas igång bäst den kan?
- ovanstående frågor tenderar att besvaras olika av ledning och övriga anställda i organisationen och att skillnaden växer ju mer det hierarkiska gapet vidgas.



På SPK 2016

Missa inte paneldiskussionen

Björn Wrangsjö
 Docent i barn- och ungdomspsykiatri
 Stockholm

”Den självalda döden – den döendes roll och läkarens” där PC Jersild medverkar tillsammans med Ullakarin Nyberg och Antoinette Lundahl!



Foto: Shutterstock/Umkehrer

Takotsubo – det brustna hjärtat

Takotsubo cardiomyopati (TTC) är ett tillstånd som under senare år fått bred uppmärksamhet i media där det ofta kallas "broken heart syndrome". En medialt säljande beteckning som anknyter till de otaliga litterära alster som handlar om hur människor fått sitt hjärta "krossat". Men vad är då "takotsubo"?

Tillståndet beskrevs första gången 1990 i Japan där man undersökt några akuta hjärtpatienter med bristfälligt fungerande vänster hjärtkammare. Vid kontraktion observerades ett hålrum som till sitt utseende påminner om de lerkrutor som japanska fiskare använder sig av för att fånga bläckfiskar. Detta fiskeredskap, som kallas tako tsubo, fick ge tillståndet dess namn.

Det tog nära nog ett decennium innan TTC uppmärksammades i västvärlden. Efter en artikel i New England Journal of Medicine, 2005, fick tillståndet betydande uppmärksamhet och nu publiceras årligen cirka 300 vetenskapliga artiklar om TTC. Patienter med TTC har klassiska symptom på hjärtinfarkt såsom plötsligt insättande bröstsmärta, andningssvårigheter, EKG-förändringar och förhöjda tropoinvärden. Till skillnad mot klassisk hjärtinfarkt har patienter med TTC vanligen inga eller små förträngningar i koronarkärlen. En annan skillnad är att tillståndet ofta är reversibelt och att prognosen därför är förhållandevis god, även om några procent av patienterna inte klarar sig i akut fas eller på grund av efterföljande komplikationer. Ett par procent av alla patienter med akut koronarsjukdom visar sig ha TTC och påfallande är att tillståndet huvudsakligen drabbar postmenopausala kvinnor (90 %).

En central fråga är vad som orsakar TTC. Den starkaste hypotesen är att det har att göra med ett påslag av katekolaminer såsom adrenalin och noradrenalin. En vanlig observation är att TTC debuterar i samband med akut emotionell eller fysisk stress. Emotionell stress kan utgöras av ett dödsfall, en skilsmässa eller en ekonomisk katastrof. Därav följde uttrycket "broken heart syndrome" och att tillståndet kan diskuteras i DSM-5 under "psykologiska faktorer som påverkar andra medicinska tillstånd". Exempel på fysisk stress är trauma, stroke, sepsis och postoperativa tillstånd. Under senare år har långvarig stress också uppmärksammats även om sambanden här inte är fullt klarlagda.

I detta sammanhang har intresset även inriktats på psykiatrisk komorbiditet (1). I litteraturen finns det numera ett betydande antal fallrapporter och ett antal mindre kliniska studier som talar för ökad förekomst av depression och paniksyndrom hos de patienter som drabbas av TTC. Så det kan finnas anledning för oss psykiatriker att hålla ögonen öppna.

Lars Farde
Professor i psykiatri
Karolinska Institutet

(1) Nguyen et al, Do Comorbid Psychiatric Disorders Contribute to the Pathogenesis of Tako-Tsubo Syndrome? A Review of Pathogenesis. Congestive Heart Failure, Vol 15, p 31-34, 2009

Foto: Shutterstock.com/KPG_Payless



Tvinga varsamt



Foto: Privat

Jag har nyss fyllt 19 år och har tillbringat flera år inom slutenvården och blivit bältad sammanlagt över 300 gånger. Utifrån mina erfarenheter har jag sammanfattat några punkter som gör situationen lättare för MIG, ska man trots allt bälta någon, ber jag att det sker på ett så skonsamt sätt som möjligt. Jag hoppas att ni kan ta till er av det här.

Se till att bältningen blir värdig. Svär inte åt mig, skrik inte åt mig, skratta inte åt mig, skäll inte på mig, prata inte nedlåtande över huvudet på mig och be mig inte på ett otrevligt sätt att «skärpa mig för att inget blir bättre av att jag håller på så här» när det är kraftig ångest som styr mig.

Var noggranna med att ingenting gör ont. Gör det det, förvärras situationen avsevärt och bältningen blir betydligt mer skrämmande. Var inte mer hårdhänta än nödvändigt.

Var vaksamma. Observera hela tiden hur jag ter mig under bältningen och försök läsa av om jag reagerar negativt på något (smärta, obehag, något som någon säger etc.) som gör mig mer ledsen, rädd, arg eller något annat. Försök att rätta till det i så fall.

Berätta för mig vad som händer under tiden jag blir bältad och vilka som är i rummet. Det är inte säkert att jag hör, men kanske gör jag det. Det är obehagligt när jag inte vet vad som händer. Lämna mig inte ensam i rummet. Det är till och med olagligt.

Dra för allt i världen upp byxorna på mig efter en injektion som jag får i ena skinkan när jag ligger fastspänd och inte kan göra det själv.

Jag vet att en del vill ha ett täcke eller lakan över sig för att det ska kännas mindre utlämnande, vilket nog kan vara jättebra. Personligen tycker jag inte alls om det, för det blir alldeles för varmt och jag känner mig instängd och klaustrofobiskt fången under det. Försök att på något sätt ta reda på eller läsa av vilket som blir «bäst» - med eller utan täcke. Fråga om det går.

Försök i en lugn situation efteråt ta reda på vilket som blir «minst värst» för mig av att ligga på mage eller rygg, IFALL jag i framtiden skulle bältas igen. Skriv in detta i journalen.

Ligger jag på rygg gör det ont om mina armar bänds upp och spänns fast bakåt i huvudhöjd. Spänn i så fall fast dem ner längs med min kropp istället.

Sätt upp mitt hår i en tofs så att jag inte andas in det om jag skriker. Eftersom jag sitter fast kan jag inte ta bort håret själv, och det känns som att jag ska kvävas när jag får det i halsen. Det leder till total panik. Titta runt mina handleder och se om jag har en hårsnodd, och lägg fram som förslag att avdelningen köper in hårsnoddar så att det alltid finns. Finns det ingen hårsnodd att få tag på, så håll åtminstone koll på håret så att det inte hamnar i mitt ansikte.

Behåll lugnet runt mig. Om personalen är uppvarvad och orolig smittar det av sig på mig och jag kan omöjligt lugna ner mig.

Ibland när det har blivit väldigt varmt när jag har bältats, har personalen lagt kalla och våta handdukar i nacken på mig eller hållit kylklampar på olika ställen över min kropp. De har också frågat om jag varit törstig och försökt få i mig vatten när jag har börjat lugna mig, något som verkligen är värt att ta efter.

Försök få kontakt med mig om det inte på något vis verkar olämpligt i stunden. Jag kan behöva aktiv hjälp från personalen för att kunna lugna mig och bryta tillståndet och «komma tillbaka». Prata lugnt med mig och vidrör mig eventuellt genom att till exempel stryka mig över ryggen, detta kan hjälpa mig att inte helt försvinna in i mig själv. Var dock uppmärksam på att det inte blir obehagligt för mig, sluta i så fall med detsamma. Sitt gärna i en stol bredvid mig så att vi kommer i samma höjd. Det kanske inte går att få kontakt med mig med en gång om jag har kraftig ångest, men avvakta i så fall en liten stund och försök på nytt senare. Fråga mig efteråt hur jag upplevde det, om det var bra eller dåligt så att ni vet vad som ska göras nästa gång om det händer igen. Jag kanske rent av bara vill vara i fred.

Se under bältnings gång om det går att börja lossa på till exempel mina händer när jag börjat lugna mig.

Erbjud samtal efteråt och prata om det som har hänt, om inte med en gång så kanske senare eller vid annat tillfälle. Vill jag inte detta måste det dock accepteras. Det är viktigt att tänka på vem som pratar med mig. Det kan bli väldigt konstigt om det är «förövaren» (den som har bältat) som ska sitta och stötta mig när det känns som att jag varit med om ett övergrepp, inte minst om bältningen har skett på ett dåligt sätt. Har en person som jag däremot känner mig trygg med varit med, som kanske har bemött mig bra och stöttat under bältesläggningen, kan det fungera ändå. Det kan vara bra för mig att till exempel få återberättat vad

som har hänt och att få ge min version av det hela. Det är förhoppningsvis värdefullt för både mig och personalen att samtala kring det, men det förutsätter att jag blir lyssnad på och inte överkörd. Mitt tips är att ta reda på bland annat detta:

Vad som utlöste bältesläggningen

Hur den hade kunnat undvikas

Vad som varit "bra" och "dåligt"

Hur det upplevdes - Hur jag vill ha det om det händer igen
Och framför allt bara låta mig få prata av mig

På en avdelning jag låg på bestämdes det att min kontaktperson som jag tyckte väldigt mycket om inte skulle vara med när jag bältades, för att vi fortfarande skulle kunna prata med varandra efteråt och för att jag skulle kunna ha någon att få stöd av och prata av mig med, som i sin tur kunde prata med de andra när inte jag förmådde mig att göra det. Det fungerade väldigt bra. På en annan avdelning var min kontaktperson ett enormt stöd under bältesläggningarna. Hon satt på sängkanten, strök mig över ryggen, hjälpte mig att få ordning på andningen och fanns med hela vägen. Det är jag oändligt tacksam över.

Skuldbelägg inte. Efter bältesläggningar har personal och läkare överöst mig med dåligt samvete och sagt att "jag måste tänka på personalen som mår dåligt av att behöva bälta mig". Det måste vara fruktansvärt som personal att behöva spänna fast någon som inte vill och ligger och gallskriker och kastar sig fram och tillbaka med hela kroppen - jag skulle INTE vilja göra det, men i dessa lägen är jag de flesta gånger inte vid fullt medvetande och har inte en chans att styra vad jag gör. Att ge mig dåligt samvete förändrar inte min förmåga att sansa mig, men det får mig att må ännu värre över bältesläggningen. Att som personal uttrycka att man inte tycker om att ta till bältning och att skuldbelägga är däremot två helt olika saker. Man kan lägga fram det på olika sätt, och att på ett konstruktivt sätt förmedla till mig att man faktiskt inte tyckte att det kändes bra att bälta mig, kan vara väldigt bra för mig att höra.

Sist men inte minst: En bra sak att tänka på är att behandla den som ligger i bältesängens som du själv skulle vilja bli behandlad eller som du skulle vilja att ditt barn, syskon eller annan närstående skulle bli behandlad i samma situation.

Med vänliga hälsningar
Sigrid Steen

Hur hanterar vi patienternas suicid?

”Personens liv gick inte att rädda...”

Nästim till dagligen kan du stöta på den här meningen i någon form. Kanske i samband med att du läser om ett druckningstillbud i morgontidningen eller när du sitter på bussen där ett samtal förs mellan två medpassagerare om att en anhörig till en av dem hastigt avlidit i en hjärtinfarkt.

Här är det tämligen oladdat att tala i termer om att sjukvården inte har kunnat *rädda* personen.

Men hur är det för oss inom psykiatrin?

Föreställ dig följande scenario:

En man med depression söker akuten med sin sambo med anledning av sömnsvårigheter. Han berättar om sina dödstankar men förnekar regelrätt suicidavsikt. Han erbjuds inläggning men avböjer. ST-läkaren bedömer honom inte som vårdintygsmässig och ordnar så att mannen får med sig insomningstabletter som ska räcka till öppenvårdsbesöket nästa dag. Mannens sambo som är med vid besöket känner sig trygg med handläggningen. Samma kväll sätter mannen sig vid ratten och kör in i en bergvägg med dödligt utfall.

ST-läkaren konstaterar att depression är förknippad med hög mortalitet och trots att man gjort allt man kunnat under rådande omständigheter så gick patientens liv inte att rädda.

Eller vänta...

Är det troligt att ST läkaren kommer att resonera i termer om att patientens liv *inte gick att rädda*?

Kanske, men långt ifrån säkert.

Ordet *misslyckande* smyger sig gärna in när suicid kommer på tal och detta trots att våra patienters tillstånd ofta är förknippade med en förhöjd mortalitet. Nollvisionen kontra vår verklighet är förstås inget nytt så varför tar jag upp det? För att jag tror att vi *behöver* prata om hur vi hanterar patienternas suicid.

På årets APA-kongress var jag på ett seminarium om hur ST-läkaren påverkas av patienters suicid. Föreläsarna redovisade siffror på att en tredjedel av ST-läkarna har

varit med om att deras patient suiciderat. En tredjedel i den gruppen upplevde att det fortsatte att påverka deras yrkesutövning över tid och nästan en av tio ST-läkare övervägde karriärsbyte.

Seminarier lyfte också rapporterade känslor hos ST-läkaren vid suicid så som initial chock och förnekelse för att sedan övergå till exempelvis skuld känslor, rädsla för eventuella rättsliga konsekvenser och för att bli anklagad av anhöriga. Oro för vad kollegor skulle tänka om den enskilde läkaren rapporterades också liksom ilska över situationen. Sorg över att patienten gått bort var också en vanlig reaktion liksom att det kliniska självförtroendet rubbats och att man tappat tilltron på den egna förmågan att kunna göra skillnad för patienter.

Budskapet från seminariet var att tidigt i ST-utbildningen, förslagsvis i en utbildningssituation på kliniken, ha ett ”preventivt inslag” där man talar om begränsningar i suicidriskbedömningar, lyfter moraliska och existentiella frågeställningar i vårt arbete, beskriver vanliga reaktioner hos ST-läkaren efter patientens suicid och erbjuder möjlighet till diskussion kring erfarenheter. Därtill rekommenderades tydlighet med vilket stöd som erbjuds vid suicid där involverande av handledare, ST-studierektor och kollegor eller någon utomstående föreslogs.

Det är i många fall ett tungt och känsligt ämne men vi kan jobba för att stötta den enskilde individen genom att tala om det och minska ensamheten i tankarna.

Josephine Savard
ST-läkare
Stockholm

Ouch!

Höst i Göteborg. Brandgula löv singlar över Avenyn. Jag var tjugo och några och min pappa hade bett mig agera smakråd när han skulle pröva ut en ny kostym. Jag minns inte vad det var för spektakulärt evenemang han skulle delta i, men en rackarns fin kostym skulle han ha, ja nu skulle det kosta på! Vi begav oss till Den Fina Herrekiperingen i centrala staden. Heltäckningsmatta, stillsam musik i bakgrunden, en oerhört elegant manlig expedit i ålderskategorin distingerad som gled omkring tyst som en vessla med ett måttband böljande kring halsen. Min far provade lite olika varianter och den eleganta expediten stod vid sidan av och hummade artigt. Med låg och melodisk röst kommenterade han initierat en av kostymerna – jag vill minnas att det var en stilren sak av Ermenegildo Zegna – och vände sig sedan till mig och frågade vänligt: "Och vad tycker lilla frun?"

Vad vi har skrattat åt det där. Men där och då var genansen momentan, jag kände hela Västra Götalands pedofilnätverk surra upphetsat i omgivningerna och blev röd som en paprika. En röd. Paprika.

Men hörni detta var känsligt. Att ta fel på dotter och fru, att anta att... ja, anta vadå?

I retrospektiv är det ju tvivelsutan så att en inte oansenlig del av vår intelligens består av förmågan att kunna kategorisera, se samband och dra slutsatser. Och en får väl anta att män i 50-årsåldern som besökte just denna herrekipering tillsammans med sina fruar/flickvänner i det lägre åldersintervallet kanske snarare var regel än undantag...

Vår eleganta expedit använde helt enkelt sin kunskap och erfarenhet och drog en rimlig slutsats efter bästa förmåga.

Nuförtiden tycker jag att det mesta som känns känsligt på något sätt tangerar sexualitet och kön. Jag har ännu inte hittat den där perfekta anamnesticiska frågan rörande relationsstatus, en lagom neutral och öppen fråga som av naturlighet ger ett detaljerat svar. "Har du någon partner?" Partner. Jag känner mig inte tillfreds med det ordet. Jag upplever att det har sjanghajats av HBTQ-rörelsen. Det får en... laddning, en ytterligare innebörd utöver det rent grammatiska. Dessutom, om man preciserar föremålet så är frågan per automatik stängd och inte öppen.

"Har du någon partner?"

"Ja."

Aj då.

"Är det en hon eller en han... eller en hen...?"

Dags att kasta in handduken och försöka penetrera förekomst av allergier istället.

För några år sedan tog jag emot en ung man från en högsäkerhetsanstalt. Han led av någon sorts psykisk ohälsa som jag nu inte kommer ihåg, hur det nu var skulle jag skriva in honom. Han var en tvättakta tiotaggare i gangstervärlden,

en sådan där som hade gått sin Hermodskurs i bovbeteende och farit land och rike runt och bränt röda stugor, slagit små barn och sagt fula ord sedan han var sisådär tolv. Tatueringar täckte hans muskulösa lekamen, ormar slingrade sig upp över halsen och knogarna var täckta av diverse mindre uppmuntrande bokstäver. Där stod en tanig liten jag i för stor läkarrock (nej, det var bara en sinnebild, vi har ju inte rock längre. Förlåt hygienavdelningen) och skulle ta anamnes. Till frågan om relationsstatus... "Är du gift, har du någon flickv..." – här hejdade jag mig. Tankarna for som skällade gnagare genom huvudet. "Inte döma hunden efter håren! Behandla alla lika! Dra inga förhastade slutsatser!" Jag svalde och korrigerade: "(...) flick- eller pojkvän?"

Jag tog omedvetet ett steg bakåt och tänkte att nu blir han vansinnig, jag kommer att få stryk, att jag ens skulle överväga att han är...

Tiotaggaren vände blicken uppåt, axlarna tycktes sjunka en aning. Han log.

"Ja, jag har en pojkvän."

Jag galopperade tillbaka till mitt skrivbord, gjorde vågen och dunkade mig själv imaginärt i ryggen under det att jag berömde mig själv för min kliniska blick, min precision, min empati, min kompetens och min bredd och dessutom lite för att jag var en hejare på höjdhopp på 90-talet.

Historien hade ju nu varit utomordentligt elegant om det visat sig att tiotaggaren hade ångest över sin sexualitet som han inte vågade berätta för någon om och att medkumpanerna på Kumla mobbade honom eller något ditåt och först efter att jag ställt denna förlösande fråga kunde vi reda ut det hela och få honom frisk och välmående.

Men, tja. Så var det ju inte riktigt.

Men tänk om!

Kära Ni. Jag hoppas att allt detta är bagateller och självklarheter för Er. Inte det minsta känsligt. Att Ni kan ställa frågor om könstillhörighet och sexuell läggning med samma självklarhet som Ni frågar om eventuella blindtarmsoperationer eller TBE-vaccinering. Jag vill lyfta det eftersom för mig är det inte alltid så, och i vår värld KAN det vara viktigt. Det känns sorgligt att det fortfarande i vår upplysta tid med smarta mobiler och tillgång till ögonblickliga kartor över hela världen FORTFARANDE kan ha någon slags laddning. En laddning som kanske till och med gör att frågan inte blir ställd.

Låt oss tillsammans försöka avkänsliga det onödigt känsliga.

Hanna Edberg

**Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm**

När den psykiskt sjuke blir religiös och när den religiöse blir psykiskt sjuk. En känslig fråga, eller...?

År 1980 presenterade professorn i religionspsykologi, Owe Wikström, en studie "Stöd eller börda? Religionens roll i psykiatri och psykoterapi" (Stockholm, Skeab). En tro och ett religiöst sammanhang kan vara till hjälp att hantera och tolka svåra tillstånd och situationer i livet, men kan också förstärka och ibland rent av framkalla depressiva tankar, hypomana episoder och psykotiska upplevelser. Den kan vara en trigger för sadistiska handlingar och självskadebeteende. Religion och religiöst liv är allt annat än en enhetlig företeelse. Tron på en transcendent verklighet räcker inte som definition. Därtill kommer gudsbild, personlig erfarenhet, den sociala kontexten, toleranta eller fundamentalistiska miljöer, karismatiskt eller demokratiskt ledarskap. Frågan handlar inte bara om hur psykiatrin tolkar religionen utan också hur den religiöse förstår psykiatri och psykisk sjukdom. Här finns också en kulturell aspekt.

Sverige gäller för att vara ett av världens mest sekulariserade länder med religionen som en privat angelägenhet. Det bidrar till att många psykiatriker, psykologer, kuratorer, sjuksköterskor och skötare i psykiatrin upplever religion som en känslig och svårhanterlig fråga i mötet med patienten. Jag tror denna oro ofta är överdriven och att ett alltför känsligt uppträdande gör mer skada än nytta. Om patienten bär på en smärtsam upplevelse kring ett religiöst tema och sedan upplever att personalen undviker detta i samtalet, blir situationen än mer skrämmande.

Kan jag tala om gud och religiösa föreställningar med en patient utan att själv vara religiös? På den frågan vill jag svara ett obetingat ja. Vi gör ju det i de flesta andra områden, så varför inte också här.

Mellan åren 1985 till 1999 var jag sjukhuspräst i den psykiatriska vården på Ulleråker i Uppsala. Jag minns vid ett tillfälle när en patient, en ung man, bokade tid för samtal. När vi hittat en tid som passade oss båda blev han stående med något missnöjt i blicken. Jag frågade vad han tänkte på och svaret kom genast:

- Egentligen vill jag prata om det här med min psykiatriker, hon är så himla bra.

- Varför gör du inte det då, frågade jag uppmuntrande.
- Jo, sa han, jag berättade för henne om tankar att jag är gud på något sätt. Då sa hon att det borde jag prata med dig om.

Han funderade en stund och sa sedan med ett leende på läpparna:

- Jag skulle ha sagt att jag upplever mig vara Nietzsche istället. Då hade jag nog fått prata med henne ändå.

Den unge mannen genomskådade uppdelningen med en finurlig blick. Händelsen sätter också fingret på att religion vid psykisk sjukdom ofta handlar om språk, bilder och upplevelser. Språket och begreppsvärlden är i de flesta religioner starkt polariserat: ont och gott, ljus och mörker, gud och djävul, himmel och helvete, allsmäktig och vanmäktig. I ett och samma bibelstycke kan människan liknas vid en mask kräländes på marken för att sedan jämföras med gud. Samma spänning finns även i Koranen. Det är kanske inte så märkligt att det religiösa språket blir en begreppsvärld man söker sig till, då man lider av djupa depressioner, bipolär sjukdom eller psykotiska tillstånd. Det främlingskap som hör till psykisk sjukdom med en känsla av att stå utanför, kan också leda till en religiös identifikation. Jag har mött många människor med psykotiska sjukdomar som utvecklar ett särskilt intresse för judendomen. Identifikationspunkten blir då att höra till en grupp som är förföljd och ifrågasatt.

Författaren Johanna Nilsson berättar i romanen "Jag är den som skall komma" (Stockholm, Forum, 2012) om en ung kvinna som under en psykotisk sjukdom ser sig som en Jesusgestalt, vilket både blir en grandios tanke och en skräckupplevelse. Jesus korsfästs ju på slutet.

Jag tror det är viktigt för psykiatrins personal att se hur religiösa föreställningar vid psykisk sjukdom kan vara ett famlande efter språk och beskrivning av en smärtsam upplevelse:

En patient vårdas på avdelning för en djup depression. Patienten som är medlem i en frikyrka säger till en sjuksköterska som är hens kontaktperson: "Jag har ingen rätt att leva, i Bibeln står det att varje träd som inte bär god frukt ska huggas av och kastas i elden."

Förstår du vad det betyder?”. Sjuksköterskan, som själv är muslim, funderar en stund och svarar sedan lugnt patienten: “Ja, det måste betyda att det redan för flera tusen år sedan funnits människor som mått lika dåligt som du och som tvivlat på sin rätt att finnas till”.

Patienten återkommer längre fram till hur betydelsefullt detta svar var. Patienten förstod att känslan av total värdelöshet hörde till sjukdomen. Istället för utanförskap fanns där möjlighet till identifikation och tillhörighet.

Det är viktigt att som personal inte bli rädd och rygga inför religiösa föreställningar, vilket annars kan göra dem än mer skrämmande för patienten. Här gäller psykologins regel att validera såväl patienten som jag själv som personal. Patienten har de tankar och upplevelser om sig själv och tillvaron som hen har. Det kan och ska vi inte ta ifrån hen. Jag som personal ska på samma sätt validera situationen med min empati, vetenskap och beprövade erfarenhet. Den ska jag heller inte förneka i samtalet. När religionen blir en börda för patienten är denna dubbla validering så oändligt värdefull.

Religion kan också vara ett stöd vid psykisk sjukdom. I de modernaste formerna av psykoterapi som Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och Mindfulness hänvisas ofta till ett buddistiskt tänkande. Som religionshistoriker vet jag att samma livshållning återfinns inom klassisk kristendom, islam och judendom. Varje gång jag befinner mig på en konferens kring dessa terapiformer, brukar jag påpeka för mina kollegor att det går precis lika bra med svenska psalmer från 1600-talet för att finna inspiration till detta accepterande förhållningssätt inför smärtsamma tankar och känslor. Resultatet blir alltid detsamma; skeptiska blickar och att jag får dricka mitt pauskaffe vid eget bord.

Det finns en sund och livskraftig hållning i alla de tre stora monoteistiska religionerna, vilket kan göra det värdefullt att hjälpa patienten leta efter alternativa synsätt inom det trossystem man redan befinner sig i:

En psykiatriker som samtalar med en muslimsk man som vägrar godta medicin på grund av sin religion frågar mannen om alla muslimer tänker på det sättet världen över. Mannen tillstår då att så inte är fallet och att han är rädd för biverkningar.

Religionen kan vara en källa till identifikation och igenkännande. De religiösa texterna kan hjälpa en människa att hantera en svår period av livet eller en smärtsam psykisk sjukdom. Den danska författaren Karen Blixen skrev: “Allt lidande kan bli buret om det finner sin plats i en berättelse, eller om du berättar en historia om det”. Varje

religion tillhandahåller sådana berättelser. Vi är inte bara Homo Sapiens. Oberoende av om en transcendent tillvaro existerar eller inte så är vi också Homo Religiosus, den religiösa meningssökande människan och därmed också en Homo Narrans, en människa med behov av berättelser för att finna denna mening.

Den amerikanska författaren Marilynne Robinson berättar i romanen “Lila” (Weyler förlag 2015) hur den unga kvinnan Lila trots en svår traumatisk barndom håller samman sin inre värld med hjälp av profeten Hesekiel i den Hebreiska Bibeln. Texten handlar om ett barn som ligger blödande och övergiven på en åker. I berättelsen ser hon sig själv. Trots en bibeltext som andra upplever som obehaglig (profeten Hesekiel jämförs ofta med en psykotisk upplevelse) är den henne till hjälp att stanna kvar i livet och i de relationer som ger henne mening och kraft.

Det kan dessutom vara värt att påminna oss om, att även den nutida psykiatrin burit på en egen konflikt mellan tro och vetande och att destruktiva myter funnits också här:

En klient, som trots en psykotisk sjukdom idag lever ett förhållandevis gott liv tack vare medicinen zyprexa, berättade hur en psykiatriker på 90-talet gjorde klart att hans psykos berodde på en undertryckt vrede mot mamman. Klienten som var i stort behov av stöd från sina föräldrar, upplevde att detta påstående avsevärt förvärrade det psykiska lidande hen redan bar på.

Liksom religionen har myter som kan användas förtryckande mot människor, så har liknande ovetenskapliga myter också funnits i nutida psykiatri.

De religiösa frågorna och föreställningarna som hör till psykisk sjukdom är inte mer sköra än några andra frågor. Jag önskar att psykiatrins personal vågar förhålla sig till dem som vi förhåller oss till allt annat. Oberoende av min egen tro eller i avsaknad av religiös tro kan vi vara en viktig samtalspartner för patienten. Jag tror dessutom att en nyfiken och öppen hållning till patientens upplevelse, som alltid är förankrad i vårt eget förhållande till vetenskap, evidens och beprövade erfarenhet, berikar det egna arbetet. Den avgörande frågan är vilken funktion den religiösa upplevelsen har; ett stöd eller en börda. Här kan vi alla vara till hjälp.

