

Tidskriften för

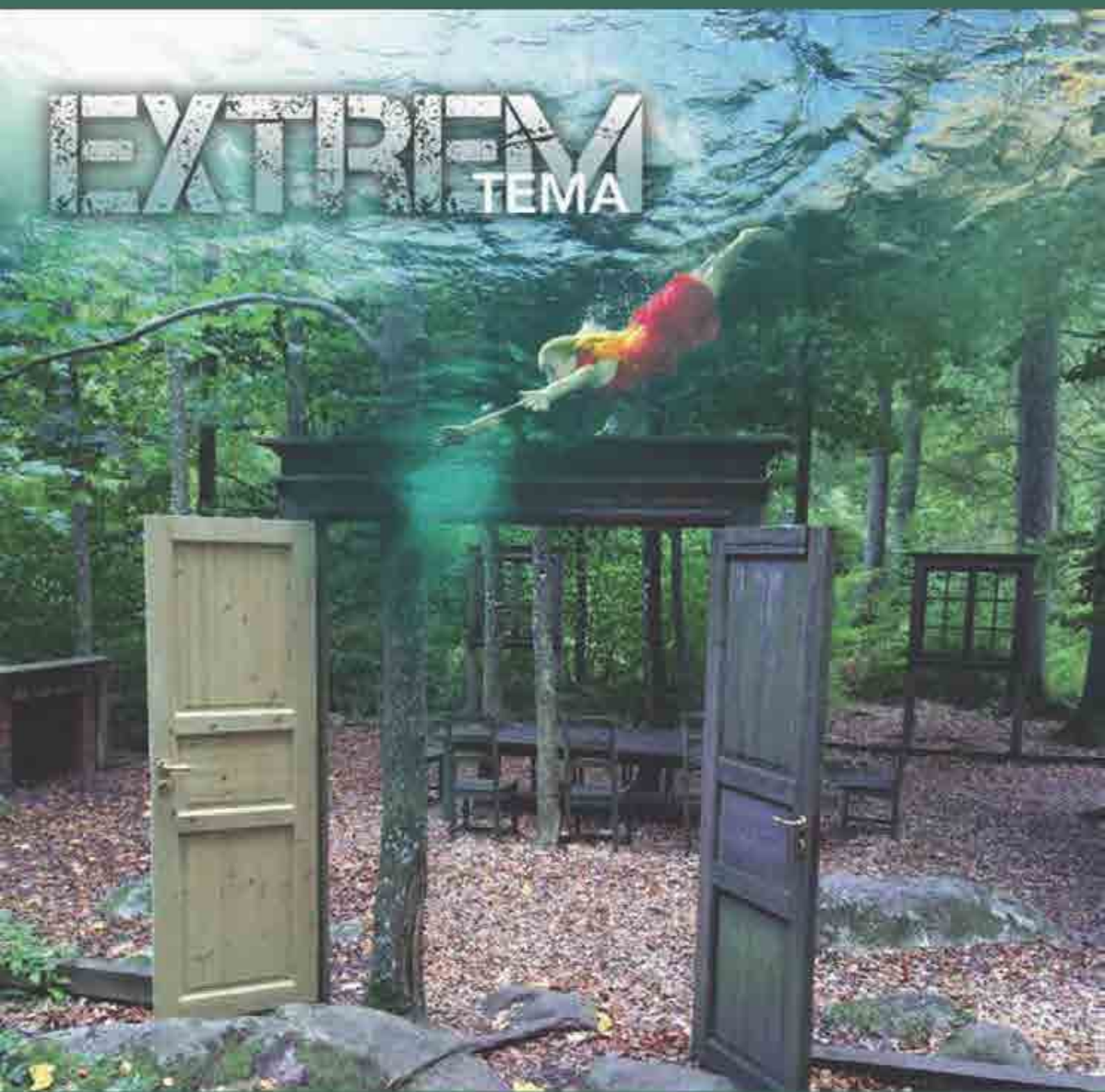
Svensk Psykiatri

#2

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen · Juni 2015

EXTREM

TEMA



Ansvarig utgivare:
Hans-Peter Motors



Huvudredaktör:
Tove Gunnarsson

sfbup

Innehållstörteckning:

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*
- 7 Kommande temanummer
- 15 Krönika enligt Tiger. Kan det vara kulturellt?
Mikael Tiger
- 21 Senaste nytt från SPF's utbildningsutskott,
Alessandra Hedlund
- 24 Nyheter från SLUP,
Jörgen Vennsten
- 39 10 frågor, möt SLUP's nya ordförande Jörgen
Vennsten, *Stina Djurberg*
- 72 Kalendarium
- 73 Bokrecension: Psykoterapi i praktiken - Hur gör
man egentligen? *Björn Wrangsjö*
- 74 Bokrecension: Affekter, relationer, operationer -
grunden för Homo Psychicus, *Björn Wrangsjö*
- 76 Bokrecension: Klinisk neuropsykologi,
Björn Wrangsjö
- 78 Bokrecension: Den stökiga psykiatrin. Minnen,
samtal, tankar, *Ulf Rydberg*

Tema:

- 10 Extrema åtgärder i växtrikets parallelluniversum
Hanna Edberg
- 12 Extrema reflektioner, *Björn Wrangsjö och
Daniel Frydman*
- 16 Extremt sinnelag i evolutionär motvind?
Hanna Edberg
- 26 I huvudet på en extremskidåkare
Tove Gunnarsson
- 32 Har vi psykiatriker en Extrem arbetsmiljö?
Frida Hedman
- 50 Extremt, *Per-Axel Karlsson*
- 51 Krisbearbetningsprogram för flyktingbarn i
irakiska Kurdistan, *Abdulbaghi Ahmad*
- 55 Utvidgade självmord - ett försök till överblick i
ett outforskat landskap
Daniel Frydman
- 58 Vart tog alla vårdplatser vägen?
Per-Axel Karlsson

Rapporter från möten och resor

- 25 Möte i Mechelen, UEMS Psykiatri,
Olle Hollertz
- 41 Svenska Psykiatrikongressen 2015:
Referat från kongressen, *Ullakarin Nyberg,
Sofie Bäärnhielm, Cecilia Mattisson, Alessanda
Hedlund, Tuula Wallsten, Michael John*
- 48 Ett historiskt möte! *Kerstin Lindell*

Rapporter från möten och resor

- 59 Allen Frances i Malmö
Lars Joelsson
- 60 Rapport från Svenska BUP-kongressen 2015 i
Linköping, *Lars Joelsson*
- 63 Reflektioner från BUP-kongressen 2015,
Katarina Nolkrantz Frydman
- 64 Ledarskap och organisation. Nationellt
seminarium för ST-läkare i barn- och
ungdomspsykiatri, *Jörgen Vennsten*
- 66 Masterclass Psykiatri, en etablerad
konferensform i Luleå, *Ursula Werneke*

Debatt, diskussion, annat:

- 18 Varför heldygnsvård av ätstörningar hos barn och
unga? *Maiken Fjelkegård*
- 35 Professor Johan Franck, Social strateg med fokus
på en solidarisk beroendevård och modern
lagstiftning, *Maria Larsson*
- 53 Kropp är själ,
Adel Abu Hamdeh
- 54 SKL, landstingen och psykiatrin
Jerker Hanson
- 68 Varför har vi en patientjournal inom psykiatrin och
hur skall innehållet vara? *Lars Albinsson*
- 70 Psykiatriska kliniker går förbi kvalitets- och
upphandlingsregler, *Annika Rullgård*

Aktuell information:

- 22 Fortbildning i Dialog - en ny fruktbar metod att
värdera klinikers fortbildningskvalitet!
Hans Ericson
- 28 Välkommen till SPK 2016, Call for abstracts!
- 29 Münchenbryggeriet - här ses vi på SPK 2016,
Tove Gunnarsson
- 30 SPK 2016 - vad är på gång?
Tove Gunnarsson
- 30 Tonny Andersen tilldelades Raffaella Björcks pris
2015
- 31 Lise-Lotte Risö Bergerlind ny hedersledamot i SPF!
Tove Gunnarsson
- 37 Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser för
psykiatrin. Dags att nominera!
- 48 British Journal of Psychiatry, nu som iPad-version,
gratis för SPF's medlemmar
- 67 Ses på RIX 3-4 december,
Maria Larsson



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
(ps-frydman@comhem.se)

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/Surkov Vladimir (Kvinna)
Carol Schultheis (Skogen)

Internet

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se



Från den ena extremen...