Jakob Carlander
Leg psykoterapeut, teologie licentiat
och litteraturkritiker vid Östgöta Correspondenten

Känsligt?

En dag damp det ned en fråga i min mailbox som fångade mitt intresse lite mer än andra jobbmil om brandutbildning, möte på torsdag, ny remiss... "Pia, kan du som arbetat under många år med barn som varit utsatta för övergrepp skriva 1200 ord om vad som är känsligt? Du som jobbar med traumafokuserad behandling för barn som blivit utsatta för sexuella övergrepp och fysisk misshandel".

Ja det stämmer... Hjärnan satte igång trots att det var första dagen efter en lång semester. Jag arbetar också med att ge behandling till unga som utsätter andra för sexuella övergrepp. Brukar det vara känsligt på något sätt? Hm jo på flera sätt... och jag jobbar även med att ge behandling till de ungdomar som försöker ta livet av sig och skadar sig själva. Också områden som många kan tycka är känsligt och svårt att prata om. En del barn och ungdomar har haft en extra tuff start i livet vilket gör att de kämpar med mycket av det jag beskrivit och även annat.

Så okej jag pratar en hel del om det som kan anses vara känsligt under min vakna tid men kan jag ha något säga kring detta? Om jag nu tycker att jag har det, kan det vara hjälpsamt för andra? Hjärnan fortsätter att tjattra på så som den lätt gör... Vet inte, kanske... Dags för lite undvikande... Hur många ord har jag skrivit nu? Brukar inte det stå längst ned på sidan? Okej tillbaka... Har jag något mer att säga? När jag utbildar och handleder andra så har jag en hel del att säga... men att skriva om det är något annat... mer känsligt på något sätt. Varför då? Skam? Oro? Ja och vad tänker andra om det jag skrivit? Mindre kontroll? Jag har mindre chans att förklara vad jag menar när någon sitter i en annan landsända och läser det jag skrivit.

Skam, oro och kontrollförlust är något som barnen och ungdomarna berättar om när de blivit utsatta för sexuella övergrepp. De berättar också om skuld, ledsenhet, ilska, äckel över den egna kroppen och rädsla. De arbetar intensivt, hjärnan är inställd på överlevnad, för att slippa vara i situationer som påminner om den traumatiska händelsen eller händelserna. De undviker därför vissa platser, ofta med många människor, ord eller samtalsämnen, personer som liknar någon, lukter, kroppskontakt och närhet. De kan vakna svettiga och skräckslagna efter en mardröm eller plötsligt få minnesbilder från när de blev sexuellt utsatta mitt under en lektion i skolan. Vilket gör att de reagerar genom att antingen fly därifrån, slå och kämpa sig ur situationen eller på olika sätt undvika att känna

några känslor alls. Det många av oss kallar för dissociativa symtom. Ofta har de dragit slutsatsen att världen är farlig, människor har gjort dem illa vilket gör att det finns en logik i det. En annan slutsats de ofta dragit är att de är värdelösa vilket ofta kommer ifrån att de inte kunde ta sig ur den traumatiska situationen.

Finns det något som är känsligt för oss alla? Generellt brukar vi prata om potentiellt traumatiserande händelser och samtidigt visar forskning att olika former av sexuella övergrepp ofta är traumatiserande för de flesta av oss. Det har också visat sig att om vi efter den traumatiska händelsen berättar för andra vad vi varit med om, stannar kvar i känslorna, inte undviker i vardagen samt kommer fram till ny kunskap, exempelvis jag gjorde så gott jag kunde, så utvecklar vi inte symtom och lidande över tid.

Varför berättar inte barn och ungdomar om exempelvis sexuella övergrepp? De är rädda att de inte ska bli trodda, att andra ska säga att det är deras fel, att den som utsatt dem ska hamna i fängelse, de har blivit hotade att om de berättar så ska deras kanin dö, deras yngre syskon bli utsatt istället eller att sexbilderna från övergreppen sprids på internet. De kan också tro att det är en del av livet... de har blivit utsatta sexuellt så länge de kan minnas. Eller så blev de sexuellt tända under det sexuella övergreppet, dvs. att kroppen reagerade på sexuell stimulering trots att de inte ville. Ofta drar då barnen och ungdomarna slutsatsen, även sexuellt utsatta vuxna, att då måste det vara något de själva ville. Inte konstigt att de har svårt att berätta! När det nu finns så många anledningar, det finns dessutom fler, till varför personer inte berättar vad de varit med om så vad kan du göra, du som möter barn, ungdomar eller för den delen även vuxna? Vad gör du redan idag? Något du vill göra annorlunda? Fundera en stund!

Jag tänker att du som behandlare kan fråga dem du möter vilka potentiellt traumatiserande händelser de varit med om och hur de påverkas av dem nu. Undersöka om de har posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) som ger ett lidande och påverkar fritiden, skolarbetet eller arbetet. Om du tycker det är svårt att börja med att fråga så kan du ge dem självsvarsformulär och sedan ställa kompletterande frågor. För många barn och ungdomar är det lättare att börja fylla i ett formulär än att svara på frågor och dessutom riskerar du inte att glömma någon fråga om t.ex. undvikande, mardrömmar, koncentrationssvårigheter, könsstympning, olika former av sexuella övergrepp, krig, mobbning eller

psykiskt sjuk förälder. Du kan också tänka på hur du frågar, exempelvis vilka ord, tempot och vilket tonfall du använder. Inte undvika att säga de ord som beskriver de traumatiska händelserna, ha ett lugnt tempo och genom tonfall, ord och ansiktsuttryck signalera att du klarar av att höra vad de har att berätta. Lyssna, förklara och normalisera symtom och reaktioner samt var tydlig. Förklara vad som kommer hända under bedömning respektive behandling. Ge dem så mycket kontroll de kan få... vilket de inte hade när de blev utsatta. Hjälpa dem att skilja på då och nu. Använd så öppna frågor som möjligt såsom "berätta för mig vad som hände", "vad hände sedan"? Ett axplock utifrån vad som kan vara hjälpsamt!

Du som arbetar som chef kan arbeta för att alla behandlare på din klinik eller mottagning ställer frågor kring detta till alla som kommer innanför era dörrar och satsar på att utbilda din personal samt ge dem handledning. Det finns idag evidensbaserad traumabehandling; Traumafokuserad Kognitiv beteendeterapi (TF-KBT), Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) och Child-Parent Psychotherapy (CPP). För vuxna finns det Prolonged exposure (PE) och EMDR. En del personer med många traumatiska händelser, såväl barn som vuxna, och som dessutom har svårt med exempelvis känsloreglering, impulsivitet och bristande relationsfärdigheter kan många gånger behöva Dialektisk beteendeterapi (DBT). Nyligen har en kombination mellan DBT och PE utvecklats för dessa patienter; DBT-PE. Även närstående påverkas och behöver få hjälp vilket de ofta får i flera av behandlingsmodellerna ovan såsom exempelvis i TF-KBT och DBT.

Vi gör så gott vi kan och vi kan samtidigt utmana oss själva att förändras. Nu har jag utmanat mig själv, gått emot min oro och skam och inte lyssnat på mina första dömande tankar. Istället skrivit 1200 ord till dig. Nu hoppas jag att du kan hänga på och utmana dig själv, dina arbetskamrater och din ledning. Försök vara en förebild du också och hjälp dessa barn, ungdomar och vuxna som lider, kämpar och som behöver hjälp!

Pia Enderby
Leg psykolog/leg psykoterapeut
Linköping

Forskningsanslag ur Fredrik och Ingrid Thurings Stiftelse

Stiftelsen som administreras av SEB har till ändamål att dela ut anslag en gång om året till medicinsk forskning. Styrelsen har beslutat begränsa ändamålet till att avse dels psykiatri, dels barn och ungdomar med funktionshinder eller kronisk sjukdom av somatisk eller psykisk natur.

Stiftelsen delar ut c:a 2,8 miljoner kronor årligen. Anslagen ligger i storleksordningen 25 – 150.000 kronor.

Ansökan sker elektroniskt via thuringsstiftelse.com.

Ansökningsperioden är öppen mellan 15 september och 15 oktober 2015.

SEB

Etiska överväganden i psykiatrisk slutenvård

Det etiska landskapet i vardagsarbetet beskrivet av personal

Utgångspunkten för min avhandling var att många värdefrågor aktualiseras i psykiatrisk slutenvård i vardagliga möten med patienter. Forskning pekar på att personal ofta uppfattar situationer och problem i patientarbetet utifrån kliniska och juridiska aspekter, men mer sällan utifrån etiska aspekter. Därför behöver forskningen kartlägga det etiska landskapet i psykiatri för att tydliggöra de etiska aspekterna i arbetet. En sådan kartläggning kan vara ett stöd för att skapa ett etiskt språk för att samtala om och hantera situationer med viktiga etiska aspekter.

Syftet med avhandlingsarbetet var att kartlägga de etiska överväganden som personal som möter patienter, t.ex. skötare, sjuksköterskor, läkare, kuratorer och andra, i den psykiatriska slutenvården beskrev. Två delstudier beskrev de etiska överväganden som 173 anställda skrev om i etiska dagböcker från 6 barn- och ungdomspsykiatriska (BUP) respektive 7 vuxenpsykiatriska kliniker. I den tredje delstudien analyserades möten mellan personal och patienter i dessa dagböcker ur ett normativt etiskt perspektiv. I den fjärde delstudien undersöktes vilka argument som läkare och annan personal använde för att rättfärdiga samtliga 155 beslut om tvångsvård enligt Lagen om psykiatriskt tvångsvård i Sverige under ett år av 142 patienter inom BUP. Analyserna gjordes med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat

Jag kunde identifiera tre skilda ideal; 1) att vara en god vårdgivare, 2) att respektera patientens autonomi och integritet samt 3) att ha goda relationer till föräldrar och närstående. Trots att personalen lyfte fram respekten för patientens autonomi och integritet som ett ideal beskrevs många situationer där de valde ett mer paternalistiskt förhållningssätt. Detta uppfattades problematiskt, men personalen ansåg att det enda rimliga alternativet utifrån situationen var att ta över ansvaret från patienten. Fyra teman identifierades som etiska överväganden.

Temat *det (o)problematiska tvånget* fick sitt namn eftersom beslut om tvångsvård och tvångsåtgärder ofta beskrevs som oproblemiskt i dagböckerna. Beslut om tvångsvård

rättfärdigades i den medicinska dokumentationen, och med ännu större betoning i vårdintygen, med att patienten behövde skyddas från sig själv och att det fanns ett stort behov av vårdinsatser. Dock fanns det många problem som beskrevs i samband med användningen av tvång. I dagböckerna beskrevs gränsen mellan tvångsvård och frivillig vård som diffus, speciellt inom BUP; om föräldrarna accepterade vården så kunde den unga patienten vara för svag för att protestera mot vårdinsatser. Personal ansåg att det var svårt att förklara för vuxna patienter varför läkaren hade beslutat om tvångsvård när de sökt behandling frivilligt. Tvångsåtgärder uppfattades som känslomässigt svårt men ofta inte som ett etiskt problem. Etiska överväganden uppkom oftare vid informellt tvång, det vill säga när det inte fanns någon rättslig grund för tvång, men där det fanns ett beslut eller rutiner som krävde att patienten var följsam, t.ex. att ta sin medicin, gå upp på morgonen eller ta hand om sin personliga hygien.

Temat *ordning och reda* uppkom eftersom det fanns en stark betoning på regler och rutiner, speciellt i vuxenpsykiatri. Det var viktigt att patienter och personal följde de regler och rutiner som fanns. Personal uppfattade en stark förväntan att upprätthålla dessa regler och rutiner, även om vissa ansåg att det fanns personal som var för regelstyrda. Förutom regler och rutiner tog personalen löpande beslut om förhållningssätt till patienter som begränsade deras autonomi. Det var troligt att patienter ibland kunde uppfatta dessa begränsningar som tvång.

Särskilt omvårdnadspersonal betonade vikten av *lojalitet med arbetslaget*. Lojalitet ansågs nödvändigt och positivt eftersom det var viktigt att patienter uppfattade att personalen var överens. Om en omvårdnadspersonal ansåg att ett beslutat förhållningssätt mot en enskild patient var felaktigt så förväntades de utföra arbetsuppgiften ändå. De valde att följa beslut som togs i teamet, även om de i dagboken kritiserade beslutet. Däremot kunde de vara öppet kritiska mot beslut som togs av andra yrkesgrupper. Andra professionella, t.ex. läkare och kuratorer beskrev några få konflikter med sina kollegor, omvårdnadsteamet eller anställda i andra organisationer för att driva ett patientärende.

Personal rapporterade *känslor av maktlöshet* i förhållande till patienter när de inte kunde hjälpa dem. Det fanns inte alltid resurser för vård av patienter på avdelningen och det var inte självklart att en öppenvårdsmottagning eller socialtjänsten gav stöd till patienten efter utskrivning. Det kunde hända att personal inte hade tid med patienterna, t.ex. att prata med dem eller följa med på promenad. Personal bevitnade också att patienter eller personal kränktes av annan personal. Ingen beskrev att de tog upp sådana händelser med sin chef. Dessa upplevelser kunde delas med närmsta arbetskollegan eller i privata sammanhang och de gav ibland upphov till sömnsvårigheter eller sjukskrivning.

Diskussion

Det fanns personal som hade svårt att identifiera en händelse som hade gett upphov till ett etiskt övervägande, några skrev att de inte haft något etiskt övervägande på hela veckan. Andra deltagare hade däremot en bred syn på vad ett etiskt övervägande kunde handla om, där även organisations- och samhällsfrågor ingick. Förutom problematiska situationer med patienter handlade många etiska överväganden om intressekonflikter med kollegor, anställda i andra organisationer och föräldrar till unga patienter. Dessa konflikter var ett hot mot patientsäkerheten eftersom personalen ibland valde att vara lojala med egna kollegor eller andra intressenter istället för att möta patientbehovet som de hade identifierat. Resultatet överensstämmer med annan forskning som visar på att vårdpersonal inom psykiatri ofta inte uppmärksammar den etiska dimensionen i möten med patienter utan ser dem som kliniska problem.

I avhandlingens analys identifierades fyra utmaningar för psykiatrisk slutenvård. Först, formellt och informellt tvång i slutenvården väckte både etiska frågeställningar och kunde vara känslomässigt svåra för personalen. Dessa resultat kan användas för att utveckla och tydliggöra de etiska resonemangen när det gäller situationer där tvång används mot patienter. För det andra, *yrkesrollen* behöver förändras så att vården kan utvecklas från en rutinbaserad vård till en mer individualiserad vård. Särskilt inom vuxenpsykiatri fanns en inställning att vården skulle

vara rutinbaserad. I BUP fanns fler personal som ville arbeta mer individriktat, där var också konflikten mellan rutinbaserad och individanpassad vård som störst. För det tredje, personal kände sig ofta oroliga för vårdens innehåll och hur patienter skulle klara av att hantera sitt liv efter utskrivningen. De brister som personalen uppfattar i *stödet till patienter* borde kunna användas i utvecklingsarbetet av psykiatri. För det fjärde, *personalen behöver organisatoriskt stöd* för att göra ett bra arbete. Det verkar finnas ett behov av tydligare arbetsledning, med en aktiv enhetschef. Enhetschefer nämndes inte i dagböckerna som ett stöd i arbetet, varken när anställda var oroliga för patienter eller när de inte visste hur de skulle hantera informella beslut eller kränkningar mot patienter eller personal. Enhetschefer skulle kunna vara mer aktiva i den dagliga vården, stödja personalen och tydligare föra fram de värderingar som deras psykiatriska organisation vill stå för.

Citat från dagböcker har använts i etisk reflektion på kliniker med personal och chefer. Dessa gav en bra start för samtal eftersom citaten uppfattades som adekvata beskrivningar av verkligheten. Sådan reflektion kan erbjuda en bra möjlighet att diskutera alternativa sätt att agera och initiera ett utvecklingsarbete, samt i förlängningen också åstadkomma nödvändiga organisatoriska förändringar. Framtida forskning skulle kunna bidra till utvecklingsarbetet för att utveckla, implementera och utvärdera metoder för att hantera etiska överväganden och intressekonflikter i psykiatri.

Veikko Peltto-Piri
Socionom, Örebro Universitet

Tips för fortsatt läsning
www.svenskpsykiatri.se/tidskriften



När min fru städade på vinden hittade hon i en garderob resterna av en gammal östgötsk lokaltidning från 1929. Överst på en sida stod en artikel med ovanstående rubrik och underrubriken - "Flickans oerfarenhet begagnad av hennes husbonde". Citat ur tidningsartikeln i kursiv.

Det rörde sig om en 24-årig hemmadotter som tre år tidigare, efter åtskilliga platser, fått arbete som hembiträde hos en faster utanför Nyköping. Farbrodern var sågverksförman, "... till en början motstod hon hans närmanden men föll till slut till föga. Då hon märkte, att hon blivit i grocess anförtrödde hon detta för farbrodern, vilken då tog löfte av henne att icke yppa, vem som var barnets fader. Strax före födelsen kom hon åter till sitt föräldrahem då modern hastigt avlidit." Sedan gick ett knappt år, men "Emellertid träffade han senare flickan enligt avtal i Norrköping och följderna av detta enda sammanträffande blev ett nytt havandeskap. Detta lyckades hon dölja och framfödde i enslighet hemma ett barn i januari 1929. Omedelbart efter födseln kvävde hon barnet och gömde liket på vinden. I båda fallen hade hon, ehuru förgäves, försökt sig på fosterfördrivning."

Det gick ytterligare ett halvår, men "När farbrodern varken skickade pengar eller höll ett löfte att taga det första barnet, som nu var 16 månader och som bodde med modern, kom

hon så småningom på den tanken att göra barnet något illa, så att det skulle komma till sjukhuset och därigenom barnfadern bli avslöjad. En dag hällde hon därför skållhett vatten över barnet, som sedan fördes till Centrallasarettet i Linköping, där det efter ett par dagar avled. Samvetskvälerna drev henne emellertid att avlägga fullständig bekännelse för båda brotten."

I Sverige lagstiftades det för abortmöjlighet år 1938. Abort är dock globalt sett inte en mänsklig möjlighet. I 26 % av världens länder är abort totalt förbjudet. Som bekant driver flera organisationer i Sverige kampanjer för att minska rätten till abort. I USA är det en viktig fråga i kommande presidentval. Mot bakgrund av ovanstående historia om övergrepp och barnadrap är det svårt att förstå hur någon kan försvara inskränkning av abortmöjligheten.

Per Gustafsson
 Professor, överläkare
 BUP-kliniken Linköping



Deadline för bidrag till
nästa nummer: **11/11**
Tema Skäms



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, Läke medelsverkets föreskrifter mm. Att svara på dessa är en viktig uppgift för våra föreningar då det ger oss möjlighet att bevaka psykiatris och våra patienters intressen.

Du kan läsa alla remissvar på våra hemsidor
www.svenskpsykiatri.se
www.svenskabupforeningen.se
www.srpf.se

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



Att resa i det lilla



Jag och min fru älskar att resa. Trots att vi är inne i en hektisk småbarnsförälderperiod har vi alltid tagit oss någonstans under semestern. Denna sommar har vi dock suttit stilla i båten. Förklaringen är enkel, min fru har varit i sista trimestern med tvillingar. Sommarens planer har bordlagts och allt krut har lagts på att tvillingarna ska stanna kvar så länge som möjligt in utero.

Femåringen hemma tycker att det är trist att vi inte har några resplaner. På förskolan jämför de sina kommande sommarlov och att bara vara hemma smäller inte särskilt högt. Femåringen lägger in några trevare: "pappa vi kan väl åka till Finland? Pappa, jag vill åka till Gotland." Hon förstår att vi inte kan åka någonstans, men minnet är kort och grupptricket på dagis starkt. Tvååringen däremot frodas i nuet och har ingen längtan bort. Han är helt nöjd med att gunga en stund och att med regelbundna intervall få utbrista: "en snigel!"

I takt med att tvillingmagen vuxit sig förbi kommentaren "nu börjar det väl snart vara dags" blev det alltmer min lott att valla barnen. Jag lade in ett roterande schema på Stockholms lekpark och parklekar och packade väskan med ett survival kit för 2-5-åringar. Dåliga väderdagar övervintrade vi på museum och lekte runt i barnvänliga utställningar. Vi lunchade ute och läste längst ned på menyerna för att vaska fram barnalternativen, oftast handskrivna. Om man är vad man äter så var jag stolt far till två kokta, med bröd. I Gamla stan kändes det lite kontinentalt, med täta guidade turer på flera språk och ett myller av turister. Kanonkulorna i väggen vid Stortorget fascinerade femåringen, som storögt undrade varför danskarna måste skjuta med kanon på Stockholm.

Under sommaren inspirerades jag av Xavier de Maistres reseskildring *Resa runt mitt sovrum*. Författaren utforskar med spänning sin egen bostad och färdas med tanke och sinnen längs med varje möbel och vrå. Likt mindfulness fordrar det koncentration och träning, men för tvååringen kommer denna resa i det lilla helt intuitivt.

Några veckor senare kom så våra tvillingar till världen, som stannade till ett ögonblick när de föddes. När vi sedan omtumlade kom hem från BB sammanfattade lillebror läget: "många bebisar!" Vi som hela tiden tyckt att vi har haft fullt upp tvingas inse att det hela tiden finns en nivå till. Trots ett evinnerligt skötande och fixande och en nattsömn som fullkomligt pulveriserats av två hungriga nyfödda kan vi känna spänning och glädje. Vi får chansen att följa vad som ryms i två nya individer. Man behöver inte åka någonstans för att färdas.

Den stora resan pågår ständigt, i våra dagliga liv.

Mikael Tiger
Överläkare, med dr
Psykiatri Nordväst, Stockholm

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

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **11/11**
Tema Skäms



SPF:s program RIX 2015



Gratis entré på Riksstämman 3 - 4 december

Psykiatri i tiden II

Moderator: Hans-Peter Mofors

Deltagare: Mats Adler, Susanne Bejerot, Andreas Carlborg och Maria Larsson

Biomarkörer i psykiatri - Hur kan vi använda oss av hjärnabbildning i dag och imorgon?

Moderator: Mikael Landén

Deltagare: Carl Johan Ekman, Johan Lundberg, Katarina Howner och Predrag Petrovic

Samtal med Gabriel Wikström om stigma och psykiatri

Moderator: Ullakarin Nyberg

Litium och njurpåverkan - Effekter, risker och alternativ

Moderator: Lena Backlund

Deltagare: Carl Gustaf Elinder och Mikael Landén
Arrangeras med Svensk Njurmedicinsk Förening

Psykiatri - När, var och hur?

Moderator: Ullakarin Nyberg

Deltagare: Sandra af Winklerfelt, Per Agvald, Marie Bendix, Cecilia Svanborg och Ola Broström
Arrangeras med Svensk förening för allmänmedicin

Utmattningsyndrom - En behandlingsbar möjlighet

Moderator: Marie Åsberg

Deltagare: Ingibjörg Jonisdottir, Kristina Glise och Alexander Wilczek
Arrangeras med Svensk förening för allmänmedicin

Alienquadrologin - En psykoanalytisk saga om moderskap och anknytning

Moderator: Maria Larsson

Deltagare: Göran Ryden

För abstrakts till ovanstående och övriga programmet samt anmälan, gå in på SLS hemsida www.sls.se.

Gratis anmälan för SLS medlemmar fram till och med 15 november!

I år har SLS beslutat att åter erbjuda gratis entré åt sina medlemmar på läkarstämman vid tidig anmälan. Det här gör att än fler får möjlighet att ta del av det psykiatriska programmet! Gabriel Wikström har tackat ja till att delta för att diskutera regeringens arbete mot stigma kring, och minskat lidande av, psykisk sjukdom, som en uppföljning av sin invigningsföreläsning under SPK tidigare i år.

Ett brett psykiatriskt utbud med flera intressanta samföreläsningar med andra medicinska specialiteter utlovas vidare från SPF. Nya rön kring behandling, diagnostik och hjärnabbildning tillsammans med tankar om förbättrad samverkan blandas med mer om "psykiatriambulans" samt åter ett inslag från SPK i Göteborgs filmspår bland annat. Men inte bara SPF anordnar psykiatriskt anknuten spår utan även barnpsykiatri och personer från tidigare levnadsvaneprojektet gör det samma. Vidare kommer stämman erbjuda gränsöverskridande inslag om etik, forskning, internet, övriga kunskapsutbyten, patientsäkerhet och folkhälsa med både nationella och internationella erkänt duktiga föreläsare. RIX 2015 avslutas decembertidsenligt med en Closing Ceremony med deltagare från Nobelpriskommittén. I korthet två dagar att lysa upp vintermörkret med på en stämma med tema "Morgondagens vård - Utmaningar och möjligheter".

Välkomna att mötas och inspireras!

Maria Larsson
Rikstämmostreterare SPF

Remissvar

Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård

Socialdepartementet har överlämnat utredningen om betalningsansvarslagens betänkande Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård (SOU 2015:20) till Svenska Psykiatriska Föreningen för yttrande. Nedan följer en sammanfattning av remissvaret som i dess helhet går att finna på SPF:s hemsida.

Sammanfattning

Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) delar utredningens uppfattning att nuvarande betalningsansvarslag bör ersättas med en ny lag. En lag, som bättre stödjer den enskilde individens behov av en sammanhållen vård och omsorg med krav på delaktighet, trygghet, kontinuitet och samordning. SPF välkomnar utredningens förslag att den samordnade individuella planen (SIP), ska tillämpas vid planering av den enskildes vård och omsorg även vid utskrivning från slutenvård. SIP ska ses som en process som startar tidigt i vårdkedjan. SIP ska göras proaktivt och så snart som behov av samordning uppstår, bland annat för att om möjligt undvika onödig sjukhusvistelse och akutbesök.

SPF ställer sig tveksam till möjligheterna att kommuner och landsting ska komma överens om lokala regler för tidsfrister och belopp för när kommunen blir betalningsskyldig. Särskilt, som det finns regler för vad som gäller om överenskommelse inte träffas. Utredningen är också själv tveksam till detta. Vi föreslår därför att utgångsläget är tre dagar och ett av staten fastställt belopp (som idag). Om specifika skäl och omständigheter finns kan kommuner och landsting komma överens om annan frist och belopp.

Att övergå till tre i stället för trettio dagar för psykiatriska patienter är bra och rätt ur ett jämlikhetsperspektiv. Ibla kan det dock vara svårt att genomföra inom tre dagar då det inte alltid är bra för en patient med psykiatrisk problematik att mellanlanda på ett korttidsboende. Möjligheten att komma överens om annan frist gör det möjligt med en långsammare övergång.

Det är också vår uppfattning att det ur ett likabehandlingsperspektiv är tveksamt att undanta patienter som vårdas enligt LRV från regeln om tre dagar. Även om utskrivningsprocessen är längre och annorlunda för dessa patienter bör regelverket även omfatta dem.

Ur ett patientperspektiv är det positivt att ansvaret för vårdplaneringen lyfts över till den öppna hälso- och sjukvården och kan med fördel genomföras utanför sjukhuset till exempel i patientens hem. Resurstillskott måste tillföras. Primärvården är i dagsläget inte dimensionerad för ett aktivt deltagande vid SIP på många håll i landet. Detsamma gäller för den öppna specialistsjukvården. Vi kan också konstatera att det råder brist på läkare inom allmänmedicin och psykiatri samt specialistsjuksköterskor. Även inom den kommunala hälso- och sjukvården råder det brist på specialistsjuksköterskor. Här är vi beroende av omedelbara insatser från staten.

Landsting och kommuner kommer att ha en fortsatt ansträngd ekonomi, samtidigt som andelen äldre med somatisk och psykisk ohälsa ökar och medicinska landvinningar blir fler. Det innebär att medel som staten avsätter för att utveckla vården och omsorgen kommer att ha fortsatt stor betydelse för de satsningar som behöver göras under de närmaste åren. In- och utskrivning från sjukhus kan inte ses som en punktinsats utan som en del i ett större sammanhang. Därför måste lagförslaget ses i ett större sammanhang där hänsyn även måste tas till vad som sker inom området i övrigt.