... till den andra – vårt tema har inspirerat till vitt skilda tolkningar, och mycket att fundera på. Ett bidrag berör t.ex. frågan om vad som sågs som extremt igår men betraktas som normalt idag, och vice versa. Det kan ligga nära till hands att tänka i de banorna om framtiden – hur kommer man då att se på det vi tyckte var självklart 2015?

För övrigt har vi som vanligt en blandning av kongressrapporter, bokrecensioner, debattartiklar och mycket annat. Vi vill gärna ha temabidrag från er läsare men alla andra bidrag är lika välkomna! Och vill du skriva om något tidigare tema så går det också alldeles utmärkt!

Härnäst

Nästa nummer har temat *Känsligt*. När redaktionen träffades i april blev vi osäkra på hur vi egentligen tänkte då vi någon gång under förra året bestämde temat. Denna osäkerhet ledde till en livlig diskussion om vad som kan vara känsligt inom psykiatrin, och plötsligt hade vi flera nya infallsvinklar.

Man ska inte svära i kyrkan brukar vi säga. Vad är motsvarigheten i psykiatrin – finns det sånt som inte får sägas?

Det är för många känsligt att berätta för omgivningen att man har en psykiatrisk diagnos. Ibland är det ännu svårare för anhöriga. Att säga att "min son har schizofreni" är dessvärre inte lika lätt som att säga "min son har diabetes". Och visst finns det en hierarki bland diagnoser, det gäller inte bara psykiatrin. Vissa diagnoser anses onekligen vara "känsligare" än andra.

En annan infallsvinkel är att det kan vara känsligt att ge konstruktiv kritik till en arbetskamrat som man tycker gör felaktiga bedömningar eller ger ett bristfälligt bemötande.

Och den som tar emot kritiken kan vara överkänslig, känslig, okänslig, högekänslig, ja rentav ljudkänslig... eller elöverkänslig!

Redaktionen hoppas att ni alla får en extremt skön sommar med mycket avkoppling och tid att skriva bidrag!

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Främja det som främjas bör

Som nyutträd ordförande för Svenska Psykiatriska Föreningen är detta min första ledare i denna tidskrift. Jag tänkte i första hand fokusera kring den nya styrelsen och hur vårt arbete har startat.

Vid årsmötet i mars valdes en ny styrelse. Sammansättningen av denna representerar våra medlemmar i riket. Styrelsen har en geografisk bredd. Flera ledamöter är disputerade. Vi arbetar alla inom olika kliniska fält. En av oss driver privat psykiatrisk verksamhet. Några av oss har arbetat flera år inom styrelsen; andra kommer in i verksamheten med nya ögon.

Vid vårt första styrelsemöte i maj reflekterade vi över SPF:s framtida inriktning. I vår portalparagraf framgår att föreningen ska "främja den svenska psykiatrins ändamålsenliga utveckling, bl.a. genom anordnande av kurser, konferenser samt föredrag vid sällskapets sammankomster och genom avgivande av utlåtande och förslag i frågor som faller inom föreningens verksamhetsområde samt att tillvarata medlemmarnas utbildningsbehov och vetenskapliga intressen".

Begreppet "främja psykiatrins utveckling" kan innefatta både stort och smått. Vi uppfattar att fortbildning är föreningens mest angelägna uppdrag. För att leva upp till detta kommer vi arbeta med att förbättra och vidareutveckla SPK. Kongressen har på senare år blivit ett forum samlande stora delar av svensk psykiatri, vilket är oerhört glädjande. Därutöver har vi ett rikt program på Riksstämman, där även andra specialiteter får möjlighet att ta del av psykiatrisk fortbildning. I år kommer vi även närvara vid Kirurgveckan i Örebro.

Men att "främja psykiatrins utveckling" kan även innebära arbete med frågor kring forskning och föra psykiatrins röst i samhällsdebatten. Vi uppfattar att styrelsen ska ägna kraft även åt dessa frågor.

På senare tid har psykiatrin haft omfattande representation i den mediala debatten. Ibland reflekterar jag över att vi inte har nått längre med att föra ut budskap om vad psykiatri är. Några debattörer beskriver ett närmast besinningslöst och onyanserat överdiagnostiserande av trivalt mänskligt lidande. Andra ger röst åt att vi psykiatriker är påverkade av läkemedelsindustrin och farmakologiserar samma lidande. Gång efter gång omnämns "elchocker" i mer eller mindre obehagliga sammanhang. Sällan eller aldrig hörs i media om en allt mer tillgänglig psykiatri, respektfullt bemötande och framgångsrik behandling.