Tuula Wallsten
Vetenskaplig sekreterare
Svenska Psykiatriska Föreningen

Senaste nytt från SPF Utbildningsutskott

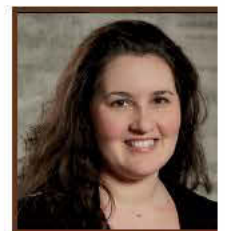


Frågan om hur grundutbildningen ska se ut har engagerat många innan sommaren. Förslaget på en ny, förkortad läkarutbildning var ute på remiss och genererade (minst sagt) blandade känslor. 12 terminer, det kan räcka. Det beror på hur man lägger upp det, vilket Socialdepartement överlämnar till universiteten. Chansen är alltså stor att det kommer att se olika ut på olika lärosäten. Det blir en viktig utmaning. Och allmäntjänstgöringen, AT, ska den verkligen bort? Hur tänker man då säkra en rimlig nivå av psykiatrisk kompetens hos de nytexaminerade läkarna? För att inte nämna vikten av att få träna och växa i läkarrollen under handledning. Räcker det med verksamhetsförlagd utbildning, VFU, spridd under 12 terminer? Om VFU ska förbereda de nya läkarna till yrkeslivet ställer det nya krav - och skärper till de gamla. Ett nära samarbete mellan universitet och landsting, en välbemannad och fungerande vårdapparat, ett antal kompetenta handledare som får handleda under sin arbetstid. Bara för att nämna några. På många håll i landet, rent geografiska utmaningar.

Specialisternas fortbildning kommer högre upp på agendan för varje dag som går. Läkarförbundets fortbildningsrankning har sammanställts och publicerats på förbundets hemsida. En spännande läsning, som lyfter en del förbättringsområden, inte minst inom psykiatri. "Fortbildning i dialog", förbundets modell för hur man aktivt kan arbeta med fortbildningsfrågan i verksamheten, fortsätter att prövas, senast i Stockholm. Under tiden vill jag rekommendera Läkaresällskapets policydokument för fortbildning, som innehåller kloka tankar och konkreta idéer. För oss i Utbildningsutskottet var det en inspirerande läsning som gav upphov till viktiga diskussioner. Om vem som har ansvaret - arbetsgivaren, den enskilda läkaren, båda? Och oavsett det: hur vill vi läkare ha det? I vilken riktning vill vi påverka? Det är säkert olika för var och en av oss.

Fundera på det i höst!

Alessandra Hedlund
Facklig sekreterare SPF
Överläkare Norra Stockholms Psykiatri



ANNONS



Intervju med
Lise-Lotte Risö Bergerlind,
ny hedersledamot i SPF

Ett enigt årsmöte 2015 utsåg Lise-Lotte Risö Bergerlind, ordförande i SPF 2009-2013, till hedersledamot i föreningen. Många känner till Lise-Lotte, eller Lotta som hon ofta kallas, från arbetet i SPF, med nationella riktlinjer, kvalitetsregister, METIS och mycket annat av betydelse för svensk psykiatri på nationell nivå. Här berättar Lotta om hur allting började och om ett yrkesliv som präglats av en uppenbar brist på rädsla för att ta på sig nya utmaningar.

Varför blev du läkare och psykiater?

Min önskan att bli läkare utgick från att jag alltid har velat göra gott, göra världen litet bättre. Jag var 4 år när jag första gången sa jag att jag skulle bli läkare. Omgivningen reagerade "tidstypiskt": "Du är ju flicka vänta du tills du blir större, då kommer du att vilja gifta dig och få barn istället". Efter läkarutbildningen var det liksom nu inte självklart att få AT direkt. I väntan på att få börja tog jag ett tremånadersvikariat på Sätilla vårdcentral. De hade haft stängt pga. läkarbrist men kunde öppna igen då jag kom och där var jag alltså ensam doktor. Blev på det viset

verksamhetschef före AT! Andra dagen på jobbet tog jag ett gravtest som var positivt och tyckte då att det inte var någon idé att börja AT just då. Blev därför kvar i Sätilla och fick skriva min första verksamhetsplan. Där skrev jag bl.a. att om man inte bemannar så kommer fel personer till vårdcentralen. Fick tillsägelse att jag inte fick skriva så, även om andra tyckte det var den bästa skrivelsen de läst.

På vårdcentralen lärde jag mig att jag var bra på att prata och lyssna, på att hitta psykosomatiska besvär, och förstod att jag hade fallenhet för detta.

Sedan hade jag en bra AT trots brist på doktorer. Jag stärktes i mitt val av psykiatri då jag märkte att jag var bra på att få personer att tala om sig själv.

Endast fem år efter att du blev specialist så blev du klinikchef. Hur gick det till?

Min chef trivdes inte i rollen och brukade säga att "Lotta, när du är färdig specialist så får du ta över". Själv ville jag vänta litet, hinna arbeta ett tag som överläkare. Efter 5 år, 1994, var det dock dags. Med 3 dagars basadministrativ utbildning i ryggen och en "Lycka till"-lapp från förre



chefen så stod jag där med ansvar för ca 100 anställda och en budget på 36 miljoner kronor. Upplevde dock en enorm uppslutning från medarbetarna, fick mycket hjälp. Mycket bra utvecklingsarbete gjorde vi, deltog bl.a. i Fallskämsprojektet. Har själv aldrig forskat men alltid varit mån om att haka på och implementera ny kunskap.

Efter ett par år blev jag ombedd att ta över klinikchefskapet för psykiatriska kliniken Mitten-Älvsborg (Alingsås), det hade varit struligt där. Fick börja med att lägga ner en avdelning och stänga ett sjukhem. Det var tufft men det behövde göras. Vården behövde ställas om till moderna evidensbaserade metoder även om ordet evidens inte "fanns" på den tiden.

Men sedan blev du chef i Borås?

Ja, jag sökte och fick tjänsten som verksamhetschef för psykiatriska kliniken i Borås. Efter 3 dagar blev jag ombedd att ta fram ett tjänsteutlåtande angående sammanslagning av de dåvarande 3 psykiatriska klinikerna. Och fick sedan chefskapet för den nya stora kliniken.

Efter några år tillskapade man områden och då blev jag chef för område psykiatri vid Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS). Eftersom man inte hittade någon ersättare för min gamla tjänst fick jag kvarstå där och blev då chef över mig själv förutom för BUP-chefen (som var vuxenpsykiater).

Den största organisationsförändringen jag gjort var i Borås, där vi gjorde en strukturförändring med subspecialisering i både öppen- och slutenvården. Vi var t.ex. en av de första klinikerna i landet skapa en DBT-mottagning. Flera 100 personer fick söka om sina tjänster. Jag jobbade 80 timmar i veckan under den här perioden. Alla medarbetare uppskattade inte förändringarna, några slutade men flera av dessa återkom efter en tid.

2008 övergick du till att vara processchef på SÄS. Vad innebar det?

Uppgiften bestod av tre delar: det skulle vara kvalitet, patienterna skulle vara nöjda med vården och det skulle vara korta väntetider. Det sistnämnda innebar att man såg över flöden, patientens väg genom vården, försökte hitta smarta lösningar. Vad tillförde värde och vad gjorde inte det?

Det skulle finnas processägare som var erfarna läkare inom respektive område men till en början var det bara tre som ville. Så jag fick bli processägare för höftledsfrakturer och stod med på operation för att lära mig hur det gick till. Men till slut ville många ha processer.

Nu är du sedan 2012 chef för Kunskapscentrum för Psykisk hälsa i Västra Götaland. Vad är det?

Det är en resursför kunskapsutveckling och utvecklingsarbete. Vi tar fram kunskapsdokument, ordnar utbildningar och bidrar till implementering.

Vad är du mest stolt över i ditt yrkesliv?

Jag har alltid tagit min utgångspunkt i patienterna, har tagit patienternas parti före personalens, t.ex. i frågor om när öppenvården ska ha öppet. Jag har inte alltid valt den lätta vägen.

Lotta sammanfattar:

Man ska göra det man tycker är rätt i det stora och det lilla.

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Motiveringen till Lottas utnämning till hedersledamot kan läsas på s. 31 i SP nr 2/2015

Psykiatrinorr på APA- kongressen i Toronto 2015



ST-läkare Per Svensson



ST-läkare Kerstin Storholmen



Studierektor Tonny Andersen

Årets APA-kongress hölls i Toronto, multikulturell dynamisk storstad vid Ontariosjön.

Konferensdeltagarna, över 11 000 - kommo från öst och väst, söder, men även från Psykiatrinorr, dvs. en organisation för samverkan mellan de fyra norrlandstingen: Jämtland, Västernorrland, Västerbotten och Norrbotten.

Sedan över 15 år tillbaka bjuder traditionen och våra respektive landsting på att ST-läkarna i psykiatri minst en gång under sin specialistutbildning får möjligheten att delta vid denna den främsta och bredaste av alla kongresser för specialiteten.

Rubriken för kongressen i år vid det 168:e årliga mötet var "Psychiatry: integrating body and mind, heart and soul".

Sessionerna var som vid tidigare kongresser uppdelade i olika format från stora Presidential Symposia, Forums, Lectures och CME-kurser till mer småskaliga interaktiva sessioner som Workshops och Focus live (expertledd session med multipel-choice frågor till auditoriet som kunde svara via mentometer).

Varje kväll träffades sedan läkargruppen under ett par timmar för att delge varandra dagens inhämtade kunskapsstoff, närvaron var hundraprocentig lik-

som engagemanget!

Som reseledare och moderator vid våra interna kvällsrapporter fungerade även i år Tonny Andersen, studierektor i Umeå, biträdd av undertecknad.

Nåväl, inför hemresan hörde jag mig för hos några av ST-läkarna vad man uppskattat allra mest av kongressresan samt vilka ev. "take home messages" (sv: "ta hemmeddelanden"?) man har med sig!

Maria Lantta, ST-läkare i Skellefteå, sade "hela paketet med det enorma utbudet av föreläsningar men även gemenskapen och våra kvällsmöten var värdefullt".

Per Svensson, ST-läkare i Sollefteå, tar bland annat med sig "nya aspekter på behandlingen av delirium hos äldre liksom behandling av alkoholdelirium". Matilda Naesström, ST-läkare i Umeå, svarade "jag har fått nytt sätt att tänka kring olika diagnoser samt har kunnat knyta kontakter med forskare inom mitt forskningsfält".

Kerstin Storholmen, ST-läkare i Umeå, lyfte fram kursen "Psychodynamic Pharmacology" samt föreläsningen "Challenges and Controversies in Personality Disorders".

Den sistnämnda sessionen moderera-

des för övrigt briljant av Otto Kernberg (f. 1928) vars inflytande bland psykoterapeutiskt inriktade psykiatriker knappast går att överskatta och vars teorier får genomslag och aktualitet i den "alternativa modellen för personlighetsyndrom" i DSM-5.

Till sist: Jag har själv svårt att tänka mig bättre investering för arbetsgivaren än att låta våra blivande specialister delta vid någon APA-kongress. Eller som min chef i Sundsvall en gång uttryckte det:

"If you think that education is too expensive - try ignorance"

**Foto och text: Hans Ericson,
Studierektor Psykiatri Västernorrland
Ledamot i Psykiatriska Föreningens
utbildningsutskott**

ANNONS

Slopat krav på anmälningsplikt när någon tar sitt liv

Om någon tagit sitt liv inom fyra veckor efter vårdkontakt har vården tills nu alltid gjort en så kallad Lex Maria-undersökning, för att undersöka om det fanns brister i vården. Detta krav slopas från och med den 1 januari 2016. Ullakarín Nyberg, en av Sveriges främsta suicidpreventionsexperter, förklarar varför hon anser att det är bra att anmälningsplikten tas bort.

Varför slopas kravet på obligatoriska Lex Maria-undersökningar?

Lex Maria instiftades 1936 då fyra patienter med lindriga sjukdomstillstånd avled på grund av att ett cyanidnehållande desinfektionsmedel förväxlades med ett medel som användes vid lokalbedövning. Lagen handlar om misstag i vården, "vårdskador", som hade kunnat undvikas. Syftet är att utredningen ska minska risken att samma misstag sker i framtiden och att närstående ska få klarhet i det som hänt. Man kan dock inte betrakta alla självmord som vårdskador som hade kunnat undvikas med adekvata vårdinsatser. Ibland är det tragiskt nog så, men inte alltid. Jag har utrett många självmord där den avlidne har fått en mycket bra vård, men där det har funnits faktorer utanför vårdens kontroll som lett till att personen inte har orkat med sitt liv. Lex Maria har ibland fått personal att känna sig orättvist anklagade eller utsedda till syndabockar, eftersom lagen förknippas med dödsfall på grund av misstag. Och utredningen i sig har ett begränsat värde om inte resultaten leder till förändringar i den kliniska verksamheten. Att göra en internutredning enligt Lex Maria kräver stora resurser och att osorterat utreda alla självmord på samma sätt är inte det bästa sättet att fördela psykiatriens begränsade resurser. Det är bättre att vissa självmord utreds noggrant av experter och att resultaten leder till konstruktiva förbättringar av vården.

Finns det risker med beslutet?

Lex Maria tas ju inte bort helt utan ska fortfarande användas när det finns misstanke om vårdskada. Om sloandet av obligatorisk Lex Maria leder till att självmord, där det finns behov av en noggrann utredning, inte utreds är det förstås en risk. Men jag tror inte att det kommer att bli så. Jag har utrett självmord tillsammans med närstående och personal under många år och min erfarenhet är att chefer och övrig personal är alltmer angelägna om att lära av det som har hänt så att de kan öka sin förmåga att förutse självmordshandlingar i framtiden. Jag har full förståelse för att närstående kan vara rädda för att misstag sopas under mattan och många är ju med all rätt besvikna på vården, men jag är övertygad att behovet av att utreda suicid på ett adekvat sätt med hjälp av rätt verktyg kommer att leda till större och snabbare förändringar som gynnar oss alla. Projekt som syftar till att lära sig mer om självmord pågår över hela landet.

Vad är fördelarna?

Lex Maria har blivit ett rött skynke för många, eftersom man känner sig orättvist utpekad och vissa utredningar har resulterat i förenklade åtgärdsförslag som till exempel har handlat om att fler suicidriskbedömningar behöver göras och dokumenteras. Om den obligatoriska anmälningsplikten tas bort kanske vi kan undvika att personal upplever det så. Alla som arbetar med suicidprevention vet att självmord många gånger är svåra att förutse och att den som är drabbad långt ifrån alltid signalerar sina avsikter. Suicidriskbedömningen är ett ganska trubbigt verktyg för att identifiera den som befinner sig i riskzonen och absolut inte det enda som har betydelse. Vi måste arbeta med suicidprevention på bred front och förstå att självmord inte bara är en fråga för vården utan en fråga för oss alla.

Hur kan vi lära oss av de självmord och självmordsförsök som görs?

Ett självmord är alltid en komplex händelse med många underliggande faktorer och därför är systemperspektivet så viktigt. Alla självmord borde återkopplas till berörda professionella anser jag; det är viktigt för att man ska kunna lära sig mer om det unika händelseförlopp som leder fram till varje dödsfall så att man kan förbättra omhändertagandet av dem som drabbas.

Väl utförda analyser av händelsen och retrospektiva genomgångar, där man samlar representanter från alla verksamheter, både inom och utanför vården, som har varit inblandade i omhändertagandet av en självmordsbenägen person, anser jag ger mest kunskap. Syftet är inte att ta reda på om en individ har gjort fel utan att använda systemperspektivet för att hitta brister i organisationen. Man lägger ihop allas kunskap och det ger ofta en helt annan förståelse för varför dödsfallet inträffade just nu. Jag har t.ex. haft genomgångar där vi har kommit fram till att övergången mellan slut- och öppenvård har varit bristfällig eller att samverkan med närstående inte har fungerat. När sådana lärdomar blir uppenbara under en grupp-process ökar möjligheten att göra något åt dem. Kontakt med närstående borde vara självklart efter varje suicid, både för att fånga deras behov av stöd och information och för att de kan hjälpa oss att förstå det som hänt.

Hur kan var och en av oss bidra till att minska självmorden?

Jag fick ett mejl för några veckor sedan från en icke sjukvårdsutbildad person som hade varit på en av mina föreläsningar. Han hade tagit till sig att var och en av oss kan göra skillnad genom att våga närma oss personer som verkar må psykiskt dåligt. Han hade gått förbi en ung flicka som stod på en bro och grät och kommit att tänka på det när han

hade passerat henne så han gick tillbaka och då hade hon klättrat över broräcket. Han tog tag i henne och lyckades tillkalla hjälp och därmed räddade han hennes liv. Det här inger stort hopp tycker jag, om vi bara vågar reagera på våra medmänniskors situation så kan var och en av oss rädda liv. Det viktigaste är att våga fråga om svåra saker och våga lita på att det alltid finns något litet man kan göra som kanske gör att skälen att leva plötsligt väger tyngre än skälen att dö för den som har det svårt. Små omsorger är särskilt viktiga i svåra situationer, det finns det många som vittnar om.

Hur ska vården förändras för att självmorden ska minska?

Jag önskar mig en vård där samtalet och berättelsen blir lika viktiga som andra åtgärder i vården av självmordsbenägna människor. Möjligheten att skapa en allians ökar mångfaldigt om patienten upplever att hen blir betraktad som en kapabel person som är expert på sin egen situation och värd att lyssna till. Det kan naturligtvis finnas tillfällen då personer inte är kapabla att fatta kloka beslut om hur de vill ha det och en sådan situation är när man är akut självmordsbenägen. Det måste betraktas som ett livshotande tillstånd tills motsatsen är bevisad och ingen får någonsin släppas iväg utan uppföljning när ett självmordsförsök har inträffat. Men grundtanken bör vara att människor ska bli tillfrågade om sin inställning och få möjlighet att berätta om både det som gör deras liv värt att leva och det som upplevs som outhärdligt, snarare än enbart riskbedömda av en professionell expert. När man frågar detaljerat om människors suicidalitet kommer det ofta fram oväntad information som kan användas suicidpreventivt, till exempel att tankar på ett husdjur får personen att avstå från en suicidhandling. Det är vården som ska anpassas efter patienternas behov, inte tvärtom.

Det blir mer och mer tydligt att självmord och psykiskt lidande är frågor som berör oss alla och att det inte finns någon anledning att känna skam när man själv eller en närstående drabbas. Ju fler som engagerar sig och samarbetar, desto fortare kommer vi att kunna åstadkomma en positiv utveckling när det gäller att förhindra självmord och minska stigmatiseringen som fortfarande omger psykisk sjukdom.

Detta är en något förkortad version av frågor och svar som publicerats på Suicide Zeros hemsida/SP Redaktion

Cullbergstipendiat 2015

Stiftelsen Natur & Kulturs Cullbergstipendium 2015 tilldelades Hanna Sjöstrand, ST-läkare på Beroendecentrum Stockholm, för en studieresa till Makerere University Hospital i Kampala, Uganda.

Under tre till fyra veckor i landet kommer hon också att intervjua patienter och schamaner på landsbygden samt vårdpersonal och präster. Hennes huvudintresse är att undersöka förhållandet mellan den medicinska beroendevården och traditionell läkekonst. Resan är en förberedelse för ett vetenskapligt arbete om hur man tänker kring och förklarar psykisk sjukdom och missbruk i Uganda, något som också kan öka vår kunskap om och förståelse för missbrukets mekanismer.

**För stipendiekommittén
Tove Gunnarsson**

Svenska Psykiatriska Föreningens kansli har nytt telefonnummer från den 14/9.

Tfn 060 17 04 00



Kanske har du något att berätta?

Men tycker det känns övermäktigt att skriva en hel artikel?

Vi blir glada även för korta notiser!

Redaktionen

Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:

Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne.

Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 2016.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till webmaster/teknisk redaktör Svensk Psykiatri:
webmaster@svenskpsykiatri.se
senast den 15/1 2016.

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

Styrelsen

Svenska Psykiatriska Föreningen



På SPK 2016

Miss a inte SPK:s etikpanel "allvarligt talat" dit du kan skicka frågor om etiska frågeställningar inom psykiatrin!

Medverkande är bland annat PC Jersild.

Svenska Psykiatriska Föreningen var med på Kirurgveckan 2015!

Med start 17 augusti och t.o.m. 21 augusti ägde den årliga Kirurgveckan rum i Örebro. Den samlade ca 2000 deltagare, dock inte där samtidigt, och ett stort antal utställare. Programmet var brett och med många parallella aktiviteter.

Som resultat av ett möte i en arbetsgrupp i Västra Götalandsregionen (VGR) för snart två år sedan, med syfte att arbeta med den somatiska överdödligheten hos patienter med psykisk sjukdom, fanns en s.k. SOTA (State of the art)-föreläsning med temat "Myter och fakta om patienter med psykisk ohälsa som kirurgen möter". Mer än 100 personer hade valt att lyssna på detta och det blev en livlig frågestund i slutet där bara ett fåtal av alla frågor hanns med. Frågorna ställdes via den app som administrerar Kirurgveckan och gick direkt till moderatorn. Det fanns även möjlighet att ställa frågor direkt i salen.

Under de 75 min som vi hade till vårt förfogande inledde Claes Jönsson, kirurg och verksamhetschef på det Bild- och interventionscentrum som kommer att öppnas i Göteborg på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.



Claes satt, när idén med föreläsningen "föddes", med i den arbetsgrupp som nämns ovan men var då processägare för en cancerprocess inom Regionalt Cancercentrum i Väst. Claes berättade om hur de rapporter som kom från Socialstyrelsen 2011 kring somatisk sjukdom hos personer med psykisk sjukdom hade öppnat hans ögon för det faktum att vården var och är mycket ojämlig. Dessa personer får sämre vård än andra; deras sjukdomar upptäcks senare och när de upptäcks får de sämre vård. Detta leder till en medellivslängd som är 15–20 år kortare än övriga befolkningens. Claes hade i samband med detta intervjuat kollegor om orsakerna och mycket tacksamt hade kommit fram som lett till åtgärder i VGR. Ett exempel är att psykiatrins personal blir mer systematisk i att uppmärksamma den somatiska hälsan genom att screena t.ex. blodtryck och för diabetes men också påminner och följer upp att patienterna deltar i nationella screeningprogram för cancer.

Ullakarin Nyberg, vice ordförande i SPF, onkolog och psykiater med specialområde suicidprevention, framhöll vikten av att bemöta somatiskt sjuka patienter med kunskap och respekt om hur deras psykiska hälsa och välbefinnande påverkar patienternas vilja och förmåga att knyta en behandlingsallians och deras prognos. Med stor kunskap och värme förmedlade Ullakarin vikten av att få alla patienter att känna sig välkomna, sedda och bekräftade och att detta inte behöver ta tid. Det är en del av vår professionalitet och något vi kan öva oss i oavsett vilket yrke vi har.



Undertecknad berättade om självskadebeteende, ett problem som kirurger ofta möter på akutmottagningen. Jag använde mig av det material som vi i Nationella Självskadeprojektet tagit fram; "Kaskadutbildningen", och använder när vi vill informera personal inom hälso- och sjukvården som möter dessa personer men inte arbetar inom psykiatri. Intresset var mycket stort och frågorna många. Flera personer kom fram efter föreläsningen och "beställde" Kaskadutbildning till sin kirurgklinik.

Sammantaget kändes detta mycket värdefullt och givande. Vi har redan från SPF:s sida "bjudit igen" och har ihop med Svensk Kirurgisk Förening planerat ett seminarium under Svenska Psykiatrikongressen 16–18/3 2016 i Stockholm – "Obesitaskirurgi och psykiatri". Det kommer att bli intressant och lärorikt.

Foto: Jakob Hedberg

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Psykiater och Chef Regionalt
kunskapscentrum för psykisk hälsa i VG



VÄLKOMMEN TILL SPK 2016!

Call for abstracts!

Till Svenska psykiatrikongressen,
den 16-18 mars 2016 i Stockholm,
Münchenbryggeriet.

Dags att planera för nästa års kongress!
Vi vill att du som är intresserad av att
hålla en egen muntlig presentation eller
posterpresentation skickar in ett kort
abstract till oss. Det kan handla om ny
forskning eller ny metodutveckling. Du
kan också föreslå ett debattinlägg eller
ett kulturinslag.

Vi förväntar oss att många tar chansen att
bidra till en innovativ kongress!

Skriv ditt namn, förslag på titel till din
presentation och ett abstract på max 150
ord.

Abstractet skickas till Ullakarin Nyberg,
ullakarin.nyberg@sll.se
Sista datum för inlämnande är den
15 oktober 2015.

Utställare som är intresserade av att ställa
ut på kongressen skickar epost till
kongressen@svenskpsykiatri.se,
senast den **15 oktober 2015.**

MÜNCHEN®
BRYGGERIET



THE BREWERY.
CONFERENCE CENTRE STOCKHOLM

Nyheter från SLUP

Jag vill börja med att göra reklam för nästa års SLUP-konferens. Även den här gången så kommer den gå av stapeln i Stenungsund. Datumet är satt till den 20-22 januari 2016 och temat är "Psykiatri noir?". Under detta tema önskar vi fråga oss om psykiatri verkligen är så mörk som den till dels beskrivs i massmedia. Vi önskar fokusera på juridik, våld inom psykiatri, kriminologi, trauma och hur psykiatri skildras i populärkulturen. Vi håller nu på för fullt för att få ihop ett, som vi tycker, optimalt program som ska kännas intressant och meningsfullt för alla medlemmar.

I förra numret skrev jag att jag tror att det som förening är bra att synas. Ett led i detta var att delar av styrelsen var i Almedalen under politikerveckan. En sak som jag insåg då är hur viktiga våra synpunkter som ST-läkare är. Ibland kan man tänka att vår ringa erfarenhet gör att vi inte har så mycket att komma med, men jag tror att det är just att vi kommer med "nya" fräscha ögon samt att vi under vår ST är på olika mottagningar, avdelningar, randningar och att vi dessutom träffar kollegor från hela landet på konferenser och kurser. Jag tror att det gör att vi får andra perspektiv på psykiatri och den verksamhet vi arbetar inom. Vi har naturligtvis inte hunnit skaffa oss den kliniska erfarenheten som våra äldre kollegor men jag är övertygad om att våra åsikter är viktiga för våra arbetsgivare att ta tillvara och att vi som styrelse fortsätter att synas och verka i olika sammanhang.

Slutligen vill jag slå ett slag för Mental Health Run, som ni kan läsa om i en separat artikel i detta nummer och som arrangeras av SLUP, SPF, Hjärnkoll och Suicide Zero och där anmälningsavgifterna går till Psykiatrifonden. Jag hoppas därför att så många av er som möjligt kommer att springa den 10 oktober i Stockholm.

Jörgen Vennsten
ST-läkare, BUP Göteborg
Ordförande SLUP

Svenska Psykiatriska

Föreningen på Facebook!

Du har väl gått med i Svenska Psykiatriska Föreningens egen Facebook-grupp?

Gruppen lanserades i våras och har i dagsläget cirka 280 medlemmar. Den är en så kallad "sluten grupp", vilket betyder att de som önskar bli medlemmar behöver sända en förfrågan till gruppens administratörer. För att godkännas behöver man vara verksam som läkare inom psykiatri i Sverige, och ingen utomstående tar således del av det som diskuteras i gruppen.

Således utgör gruppen ett möjligt forum för diskussion med kollegor över hela landet. Hittills har ämnen som psykiatrisk diagnostik och dödshjälp diskuterats. SPF-styrelsen försöker också skicka in uppdateringar om styrelsens arbete, för att hålla medlemmar informerade.

Du går med i gruppen genom att söka på "Svenska Psykiatriska Föreningen" på Facebook, och därefter skicka en förfrågan / "request" om att gå med.

Hanna Spangenberg
ST-representant i styrelsen SPF



ANNONS

Möte i Madrid

Rapport från den 16:e ESCAP kongressen 2015

Från ett kyligt midsommarfirande i Sverige åkte jag till ett tropiskt varmt Madrid för att bevista ESCAPs 16:e kongress. En kongress som var innehållsrik och bjöd på många intressanta föreläsningar och symposier.

Kvällen innan själva kongressen startade gick jag på fullmäktigemötet. Styrelsen redogjorde för sina tankegångar om framtiden. Man har beslutat att skapa tre olika divisioner i ESCAP-organisationen. En för forskning, en för kliniskt arbete och en för politiska frågor. Styrelsen har också utvecklat och uppdaterat hemsidan www.escap.eu. Jag kan varmt rekommendera den. ESCAP bytte i år ordförande från Ruud Minderaa till Stephan Eliez. Carl Göran Svedin blev omvald i styrelsen och fem nya ledamöter blev invalda.

Peter Fonagy från England var den förste talaren efter öppningsceremonin. Han pratade om ungdomar med borderlinepersonlighet. Enligt Fonagy är diagnosen omdiskuterad och många kliniker känner sig tveksamma till att ställa diagnosen. Det är lätt att tänka att symptomen är en del av tonårstiden men när man frågar vuxna som har borderlinepersonlighet så upplever de ofta att de haft svårigheterna sedan tonårstiden. Diagnosen blir ofta försenad och svårigheter blir större ju längre man väntar på diagnos och behandling. Diagnosen kommer nu att bli legitimerad i nya ICD-11. Fonagys budskap var att Emotion Regulate Training (ERT) verkar fungera bra liksom BDT och MBT men man bör undvika mediciner.

Jan Buitelaar från Nederländerna ställde frågan om ADHD och autism är olika manifestationer av samma mekanismer. Mycket talar för att det finns gemensamma faktorer som gener, kognitiva svårigheter, funktionella och strukturella förändringar i hjärnan. Han hänvisade bl.a. till en svensk studie, Lichtenstein et al, som visade på gemensamma gener för de båda tillstånden. Enligt Buitelaar har alla med autism också symptom på ADHD men det motsatta gäller inte. De med ADHD-symptom kan både ha och inte ha symptom på autism. En viktig gemensam mekanism som båda grupperna har är reglering av emotioner. Buitelaar menar att forskningen och kliniken skulle vinna på om man integrerar forskning och klinik för båda dessa grupper. De teoretiska modellerna för ena gruppen skulle kunna tillämpas på den andra gruppen och vice versa. Det skulle kunna påskynda förståelsen för båda tillstånden. På ESCAPs hemsida hittar du en intressant och informativ intervju med honom.

En av mina patienter har Tourettes och får plötsliga stora aggressiva utbrott som han har svårt att styra. Det har

varit mycket svårt att behandla och därför var jag speciellt intresserad av att gå på ett seminarium om just raseriutbrott hos patienter med Tourettes syndrom. Här sa man att allt från 20-74 % av de som har Tourettes syndrom har svåra aggressiva utbrott. Man förstår inte orsakerna till dessa men ofta kan det vara ett tvångsmässigt beteende som utlöser raseriet. Man menade att de flesta patienter med Tourettes syndrom har tvångssyndrom med tvångsmässigt beteende. Det kan vara en känsla av att patienten upplever att "det inte känns rätt" som utlöser tvångsbeteendet. När jag pratade med föreläsaren förstod jag att hon hade samma svårigheter som jag att hitta rätt behandlingsstrategi. Hon nämnde beteendeträning och mediciner och här pratade hon speciellt om att prova guanfacin före man använder neuroleptika. Även om jag inte fick så mycket konkret hjälp så fick jag en bättre förståelse av att det kan vara ett tvångsmässigt beteende som utlöser de aggressiva utbrotten.

Många på kongressen tog upp vikten av att hitta bättre och konkreta sätt att diagnostisera. Det kan vara olika former av biologiska markörer, eller strukturella förändringar i hjärnan som man kan fånga vid t.ex. fMRI, CT, PET eller att binda gener till symptom. Ian Goodyear höll en mycket kritisk föreläsning, han menade att mycket som vi gör har en god reliabilitet men dålig validitet och att vi behöver mer länka beteenden och symptom till bakomliggande neurologiska förändringar och biomarkörer. De flesta psykiatriska störningarna debuterar mellan 10-30 års ålder, därför är det viktigt att undersöka hur hjärnans struktur förändras under denna tid. En viktig sak är dock att först undersöka hur den normala hjärnan förändras. Under barn- och tonårsperioden förändras hjärnan mycket och det är därför viktigt att kontrollera fynden mot rätt ålder, annars kan det bli helt fel.

Katya Rubia från England kunde visa att patienter med ADHD har en minskad aktivitet i högra nedre delen av frontala cortex och basala ganglierna. Fynden är lovande och kan anses som specifika för ADHD men det går ännu inte att använda som en diagnostisk metod. Vid neurofeedback med hjälp av fMRI kunde man få försökspersoner att just aktivera denna region. Hon kunde också visa att centralstimulerande medicin aktiverar och normaliserar dessa områden. Detta var glädjande att höra men glädjen minskade när hon berättade att man vid längre behandling med metylfenidat kunde se en ökning av den mekanism som transporterar bort dopaminet från synaptiska klyftan (DAT). Det verkar som hjärnan adapterar sig till medicinen. Det är svårt att veta vilken klinisk innebörd detta har men troligen innebär det att medicinens effekt avtar. Rubia föreslog att man borde

hålla upp med mediciner under loven för att försöka undvika denna negativa effekt.

Johannes Hebebrand från Tyskland föreläste om Fetma och psykiatriska störningar. Han uppehöll sig framför allt kring samband mellan fetma och ADHD samt depression. Han menade att det finns flera gemensamma faktorer som gener, inflammatoriska processer (gäller främst depression och fetma). Låg socioekonomisk standard är också en gemensam faktor. Fetma är också förknippat med andra psykiatriska och somatiska sjukdomar, dock inte självmord. Här är det tvärtom. Hebebrand hänvisade till en svensk studie av Paul Lichtenstein och medarbetare som visade att ungdomar som var överviktiga vid månstring hade begått färre självmord vid uppföljning. Dessa fynd har också visats i en studie från USA.

David Mataix-Cols från Karolinska Institutet höll en föreläsning om OCD och angränsande tillstånd. Hans budskap var att det är viktigt att informera allmänheten om att OCD är en psykiatrisk störning som går att behandla så att familjerna känner att de inte är ensamma. Han visade en mycket fin och informativ film om OCD som man kan använda. Ett smakprov finner du på ESCAPs hemsida. Mataix-Cols betonade också att det är viktigt att känna igen liknande tillstånd som dysmorfofobi (BDD), sjukligt samlande och trichotillomani. Han menade att vi lätt missar dessa tillstånd. När det gäller BDD varnade han för kirurgiska ingrepp då de nästan aldrig blir till belåtenhet.

Vid ett efterföljande symposium som Mataix-Cols höll i visade Bjarne Hansen från Bergen hur man på fyra dagar kan bota vuxna med svår OCD med intensiv exponering utanför mottagningsrummet. I Bergen vill man nu prova metoden även på ungdomar. I detta symposium presenterade Fabian Lenhard från Karolinska Institutet en pilotstudie med KBT-behandling på internet. I studien har ungdomarna kontakt med en terapeut och har en app i telefonen där de kan mäta sin ångest.

Sally Rogers från USA höll en föreläsning om tidig intervention och träning av små barn med autism. Deras metod, Early Start Denver Model, är en vidareutveckling av Ivar Lövväs arbete och vänder sig till barn under tre år. Sally Rogers föreläsning var intressant och hoppningivande. Mer finns att läsa på ESCAPs hemsida där du under "Event" hittar fler artiklar och intervjuer från kongressen.

Text och foto:
Lars Joelsson
Ordförande i SFBUP

ESCAP = European Society for Child and Adolescent Psychiatry



Bengt, Carl Göran, Ingrid och Gerd



Bjarne Hansen och Fabian Lenhard





SPF i Almedalen

För varje år har utbudet under Almedalsveckan ökat. Utöver politik på riksplanet finns en mängd intresseorganisationer representerade. Intressant nog tycktes just psykisk hälsa vara föremål för diskussion vid mängder av olika debatter, presentationer och mingel.

Det var roligt att SPF var representerade även i år. Tillsammans med flera andra organisationer arrangerade vi ett heldagsprogram "Psykisk hälsa-kafé 2015". Under en timme var vårt tema den ökande psykiska ohälsan och suicidaliteten i befolkningen. Seminariet leddes av Ullakarin Nyberg tillsammans med Alessandra Hedlund och mig själv.

Glädjande nog valde många att komma till detta seminarium och interaktiviteten med såväl allmänhet som politiker var påtaglig. Vi problematiserade kring möjliga orsaker till utvecklingen av ökande psykisk ohälsa, men valde att fokusera på möjliga åtgärder, såväl inom sjukvård som mellanmänniska ditto. Flera röster hördes om förslag på primärpreventiva åtgärder för barn och unga, som till exempel kroppskänedom, yoga och andra strategier för att hantera stress. Betydelsen av att alltid intervensera vid misstanke om psykisk ohälsa och självmordsrisk bland människor i vår omgivning lyftes fram, inte minst för att förhindra självmord.

Bland andra programpunkter noterades en uppskattad rapport från det Nationella självskadeprojektet, som hölls av vår tidigare ordförande Lise-Lotte Risö Bergerlind. Tabu kring psykisk sjukdom problematiserades av Psykiatrifonden, där bland annat Lena Flyckt medverkade – även hon aktiv tidigare ordförande för SPF. Kvalitetsregister, skola och psykisk ohälsa i arbetslivet var andra områden som belystes.

SPF närvarade även vid ett uppmärksammat seminarium om vårdplatser inom den psykiatriska slutenvården, arrangerat av Läkartidningen. Hanna Spangenberg var en av debattörerna och evenemanget blev till förstasidostoff i Dagens Medicin.

Naturligtvis kan man ställa sig frågan om det är mödan värt att närvara i detta enorma utbud av evenemang, med risk att försvinna i det stora bruset av åsikter och aktiviteter. Styrelsens uppfattning är att vår förening på detta vis verkar för att främja psykiatrin, vilket till syvende och sist är till gagn för våra patienter.

Hans-Peter Mofors
Ordförande i SPF

Foto: Michael Ioannou

SPF i debatt om vårdplatser i Almedalen

Årets Almedalsvecka bjöd på strålande väder och som vanligt ett enormt utbud av arrangemang och utställare. Läkartidningen var på plats med ett stort tält och hade i år den goda smaken att inleda sitt Almedalsprogram med en paneldebatt där psykiatrin stod i centrum under rubriken "Bör vi ta tillbaka de försvunna vårdplatserna i psykiatrin?".

SPF var inbjudna att debattera ämnet tillsammans med Ing-Marie Wieselgren (nationell psykiatrisamordnare), Kristina Nilsson (sjuksköterska och riksdagsledamot för S), Cecilia Rydgren Stale (psykiater vid Psykiatriska Kliniken i Kristianstad) och Marie Härlin-Ohlander, verksamhetschef, Psykiatriska kliniken Gotland. SPF tog tacksamt emot debattinbjudan då ämnet är prioriterat av föreningen. SPF:s starka åsikt i frågan är att antalet slutenvårdsplatser inom psykiatrisk vård är för få och att behovet av att utöka detta antal är trängande.

SPF:s medlemmar landet runt vittnar om en rad allvarliga konsekvenser av för få vårdplatser med patientsäker vård som följd; till exempel med oplanerade utskrivningar, bristande kontinuitet i vårdkedjan och för hög tröskel till inläggning som konsekvenser. En annan farlig följd av för få slutenvårdsplatser i psykiatrin är den därmed ökade risken för våldshandlingar under ineliggande vård, exempelvis på grund av överbeläggningar, och därmed ökat antal tvångsåtgärder.

SPF:s inställning är även att det är viktigt att inte enbart fokusera på frågan om antalet vårdplatser utan att lyfta diskussionen till att också handla om vårddinnehållet; vilket bland annat är beroende av tillräcklig bemanning och god samverkan mellan sjukvård, anhöriga, kommun och andra instanser.

Dessa åsikter togs upp i debatten, till vilken en pigg och intresserad publik letat sig den tidiga junimorgonen till trots. Debatten och SPF:s åsikt i frågan uppmärksammades bland annat av Dagens Medicin som publicerade en artikel med en sammanfattning av SPF:s ståndpunkt i debatten.

SPF gladdes för övrigt över att psykiatrin gavs relativt stort utrymme under årets Almedalsvecka, en trend som vi hoppas håller i sig till nästa år!

Hanna Spangenberg
ST-representant SPF
ST-läkare Akademiska Sjukhuset Uppsala





Svenska Psykiatriska Föreningen och Självskadeprojektet i Almedalen

Tisdag 30/6 var det åter dags för Psykisk Hälsa-café i Visby under Almedalsveckan. Svenska Psykiatriska Föreningens (SPF) styrelse var på plats och hade ett mycket välbesökt seminarium/dialog-forum under rubriken "Psykisk ohälsa och självmord ökar i Sverige – vad kan vi göra". Ullakarín Nyberg, Alessandra Hedlund och Hans-Peter Mofors inledde med att informera om den aktuella situationen men bjöd sedan in till en diskussion med åhörarna. Det fanns ett stort engagemang kring frågorna.

Tidigare under dagen hade Nationella Självskadeprojektet (NSP) sin dragning "Självskadeproblem – det finns hjälp att få". Hanna Parnén och Sara Johansson från SHEDO (Self Harm and Eating Disorders Organisation), Clara Hellner Gumpert från Norra noden (Stockholm och uppåt), Katarina Viebke från Södra noden och undertecknad från Västra noden fick under en timma tillfälle att ge en bakgrund till problematiken, en kort information om projektet men framförallt om vilka resultat det lett till. När vi samlat ihop siffrorna kring alla personer som utbildats och informerats blev det tydligt att det idag finns en mycket större medvetenhet om problemet, att de evidensbaserade behandlingsmetoderna byggts ut och att nya metoder är på väg in. En av framgångsfaktorerna är det nära samarbetet med SHEDO och Frisk & Fri som sker både på nationell nivå och i varje nod. De har nått ut med kunskap utanför de arenor som vi i sjukvården förfogar över. Våra kunskaper har kompletterat varandra. Tillsammans har vi byggt en infrastruktur för kunskapsspridning och implementering som borde kunna användas i fler sammanhang. Även här blev det

mycket frågor och diskussion med publiken som fortsatte efter "vår" timma vid caféborden ute i solen.

Både deltagarna från SPF och NSP konstaterade nöjt efter dagen att vi nått vårt mål med deltagandet; att ytterligare sätta frågor kring psykisk hälsa, ohälsa och sjukdom på agendan.

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Psykiater och Chef Regionalt kunskapscentrum för psykisk hälsa i VG

Foto: Lisa Cederlund



Möte i München

Rapport från Alcohol Epidemiology Symposium of Kettil Bruun Society 1-5 juni

Kettil Bruun Society (KBS) for Social and Epidemiological Research on Alcohol bildades 1986. KBS är en internationell organisation för forskare främst inriktade på sociala aspekter på alkoholproblematiken. Särskilda satsningar har genom åren gjorts på internationella jämförande projekt som t.ex. tvärvetenskapliga GENACIS (Gender, Alcohol, Culture). Den viktigaste aktiviteten är det årliga internationella mötet, som brukar samla 150-200 deltagare från hela världen. Här kan ny forskning rapporteras och man kan få värdefulla synpunkter inför att ens paper senare ska publiceras. Den som vill veta mer om den livaktiga sammanslutningen kan gå till hemsidan www.kettilbruun.org.

De senaste åren har möten hållits i Kampala 2013 och Turin 2014. Årets möte var förlagt till München, Kliniken för psykiatri och psykoterapi vid Nussbaumstrasse. Kliniken, som en gång kallades Kungliga psykiatriska kliniken, hade stolta anor alltifrån professor Emil Kraepelin (1856-1926), som ska ha sagt att "alkoholismen är den enda psykiska sjukdom till vilken vi till fullo känna etiologin" (Svensk Psykiatri #2 2015). Han satte också ut hakan genom att lansera lemonaden "Kraepelinsekt" som ett alkoholfritt alternativ till den utbredda alkoholkulturen. Vårdar för årets mycket välorganiserade möte var professorerna Ludwig Kraus, Institutet för terapiforskning, och Oliver Pogarelli, Psykiatriska kliniken, Ludwig-Maximilian-universitetet.



Första dagen presenterade Joachim Koerkel, Institutet för innovativ beroendebehandling och forskning i Nürnberg, goda behandlingsresultat från kliniken behandlingsprogram för att reducera drickandet genom en kombination av insatser alltifrån farmaka till korta interventioner och självhjälpsgrupper. Sven Andreasson och medarbetares framgångsrika verksamhet på Riddargatan i Stockholm anfördes som ett föredöme. Heja Sven!

Jacek Moskalewicz, Institutet för psykiatri & neurologi, Warszawa, hade tittat på dubbeldiagnoser utifrån frågeställningen vad som kommer först, den psykiska sjukdomen eller missbruket. Han visade data från en större polsk populationsundersökning, där 10000 slumpvis valda personer svarat på en CIDI-intervju utifrån ICD-10-kriterier. Resultaten indikerade att alkoholproblem föregick ångesttillstånd

och manier, medan motsatsen gällde för debuten av depressioner. En slutsats var att evidensbaserade strategier för minskad alkoholkonsumtion kan reducera prevalensen av psykisk störning. Ludwig Kraus ville att kvantitativa konsumtionsmått (kvantitet, frekvens av dryckestillfällen) skulle inkluderas i diagnostiken. Melanie Lovatt & John Holmes, School of Health and Related Research, University of Sheffield, beskrev hur kvantitativ och kvalitativ metodik skulle kunna integreras.

Professor Anders Bergmark, Socialhögskolan i Stockholm, tog upp utvecklingen i synsätt "from badness to sickness", men var starkt kritisk till utvecklingen mot en tilltagande medicalisering av beroendeproblemen. I anslutning till hans föredrag visade hustrun Karin, professor i sociologi vid Stockholms universitet, den explosiva ökningen av så kallat internetbero-

de liksom av forskningen om detsamma. Den idéhistoriskt bevandrade Robin Room, tidigare chef för Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRad) i Stockholm, numera återbördad till Australien, tog upp kulturella aspekter på drickandet. Robin Room ville här gärna se nya modeller och en större medvetenhet om kontexten, t.ex. Vem talar om drickandet och om dryckeskulturer? I vems intresse? Jürgen Rehm, Center for Addiction and Mental Health, Toronto, framkastade att "heavy drinking" kanske skulle kunna ersätta nuvarande DSM-5 och ICD-10-diagnostiken. Här protesterade de kliniskt orienterade. Rehm fick även kritik från socialvetenskapligt skolade forskare som professor Tom Greenfield, Alcohol Research Group, Public Health Institute, Berkeley: "We still need to look at patterns beyond volume". Det finns en risk att man annars kastar ut barnet med badvattnet...

Tom Greenfield berättade även om en studie han gjort på amerikanska indianer och ursprungsbefolkning i Alaska. Han ville tona ner betydelsen av genetiska faktorer för förekomsten av alkoholproblem och alkoholskador bland indianerna och ursprungsbefolkningen i Alaska. Tidigare forskning har påvisat speciella gener som kodade för alkoholmetabolism hos dessa populationer. Greenfield menade att om man i de statistiska beräkningarna kontrollerade för socio-demografiska variabler minskade skillnaderna som observerats mellan olika populationer. Även efter att man justerat för sociodemografiska variabler hade man dock funnit att kvinnorna i dessa befolkningsgrupper (ursprungsbefolkningarna) hade en större risk för "heavy drinking", i detta fall att konsumera mer än 12 drinkar per dryckestillfälle.

Sociologer och beteendevetare utgjorde en stor del av kongressens deltagare och en lärare ifrån Irland Derry o'Donovan, berättade om sitt projekt, Alcohol consumption: "Does the apple fall far from the tree?", där man funnit att speciellt fadern som förebild

spelade en stor roll för deras barns drickande (studenter). Var fadern storkonsument av alkohol, var det tre gånger så stor risk att barnet/tonåringen också hade ett riskbeteende vad gällde alkohol. Modern hade en protektiv roll och om modern var kritisk till tonåringens drickande halverades risken för riskfyllt drickande. Det som var unikt för det irländska projektet var att man både hade undersökt tonåringarnas dryckesvanor och attityder samt deras föräldrars. Ifrån Sverige berättade alkoholforskaren Jonas Ranninen om sin forskning. Han, Mats Ramstedt och Michael Livingston hade genomfört upprepade enkätundersökningar som visade att det de senaste åren hade blivit fler "abstainers", definierat som att personer helt avstått ifrån alkoholkonsumtion de senaste trettio dagarna, och detta trodde man hade haft en inverkan på den totala alkoholkonsumtionen, på så sätt att den sjönk. Man hade räknat fram en modell där man funnit att 1 % förändring (ökning) i frekvensen av icke-alkoholkonsumenter gav en 2-procentig reduktion av drickandet per alkoholkonsument (medelkonsumtion).

Lundaforskaren Hjördis Högberg hade undersökt alkoholkonsumtionen hos partners till blivande mammor på mödravårdscentraler i Sverige. Via enkäter fann hon att 18 % av blivande småbarnspappor drack mer än 6 standarddrinkar när de drack. Under sin partners graviditet minskade dock en majoritet av de blivande småbarnspapporna sitt drickande och 37 % kände stöd ifrån sin omgivning i att minska alkoholkonsumtionen. Interventioner för att minska alkoholkonsumtion kan ge gott utfall just i gruppen av blivande föräldrar.

Elena Gomes de Matos från Tyskland paper hade titeln: "Does a change over all equal a change in all? Testing for polarized alcohol use within and across educational levels in Germany". Hon hade gjort upprepade enkäter från 1995 till 2012 och undersökt konsumtionsmönstret av alkohol och mätt frekvensen av "episodic heavy

drinking". Alkoholkonsumtionen hade minskat mest i den lägsta socio-ekonomiska gruppen, medan minskningen av alkoholkonsumtionen var mindre uttalad hos de intermediära grupperna. En hypotes var att de i de lägre socio-ekonomiska grupperna hade mindre ekonomiska medel att röra sig med vilket kunde resultera i en lägre alkoholkonsumtion. Tyskland är ett land med snabbt ökande inkomstklyftor.

Intressanta var också föredragen från Sydafrika och Nigeria. I Sydafrika uppgavs det att 25 % av tonåringarna ägnade sig åt "binge-drinking". Det diskuterades hur man skulle försöka begränsa den aggressiva marknadsföringen av alkoholhaltiga drycker till dessa ungdomar. I Nigeria hade man studerat relationen mellan alkoholkonsumtion och skador hos yrkesmässiga MC-förare. De som inte hade råd att ha bil anlidade MC-förare som transporterade människor, ibland hela familjer, allehanda skrymmande varor eller en hel ko (!) på motorcyklarna. De kommersiella MC-förarna kallades "okadariders" (Omumu et al., 2015). Forskarna berättade - inte helt oväntat - att trafikolyckor var en stor dödsorsak inom gruppen, särskilt i åldersgruppen 15-29 år, och myndigheterna försökte påverka konsumtionsmönstret via upplysning och kampanjer. Det är en tydlig trend att tillverkare av alkoholhaltiga drycker söker nya marknader i medel- och låginkomstländer. Alkoholdrycker kan vara mycket billiga i länder som t.ex. Thailand och Vietnam. Forskare ifrån dessa länder pekade på nödvändigheten av att utveckla nationella strategier för att stävja alkoholkonsumtion.

Det var högt i tak under föredrag och debatter, men allteftersom dagarna gick inställde sig i ärlighetens namn en viss måttnad. Utanför konferensen brusade livet. München är en storstad som har mycket att konkurrera med. Det var frestande att söka svalka under träden vid Hofgartens kaféer eller att testa någon berömd ölkällare



som Hofbreuhaus. Det var också intressant att besöka nyöppnade NS Dokumentationscentrum om nazismen. Under konferensen pågick det ekonomiska toppmötet G-6 och det var stora demonstrationer, även om "elefanten i rummet" (Putin) inte var närvarande. Faktiskt saknades också de ryska alkoholforskarna på KBS-mötet denna gång.

Det är redan beslutat att KBS 2016 kommer att hållas i Stockholm. Stora möjligheter för nya specialiteten Beroendemedicin att visa framfötterna, alltså.

**Cecilia Mattisson och Leif Öjesjö, docenter i psykiatri
Lunds universitet och Karolinska Institutet**



ANNONS

10 frågor till.....

I detta nummer möter Du

Tuula Wallsten

Vetenskaplig sekreterare
Svenska Psykiatriska Föreningen

Född

1953 i Kuusankoski, sydöstra Finland. Inte så långt från den ryska gränsen. Kom som femåring till Sverige. Mina föräldrar bodde redan här sedan ett år tillbaka. De åkte hit på semester och blev kvar. Ett år senare, 1958 åkte jag tillsammans med min 13-åriga moster båt från Helsingfors till Stockholm. Det var ett stort äventyr på den tiden. Minns hur en äldre dam försökte lura till sig vår hytt.

Bor

I Uppsala. Bott i Uppsala större delen av mitt liv. Det är en lagom stor stad med närhet till flygplats då jag älskar att resa och har barn som bott och bor utomlands. Köpte för många år sedan mitt föräldrahem.

Familj

Stor familj med barn och bonusbarn. Tillsammans har vi 5 barn och 10 barnbarn.

Mycket nära kontakt med barnen samt mina syskon och deras familjer. Vår familj är internationell med svenskt, finskt, grekiskt, engelskt, irländskt, portugisiskt, turkiskt och amerikanskt påbrå.

Arbetar

Som chefläkare inom Landstinget Västmanland med fokus på patientsäkerhet inom psykiatri. Dessutom med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen där staten tilldelat landstingen medel.

Efter många år med chefskap och administration samt forskning återvände jag till kliniskt arbete på deltid för drygt tre år sedan. Arbetar inom rättspsykiatri i Sala med patienter inom den öppna rättspsykiatriska vården. Forskar en del, men alldeles för lite nu då tiden äts upp av allt annat arbete. Är involverad i forskning gällande suicidprevention samt inom den psykiatriska tvångsvården liksom rehabiliteringsforskning.



När jag inte arbetar

Att ha valt att bli psykiater är nog en slags livsstil. På gott och ont! Jag är intresserad och nyfiken på människor. Vad är att vara människa? Min man frågar mig när jag ser en deckare eller läser en bok "om jag är på jobbet igen?". Jag har dock oftast en förmåga att kunna koppla av och lärde mig tidigt att meditera. Idag talar vi om mindfulness.

Jag kan sy, brodera, sticka och virka. Tänkte en period bli slöjdlärare. Mest kopplar jag av med familj och vänner. Barnbarnen ger mig mycket avkoppling och energi. Har ett eget rum på landet där jag har tre björkstammar inne. Rummet ger mig ro. Tittar jag sen ut genom fönstret kan jag se en damm och vackra björkar. När jag är stressad framkallar jag den bilden för min inre syn.

Böcker är viktiga för mig. Alltid har jag flera böcker på gång. Väljer bok utifrån mitt stämningsläge.

Favoritmat

Gratinerad hummer är nog det bästa jag vet. Annars fisk i alla dess former samt thailändsk mat. En blåbärspirop gjord på bulldegsbotten och massor med bär på (mitt finska ursprung) är favoritdesserten.

Senast lästa bok

"Konsten att höra hjärtslag" av Jan-Philip Sendker. Varför ger sig en gift man med två vuxna barn iväg utan förklaring? Läs den!

Vad gör dig lycklig?

Goda möten med människor. När jag känner att vi är ett team som samverkar och samarbetar. Att vara med barnbarnen och se dem utvecklas. Möjligheten att i tystnad och stillhet betrakta ett träd eller en blomma.

Förebild

Min mormor är en av mina två viktiga förebilder. Hennes båda föräldrar dog tidigt. Mamman troligen i cancer och pappan i som man på den tiden sa, brustet hjärta.

Familjens alla barn hamnade hos släktingar.

Mormor mötte, 17 år gammal, på en marknad min morfar som tidigare varit novis i Valamo kloster vid Ladoga. Tillsammans rymde de två och min mamma föddes under deras senare rymningsår. Där fanns alltid plats för oss barnbarn i hennes hem och hjärta. Dessutom lagade hon enormt god mat, odlade blommor och var en trygg, härlig person. Hon symboliserar stabiliteten trots svårigheter i livet!

Professor Gerdt Wretmark är min andra förebild. Han var lärare på psykiatrikursen i Linköping. Han var aktiv i Hawaii-deklarationens tillblivande. Vår kurs fick dessutom lära sig samtalsmetodik redan på -70 talet. Intresset för etiska frågor, samtalet och hur man skapar en allians mellan oss i vården och patienter och närstående har jag från honom. Han var starkt engagerad i tvångsvården och tvångsåtgärder vilket mitt avhandlingsarbete handlade om. Tyvärr saknas idag tid för patienter, familj och tid för samtalet. Detta måste vi ta tillbaka i vården för att få en god och patientsäker vård.

Vilka är SPF:s utmaningar under de närmaste åren?

SPF kommer att behöva vara aktiv i debatten på olika sätt. Vi måste fortsätta arbetet med finansieringen av psykiatri i förhållande till andra specialiteter. Psykiatri har drabbats av nerdragningar i stora delar av landet under många år. Att vara aktiv i implementeringen av forskningsresultat och våra riktlinjer till vården är angeläget. Dessutom är en viktig utmaning att få en väl fungerande vårdkedja för våra patienter inkluderande primärvård, kommun och den somatiska vården.

Stina Djurberg
Redaktionen Svensk Psykiatri

Livslångt lärande



så småningom känns lite tomt.

Vi har alla ett ansvar i att erbjuda våra patienter en högkvalitativ vård bedriven med evidensbaserad kunskap som grund. Den medicinska utvecklingen går allt snabbare och vi har en skyldighet att hålla oss uppdaterade.

För att vi ska kunna leva upp till målen krävs det ett utbildningsutbud med hög kvalitet som vi kan erbjuda våra specialister. I Sverige idag ligger ansvaret för fortsatt kompetensutveckling på den enskilde och på arbetsgivaren. I övriga Europa och i många länder i världen i övrigt finns krav på regelbunden dokumenterad fortbildning.

Dagens nyfärdiga specialister har haft förmånen att få gå på s.k. Metiskurser inom de flesta centrala områden inom psykiatri. Kurskonceptet grundas på modern pedagogik. Man startar kursen på hemmaplan och kommer väl förberedd till kursmötet. Kursen avslutas sedan med en examinationsuppgift som skickas in för bedömning efter avslutat kursmöte.

Vi på Kunskapscentrum för psykisk hälsa i Västra Götalandsregionen (VGR) ville öka våra ambitioner då det gällde specialisternas kompetensutveckling. Vi ger redan idag återkommande utbildningsdagar inom flera områden, vilka är välbesökta. Vår målsättning är att kunna erbjuda alla specialister i psykiatri en fortbildningsgaranti i samband med anställningen inom VGR. Varför inte också ge en kurs för specialister i ett modifierat Metisformat?

Vi visste att det fanns ett sug efter utbildning i psykiatrisk juridik. Skulle vi våga oss på att ge en kurs som inleddes med ett kunskapstest och en inskickad hemuppgift? Svaret blev ja! Vi gör en pilotkurs. Vi erbjuder en uppdatering inom området och lägger tid på att i grupper diskutera deltagarnas inskickade fall. Sagt och gjort!

Kursen gick av stapeln i Göteborg och anordnades som ett tvådagars internat, detta för att ge deltagarna möjlighet att träffa kollegor och bilda nätverk.

Totalt deltog 24 kollegor, varav 1/3 var utlandsrekryterade. Vare sig kunskapstestet eller hemuppgiften möttes med protester av dem som valde att delta. Dock har en del kollegor uttryckt att de inte klarar av att gå kurser som kräver denna typ av förberedelser men det har snarare varit undantag än regel. Vi valde att inte ha någon examinationsuppgift utan den inskickade hemuppgiften ansågs tillräcklig för det

Du har klarat av din ST och står där som färdig specialist. Det är bara till att kavla upp! Du är efterlängtd och behövs. Nu är det arbete som gäller.

Många känner säkert igen sig. Vart tog handledningen vägen? Var är alla kurser? Behöver jag inga längre?

Kanske är det till och med skönt för en del av oss att utbildnings- och kurshetsen försvinner. Men nu då inte längre läkemedelsbolagen är med på banan kommer det sannolikt att



ändamålet. Någon deltagare efterfrågade till och med examinationsuppgift!

I dagsläget har 87 % besvarat enkäten avseende kursmötet och 83 % har svarat på enkäten om kursen som helhet.

Generellt är kursdeltagarna nöjda. Som alltid önskar en del mer, andra mindre föreläsningstid. Flera önskar en längre kurs och deltagande av kunnig jurist. Andra önskade deltagande av IVO. De flesta verkar nöjda med att man förutsätter att baskunskap finns hos deltagarna och att kursen ligger på specialistnivå. Man upplever också att det är positivt att komma förberedd till kursen. Kursen känns kliniskt relevant och man hann fördjupa sig i det komplexa och i etiska dilemman.

Framgent bör vi utifrån kursvärderingarna bredda fokus. Man upplevde en viss slagsida åt rättspsykiatri. Vi bör också, enligt kursvärderingen, återkoppla tydligare på alla fall eftersom man i allmänhet önskar få hjälp och synpunkter på sitt inskickade material. Önskemål framlades om mer komplicerade fall att diskutera och problematisera kring i storgrupp. Förslag på omröstning med mentometerknapp, vilket skulle synliggöra gruppens samlade uppfattning i bedömningen, kändes inspirerande.

Att kursen givits som internat har av vissa upplevts som en bonus då man fått möjligheter att nätverka och diskutera med kollegor.

Självfallet finns det en hel del att förbättra men utfallet var som helhet positivt, 4,7 på 6-gradig skala. Kursen är välbehövlig för alla specialister och kommer att ges igen, kanske något förlängd och med avslutande examinationsuppgift. Önskemål framfördes också på en liknande kurs för enbart utlandsrekryterade läkare.

Denna vår pilot har stärkt oss i vår övertygelse om Metisformatets förtjänster. Redan innan vi fått ta del av utvärderingen hade vi bestämt oss för en specialistkurs i psykofarmakologi hösten 2015. Efter viss inledande vanda känns det stimulerande att gå vidare och att på sikt utvidga kursutbudet.

Frances Hagelbäck-Hansson
Överläkare, specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Margareta Malm
Regional studierektor Psykiatri VGR
Christina Wänge
Medicinskt sakkunnig Metiskansliet VGR

Samtliga knutna till Kunskapscentrum för Psykisk Hälsa VGR

METIS – en framgångssaga!

Det är nu klart hur METIS i ordinarie drift kommer att se ut. Vägen dit har gått över ett långt projekt och 36 miljoner i statsbidrag – inte illa. Det som är mycket glädjande men tyvärr ovanligt är att det blir en fortsättning i ordinarie drift. Detta har säkrats genom arbetet i Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) nätverk för styrning och ledning i psykiatri som beslutat att finansiera ett regionalt METIS-kansli i vart och ett av de 6 sjukvårdsområden som Sverige är uppdelat i, och samfinansiera ett centralt METIS-kansli. Det sistnämnda startar i Stockholm 1/9 efter att en intresseanmälan med budget och arbetsuppgifter gått ut till alla regioner/landsting. SKL kommer under hösten finnas med som stöd för att definitivt lämna vid årsskiftet. Yttersta chef för Centrala kansliet är Clara Gumpert och driftsansvarig Annika Lindgren. En styrgrupp för Centrala kansliet, med en representant för varje sjukvårdsområde, har utsett av SKL:s nätverk och har haft 2 möten under våren och försommaren. Jag är i uppstartsfasen vald till ordförande i styrgruppen.

Centrala kansliets uppgift är att bland annat att ansvara för att METIS-kurserna revideras regelbundet och stå för vissa centrala uppgifter i lärandeplattformen Ping Pong.

De regionala kansliernas uppgift är att ge METIS-kurser och i det ge kursgivarna support med allt praktiskt samt de uppgifter i Ping Pong som är förknippade med detta. Det ingår också att inventera behovet av kurser hos de ST-läkare som finns i den egna regionen de närmaste åren. Detta för att med de aggregerade siffrorna kunna beräkna hur många av respektive METIS-kurs som behöver ges varje år och få en bra geografisk spridning på dessa.

Ett nätverk mellan de regionala kanslierna har varit igång med träffar 1 gång/termin sedan ett år tillbaka. Den första oktober 2014 i Västra Götaland, den andra i Uppsala våren 2015 och den tredje nu i höst i Sydöstra regionen. Samarbetet är gott och vi hjälps åt med de frågor som uppkommer. Vissa kanslier har varit igång "länge" (Stockholm och Västra Götaland/Halland) och kan ge draghjälp, medan andra är i en uppstartsfas och har ännu inte kommit igång med att ge kurser.

Det som i skrivande stund inte är klart är hur BUP vill förhålla sig till de regionala kanslierna. Specialiteten och antalet ST-läkare är för litet för att spridas ut på alla de 6 regionala. Det finns också sedan tidigare ett väl fungerande nätverk mellan studierektorer från de 6 regionerna. Diskussioner pågår hur vi på bästa möjliga sätt skall ta vara på det som redan fungerar men ändå komplettera kring administrativt stöd och kursgivning.

Vid frågor och funderingar är ni självklart välkomna att höra av er. Gäller det Centrala kansliet så är det till Clara, Annika och mig ni kan vända er. Gäller det något av de regionala så tar ni bäst kontakt med respektive kansli. Allmänna frågor kan jag gärna ta emot med mitt mångåriga METIS-förflutna som startade i Svenska Psykiatriska Föreningens Utbildningsutskott (där idén föddes), genom IPULS-tiden och med under SKL-tiden.

Förutsättningarna för ST-kurser kommer från 2016 att se annorlunda ut vilket gör att vi är beroende av att de regionala kanslierna ger avgiftsfinansierade METIS-kurser. Detta eftersom antalet Socialstyrelsefinansierade kurser 2016 återgår till det tidigare då det finansiella extra stödet försvinner. Det innebär ca 10 kurser mot, under några år, över 30. Det betyder att vi kommer att behöva ge betydligt fler avgiftsfinansierade METIS-kurser vid de regionala kanslierna för att inte riskera att våra ST-läkare fördröjs eller lockas till att välja utbildningar med sämre kvalitet och pedagogik.

**Lise-Lotte Risö Bergerlind på uppdrag av
SKL:s nätverk för ledning och styrning i psykiatri
lise-lotte.risobergerlind@vgregion.se**

**clara.gumpert@ki.se
annika.lindgren.2@ki.se**

Psykiatrin var i fokus under Almedalsveckan

Under en späckad och innehållsrik vecka i Almedalen med 3500 evenemang och rekordmånga deltagare var psykiatri ovanligt väl representerad.

På tisdagen den 30 juni hölls traditionsenligt en heldag med enbart psykiatriska frågor på Psykisk Hälsa-kaféet, Hästgatan 10 i Visby.

Psykiatrifonden

Särskilt välbesökt var Psykiatrifondens framträdande med professor och ordförande Martin Schalling, professor Stefan Einhorn och vice ordförande Lena Flyckt.

Martin Schalling redogjorde för de senaste årens framgångsrika forskning inom genetiken där man alltmer börjar kunna kartlägga vilka gener som bidrar till utveckling av våra allvarligaste psykiska sjukdomar schizofreni, bipolära syndrom, depression och autism. Av särskilt intresse är HLA-generna som tycks ha ett stort förklaringsvärde för en förhöjd risk att utveckla dessa sjukdomar. HLA-generna reglerar immunaktiveringen som svar på infektiösa agens. Detta genetiska fynd sammanfaller med andra biologiska fynd som också ger belägg för att immunaktivering är en mekanism som träder i kraft vid insjuknande i exempelvis schizofreni. Dessutom har antiinflammatoriska preparat en gynnsam effekt på sjukdomsutvecklingen när det ges som adjuvans till sedvanlig medicinering. Ett ofta missat tillstånd är psykosutveckling pga. NMDA-receptorencefalit där autoantikroppar bildas och stör hjärnans funktion. Idag känner vi till ett tiotal sådana sjukdomar som ska behandlas med immunmodulerande snarare än antipsykotiska läkemedel.

Allt detta innebär att vi mycket väl kan stå inför genombrott i forskningen om allvarliga psykiska sjukdomar och att bättre behandlingar som mer riktar sig mot orsaken till sjukdomsutvecklingen kan vara under utveckling. När nu läkemedelsföretag allt mer dragit sig ur forskningen inom psykiatri är det därför viktigt att fortsätta med finansiering från andra källor, exempelvis genom Psykiatrifonden. Auditoriet uppmanades att bistå genom att bli medlemmar.

Stefan Einhorn gjorde ett engagerande och tänkvärdt framträdande om vikten av ett gott och empatiskt beteende. Hur ofta ställer vi upp för varandra och hjälper till i svåra situationer? Han frågade publiken hur många som skulle larma om man såg rök tränga fram under en stängd dörr. De flesta höll upp handen. Om ni var i sällskap med en annan person och denna inte brydde sig om att larma, skulle ni då larma? Lika många höll upp handen. Stefan replikerade att hälften av dem var goda lögnare – forskningen har visat att 62 % av alla avstår att larma om andra inte verkar tycka att det är något. Många andra exempel gavs på hur vi i allmänhet inte

bryr oss om varandra i trängda lägen. Den empatiska och socialt tillvända fernissan kan ganska lätt bli avskavd och vi bör upprepat påminna oss om hur mycket det betyder att vi bryr oss om varandra. Stefan berättade om en man som förlorat sin hustru i cancer och blivit så nedstämd att han bestämde sig för att avsluta sitt eget liv. Han räddades av en sjuksköterska på hustruns vårdavdelning som en vecka efter hustruns bortgång ringde upp honom för att fråga hur han mådde. Psykiska sjukdomar är idag, trots att de ökar, fortfarande stigmatiserade och blir som regel marginaliserade av samhället – det är både grymt och på sikt ett hot mot samhällsekonomin. Psykiatrifondens antistigmaarbete och forskningsstöd kan vara en motvikt som är värd att stödja.

Lena Flyckt berättade om stigmat vid psykisk ohälsa och dess konsekvenser. Ordet stigmatisering kan härledas från grekiskans stigma som betyder brännmärkt. Erving Goffman, professor i antropologi, utvecklade stigmatiseringsbegreppet. I analysen av de "mentalsjukas" situation belyste Goffman de mekanismer som verkade stigmatiserande i världen. Om personalen gjorde klar åtskillnad mellan sig själva och patienterna genom att sätta upp rigida gränser för vad som var tillåtet och moraliserade över patienternas utseende och beteende, ökade stigmat. Intressant nog fann han också faktorer som kunde motverka stigmatisering. Om en sjukdom kunde normaliseras eller om ett handikapp kunde minskas innebar det en avstigmatiserande effekt. Inom psykiatri har stigmatiseringen inte minskat i samma utsträckning som vid somatisk sjukdom trots medicinska landvinningar. I en multinationell undersökning omfattande 14 länder visade det sig att ca 70 % av patienter med schizofreni upplevde hög grad av diskriminering, inte minst från vårdpersonal, vilket också predicerade stor del av upplevelsen av stigmatisering. Patienter med schizofreni finns knappast alls på våra arbetsplatser eller i våra vänskapskretsar. Denna sociala stigmatisering leder ofta vidare till en självstigmatisering, att de drabbade individerna integrerar en känsla av mindervärde som hindrar dem från att våga bryta utanförskapet.

Hjärnkolls antistigmakampanj

Det finns dock ljus i mörkret – Hjärnkoll, en ideell förening mot stigma vid psykisk sjukdom, har turnerat i landet med "ambassadörer" dvs. personer med erfarenhet av psykisk sjukdom. Det har visat sig vara effektivt att ge psykiatriska sjukdomar ett "ansikte" för att vända på trenden att personer med psykisk sjukdom stängs ute från samhället. Om personer med psykiska sjukdomar interagerar med oss, t.ex på arbetsplatser och socialt kommer stigmatiseringen att minska. Dock behövs mer forskning om detta och andra problem vid psykisk sjukdom – alltså bör man stödja Psykiatrifonden.

Nationell samverkan för psykisk hälsa - NSPH

Psykiatrifonden var representerad vid ytterligare sex evenemang. Martin Schalling medverkade vid NSPH:s seminarium Psykiatri; framgångs eller krisbransch? Där debatterades behovet av bättre stöd till patienter och anhöriga. Den dramatiska underfinansieringen av psykiatri och forskning inom mental ohälsa lyftes fram liksom behovet av snabbt omhändertagande t.ex. modellen i Stavanger där 2-timmarsgaranti gäller för psykiatrisk vård. Det finns dock ljus i mörkret med stora framsteg i förståelse och acceptans av mental ohälsa. Samhället behöver ta ett ansvar i proportion till sjukdomsördan, speciellt sedan läkemedelsföretagen till 80 % minskat sitt engagemang i området.

Lena Flyckt medverkade vid ett seminarium om näthat. Näthat har blivit allt vanligare och det drabbar främst unga kvinnor. Det kan leda till svåra konsekvenser av psykiskt lidande, t.o.m. självmord. Lena tillfrågades som psykiater hur det kan vara möjligt att, i vårt samhälle, personer utför så vidriga handlingar. Hon hänvisade till forskningen efter andra världskriget, t.ex. Milgrams experiment som visade att försökspersoner kunde ge elektriska stötar med dödande styrka till personer under vissa förutsättningar, om de t.ex. inte såg offret. På internet råder ju sådana förhållanden så där kan man få illusionen av att vara anonym. Vi bör beforska detta område mer men även informera och skapa normer för hur man bör bete sig på nätet.

Tjejjonen hade ett seminarium om den ökande psykiska ohälsan hos kvinnor, speciellt de unga. Även här var Psykiatrifonden representerad med Lena Flyckt som psykiatrisk expert. Medverkade gjorde även Karin Adelskjöld som berättade att hon hade drabbats av utmattningsdepression och, efter en lång konvalescens bestämt sig för att byta yrkesbana – till "Stand Up-komiker". Hon jobbar nu på egna premisser och lägger upp det så att hon inte stressar.

1,6, och 2,6 miljonerklubben

Slutligen var Lena Flyckt i sin egenskap av vice ordförande i Psykiatrifonden inbjuden till 1,6 och 2,6 miljonerklubbens stora hearing om psykisk ohälsa hos kvinnor med fokus på samvetsstress. Skådespelaren Solveig Ternström inledde med att läsa ett brev från en kvinnlig kommunalarbetare inom hemsjukvården. Den beskrev hur hennes arbetssituation kan se ut en vanlig dag. Hon kunde inte gå hem efter arbetsdagens slut för att en klient är dålig, fick ringa sonen så att han skulle gå ut med hennes hund. Sedan larmade fler klienter om att de hade akuta behov. Hon sökte förgäves sin chef efter några timmar för att bli avlöst, men tvingades

fortsätta. Hennes samvete tvingar henne att hjälpa de gamla och sjuka trots att hon själv knappast orkar. En sådan arbetssituation leder ofta till utbrändhet och sjukskrivning – kvinnor inom vård och omsorg är särskilt utsatta

Psykiatrin blev ganska kritiserad under seminariet - man kan som patient få flera olika diagnoser av olika psykiatriker och hjälpen är ofta otillräcklig. Lena hänvisade till diagnosernas otillräckliga validitet och att inom varje diagnos finns en stor heterogenitet varför de är otillräckliga för individanpassad behandling. Psykiatrins primära mål är därför att hjälpa patienterna med deras upplevda problem där diagnosen kan ge viss vägledning men inte hela svaret. Att behandlingen ofta är otillräcklig innebär att det behövs mer behandlingsforskning och därför är det viktigt och behövligt att stödja Psykiatrifonden.

Professor Martin Schalling, ordförande i Psykiatrifonden

Professor Stefan Einhorn, ledamot

Lena Flyckt, vice ordförande

Fotograf: Ellika Schalling





Känsligt om hagiografi, forskning och viktiga händelser

Både psykiatriprogrammet på Riksstämman 3-4 december 2015, Svensk Psykiatri nr 3/2015 och SPK 2016 omfattar olika "världspremiärer". Inte har de upprepats någon annanstans på jorden! De utgör alltså världspremiärer, för att inte tala om viktiga primärpublikationer - som nog har större betydelse för mänsklighetens framtid än diverse medelmåttiga filmer, som omges med uppblåsta "galor" och allehanda krimskrams.

Vi behöver mer glamour i psykiatrin, tack. Kändisreportage kanske. "Hagiografi" är för mig ett nytt ord - att skapa helgonglorior. Det behövs inom all eminent svensk psykiatri!

Att kategorisera forskning inom psykiatri är inte lätt - det kan många intyga. En del kan kallas grundforskning, annat tillämpad forskning, men utan skarpa gränser. Vad är psykiatri, vad är psykologi? Jag refererar ett antal arbeten, mest doktorsavhandlingar, som jag på olika sätt kommit i kontakt med. Vissa arbeten handlar om ren psykiatri, annat sådant som har klar tillämpning inom delar av psykiatrin. Likaså nämner jag några viktiga andra händelser. Mitt urval är subjektivt.

Avhandlingar i urval

Ming Chang disputerade 2014 på Karolinska Institutet (KI) med avhandlingen "CYP2C19 polymorphisms in drug metabolism and response". En delstudie omfattar metaanalys av betydelsen av funktionella cytokromer (CYP2C19) genotyper eller fenotyper vid exposition för depressionsmed-

len citalopram eller escitocitalopram. Det finns en avsevärd skillnad farmakokinetiskt och farmakodynamiskt, och man kan behöva individualisera läkemedelsterapin. Givande samarbete mellan akademien och läkemedelsindustrin.

Carl Sellgren disputerade 2014 på KI med avhandlingen "On neuroinflammation in psychotic disorders". Att inflammation spelar en avsevärd roll vid olika psykiska sjukdomstillstånd framstår alltmer klart. Paradigm-skifte?

Erik Andersson disputerade 2014 på KI med avhandlingen "Enhancing cognitive-behavior therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder".

Samarbetet mellan psykiatriprofessorn i Stockholm Nils Lindefors och psykologiprofessorn i Linköping Gerhard Andersson har avkastat mycket avancerad metodik, inte minst genom internetpsykiatri, som fått världsrykte. Tvångstillstånd har ansetts vara mycket svårbehandlade, men beteendeterapi har gett lovande resultat, inte minst genom Erik Anderssons avhandling.

Mikael Tiger disputerade 2014 på KI med avhandlingen "PET studies of the serotonin system in major depression and its treatment". Att alltmer avancerad "imaging" används inom psykiatrisk forskning innebär ett stort framsteg. Tyvärr blir materialen ännu små.

Simon Kyaga disputerade 2014 på KI med avhandlingen "Creativity and

psychopathology". Motsatsen - den gamla tesen från Aristoteles'dagar om kopplingen mellan geni och vansinne har kunnat belysas genom Sveriges otroliga befolkningsregister - ett material på miljoner individer har kunnat utnyttjas. Dessutom har avhandlingen omformats till en populärvetenskaplig bok. Och Simon har ingått i Läkaresällskapets nämnd, och har varit sommarvärd i radion!

Andréa Björkman disputerade 2015 på KI med avhandlingen "Molecular mechanisms of antibody diversification in human B-cells". Vad har det här att göra med psykiatri? Jo, doktoranden började med utbildning till journalist och vill nog inte fortsätta forska, men hon brinner för att få arbeta med vetenskapsjournalistik. Andréa nämner "myriaden" av kända proteiner - tänk så många av dem som finns i hjärnan. Nog så viktigt - psykiatris irrvägar behöver beträdas av kunniga journalister i samverkan med professionen.

Rossanna Pettersén disputerade 2015 på KI med avhandlingen "Suicide in the family: Towards improved care of bereaved parents and siblings".

Genom väl genomarbetad etisk och metodologisk procedur kan man ställa inträngande frågor till anhöriga från patienter som avlidit genom självmord, för att förbättra det kliniska handhavandet. Forskaren började som psykolog i Peru.

Den som fick agera som ordförande vid disputationen var undertecknad - hedrande. Ullakarin Nyberg var handledare.

Cecilia Brain disputerade 2015 på Sahlgrenska akademien med avhandlingen "Cognition, adherence and stigma in schizophrenia. The COAST study". Har använt en sofistikerad metodik där locket till burkar med neuroleptika kopplats till automatisk registrering, så att man kan kontrollera att patienter tar ordinerade läkemedel. Metoden lär fungera säkrare än genom att mäta halt i blodplasma.

Mingquin Zhu disputerade 2015 på KI med avhandlingen "Resolution of inflammation as a therapeutic target for Alzheimer's disease".

Avancerade analyser av olika fettsyror, som påverkar fagocytos och sjukdomsrelaterade inflammatoriska markörer vid olika grader av Alzheimer's sjukdom, mätt i CSF efter lumbalpunktion samt i post mortemmaterial från hjärnor hos drabbade personer.

Fredrik Holmström disputerade 2015 på KI med avhandlingen "Development and evaluation of new therapeutic interventions for chronic hepatitis C virus infection". Olika undergrupper av hepatit spelar stor roll inom den del av psykiatri som beroendemedicin utgör. Behandlingsarsenalen vid "tertiär prevention" omfattar inte bara drogfrihet. Psykoimmunologi och psykovirologi är i dag begrepp att räkna med, och ämnena föreläses t.ex. på Huddinge sjukhus.

Andra viktiga händelser

Embryogenesis of alcohol-induced birth defects. Föredrag den 26 augusti av professor Kathy Sulik, University of North Carolina, Gillbergcentrum och Utvecklingsneurologiska enheten, barn- och ungdomsmedicin, Skaraborgs sjukhus. Att alkohol skulle vara fosterskadande, teratogent, var på 60- och 70- talen för många svårt att svälja. Men numera har cancercentret i Lyon självklart inkluderat etanol inom listan över farliga substanser ur embryotoxiska och carcinogena egenskaper.

Svensk förening för beroendemedicin ordnade på Sahlgrenska akademien den 28 augusti ett symposium **Cannabis – himmel och helvete.**

Sambandet mellan cannabisintag och psykosrisk finns behandlad i svensk 80-talsforskning från Uppsala, Lund och Stockholm, vilket nu följs upp.

På Biomedicum i Uppsala ordnar Sällskapet för medicinsk genetik den 14 oktober ett symposium **Functional genomics of the human brain** med internationella föreläsare.

Den oförtröttlige professorn emeritus i psykiatri, Lennart Wetterberg, är en av organisatörerna.

Avslutande konklusion

Projekt med såväl biologisk, psykologisk som social natur har genomförts, och de har utgått från vitt skilda institutioner. Andelen kliniska forskare som har medicinarutbildning har minskat, medan forskare med annan grundutbildning har ökat. Samverkan ger ofta utmärkta resultat. Nog lever den svenska psykiatrforskningen i hög grad – i motsats till vad diverse okunniga olyckskorpar kraxat.

Ulf Rydberg
Professor emeritus Karolinska Institutet
Stockholm





Angående SensoDetect och läkaretik

I Svensk Psykiatri #2, 2015 skriver Annika Rullgård kritiskt om SensoDetect® BERA-tekniken, som saluförs av företaget SensoDetect. Hon nämner de stora penningbelopp som ödats av psykiatriska kliniker på olika håll i landet, när de lockats att utföra undersökningar med SensoDetect.

SensoDetect® BERA-tekniken påstås vara "ett objektiva diagnostiskt stöd för ADHD, Aspergers syndrom och schizofreni" (citatet är hämtat ur annons i SvD 22/6 2015). Det saknas emellertid vetenskapligt stöd för metodens användning i rutinsjukvård. Den befinner sig fortfarande på experimentstadiet.

Vilken är innebörden av "diagnostiskt stöd"? Det har Sören Nielzén – metodens upphovsman – aldrig lyckats förklara, när jag vid två skilda tillfällen ställt honom följande fråga: Om du har två diagnoser - din egen kliniska diagnos och SensoDetect-diagnosen - och dessa är oförenliga, vilken väljer du då? Vid båda tillfällena har han sanningsenligt svarat att han väljer sin kliniska diagnos. Första gången han fick denna fråga av mig var på ett läkarmöte på psykiatriska kliniken i Lund för flera år sedan. Andra gången var i år den 4/3, även då på ett läkarmöte i Lund.

Enligt Sören Nielzén gäller alltså att om SensoDetect ger diagnosen schizofreni, men jag ställer en annan diagnos, så är det min diagnos som gäller. Och min diagnos gäller även i det fall SensoDetect och jag ställer samma diagnos.

Med andra ord: SensoDetect är inte något diagnostiskt stöd.

Man kan fråga sig vilken affäretik som gäller, när en ofärdig och praktiskt sett meningslös diagnostisk metod säljs till sjukvården. Det är inte min sak att besvara den frågan, det får företaget göra. Däremot är det min sak som psykiater att ha en åsikt om etiken i att psykiatriska kliniker köper diagnostiska undersökningar utförda med denna ofärdiga metod. Det finns inget annat att säga än att det är oetiskt.

Hans Bendz
Leg. läk., specialist i allmän psykiatri
Lund

Vad är så märkvärdigt med ADHD-diagnosen?

Varför har diagnostiken av ADHD blivit så omfattande? Vad är det som gör att vi ägnar 10-40 timmar åt att diagnostisera ett tillstånd som egentligen inte skiljer sig från någon av de andra diagnosgrupperna inom BUP och vuxenpsykiatri som depressioner, ångesttillstånd, psykoser och där vi inte lägger ner tillnärmelsevis lika mycket tid och resurser. Frågorna omkring behandlingen är mera komplicerade och där antar vi att det är användningen av centralstimulerande medel som är den centrala frågan. Är det försvarligt att använda narkotikaklassade medel från tidiga barnår och vad är riskerna med detta.

Frågan om diagnostiken är viktig av flera skäl. Diagnosen ifrågasätts återkommande även om den blivit lite mindre kontroversiell med tiden. Det är uppenbart att ADHD är en realitet. Sedan är naturligtvis frågan fortsatt öppen när det gäller kriterierna, precis som med alla andra psykiatriska diagnoser. Att diagnostiken blivit så omfattande har sannolikt delvis att göra med just detta förhållande att diagnosen har ifrågasatts. Detta i sin tur torde vara kopplat till användningen av centralstimulerande medel som en central behandlingsmetod. Detta gör att man vill vara övertygad om att man ställer rätt diagnos och inte minst att man kan visa omvärlden att man anstränger sig för att inte diagnostiken ska leda till ett alltför omfattande läkemedelsbruk. Det är också möjligt att man för säkerhets skull övertog mycket av Gillberggruppens diagnostiska instrumentarium som rimligtvis hade ett forskningssyfte och av det skälet blev bredare än som skulle vara nödvändigt inom klinisk verksamhet. Att barn- och ungdomspsykiatri kan behöva en något bredare utredning än vuxenpsykiatri ter sig rimligt med tanke på att barn och ungdomar hela tiden utvecklas och att det är fler variabler som behöver tas med när man sedan går vidare i behandlingssyfte. ADHD är fortsatt en klinisk diagnos som bygger på information från patienten, närstående och all övrig information som klinikern bedömer relevant. När det gäller barn är det viktigt att det finns information om fungerande i skolan. Det finns naturligtvis komplexa fall både hos barn och vuxna med behov av mer utförlig differentialdiagnostik som kräver mer tid och resurser.



Det som också är problematiskt är det förhållande att på många håll köper man diagnostiken av enheter utanför den egna verksamheten, ofta till stora kostnader pga. den mycket omfattande utredningen. Detta i sin tur innebär att den egna kliniken dels förlorar ekonomiska resurser, men framför allt att sambandet mellan diagnostik och behandling bryts. Detta är en i sig allvarlig problematik. Det rimliga inom vården är ju att diagnostik och behandling hänger ihop och är beroende av varandra. De som är inblandade i diagnostiken bör vara med i behandlingsupplägget på något sätt och de som behandlar bör vara delaktiga i den diagnostiska processen för att öka den gemensamma kunskapen om de tillstånd man arbetar med. Till saken hör att det naturligtvis är lönsamt för fristående enheter att göra omfattande utredningar som man kan få betalt för, naturligtvis i syfte att göra det hela så lönsamt som möjligt. Vi vågar också påstå att det mesta av informationen i dessa utredningar inte senare kommer till användning i den praktiska kliniken därför att den inte upplevs som relevant. En annan aspekt är att den omfattande utredningen väcker förhoppning hos patient och närstående att den fortsatta behandlingen ska vara lika intensiv och omfattande, något som dess värre sällan blir fallet.

Det är påtagligt enligt SBU hur litet vetenskapligt stöd det finns för alla de diagnostiska instrument som används. Detta behöver i och för sig inte innebära att inte de olika instrumenten kan vara av värde, men det är klart att detta förhållande inte utgör något stöd för att använda en rad olika mätinstrument i diagnostiken.

När det sedan gäller behandlingen är det påtagligt hur lite vetenskapligt stöd det finns för alla andra insatser än de farmakologiska. Läkemedelsbehandlingen bygger väsentligen på centralstimulerande medel och där finns fortfarande en hel del kunskapsluckor, framför allt när det gäller långtidseffekter och problemet omkring spridning/läckage av läkemedlet ut på den illegala marknaden. Detta senare riskerar hela tiden att kompromettera den legala förskrivningen av centralstimulerande medel och det finns förvånansvärt lite forskning omkring detta problem, men också att majoriteten av tillfrågade enheter i landet inte uppfattade läckaget som ett större problem.

Centralstimulerande medel har en dominerande roll samtidigt som det finns alternativ, framför allt atomoxetin, som verkar ha väsentligen samma gynnsamma effekter som centralstimulerande medel, men med den viktiga skillnaden att effekten inte kommer lika snabbt som med CS.

Vi tycker att det finns mycket goda skäl att förändra praxis vid utredning och behandling av ADHD hos barn och vuxna: Korta ned den diagnostiska utredningen (i de flesta fall till max fem timmar) och använd resurserna som frigörs till framför allt behandlingsinsatser, som ju är eftersatta. Under behandlingens gång, särskilt när man sätter in läkemedelsbehandling, kan det finnas skäl att göra om eller komplettera med en del funktionsutredningar. När läkemedlen fungerar blir resultaten i funktionshänseende ofta påtagligt förändrade och detta i sin tur bör rimligtvis vara intressant att dokumentera och använda sig av i den fortsatta behandlingen/rehabiliteringen.

Varför inte introducera atomoxetin som förstahandspreparat. Detta skulle betydligt minska skepsisen inför läkemedelsbehandling av ADHD och även reducera spridnings-/läckageproblemet högst avsevärt. Eventuellt skulle man väl kunna tänka sig att kombinera atomoxetin med centralstimulerande medel i början av behandlingen för att få ett snabbare tillslag. Det finns ju förväntningar hos patienter och närstående om en snabb effekt efter alla år med centralstimulerande medel som förstahandspreparat.

Behovet av samtalsbehandling är mycket stort i den här gruppen och det borde vara möjligt att utveckla psykopedagogiska och psykoterapeutiska behandlingsprogram som är inriktade mot ADHD-problematiken. Till en början i behandlingen är psykopedagogiska kognitiva/beteendeterapeutiska program mest lämpade. Senare under behandlingen kan psykoterapeutisk korttidsterapi vara av värde för stöd att hantera problem som till exempel handlar om påverkad självuppfattning, negativa livserfarenheter, och relationsrelaterade problem som inte så sällan finns vid ADHD. Anhörigstöd och par-/familjeterapeutiska insatser kan för vissa patienter också vara viktiga. Anknävningsrelaterade stödmodeller kan ibland vara viktiga för barnfamiljer.

En översyn av tillgängliga och adekvata hjälpmedel borde också ingå i behandlingsupplägget.

Läckageproblemet måste uppmärksammas mera än hittills. Vi har inget bra förslag till hur man ska minimera detta, men återigen skulle naturligtvis ett ökat bruk av atomoxetin reducera problemet.

När det gäller behandling av personer med missbruksproblem har vi inte tillräckliga egna erfarenheter för att ha någon uppfattning annat än att det är uppenbart att det föreligger ett stort behov av behandlingsinsatser när det gäller den gruppen. Det har genomförts och pågår behandlingsförsök i landet som snabbt borde få genomslag.

När det gäller kunskapsluckor borde det vara möjligt att relativt snabbt kunna genomföra uppföljningar av patienter som stått en lång tid på centralstimulerande medel och andra behandlingsupplägg för att se vilka eventuella långtidseffekter behandlingen kan ge.

Slutligen får man hoppas att den ökade uppmärksamheten på ADHD-problemet ska kunna innebära att de flesta med denna problematik identifieras i tidig barndom och får en adekvat hjälp under barndom och ungdomstid och att den nuvarande snabba ökningen av personer med ADHD-diagnos och läkemedelsbehandling kommer att plana ut inom de närmaste 5-10 åren, och att den snabba ökningen av kliniska fall vi nu ser är en övergående situation.

Det är också viktigt med ökad kunskap i samhället så att till exempel skola och arbetsmarknad inte har inbyggda hinder för att personer med ADHD kan nå sin potential i utbildning och ha möjlighet till ett yrkesliv.

Lars Jacobsson

Professor emeritus, psykiatriska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Bruno Hägglöf

Professor, BUP, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Henrik Gonzalez

Överläkare, psykiatriska kliniken, Sundsvall, universitetslektor Umeå universitet



Skall en patient sitta hemma och när som helst läsa sin psykiatriska journal?

Idag sker allt mer kommunikation mellan människor via mobiler och datorer och det vill man också införa mellan patienter och sjukvården. I flera landsting inför man nu elektroniska hälsotjänster. Dels skall en patient kunna maila till mottagningen, beställa en tid, avboka, förnya recept eller andra administrativa åtgärder, det som man tidigare ofta gjorde per telefon. Dels skall en patient kunna få läsa sin sjukjournal när som helst på sin dator eller mobiltelefon och vid behov skicka frågor om innehållet till sin doktor, eller annan behandlare, kommentera om något inte stämmer, förstå vilken sjukdom man lider av m.m. Administrativa tjänstemän på högre nivå ser väldigt positivt på den här möjligheten, medan läkarkåren verkar mer skeptisk.

Fördelar med att få läsa sin journal

Det finns fördelar med att en patient kan få läsa sin egen psykiatriska journal. Ett viktigt inslag är att få ökad kunskap om hur psykiatrin har bedömt symtombilden. I bästa fall kan patienten genom journalen kunna lita på att uppgifterna är korrekta men också förstå vad man kommit fram till och vilken behandling som provats. Det här kan öka delaktigheten i vården och då leda till en bättre behandling. Förvånansvärt ofta när man träffar en patient som tidigare träffat andra läkare, så vet patienten föga om sin diagnos och hur man resonerat. Ibland har man till och med satt fem diagnoser!

Svårigheter och risker med elektroniska hälsotjänster i psykiatrin.

Jag vill ändå i detta debattinlägg peka på risker som finns med att införa e-hälsotjänster i psykiatrin.

1. **Neddragning av antalet personal, sekreterare och behandlare inom psykiatrin.** På hög nivå kommer man nu försöka minska antalet tjänster inom psykiatrin. Man hävdar ju att e-hälsotjänster med bl.a. möjligheter för patienter att kommunicera med psykiatrin är så effektivt och besparande. Mail-kontakter från patienter till psykiatrin kan vara mycket bra men det innebär att man måste öka antalet sekreterare på en



mottagning. De första negativa besparingarna man gjorde för många år sedan var att dra ner på antalet sekreterare. Det var billigt och enkelt. E-hälsotjänster innebär ej heller att man kan dra ner på antalet läkare och annan utrednings- och behandlingspersonal. De kan snarare på ett positivt sätt få mer att göra.

2. **"Shop-express" inom psykiatrin.** I livsmedelsaffärerna kan man nu scanna sina varor och sedan betala själv utan att gå via kassan. Den viktigaste orsaken är givetvis att minska antalet anställda. Men självklart kan det gå fortare för yngre duktiga kunder som har bråttom i livet. En tanke är alltså att låta patienter ta ett större ansvar och egen insats inom psykiatrin. Mailar man inte får man väl skylla sig själv. Det här kan ju fungera bra för friskare patienter inom psykiatrin.
3. **Minskat antal möten mellan patient och läkare/ behandlare.** En grundbult i psykiatrisk utredning och behandling är att patient och behandlare sitter ner och pratar och ser varandra. Det finns många studier som pekar på effektiviteten i en sådan trygg relation. Blir det istället för många möten genom mail leder det till sämre kvalitet i behandlingen.
4. **Minskad telefontillgänglighet.** En risk med e-hälsotjänster kan vara att man ytterligare drar ner på möjligheten att patienter och psykiatrin kan nå varandra per telefon. Dock har ju många mottagningar nästan omöjliggjort telefonkontakt redan. Att på en mottagning ha kunniga rådgivande sjuksköterskor med öppna telefoner på kontorstid är faktiskt mer effektivt än att hålla på och maila fram och tillbaka. Per telefon kan man snabbt ställa relevanta frågor, lättare förstå patienten och lämna besked. Självklart kan inte alla patienter heller använda internet.
5. **Mindre störda psykiatriska patienter kan komma att kräva mer vård än svårt sjuka.** Det är inte bara ersättningssystem enligt new public management som gör att man bryter mot hälso- och sjukvårdslagen och att friskare patienter får mer vård på de svårare sjukas bekostnad. Med en ökad digitalisering av vården finns risken att de svårt sjuka kan få stå tillbaka för de mer krävande mindre sjuka patienterna.
6. **Vissa journaluppgifter måste spärras eller får ej finnas med.** Efter utredning får man införa generella regler när journaluppgifter måste spärras eller vilka uppgifter som inte får noteras. Det kan till exempel gälla känsliga uppgifter som lämnats av närstående. Med möjlighet att enkelt läsa sin journal kan en våldsam make tvinga sin kvinna att öppna sin journal och läsa om att hon blivit misshandlad. Här finns också andra exempel. Det kan gälla kända våldsamma och aggressiva patienter, psykiskt sjuka kriminella patienter och andra. När det gäller rättspsykiatriska patienter måste specialisterna i rättspsykiatri få uttala sig.
7. **Kan en patient lägga ut sin journal på t.ex. Facebook med namn på den som gjort anteckningen?** Det här blir också en intressant fråga som måste utredas. Utan att överdriva så har vi ju vissa patienter som kan vilja lägga ut sin journal på nätet, dels för eget stöd och dels kanske för att visa sitt missnöje med behandlaren.
8. **Ökad risk att hota psykiatrisk personal.** Idag blir det allt vanligare att man skriver negativa omdömen på olika ställen på nätet om t.ex. journalister, politiker och andra. Det förefaller som man inte tycker det här är så allvarligt, som om man framför ögonen på den andre skulle uttala hot. Finns det risk att personal inom psykiatrin hängs ut nu på sociala medier?
9. **Journalerna kan bli mer innehållslösa.** Om man inte hinner se patienterna och få en bra relation finns, p.g.a. rädsla för anmälan eller andra konsekvenser, risk för mera otydliga och intetsägande anteckningar. Se också under punkt 7 och 8.
10. **Risker med gamla journaler.** En del allvarligt kroniskt sjuka patienter kan idag ha en data-journal på ibland över 300 sidor över många år. Frågan är om man hemma skall få läsa sin journal endast 1-2 år tillbaka eller vilka gränser man sätter.
11. **Fortsatt fragmentarisering av den psykiatriska vården.** I dag skall man inom primärvården som har e-hälsotjänster via nätet få ett hälsoformulär som man skall fylla i och ta med till besöket hos sin husläkare. Hur många kommer till exempel att ange rätt mängd

alkohol som de dricker? Min uppfattning är att man överdriver nyttan av den här typen av hälsoformulär om man inte har en bra kontakt och sitter ner med sin hussläkare. Det är möjligt att jag är en lite för gammal skeptisk doktor, men idag verkar man fastna mer och mer på formulär istället för personlig kontakt. Det här kan bli en ökad risk med e-hälsotjänster. Används nätet på ett dåligt sätt kan man komma att kräva nästuppgifter inför varje besök för att behandlaren skall kunna spara tid vid besöket. Skattnings-formulär är bra om de på ett klokt sätt används av den som träffar patienten. Att patienten fyller i ett antal självskattnings-formulär inför första besöket i psykiatri är enligt min uppfattning att förtingliga patienten och kan ge en falsk noggrannhet.

Ja, det här var kanske lite för pessimistiska tankar inför risker med införandet av e-hälsotjänster inom psykiatri. Men är man medveten om att administratörer och chefer på hög nivå vill använda elektroniska tjänster för att spara pengar och dra ner på personal, och kan motverka det, och om man utreder svårigheterna ordentligt, så kan det bli en positiv tillgång för patienten att hemma kunna läsa sin journal, men då med krav att kunna ha en personlig kontakt med psykiatri i det moderna samhälle vi nu lever.

Lars Albinsson.
MD, Specialist i psykiatri
lars.albinsson@hotmail.se



THINKING

Hjärnmaterialismen är en obevisbar tro!

Adel Abu Hamdeh påstår i "Kropp är själ" (SP nr 2 2015) att "Vi vet att tankar inte uppstår ur intet eller ur en andlig värld." Hur vet han det? Han tycker att "kropp-själdualismen" alltför sällan ifrågasätts. Men hur ofta ifrågasätts uppfattningen att hjärnan är tillräcklig för att förklara medvetandet*1?

Hela tiden glömmer man

"No one has produced any plausible explanation as to how the experience of the redness of red could arise from the action of the brain" (Crick, F., Koch, C. 2003)².

Jag har varit på flera internationella konferenser³, senast i juni i år på Towards a Science of Consciousness I Helsingfors⁴ som samlade ca 600 deltagare, hjärn- och medvetandeforskare och det är helt klart att det råder konsensus om att frågan om hur medvetandet uppstår inte är löst, även om det är lika klart att många tror att det kanske går att hitta medvetandet i hjärnan med hjälp av kvantmekaniken eller högre funktioner på systemnivå. Men allt flera filosofer, t.ex. David Chalmers⁵ och Philip Goff⁶ och även hjärnforskare, t.ex. Guiliou Tononi och Christof Koch^{3, 7} inser att medvetandet måste ses som fundamentalt och att det inte kan reduceras till hjärnprocesser.

Hamdeh skriver "Att medvetandet är en effekt av hjärnans organisation och biokemi." Jo, det kan man säga precis som att bilden på TV-skärmen är en effekt av TV-apparatens konstruktion och elektriska skeenden. Men vi skulle le åt människor som hävdade att TV-apparaten är tillräcklig för att producera ett TV-program på skärmen. Vi vet att information kommer via TV-vågor från en sändare, som existerar även om vi inte har någon TV-apparat att registrera dem med. Vi har ännu inte någon naturvetenskaplig kunskap om motsvarande när det gäller medvetandet men det är precis det frågan gäller. Att vi med dagens teknik och vetenskap inte kan påvisa någonting icke-materiellt som styr och växelverkar med hjärnan betyder inte att det inte kan finnas. Det finns goda skäl för att medvetandet är lika fundamentalt som massa, laddning, rum och tid och inte kan reduceras till någon av dessa kategorier eller till en materiell hjärna^{5,6}. Det är t.o.m. så att det aldrig går att motbevisa att det finns en immateriell själ eller att medvetna upplevelser kan existera bortom och utan en hjärna, för det går inte, av logiska skäl, att bevisa icke-existens. Så om man använder Poppers kriterium för en vetenskaplig hypotes,



att den ska vara falsifierbar, så uppfyller själshypotesen inte detta och ska då med rätta kallas tro.

Men exakt detsamma gäller hjärnmaterialismen! - som påstår att medvetandet restlöst kan förklaras med hjärnan, dvs. att hjärnan skapar, producerar, "emergerar" alla medvetna upplevelser och att det inte kan finnas några medvetna upplevelser utan en hjärna. Den hypotesen kan inte heller falsifieras. Så hjärnmaterialismen är och förblir en tro, i Poppers mening. Den som inte håller med om detta måste, (och detta har jag bett om två gånger i SP 8 utan att jag fått några förslag), ange en enda observation, ett enda experiment som kan utföras i livet före döden och som man skulle vara tvungen att acceptera som motbevis, falsifiering, av hypotesen att hjärnan restlöst skapar medvetandet. Jag ställde samma fråga till den tidigare ordföranden i Vetenskap och Folkbildning, Jesper Jerkert. Han erkände tacknämligt att det var en bra och svår fråga och sa att det skulle kunna vara något parapsykologiskt fenomen. Jag tror han har rätt att det skulle kunna bli ett motbevis - men det uppfyller inte den senare delen av min begäran: det ska vara något som man är tvungen att acceptera som falsifiering. Det finns en stor mängd parapsykologiska fenomen och experiment som svårligen kan förklaras med dagens kunskap om hjärnan 9, men den etablerade hjärnforskningen kan slå sig till ro med att antingen säga att det är fusk eller att "det måste vara något i hjärnan som vi kommer upptäcka länge fram", dvs. dessa fenomen accepteras ej som någon falsifikation. Så tills den etablerade forskningen har kommit överens om en observation eller ett experiment som den skulle acceptera som falsifiering av hjärnmaterialismen så är och förblir den en tro¹⁰. Dessutom en obevisbar tro, eftersom den alternativa tolkningen att det existerar medvetna upplevelser som inte uppstår i hjärnan aldrig kan uteslutas.

Jag tycker det är mycket märkligt att man inte kan erkänna detta vetenskapsteoretiska faktum utan fortsätter, som Hamdeh, att påstå att man vet saker som man inte vet och inte heller kan veta. Farligt blir det också när Hamdeh skriver: "Oavsett om man tror på eller förkastar att människans spirituella själ existerar, och oavsett om man föredrar psykosociala, psykologiska eller farmakologiska behandlingar, var för sig eller i kombination, kvarstår det faktum att medvetandet och patientens psykiska mående, tankar och beteende är ett resultat av biologiska processer i hjärnan. Detta är den enda utgångspunkten som bör gälla för en läkare som är verksam inom psykiatrin. De är vår kunskap om de biologiska processerna, både i hjärnan och övriga delar i kroppen, vilka yttrar sig som psykiatriska symtom, som ger oss existensberättigande." (min kursiv)

Detta är lika befängt som att hävda att det enda som berättigar en TV-programskritiker är kunskaper i elektronik och inget annat än ovetenskaplig dogmatism. Här försöker man trola bort att hjärnmaterialismen är en tro genom att framställa den som helt grundad i vetenskapliga fakta när den är *en möjlig men obevisbar tolkning*. Ska Socialstyrelsen starta en inkquisition för att rensa ut psykiater som mig, som hävdar att tro på en själ och existensen av medvetna upplevelser utan en hjärna är helt förenlig med alla, även naturvetenskapliga, fakta?

Vi har religions- och tros-frihet i Sverige så en materialistisk tro har lika rätt att utövas som tro, men det är fundamentalism som inte står religiös fanatism efter om man hävdar att denna tro är den enda utgångspunkten för en vetenskaplig psykiatri.

Snarare är det så att denna materialistiska dogmatism är till en stor fara för människors psykiska hälsa då den leder till en utarmning av psykiatrisk behandling och en alltmer biologisk psykiatri som dels saknar vetenskaplig teoretisk grund, eftersom vi inte har någon biologisk förklaring till medvetandet och dels där den empiriska delen, dubbelblindstudier av farmakologisk behandling, till stora delar sätts ur spel av den profitdrivna läkemedelsindustrin. Ständigt nya skandaler att forskare och läkare säljer sin läkareetik och medverkar till vilseledande uppgifter och till att undanhålla studier som visar ingen eller dålig effekt av mediciner medan de bara publicerar studier, som av en slump, råkat ge fördel för medicin.

Med en helhetssyn på människan, som kropp, medvetande, själ och ande, bör vi dels satsa på systemiskt arbete för att minska miljö- och samhällsfaktorer som har skadlig inverkan på den psykiska hälsan, dels forska mer på icke-farmakologiska terapier som akupunktur, psykoterapier och särskilt musikterapi, då musik är själens språk.

Jan Pilotti

Pensionerad ungdomspsykiater, fil kand. matematik, teoretisk fysik.

*Flera forskare tar nu upp kritiken av den reduktionistiska hypotesen, att medvetandet restlöst kan förklaras av hjärnan, på konferenser, men det syns inte i den allmänna debatten. Jag har skrivit ett antal artiklar i frågan där jag anför mera sakargument. Artiklarna är publicerade vid olika tillfällen och är överlappande men jag uppmanar och väddar till seriösa debattörer att läsa dessa och ännu mer de referenser jag stödjer mig på för att det ska bli en konstruktiv debatt.

För referenser se vår hemsida www.svenskpsykiatri.se/tidskriften



Sveket mot barnen

ADHD-diagnoserna och medicineringen ökar epidemiskt. På BUP Örebro där jag senast arbetade hade 40 % av barnen ADHD-diagnos 2011. Har talat med kollegor -nu är det ännu fler ADHD-diagnoser men man tänker att det ändå är underdiagnostik för det motsvarar bara 2,5 % av hela barnpopulationen och prevalensen är ju 5 %. Men innan jag gick i pension kollade jag och det var mycket få barn/ungdomar där man upptäckte PTSD och sexuella övergrepp, trots att enbart grova övergrepp har en prevalens på 5-10 %, dvs. lika eller dubbelt mot ADHD. Ska BUP ta emot alla barn som behöver barnpsykiatrisk hjälp krävs kraftigt ökade resurser. Var finns dom i dessa tider av nedmontering av vården och dränering av resurser till privata vinster? Och var finns intresset och kunskaperna för att också behandla trauma?

Eller är det något allvarligt systemfel i vårt samhälle? Jag fick också höra att det mesta arbetet på BUP i Örebro gick åt till att utreda för ADHD och Asperger. Skolorna överöser BUP med krav om detta. Trots att skollagen säger att barn har rätt att få den hjälp de behöver i skolan, utan krav på diagnos, tycks det i praktiken krävas diagnos. Även föräldrar kräver diagnos.

Sverige får nu skarp kritik av FN:s barnrättskommitté när det gäller hur ADHD handläggs:

42. *The Committee notes with concern:*

(a) *The significant increase in the number of children diagnosed with so-called learning or behavioural disorders, in particular Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD); and*

(b) *The rise in the prescription of amphetamine and amphetamine-like psychostimulant drugs, mostly in form of methylphenidate, without proper consideration to their secondary effects and the addiction resulting from these drugs.*

43. *The Committee urges the State party to establish a system of independent expert monitoring of the diagnosis of ADHD and other behavioural specificities, and of the use of drug treatments for these children; and to:*

(a) *Undertake independent research on diagnosis methods used in the determination of child mental health problems; and*

(b) *Ensure that appropriate and scientifically-based psychological counselling and specialised support for children, their parents and teachers is given priority over the prescription of drugs in addressing ADHD and other*

behavioural specificities.

44. *The Committee is concerned that while the rates of mental health and psychosocial disorders are high among young people, school health services are under-resourced to address them in a timely and appropriate manner and that access to school psychologists and the psychosocial support system involves a long waiting period.*

45. *The Committee recommends that the State party increase the resources available for school health services to ensure that children have access to and receive appropriate psychosocial and mental-health support and psychiatric health care in a timely manner, as already recommended by the CRPD (CRPD/C/SWE/CO/1, para. 18).*

Kan laddas ned från

<https://blog.unicef.se/2015/02/04/fn-kraver-att-sverige-lever-upp-till-barnkonventionen/>

ADHD vilar på bräcklig grund när det gäller etiologi och behandling¹.

Att SBU² visar att vi inte vet om medicinering bidrar till ökat missbruk tycks ändå inte minska överförskrivningen av mediciner. SBU förordar mer forskning. Men hörde idag Lars Jacobsson, ordförande i SBU:s expertgrupp om ADHD, på vetenskapsradion³ att det inte heller ges pengar till någon forskning på långtidseffekter fast det enligt SBU² bara finns studier som talar för effekt i 6 mån vid medicinsk behandling av ADHD. Detta område prioriteras helt enkelt inte!

Läkemedelsindustrins och patientföreningars negativa inverkan när det gäller vilseledande information om ärftlighet och neuropsykiatrisk orsak är också ett allvarligt problem.⁴

Och min oro ökar när ordföranden i BUP-föreningen i en bra redogörelse för Allen Frances kritik av DSM-5 (SP nr 2 2015) om överdiagnostik och övermedicinering tycks mena att det är ett amerikanskt problem och vi inte har dessa problem i Sverige. Vilket vi uppenbarligen har!

Om BUP sviker vem tar då ansvar för att barn och ungdomar får hjälp som baseras på kunskap och inte på dogmatism och läkemedelspropaganda?

Jan Pilotti

Pensionerad ungdomspsykiater

ANNONS

Känsligt



Region Örebro län söker

Överläkare och chefsöverläkare till Psykiatrisk rehabilitering och rättspsykiatri

Ansökan oss tillhanda senast 2 oktober 2015

www.regionorebrolan.se/jobb



regionorebrolan.se

Mental Health Run

Ett lopp för att bryta stigmatisering av psykisk sjukdom
och för att samla in pengar till psykiatrisk forskning

“Betyder det här att jag kommer att vilja döda andra människor?”

Jag försöker dölja min förvåning och frågar försiktigt vad mannen på andra sidan bordet menar. Det visar sig att decennier av mediabus och filmer från Hollywood har givit honom uppfattningen att schizofreni är ett tillstånd som leder till att man utgör en fara för andra och att man förr eller senare kommer att utvecklas till en person som vill skada andra människor. Att leva med skrämmande rösthallucinationer och livslång medicinering ter sig för mannen framför mig som ett mindre problem än oron inför att han kommer att vilja skada andra. Han som bara vill andra väl.

Psykisk sjukdom är tyvärr fortfarande förenat med stigmatisering och marginalisering. Att behöva leva med oro för omvärldens fördömande späder på det lidande som psykisk sjukdom innebär. Psykisk sjukdom kan vara nedbrytande och i värsta fall dödande, men det kan stigma också vara.

Detta är vad som ligger bakom idén till Mental Health Run. Loppet infaller den 10e oktober, ett datum som även internationellt uppmärksammas som World Mental Health Day. Samtliga anmälningsavgifter går oavkortat till Psykiatrifondens viktiga arbete, och genom att delta visar man också sitt ställningstagande mot stigmatiseringen av psykisk sjukdom och dem som är drabbade.

Loppet är ett unikt samarbete mellan föreningarna Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri (SLUP), Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF), Suicide Zero och Hjärnkoll. 2015 blir första året som Mental Health Run genomförs och vi hoppas naturligtvis på stor uppslutning och medial uppmärksamhet, för att sätta dessa frågor på agendan. Vi har redan flera namnkunniga deltagare som kan bidra till det, till exempel Josef Fares och Mattias Sunneborn. En av våra visioner är att Mental Health Run inom några år ska bli lika känt som Blodomloppet, som årligen rekryterar tusentals blodgivare genom att 10 000-tals motionärer springer på platser landet runt.

Var med från början och anmäl dig till loppets första omgång och bjud med dina anhöriga, vänner, arbetskamrater, patienter och deras närstående!

Mental Health Run är ett 5-kilometerslopp som man kan gå eller springa, med eller utan tidtagning och det äger rum den 10e oktober 2015 i Stockholm. Läs mer och anmäl dig på www.mentalhealthrun.se

**Anna Malmqvist, styrelseledamot SLUP
Ullakarin Nyberg, vice ordförande SPF**

**Hanna Spangenberg, vice ordförande SLUP & ST-representant
SPF**

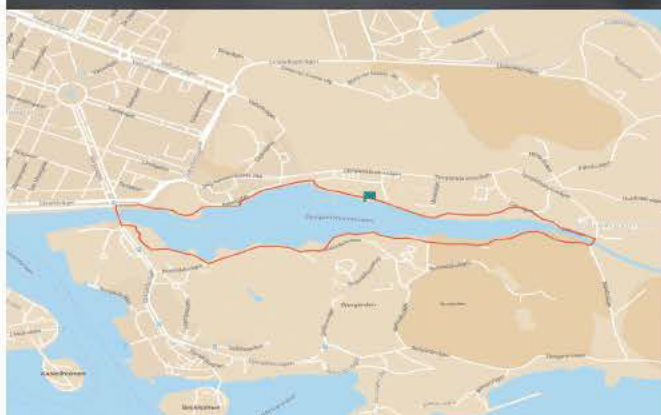


Mental Health Run 2015

Stockholm, lördag 10 oktober kl. 13.00

Ett välgörenhetslopp på 5 km för att motverka stigmatisering av psykisk sjukdom och för att stödja psykiatrisk forskning

För mer info och anmälan gå in på mentalhealthrun.se



Loppets bana

Start och målgång vid Sjöhistoriska museet.

Loppet går sedan längs en lättlöpt / lättgången bana på 5 km runt Djurgårdbrunnsviken

Engagerad visionär problemlösare med civilkurage

Som en av dem som mest bidragit till förståelse för och kunskap om tvångssyndrom och neuropsykiatri i Sverige de senaste decennierna, bland annat via att vara en av grundarna av Ananke, samt som uppbyggande och drivande av flera projekt och enheter inom områdena är det tydligt att den nyblivna professorn i Örebro - Susanne Bejerot - är en kraft att räkna med. Vägen har emellertid inte alltid varit vare sig enkel eller spikrak vilket gör att det känns extra intressant att intervjua henne.

Berätta lite om din väg till att bli överläkare och professor i psykiatri?

Troligen är mitt intresse för förändringsarbete, samhällsfrågor, psykiatri och forskning naturligt. Mina föräldrar var aktiva inom psykiatri, politik och ideella organisationer. Tillsammans forskade de kring och drev utvecklingen mot en restriktiv narkotikapolitik. Min far var också den som först beskrev Stockholmssyndromet och min mor en av grundarna av den svenska grenen av Amnesty. Så kanske hade jag inget val. Som AT-läkare fick jag ett stort intresse för patienter med OCD. Att utifrån den symtomatologin även börja intressera mig för patienter med autism låg nära till hands. Jag kom i kontakt med professor Lars von Knorring i Uppsala och ett samarbete inleddes som sedan kom att leda till min avhandling 2000 *"Obsessive-Compulsive Disorders Personality Traits and Disorders, Autistic Traits and Biochemical Findings"*. Därefter har jag haft förmånen att få stöd av flera chefer samt engagerade medarbetare och medforskare. Min man, psykiatern Mats Humble, är och har varit helt avgörande för min forskningskarriär, som jag knappt förstod var en karriär förrän jag blev rekommenderad att söka professuren i Örebro.

Örebro universitet är för mig relativt obekant, hur är det att arbeta där?

Universitetet präglas av en öppenhet, värme och nybyggaranda som tillsammans med de nya och vackra lokalerna ger en inspirerande arbetsmiljö.



Fotograf: Edith Humble

Har förstått att du ibland under din yrkesbana tagit beslut som krävt hög grad av civilkurage, inte minst när du lyfte upp biverkningar kring kapsulotomi som delvis innan dess varit förbisedda, tycker du att det finns plats för mod i forskningsvärlden?

Absolut. Visst finns det hierarkier inom forskningsvärlden som jag tror ibland kan påverka vad som sägs och till vem men framför allt anser jag att forskningsvärlden präglas av en hög upptäckarlusta där det för att komma vidare ibland är nödvändigt med mod för att lyfta områden där förändring behövs.

Vad skulle du säga är gott handledarskap?

Skulle vilja sammanfatta det med orden tid, tillit och autonomi. Jag vill att den jag handleder ska känna att forskningen är värdefull för dem själva och bidra till byggande av viktig kunskap. Arbetet får inte vara "för min skull". För underläkarna vill jag att de ska förstå hur patienten upplever situationen och ta ett halvt steg ifrån diagnoskriterierna.

Tror du att risk finns för överdiagnostisering av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar idag?

Diagnoser är konstruktioner, ett sätt att rubricera en symtomatologi och poängen med det är att ge patienten och oss en beskrivning som ger förståelse och leder till adekvat behandling. Man får inte ha övertro till dem. Överdiagnostisering är förstås ett gissel men underdiagnostik är det likaså.

Med dina egna erfarenheter av att varit "drabbad" av omorganisationer som leder till att lyckade enheter och projekt läggs ner, vad har du för tankar om det idag?

Jag tror att omorganisationer är nödvändiga, men man kan ställa sig frågan hur ofta de behöver göras och om man verkligen beaktat den stress som uppstår när arbetsgrupper som byggt arbetsmetoder tillsammans slås sönder. Man tappar styrfart. Tyvärr tror jag också att beslut om omorganisationer ibland präglas av agendor som man inte är öppen med och skendemokrati som jag tror i sig är demoraliserande. För egen del har nedläggningar lett till engagemang i annat. Gällande Kognus har jag en förhoppning om att det kommer att växa.

Kan du berätta lite om Kognus?

Det var en utbildningssatsning av personal som i sin profession mötte psykiskt sjuka. Mellan 2009 och 2014 deltog närmare 5000 personer i Kognus psykiatrikurser med mycket gott resultat.

Jag har förstått att du också är engagerad kring och skulle vilja förbättra anti-mobbingsarbetet, hur?

Jag tror att vi bör fortsätta satsningen som bland annat Friends gör med att rikta in oss på barnen. Emellertid måste vi inse att många som blir mycket mobbade blir det för att de på något sätt avviker från normen, exempelvis genom att vara socialt avvikande ofta förenat med klumpig motorik. Det är naturligt för ett barn att instinktivt reagera negativt på den som avviker och jag tror därför att arbetet snarast ska fokusera på att förmedla insikt i detta fenomen och kräva respekt för olikheter - inte låtsas att mobbning slår slumpmässigt och oväntat.

Vilka skulle du säga är dina största drivkrafter?

Jag tror att den till viss del påverkats av att min tvillingbror Peter tog sitt liv som femtonåring. Kände att jag då borde leva hans liv också. Av oss psykiater finns det många som upplevt psykisk sjukdom på nära håll, som jag tror vi pratar för lite om. Inte minst för att vi faktiskt ofta har ett eget patientperspektiv och/eller anhörigperspektiv.

En annan drivkraft är otålighet, om jag ser ett område där stor utvecklingspotential finns och långsam utveckling sker, vill jag gärna påskynda den.

Slutligen, vilka är dina utvecklingsområden?

Jag skulle behöva bli bättre på att "sälja" in idéer och projekt så de får fortleva samt förmodligen lite mer tålmod - finns bara så mycket att göra.

Jag känner mig inspirerad när jag tillsammans med Susanne lämnar caféet där intervjun ägt rum. Solen skiner starkt och varmt men frågan är om inte Susanne skiner mer om än med en mer lågmäld glöd. Inför intervjun sökte jag bland annat på Wikipedia för information om den nyblivna professor Bejerot. Om det funnits ett synonymlexikon där jag letat efter information skulle det troligen bara stå ett ord - eldsjäl.



Maria Larsson
Överläkare Norra Stockholms Psykiatri

Tre röster om Susanne Bejerot

Sofie Bäärnhjelm, överläkare, vän och kollega

Susanne har alltid sett nya saker och hittat kreativa lösningar på komplexa problem. Som i skolgymnastiken. För att slippa hoppa bock stod vi två oavbrutet sist i kön. Tyvärr upptäcktes vi. Långt senare hade vi sportlovssemester tillsammans. För Susanne, make Mats och fyra barn tog resan dubbelt så lång tid som för vår familj. Där vi bara sett skog, snömodd och enstaka bensinstationer såg Susanne en massa intressanta saker värda studiebesök. Eller, som när Susanne med familj iklädda hemska monsterdressar kom sent till vår Halloweenfest. Bensinen hade tagit slut, pengarna var hemma och mobiltelefonen inte uppfunnen. Susanne löste problemet. Mats fick iklädd skräckkläder gå till närmaste bensinmack och panta Susannes doktorsring och deras vigselringar mot bensin. Det behövs sådana som Susanne som kan tänka utanför boxen. Det är då vi kan hitta lösningar på såväl vardagliga problem som större och komplicerade psykiatriska utmaningar. Mycket inspirerande med Susanne som professor!

Lars von Knorring, professor emeritus, tidigare handledare
Jag kände Susanne redan innan jag hade förmånen att få vara hennes handledare, men det var spännande att få lära känna henne som kreativ och viljestark forskare. Hennes obändiga mod med vilket hon ofta för fram tankar och åsikter som vetenskapen inte riktigt hunnit fram till fanns där. Hon ligger ofta före, inte bara i forskningen utan även i kliniken. Exempelen där hon haft rätt är många och tillsammans gör det att jag idag med betydande ödmjukhet tar till mig av det hon står för.

Det är en stor glädje att Susanne fått en professur. Att som den första psykiatriprofessorn på ett ungt universitet få bygga en verksamhet från grunden passar hennes visionära och organisatoriska ådra utmärkt och kommer ge fantastiska möjligheter till de forskare som får arbeta med henne. För visst är det både intellektuellt och emotionellt krävande att arbeta med Susanne men framför allt enormt stimulerande och givande.

Anna Åberg Wistedt, professor emeritus, tidigare chef
Jag har haft förmånen att känna Susanne under många år. Hennes förmåga att förmedla kunskap och förståelse för patienter och deras närstående, att orädd och rakryggad gå in i debatter där psykiatri har ifrågasatts och med stor nyfikenhet utforska och stå emot skepsis och motvind gör henne till en viktig profil i svensk psykiatri. Susanne byggde upp en neuropsykiatrisk enhet, såväl unik som innovativ, inom den dåvarande verksamhet där jag tidigare var verksamhetschef. Med enastående engagemang ledde hon utvecklingen av enheten där en trygg personalgrupp med stor entusiasm medverkade i utvecklingsarbetet inom både diagnostik och behandling.

Det är med stor tacksamhet som jag tänker på åren jag jobbat med Susanne. Det har betytt mycket på många plan. Hennes drivkraft och utstrålning, förmåga att entusiasmera, stå fast vid det hon tror på men samtidigt ha modet och nyfikenheten att söka efter ytterligare kunskap ger henne lysande möjligheter i sitt nya uppdrag som professor.



Konsultpsykiatri vid den moderna forskningsetikens vagga

Nürnberg hade under nazismen en särställning. Här förkunnade Hitler sina "raslagar" för att skydda "det tyska blodet" och här höll partiets sina rikspartidagar som var monstruösa propagandaföreställningar (se Leni Riefenstahls film *Viljans triumf* på Youtube). I Nürnberg hölls också amerikanarnas process mot den högsta nazistledningen där Göring som bekant tog sitt liv två timmar innan han skulle hängas.

I denna stad avhölls årets europeiska kongress för konsultationspsykiatri med runt 600 deltagare. Under kongressen fick vi tillfälle att i Rättsal 600, numera museum, lyssna till en redogörelse om rättegången 1947 i samma sal mot de ansvariga läkarna för missbruket av människor i forskningen. Intressant nog kunde domar avkunnas på basen av de etiska riktlinjer som antagits av tyska läkarförbundet 1931 och som formellt sett var i kraft. Här på formulerades *Nürnbergkoden* för medicinsk forskning med det centrala innehållet om informerat samtycke, vilket senare följdes av *Helsingforsdeklarationen*.

Mot denna dunkla klangbotten var atmosfären på kongressen optimistisk och expansiv. Mötet var delvis samarrangerat med APM, den amerikanska föreningen för konsultation-liaisonpsykiatri, varför tillfälle gavs att uppleva några riktigt namnkunniga psykiatrer, bl.a. Kathol, Levenson och Kronenke. Dominerande var förstås deltagare från värdlandet men Holland och Danmark utmärkte sig antalsmässigt som nummer två och tre. Sverige hade ynka fem personer på plats, på det här området är vi än så länge outsiders.

Ett huvudtema i år var *Collaborative care and communication*. Således ett för Sverige högaktuellt ämne med en primärvård som sviktat under sitt första linjen-uppdrag för psykisk

ohälsa och en psykiatri som inte räcker till. Egentligen skulle Wayne Katon varit centralgestalten här men han avled alldeles nyligen, varför presentationen gjordes av hans efterträdare Jürgen Unützer. Det är en ödets ironi att Unützers far var barnsoldat i Nürnbergs Volkssturm 1945 då staden jämnades med marken. Som många andra led fadern av posttraumatiska symtom långt efter kriget; då fick engagemanget i återuppbyggnaden bidra till efterläkning i stället för klinisk ptsd-behandling. Collaborative care är utvecklat för att nå många fler patienter än vad psykiatrin någonsin kan för egen del. Det finns flera varianter på detta men modellen man utvecklat i Seattle har några framgångsfaktorer som att bygga på att care managern, oftast sjuksköterska, bl.a. ser till att patienter inte tappas bort, att psykiatrisk konsult bedömer varje patient som inte förbättras och att man behandlar tills man når målet ("de flesta behandlingar är ineffektiva för de flesta patienter"). I Washington får man betalt för förbättrad patient och inte volym patienter. Det finns nu över 80 RCT som visat effekt av modellen på depression, ptsd, ångestsyndrom och i patientgrupper med diabetes, hjärtsjukdom, cancer m fl.

Pris för bästa föreläsning skulle jag vilja ge Mary-Frances O'Connor för hur hon lyckades förklara hur kunskap om hjärnan, immunologi och psykofysiologi bidrar till förståelsen av komplicerad sorg. Kanske alldeles för enkelt uttryckt leder frånvaron av den man sörjer (stimulus) till en mismatch av verklighet och inre tillstånd; ett område i cingulum posterior aktiveras vare sig personen finns kvar eller ej och fortsätter aktiveras (reward response) så länge sorgen är fylld av intensiv längtan (yearning) som förhindrar nyorientering. På samma vis som när man fortsätter gå runt bordet i köket ett tag om det plötsligt skulle ha gått upp i rök när man vaknar på morgo-

nen. Nå vad har det för klinisk betydelse? Jag skulle säga att det kan vara en hjälp för en sörjande att få en neutral förklaring för icke-accepterandet av förlusten. Särskilt om man känner att det är fel på en själv som inte kan gå vidare.

Som alltid var somatisering ett stort ämne. Marie Bendix från Konsultenheten Psykiatri Sydväst i Stockholm presenterade preliminära resultat från vårdprogrammet för nyinsjuknade funktionella pareser som startades i början av året tillsammans med flera verksamheter på Karolinska universitetssjukhuset Huddinge. Laget kring Per Fink i Århus visade i ett antal symposier upp sin imponerande forskning kring somatisering eller *Bodily distress* som man lanserat som alternativ till DSM-5s besvärliga Somatic symptom disorder.

Efter en utsökt supé och stuffande i 35 graders värme till en berlinsk psykiaterkollegas rockabillyband kändes sedan kropp och själ väl integrerade.

Vi blir fler som arbetar inom konsultpsykiatri och kompetensen måstes spridas snabbt. Under tecknad och medarbetare visade en poster som presenterade det ettåriga programmet för vidareutbildning av psykiatrisjuksköterskor och psykiatrer som pågår vid Psykiatri Sydväst vid Karolinska Huddinge.

Nästa kongress hålls i Luleå 16-18 juni 2016. Håll utkik!

Lars Wahlström
Överläkare. Med dr
Sakkunnig i konsultationspsykiatri,
Stockholms läns sjukvårdsområde
lars.wahlstrom@sll.se

Kongressen, the third annual congress of the European Association of Psychosomatic Medicine, EAPM 2015, har en hemsida <http://eapm2015.com/wordpress/> där man kan ta del av program och abstracts.

Psykiatrisk diagnostik i fokus!

På årsmötet i mars tidigare i år uttalades en önskan om att "styrelsen ska diskutera hur diagnostiska frågor ska hanteras". Grunden för detta var att det under ett av seminarierna uppstod en kritisk diskussion med anledning av att samsjuklighetsdiagnoser med vidhängande multifarmakologiska behandlingar verkar öka oroväckande.

Vi har med SPF:s styrelses stöd tagit fram ett förslag till projektplan och också hunnit genomföra ett möte den 18 augusti där följande personer deltog: Åsa Hagberg psykiater och VC, Uppsala, Carina Hellström ö., Stockholm, Jörgen Herlofson psykiater och DSM-översättare, Uppsala, Herman Holm ö., Malmö, Lars Jacobsson professor emeritus, Umeå, Lena Nylander ö., Lund och Fredrik Svenaeus professor i filosofi, Stockholm.

I vårt förslag till projektplan har vi listat en rad problemområden:

- Låg tröskel för diagnos
- Otillräcklig differentiering mellan exogen/endogen etiologi
- För lite fokus på levnadsomständigheter
- För lite fokus på funktion
- Överdriven multidiagnostik
- Begreppet diagnos uppfattas ofta statistiskt, dvs. en diagnos är något man "har"
- Diagnosbegreppet har medicinsk slagsida med risk för medikalisering av livsproblem
- För lite av en gemensam kunskapsprocess, för mycket utredning

- Koppling diagnos – ersättning, t.ex. användning av ACG (adjusted clinical groups) där ersättningen ökar om man också har en psykisk sjukdom
- Koppling diagnos – insatser, exempelvis i skola, LSS (personkretsindelning)

Syfte och mål

Gruppens syfte är att på olika sätt bidra till att skapa en bred debatt kring de många svåra frågor som är kopplade till psykiatrisk diagnostik. Tanken är att ta fram ett diskussionsunderlag för professionen inom alla psykiatriska verksamheter så att vi kan få igång en aktiv diskussion som förhoppningsvis gör oss klokare inom detta helt centrala område. I USA förefaller det som att diskussionen är mer intensiv att döma av floran av böcker och artiklar kring temat diagnostik. Sannolikt har det en koppling till APA:s arbete med DSM-5 under en följd av år.

En diskussion kring psykiatrisk diagnostik förs ju också tidvis här i Sverige flitigt i media, på bloggar, på Facebook och många andra håll, men alltför sällan inom psykiatrin. Syftet med detta arbete är att på olika sätt föra upp diskussionen inom professionen.

Det är viktigt att redan här slå fast att arbetet inte har syftet att ta fram någon form av riktlinjer eller agenda för hur klok psykiatrisk diagnostik ska bedrivas. Tanken är snarare att problematisera och visa på bredden genom att presentera olika sätt att se på diagnostik. Uppmärksammat i USA och delvis också här i Sverige är t.ex. NIMH:s arbete med RDoC-kriterier

(<http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml>), där målet är "Develop, for research purposes, new ways of classifying mental disorders based on behavioral dimensions and neurobiological measures." Sedan har vi den mer symtomkriteriebaserade diagnostiken i främst DSM-5 men även i ICD-10. Därtill har vi också åsiktsföreträdare som anser att psykiatriska diagnoser mer är att uppfatta som speglingar av skadliga samhällsfaktorer än som individuell sjuklighet.

Gruppens mål är i korthet – förutom att ta fram ett diskussionsunderlag – att skriva ett antal artiklar (varav denna är den första), föreslå och medverka i aktiviteter på SPK samt på andra sätt stimulera till debatt av psykiatrisk diagnostik – bland annat via föreningens Facebook-grupp. Denna artikel är ett delmål.

Utmaningar inom den psykiatriska diagnostiken

Ett stort och underliggande problem i psykiatrisk diagnostik är att de allra flesta diagnoser inte är särskilt valida. I många fall kan det vara svårt att skilja signifikant patologi från vad som snarare kan anses vara ett normalt beteende, framförallt under pressande omständigheter. När och på vilka grunder ska t.ex. diagnosen social fobi sättas? Punktprevalensen för social fobi anges variera mellan 1,9 och 20,4 % utifrån variablerna lidande och funktionsnedsättning. Skillnaden mellan en lite mer uttalad blyghet och en mild/måttlig social fobi är svårdefinierad och var gränsen dras kan uppenbarligen variera stort.

http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content/1/angest_Vol_1.pdf

Tabell 4 Punktprevalensen för social fobi enligt DSM-IV i relation till hur många områden funktionen är nedsatt på (yrkesliv, sociala relationer etc) [6].

Diagnostiska frågor	Lidande (distress)	Funktionsnedsättning	Prevalens
Ja	Nej	≥ 1 område	20,4
Ja	≥ 3	≥ 1 område	15,6
Ja	Nej	≥ 2 områden	7,6
Ja	= 4	≥ 1 område	7,5
Ja	≥ 3	≥ 2 områden	7,0
Ja	= 4	≥ 2 områden	4,2
Ja	Nej	= 3 områden	2,8
Ja	≥ 3	= 3 områden	2,6
Ja	= 4	= 3 områden	1,9

Ur SBU:s rapport "Behandling av Ångestsyndrom" 2005 del 1 s. 46.

Bilden illustrerar hur prevalensen av diagnosen social fobi kan variera tiofaldigt beroende på den betydelse man tilldelar graden av lidande eller funktionsnedsättning under den gemensamma förutsättningen att symtomkriterierna enligt DSM-IV är uppfyllda.

En annan viktig faktor när det gäller validitet är hur väl de olika diagnoser vi använder oss av kan särskiljas från varandra. Även här stöter vi på välkända problem. Vi har sett många exempel på hur den kliniska bilden hos en och samma unga individ kan beskrivas diagnostiskt som samtidig förekomst av bipolär 2, ADHD, emotionellt instabil personlighetsstörning och posttraumatiskt stressyndrom. Är det en spegling av något som vi tror finns i verkligheten, eller rör det sig snarare om en artefakt producerad av ett diagnossystem som kan

indikera förekomst av alla dessa diagnoser när en individ uppvisar tillräckligt många symtom (samma symtom finns ju företrädda inom olika diagnoser)? Om vi tror att det är verkligt, ska vi då samtidigt sätta in riktad behandling mot alla dessa olika diagnostiserade former av psykisk ohälsa?

Detta och mycket annat känns som angelägna frågor.

Framåt

Vi räknar med att på olika sätt återkomma under hösten till er. Vi hoppas också på att SPK 2016 ska innehålla flera spännande inslag kring just psykiatrisk diagnostik. Vill ni så får ni gärna ta kontakt med oss. En bok som vi båda tycker speglar delar av problematiken på ett bra och tillgängligt sätt är Joel Paris "The Intelligent Clinicians Guide to DSM-5". Den går lätt att beställa via någon internetbokhandel. Vi kan också tipsa om Tomas Insels blogg på nätet. RDoC representerar ju ett helt annat sätt att se på psykiatrisk diagnostik <http://www.nimh.nih.gov/about/director/index.shtml>.

Leta gärna reda på texten med rubriken "Psychiatry as a clinical neuroscience discipline" och fundera över vad du själv tycker.

Herman Holm
Överläkare Psykiatri Malmö
Herman.Holm@skane.se

Jörgen Herlofson
Psykiater
Uppsala



På SPK 2016

Saga Becker och Ludmilla Rosengren berättar om sitt arbete i Suicide Zero

Ullakarin Nyberg intervjuar Dregen om hans pappas självmord

NÅGONTING ÄR SKEVT I SVERIGE

Den psykiska ohälsan ökar i Sverige och är i dag är den vanligaste orsaken till sjukskrivning. Var fjärde person behöver under sin livstid någon form av psykiatrisk behandling och den psykiska ohälsan kostar samhället 70 miljarder kronor om året. Det motsvarar nästan tre procent av Sveriges BNP.

Forskning kan ge svaret på orsaker till att allt fler drabbas och därmed vad som kan vända trenden. Men forskningsmedel saknas; anslagen till psykiatrisk forskning motsvarar endast 0,1 procent av vad dessa sjukdomar kostar landet. Hjälp oss att stödja forskningen och få Sverige på rätt köl igen.

Den psykiska ohälsan ökar i Sverige och är i dag är den vanligaste orsaken till sjukskrivning. Var fjärde person behöver under sin livstid någon form av psykiatrisk behandling och den psykiska ohälsan kostar samhället 70 miljarder kronor om året. Det motsvarar nästan tre procent av Sveriges BNP.

Forskning kan ge svaret på orsaker till att allt fler drabbas och därmed vad som kan vända trenden. Men forskningsmedel saknas; anslagen till psykiatrisk forskning motsvarar endast 0,1 procent av vad dessa sjukdomar kostar landet. Hjälp oss att stödja forskningen och få Sverige på rätt köl igen.

Forskning kan ge svaret på orsaker till att allt fler drabbas och därmed vad som kan vända trenden. Men forskningsmedel saknas; anslagen till psykiatrisk forskning motsvarar endast 0,1 procent av vad dessa sjukdomar kostar landet. Hjälp oss att stödja forskningen och få Sverige på rätt köl igen.

Ring vår gåvotelefon på **070-140 75 35** eller sätt in ditt bidrag på **BG 900-7501** alternativt **PG 900 750-1**.

Du kan också stödja genom att anmäla dig till "Mental Health Run" i Stockholm den 10 oktober. www.mentalhealthrun.se

Vill du veta mer om Psykiatrifonden? Gå in på psykiatrifonden.se



PSYKIATRIFONDEN

för bättre mental hälsa

Kalendarium

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **11/11**
Tema: Skäms

9th European Congress on Violence in
Clinical Psychiatry
22-24 oktober 2015, Köpenhamn, Danmark
www.oudconsultancy.nl/Copenhagen2015/index.html

Svenska BUP-kongressen
20-21 april 2016, Uppsala
<http://svenskabupforeningen.se>

Svenska Läkaresällskapets Riksstämma
3-4 december 2015, Stockholm
www.sls.se/riksstamman/

57th Annual Congress of the SCNP (Scandinavian
College of Neuropsychopharmacology)
27-29 april, 2016 Århus, Danmark
<http://scnp.org/>

ST-konferensen
20-22 januari 2016, Stenungsund
Inom kort på <http://slupsykiatri.se>

169th APA Annual Meeting
14-18 maj, Atlanta, USA
<http://annualmeeting.psychiatry.org/>

24th European Congress of Psychiatry
12-15 mars 2016, Madrid, Spanien
www.epa-congress.org/

30th CINP World Congress (International College of
Neuropsychopharmacology)
3-5 juli 2016, Seoul, Sydkorea
<http://www.cinp2016.com/>

Svenska Psykiatrikongressen
16-18 mars 2016, Stockholm
<http://svenskpsykiatri.se/>

Fler kongresser hittar Du på
www.svenskpsykiatri.se
www.svenskabupforeningen.se
www.srpf.s



Personlighetspsykiatri

Sigmund Karterud, Theresa Wihlberg och Öyvind Urnes
Studentlitteratur, 2014

Det kliniska mötet

"Var så god och stig på". Ni slår er ner mitt emot varandra. Två människor med klara roller, den ena läkare den andra patient. Ni ser på varandra. Kanske sitter du som läkare med en remiss, ett fylligt självskattningsformulär framför dig eller så börjar ni från "scratch" - ett samtal som å ena sidan ska ge uppgifter om lidande, symtom, aktuella och tidigare livsomständigheter, å andra sidan bygga upp en förtroendefull relation.

Kanske blir du berörd av berättelsen. Under alla omständigheter börjar det inom dig formuleras hypoteser som styr följdfrågor – "kan detta vara ett fall av...vad handlar det här om...kanske någon form av personlighetsstörning?". Din samlade teoretiska kunskap, kliniska erfarenhet och personliga sätt att relatera aktiveras i denna gemensamma resa fram mot diagnos, förståelse och behandling. Ju mer komplex integrerad kunskap/erfarenhet du förfogar över desto bättre både för dig och din patient.

Kunskapsdomänerna

Om du undrar över vad som skulle vara värdefullt att "kunna, att känna till" i vid mening i denna situation, läs *Personlighetspsykiatri* av Karterud, Wihlberg och Urnes, skriven av välrenommerade norska forskare och kliniker. Där står det nämligen! I boken presenteras och integreras allmän psykologi, differentialpsykologi och viss evolutionspsykologi med aktuell neurovetenskap och psykiatriskt diagnostiskt tänkande såväl vad avser personlighetsstörningar som kliniska syndrom. Dessvärre går boken med sina närmare 600 dubbelspaltiga sidor inte ner i fickan ens på en vid rock.

Syntestänkande

Personlighetsstörningarna presenteras och kommenteras ingående. Generellt präglas störningarna av en eller flera emotionella dysfunktioner. De skilda kognitiva störningarna tycks varken att ha göra med logisk förmåga eller IQ. Genetiska faktorer, inte minst relaterade till temperament anses svara för 1/3 av variansen vad gäller etiologi. De resterande 2/3 tillskrivs de uppväxterfarenheter som krävs för att den genetiska dispositionen ska manifesteras sig i fenotypen. Intressant men svårt att dra slutsatser av i det enskilda fallet då individens genetiska bagage och negativa livshändelser tycks ha en cirkulär kausalitet.

Basen för den psykologiska beskrivningen av de olika personlighetsstörningarna är självpekter, anknytningsmönster och mentaliseringsförmåga, byggd på forskning, eller om sådan saknas, klinisk/psykoterapeutisk erfarenhet. För varje personlighetsstörning redovisas också prevalens dels i epidemiologiska studier, dels i kliniska material samt ärft-

lighetsestimat. Komorbiditeten vad gäller andra personlighetsstörningar beskrivs liksom i vilken utsträckning personlighetsstörningen i fråga kan vara kombinerad med psykiatriska syndrom, vilket kan ha avgörande betydelse för behandlingen. Vetenskaplig evidens och klinisk erfarenhet separeras tydligt i resonemangen. Modeller för relationen mellan personlighetsstörningar och kliniska syndrom diskuteras.

Vad slags begrepp är diagnoserna?

Man berör långtidsförlopp och reliabiliteten i de studier som handlar om hur kriterierna i DSM-diagnostiken mäts, vikten av korrekt diagnos och föreslår utvärderingsinstrument vid de differentialdiagnostiska problem som erfarenhetsmässigt brukar vara svåra, till exempel att skilja på personlighetsrelaterade och psykosrelaterade motiv under en psykotisk episod.

DSM-diagnostikens utveckling vad gäller personlighetsstörningar beskrivs liksom dess koppling till ICD-kriterierna. Kritik av konceptualiseringen faller till en del bort om de diagnostiska begreppen betraktas som prototyper snarare än som klassiska sjukdomskategorier. Diagnosen baseras då på om man är "tillräckligt lik" enligt kriterierna. Sålunda kan man ha "drag av" utan att få diagnosen. Prototyptänkandet passar dock olika bra för olika störningar. Borderlinekategorin tycks uppfylla alla krav på en bra prototyp till t.ex. god teoretisk och klinisk koherens och inga hållpunkter för ett "kärn-borderline tillstånd"

Förslagen till ny grundläggande struktur för diagnos av personlighetsstörningar inför DSM-5 diskuteras men det visade sig att man inte vågade pröva ett konsekvent dimensionellt perspektiv och lämna kategorier som underlag för klassifikation. Bristande passform med den ackumulerade forskningsbasen angavs som ett viktigt skäl.

Omsättning i praktiken

Fylliga fallbeskrivningar illustrerar hur de referensramar författarna har beskrivit kommer till användning i utredningsmetodiken. Differentialdiagnostiska överväganden ska leda fram till problemformuleringar och personlighetsbedömningar som i sin tur måste öppna sig mot de olika behandlingsmetoder vilka har visat sig ha evidens för de skilda diagnoserna.

Boken avslutas också med en översikt över behandlingsaspekter i öppen och slutenvård. Den välskrivna redovisningen av psykoterapeutiska metoder begränsas dock övervägande till psykodynamiska och KBT-relaterade tillvägagångssätt, vilka dock i praktiken tycks behöva kompletteras av mindre väl utforskade metoder inte minst vid behandling av problematik med inslag av kumulativa trauman.

Några reflektioner

Även om framställningen penetrerar både djupt och brett har författarna tvingats göra viktiga vägval vilka alla naturligtvis inte kan motiveras explicit. Dock tycker jag att det skulle varit intressant att få mer klarhet i valet av självkoncept. Man har tagit sin utgångspunkt i psykoanalytiska självbegrepp bland annat ad modum Kohut vilket innebär att självet blir operationaliserat som självrepresentationer. Man väljer ett utvecklingsperspektiv som snarare baseras på "det kliniska barnet" än på "det observerade barnet", det senare ett mer evidensbaserat och tycks det mig bredare koncept utvecklat av bland andra Stern, Trewarten, Emde. Man skiljer heller inte på självet som självrepresentation och självet som övergripande mental konstellation. Ett sådant övergripande begrepp återfinns dels hos Jung dels i nyare teoribildning som Ego-state theory och Internal family systems theory. De senare kopplar även till traumaperspektivet vilket författarna i stor utsträckning beaktar men som kanske skulle kunna ha getts något större tyngd då det i den kliniska praktiken är av stor betydelse för såväl tänkande kring utveckling, psykopatologi och som för behandling inte minst av personlighetsstörningar.

Ett gediget professionellt bildningsäventyr

Denna bok innebär en banbrytande syntetisk ansats vad gäller så väl bredd som djup och genomförs på ett imponerande sätt. Framställningen är klar, tydlig och lättläst i förhållande till det komplexa materialet. Läsarens intresse hålls hela tiden uppe. Den är homogen och är helt fri från den spretighet och de upprepningar som kännetecknar liknande verk som vanligen är antologier. Här talar de tre författarna med en röst, väl balanserad, sakligt utan att väja för konfliktyllda frågeställningar och komplexa problemområden. Texten är generellt ytterst väl underbyggd vad gäller referenser, cirka 900 stycken (varav ett tiotal med svenska författare). Den är av stort intresse för en bred krets inom vårdsektorn från studerande i högre utbildning till erfarna kliniker.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



På SPK 2016

DN:s folkvettsexpert Magdalena Ribbing och Ullakarin Nyberg samtalar om etik och etikett när en svår händelse har inträffat.

Vad kan man säga till den som har mist ett barn? Får man prata om egna problem med någon som har det värre? Hur kan man ta upp känsliga frågor med sin patient utan att kränka integriteten? Exempelen på situationer där många av oss känner oss handfallna kan göras lång.

Miss inte chansen att ställa frågor på plats eller skicka in dem i förväg till ullakarin.nyberg@sll.se





Integrerad psykiatri Case management i teori och praktik

Cecilia Brain, Susan Landqvist-Stockman, Hasse Olsson
(redaktörer)
Studentlitteratur, 2014

En bra och pedagogisk handbok

Integrerad psykiatri (IP) är ett begrepp som de senaste decennierna i allt större utsträckning kommit att präglade det psykiatriska arbetet främst när det gäller individer med svårare psykisk sjukdom (psykos) med eller utan samsjuklighet såsom missbruksproblematik. Integrerad Psykiatri är sprungen ur den alltmer vedertagna biopsykosociala hälsomodellen, där den medicinska grundsynen står i samklang med alla former av mellanmänniska relationer. En holistisk grundsyn bör präglade allt psykiatriskt arbete. IP är ett metodikprogram för öppenvård, sjukhusvård och stöd där individen själv är en aktiv deltagare. Upprinnelsen till IP är ett internationellt forskningsprogram, Optimal Treatment Projekt (OTP), som startades i mitten på 1990-talet i 20 länder, där syftet var att använda de mest moderna behandlingsstrategierna och där strukturen var en central del av behandlingen. Samhällsbaserade team tillämpar arbetssättet case management utifrån en version av Assertive Community Treatment (ACT)-modellen anpassad efter svenska förhållanden och som har ett erkänt gott forskningsstöd. Modellen utgår från individens resurser och självbestämmande snarare än från brister i funktion och symptom och metodiken har utvecklats i samband med avinstitutionaliseringen av psykiatri i västvärlden.

Boken spänner över ett brett fält av olika sätt och metoder att möta patienter med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning utan att vara en lärobok i psykiatri i vanlig bemärkelse. Den behandlar inte t.ex. olika hypoteser kring patofysiologin vid framför allt psykos utan ger handfasta råd hur man ska förhålla sig till olika problem som uppstår vid mötet med dessa patienter.

Diagnoskapitlet är väl uppdaterat och ger en god bild av skillnaden mellan DSM-IV och DSM-5, vad som tagits bort och vad som tillkommit. Man påpekar också klokt att diagnosmanualer är hjälpmedel som i sig inte ger

vägledning om genes eller prognos. Vi får inte bli slavar under diagnos- eller skattningsskalor! Kapitlet om kognitiv funktionsnedsättning innehåller många kloka påståenden och praktiska råd i det kliniska arbetet. Det är synnerligen pedagogiskt upplagt och mycket väl skrivet och förklarar på ett lättförståeligt sätt vad metakognitiv träning innebär, liksom "Theory of mind", Integrerad psykologisk terapi med kognitiv träning (IPT-k), Illness management and recovery (IMR) även om det mera blir korta introduktioner. Kontinuitet och god allians med patienten betonas särskilt och kan inte nog understrykas, något som idag utmanas av den alltmer utbredda förekomsten av s.k. hyrläkare, som i mitt tycke blivit ett allt större problem även inom den psykiatriska vården.

Kapitlet om farmakologisk behandling är mera en allmän översikt och ganska kortfattat, men ämnet finns lättillgängligt i andra böcker och översikter. Positivt är att författarna utan att darra på stämman påpekar att antipsykotisk medicinering utgör grundpelaren och förutsättningen för all annan behandling, dvs. att psykoserna måste primärt hållas i schack. Boken lyfter också fram Zubins stress-sårbarhetsmodell, som i all sin enkelhet är mycket pedagogisk.

Bra är också beskrivningen av beteendeanalys vid IP och då särskilt exemplet om problemlösning i sex steg, som är mycket konkret och handfast. Boken saknar på ett befriande sätt ideologiska undertoner och går inte på djupet in kring olika hypoteser vid psykisk sjukdom utan ger en bred beskrivning av de olika verktyg som är evidensbaserade och användbara vid främst olika former av psykos såsom schizofreni. Här påpekas också att metoden är användbar inte enbart vid psykos utan också vid andra tillstånd såsom bipolär sjukdom, depressioner och olika former av ångestsjukdomar. Ett återkommande tema i IP är betydelsen av en Case Manager, som är själva navet i

Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

behandlingsprocessen. Införandet av IP har inneburit ett sökande efter praktiska former för kvalitetssäkring och uppföljning med bas i det vardagliga behandlingsarbetet. KBT ligger till grund för de beteendeanalyser som behöver göras. Man skriver på ett ställe att "Just det ofta enkla och självklara i metodikprogrammet är dess styrka...", samtidigt som man påpekar att IP är ett metodikprogram som hör hemma i specialistpsykiatri. Flera fallbeskrivningar från den praktiska vardagen höjer läsvärdet betydligt. Att man använder uttrycket "patient" i stället för "brukare" (av vad då?) ser jag som enbart positivt.

Boken kan även ses som ett debattinlägg om fördomar kring psykiatrisk sjukdom och attityder i samhället kring dessa. "Bilderna av psykiatri kan betecknas som skamfilad" skriver en av huvudförfattarna, Cecilia Brain, i kapitlet om stigmatisering och det är bara att instämma.

Vissa kapitel kan bli lite väl tekniska och detaljerade, vilket gör att de kan bli något onjutbara. Likaså förekommer hänvisningar till andra kapitel ganska frekvent, något som stör läsningen. Detta är dock anmärkningar i marginalen.

Boken utgår från ett pragmatiskt förhållningssätt där olika metoder blandas friskt utifrån patientens egna behov och önskemål. I de två avslutande kapitlen i boken ger en patient en beskrivning av hur hon upplevt sitt eget insjuknande och den omvälvande betydelse som sjukdomen inneburit för hennes liv samt en närstående (anhörig) som beskriver den smärta och sorg det medför att ha ett sjukt barn, vars sjukdom är skrämmande och svår att förstå. Båda resonerar klokt och insiktsfullt kring sina egna upplevelser men även kring den hjälp det går att få utifrån Integrerad Psykiatri. I slutet av boken finns ett antal användbara appendix angivna. Referenslistorna efter varje kapitel är mycket förtjänstfullt.

Boken kan varmt rekommenderas till alla som arbetar med psykiskt sjuka personer med funktionsnedsättning, oavsett vilken yrkeskategori man tillhör i det psykiatriska teamet. Även de som arbetar inom kommunen med psykiskt sjuka människor torde ha stor behållning av bokens innehåll och den bör också kunna vara en inspirationskälla för politiker och sjukvårdshuvudmän som vill förnya vården för en utsatt och marginaliserad patientgrupp.

Leif Lindström
Professor emeritus
Uppsala

Har Du förslag på en person som Du vill nominera som hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen?

I våra stadgar står **"Till hedersledamot må på förslag av styrelsen vid ordinarie föreningsmöte kallas person som på framstående sätt främjat föreningens syften. För beslut om sådant medlemskap krävs minst 2/3 av de vid mötet röstande.**

Till hedersledamot kan även icke läkare väljas".

Skicka in nomineringen till någon i styrelsen senast den 31/12.







Alkoholboken

Bo Löfgren

Carlssons förlag, 2015

Alla kan "tycka" om alkohol

Alkoholvanor är ett tema som alla tycks kunna ha åsikter om. Ska alkoholpolitik vara strikt för att ta hänsyn till dem som har problem eller liberal för att var och en har ett eget ansvar? Alkoholproblematik liksom annat drogberoende lämpar sig utmärkt väl för moralisering. Jag minns väl erfarenheter från min tid som vikarierande underläkare på Långbro sjukhus på 60-talet. Det gick bara att bli inlagd för alkoholproblem om man var nykter (undantaget "delirium") Man skulle i dag aldrig komma på tanken att kalla en bulimiker som hetsäter och kräks för "hållningslös", kräva "skötsamhet" eller vägra inläggning förrän vederbörande "äter ordentligt". Gränserna mellan njutning, självmedicinering och fångenskap i en eskalerande tillvänjning är svåra att dra när det gäller missbruk och beroendeproblematik.

Inkännande och lättläst

Bo Löfgren summerar och diskuterar i *Alkoholboken* sina erfarenheter som alkoholläkare i mer än 40 år. Författaren gör en relativt systematisk, lätt tillgänglig genomgång av olika perspektiv på alkoholberoende vad gäller abstinens, avvänjning, skador på kroppsliga organ, beteendeproblem som aggressivitet. Han har ett trevligt vardagligt tilltal utan facktermer som ger en närhet till problematiken och bör passa den breda läsekrets han vill nå; brukare, anhöriga och behandlare.

Han lämnar den resistent gruppen s.k. "A- lagare" utanför sin diskussion då han bedömer sin erfarenhet av deras problematik och livsomständigheter som alltför begränsad.

Kritik mot etablissemang

Författaren är också mot behandlingen på offentliga alkoholmottagningar som han menar ofta får skötas av personal som inte är tillräckligt utbildande för uppgiften. Hans råd till klienter är "Godkänn inte nedlåtande, auktoritärt bemötande. Kräv att få delta i vårdens planering och att få förklaring till alla åtgärder".

En röd tråd i författarens framställning är ifrågasättandet av AA och Minnesotamodellen. Han är tydlig med att modellen har kapacitet att vara många till hjälp men menar att flera av dess grundläggande antaganden inte stämmer med modern forskning. AA, 12-stegmodellen, utgår ifrån att den alkoholberoende måste erkänna sin vanmakt, förlita sig på högre makter och avstå från alkohol inom ramen för det stöd som en identitet som nykter alkoholist ger. Behandlingen håller hela tiden kampen mot alkoholberoendet i fokus, inte minst genom dialoger i grupper. Möjligheten att kunna övergå till måttlig alkoholkonsumtion ses som osannolik och en risk som inte är värd att ta då suget efter alkohol, väl "igång", sannolikt kommer att överstiga kontrollförmågan.

Respektera, lyssna och samverka

Bo Löfgren pläderar utifrån sin erfarenhet för att behandlingens mål och fortskridande bör förhandlas fram i dialogen med klienten. Identiteten som alkoholist bör, menar Löfgren, snarast ifrågasättas då den blockerar aktiveringen av egna resurser. Han pläderar för att inte undvika att ställa upp på samtal med berusad klient. Istället för att, som brukligt är, se den berusades utgjutelser som bara "fyllesnack" kan det handla om att vederbörande också uttrycker både tankar och känslor som är högst relevanta för deras aktuella situation. Kanske är den egna fyllesnacksrubriceringen ett sätt att – om nödvändigt – skydda både sin egen självkänsla och relationen till den andre. Här tycker jag att man kan ana författarens psykoanalytiska förmåga att lyssna. Han är noga med att undvika moralisering. Begrepp som "undanflykter" och "lögner" i klientens berättelse menar han säger mer om klient- behandlarrelationen än om klientens personlighet.

Författaren uttrycker sin förvåning över att inte alkoholforskare är tydligare med att stå upp för att 12-stegsmodellen inte är förenlig med moderna forskningsresultat – uppenbarligen har han känt sig ganska ensam i rollen som "ifrågasättare".

Han är också kritisk mot medberoendeperspektivet som utgångspunkt, även om olycklig kommunikation och maktkampsperspektiv kan behöva konfronteras. Detta innebär inte att det också kan finnas medberoende i vissa fall, precis som att 12-stegsmodellen kan vara optimal under vissa omständigheter.

Kunde varit mer om

Framställningen rymmer få resonemang kring intrapsykisk dynamik med tanke på att författaren är psykoanalytiker. Kanske har han bedömt att det inte skulle vara så användbart för läsekretsen. Fallbeskrivningar är illustrativa men få. Han resonerar inte heller just om genetiska aspekter trots att det finns forskningsmässig konsensus om ärftliga faktors påverkan - även om man ännu inte säkert vet vilka gener det rör sig om.

Med tanke på bokens upplägg och erfarenhetsbas är det synd att det saknas referenser eller läsanvisningar. I de flesta fall väcks mest en undran, "var har han läst detta". Någon gång dock "kan detta verkligen stämma?". Å andra sidan är det svårt för erfarna kliniker som inte är forskare att påminna sig varifrån olika komponenter i kunskapsbanken är hämtade. Det skulle ha varit spännande att med Bo ha kunnat diskutera om en del av skillnaden mellan hans syn på förmåga att ta ansvar och Minnesotamodellens, bygger på erfarenhet av olika klientgrupper eller om det handlar om mer djupgående skillnader i människosyn och världsbild, en sekulärt respektive religiöst influerad.

Björn Wrangsjö

**Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm**



På SPK 2016

Hör barnboksförfattaren Sara Galli föreläsa om hur man kan prata om sorg och depression med små barn. Sara har skrivit boken "När mammas tankar ändrade färg"



Gruppens poential: Att leda och utveckla gruppbehandling

*Christer Sandahl, Hjördis Nilsson Ahlin, Catharina Asklin-Westerdahl, Mats Björling, Anna Malmquist Saracino, Lena Wennlund, Ulf Åkerström, Ann Örhammar
Natur & Kultur, 2014*

Som aktiv förespråkare för gruppterapi och med en särskild förkärlek för psykodrama, jag är sedan många år medlem av IAGP (International Association of Group Therapy and Group Processes), en paraplyorganisation där gruppanalytiker, psykodramatiker och andra gruppterapeutiska inriktningar är samlade, känner jag det angeläget att uppmärksamma och recensera denna nyutkomna bok.

Ett antal kollegor inom gruppanalysen har gemensamt producerat en välskriven bok om gruppterapi. På bokens omslag finns entusiastiska omdömen från professorn i psykiatri, Marie Åsberg och en ledande företrädare från KBT, professor Gerhard Andersson. Jag själv deltog i ett seminarium där bokens samtliga författare var närvarande. Bokens tillkomstsätt är originellt. Samtliga åtta författare har bidragit mer eller mindre i samtliga kapitel. Det är ju en approach i gruppterapeutisk anda. Den är en välbehövlig bok i en tid då så gott som all utbildning i gruppterapi i Sverige är nedstängd och individtänkandet dominerar diskussionen, inte bara vad gäller psykoterapi utan också vad gäller sådana områden som skolan, utmattningssyndromen etc. Hela basen för samhällets fungerande är ju aktiviteten i mänskliga grupper men det verkar råda stor aningslöshet om dynamiken, hur vi påverkas, hur grupper kan vara antingen konstruktiva eller destruktiva. Hur mycket bättre skulle inte skolan fungera om alla lärare förstod något om detta. Hur många fall av utmattningssyndrom skulle undvikas om samarbete och solidaritet ersatte konkurrens- och vinstmaximeringstänkande på arbetsplatserna. De "psykoedukativa" grupper som formas utifrån KBT-basis är säkerligen värdefulla men man kan ju alltid fundera över om det är det kognitiva innehållet eller dynamiken som är det mest verksamma.

Boken ger ett erkännande även åt psykodrama. Man skriver att det är en gruppterapeutisk metod med stor internationell spridning, en sofistikerad dramatisk aktionsmetod som skulle kräva en egen och mera omfattande beskrivning för att göras rättvisa. En ny sådan återstår ännu att skriva.

Den senaste boken på svenska, Skapande ögonblick (Cura förlag 1998, red. professor Hans Berglind), är ganska elementär och som framgår av gammalt datum. I övrigt är man hänvisad till engelsk- och spanskspråkig litteratur för att följa utvecklingen.

De inledande kapitlen i boken innehåller en suverän framställning av gruppers roll under mänsklighetens utveckling fram till i dag. De är så välskrivna att man skulle önska att läskunniga människor långt utanför vår krets fick ta del av dem. Det borde ju höra till allmänbildningen att förstå och reflektera över gruppernas roll i samhället. Längre fram i boken fokuseras mera på praktiska och tekniska frågor: Vilka passar för vilken form av gruppbehandling, hur startar man och leder en grupp, vilka processer utvecklas i gruppen över tid? Slutet är en redogörelse för tre mera specifika typer av grupp, fokuserad gruppterapi (FGT), KBT-grupp och psykoedukativa grupper. Boken avslutas med en kortfattad information om gruppterapi.

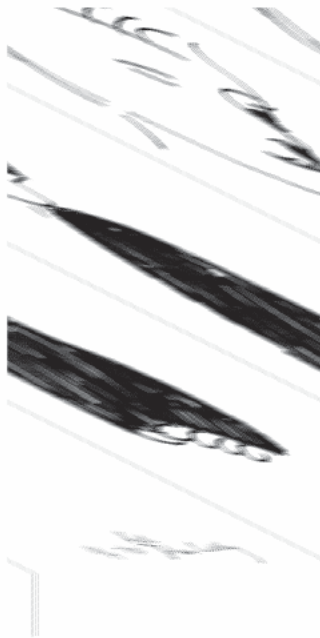
Medan jag skrev detta manus fick jag ögonen på en recension i Läkartidningen. Recensenten skriver att boken är skriven med smittande entusiasm förstärkt av gedigna vetenskapliga referenser och är ett starkt argument för att värna detta kompetensområde. Undertecknad kan inte annat än att instämma.

Slutligen en udda kommentar: Tre av författarna är sedan länge mina körkamrater i den av övervägande gruppterapeuter bestående kören "Good enough Foulkes Singers". Kanske skapar det tvivel om denna anmälsans objektivitet – själv tycker jag inte det – men kanske bidrar också körsjungandet till den samstämmighet som finns i boken.

Lars Tauvon

Leg. läk, leg. psykoterapeut, specialist i allmän och barn- och ungdomspsykiatri

B



Cullbergstipendiet 2016

Välkommen att söka resestipendier för specialister i psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri eller rättspsykiatri samt för läkare i specialistutbildning inom samma fält. Stipendierna delas ut med stöd av Stiftelsen Natur & Kultur.

Syftet med Cullbergstipendiet är att stimulera till fördjupat kliniskt tänkande med inriktning på psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri eller rättspsykiatri. Det kan handla om att vidareutveckla kunskaper om psykosociala och biologiska integrativa synsätt, men också förebyggande arbete och/eller behandlingsprojekt.

Resestipendiet ska användas till resa, boende och levnads-kostnader vid auskultation på en psykiatrisk klinik eller institution utomlands under två–fyra veckor. Det kan handla om att delta i kliniskt arbete, forskning, undervisning eller metodutveckling.

På www.cullbergstipendiet.se kan du läsa mer om stipendiet och hur du ansöker. Där kan du även läsa om tidigare resor och följa en reseblogg.

Ansökan

Ansökan ska vara stipendie-nämnden tillhanda senast den 1 februari 2016. Stipendiaternas namn tillkännages vid Svenska Psykiatrikongressen i mars 2016.

Så börja diskutera med kollegor och läs färskas tidskrifter för att se var det sker spännande saker! Det går även bra att maila till framstående personer angående att få komma och auskultera.

Ansökningar sändes till cullbergstipendiet@svenskpsykiatri.se eller Svenska Psykiatriska Föreningen/Cullbergstipendiet, 851 71 Sundsvall

Vid frågor kontakta kanslisten@svenskpsykiatri.se

Stipendiekommitté

Ansökningarna handläggs och bedöms av en stipendiekommitté bestående av Tove Gunnarsson (Svensk Psykiatri), Pauliina Ikonen, Hanna Edberg, Jörgen Vennsten, Marie Söderberg (Natur & Kultur) och Johan Cullberg.

www.cullbergstipendiet.se