Således återstår mycket arbete för att föra psykiatrins talan, inte minst i media. Självt fick jag efter en debattartikel i SvD debutera i radions Studio Ett och där försvara det engagerade arbete som inte minst våra ST-läkare gör.



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)

Sedan några år medverkar SPF i Almedalen. Även i år kommer vi att delta i ett heldagsprogram, initierat av SKL. Därutöver deltar vi olika debatter. Kom gärna dit och för fram din röst!

Detta är några av styrelsens tankar inför det kommande arbetet. Vi är angelägna om att arbeta i samklang med våra medlemmar. Därför välkomnar vi just dina synpunkter. Vad tycker du att SPF ska göra? Hör av dig till någon av oss i styrelsen!

Psykiatrin i Sverige är på många sätt aktiv och välfungerande. På flera håll pågår intensivt arbete för att öka både tillgänglighet och vård på jämställda villkor. Det är inte tur eller bostadsort som ska avgöra vilken vård som ges. Forskningen är och förblir en grundbult för fortsatt utveckling. Föreningens styrelse vill med all kraft bidra till att på olika sätt främja denna utveckling.

På återhörande!

Hans-Peter Mofors

Ordförande i SPF

Nu är vi på G

Ja, det känns så efter att varit på BUP-kongressen som samlade hela 950 deltagare och just fått reda på att båda symposierna som vi anmält till Riksstämman kom med i programmet. Känslan blev inte mindre när det kom ett mail från Kerstin Evelius som är Nationell samordnare psykisk hälsa. Hon vill ha en dialog om den framtida inriktningen på området psykisk hälsa. Det känns som intresset för barns och ungdomars psykiatriska ohälsa är stort nu. Jag hoppas att det leder till att vi får mer resurser och mindre sparbeting.

Känslan av att vi är på G förstärks också av att vi har skrivit en riktlinje för depression och som vi nu håller på att implementera i den kliniska vardagen samt att ADHD-riktlinjerna nu varit ute på remiss och presenterades på BUP-kongressen. Riktlinjerna har väckt stort intresse och det har kommit många synpunkter. Riktlinjerna för depression finner du på vår hemsida och manualer för implementeringen hittar du på www.deplyftet.se.

I år var det några symposier på BUP-kongressen som inte var medicinskt inriktade. Jag var på ett som hölls av logopedier och handlade om språkstörning. Det var mycket intressant och lärorikt. Jag tror att det är nyttigt att lyssna på vad andra yrkesgrupper bidrar med. Problemen är ofta komplicerade och man behöver belysa det från olika håll. Jag tror att detta gäller inom alla specialiteter. Att arbeta i tvärprofessionella team blir nödvändigt i framtiden. Inom barn- och ungdomspsykiatri är det naturligt och här ligger vi i framkant.

Nästa BUP-kongress blir i Uppsala 20-21 april 2016. Vi har redan nu tillsammans med BUP Uppsala skissat på programmet. Temat blir BUP och socialtjänsten. Vi hoppas att många från socialtjänsten kan känna sig manade att komma liksom personal från skolan kom till Linköping.

I min förra ledarskrev jag om familjen som är utvisningshotad. Nu har jag åter varit där. Det är sällan som jag känner mig så hjälplös som just när jag sitter där och lyssnar på föräldrarnas förtvivlan och rädsla och ser flickan som man inte får kontakt med. Normalt när man känner hjälplöshet så hittar man alltid någon åtgärd eller behandling som ger nytt hopp och som kan ge förändring. Men här finns bara ett hopp och det är att få stanna i Sverige.

Den medicinen förfogar jag inte över men ändå är det vi i sjukvården som får ansvaret för att flickan skall bli frisk. Vid mitt besök lekte flickans syskon ute på gården, de verkade

sfbup

LARS JOELSSON



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@sil.se)

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

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

ST-representant: Therese Vestlund

(therese.vestlund@sil.se)

SFBUP:s hemsida: www.svenskabupforeningen.se

Webmaster: Stina Djurberg

(stina.djurberg@bornet.net)

glada och lekfulla precis som barn skall vara. När jag stod i dörren pekade pappan på barnen och sa "tänk att man kan låta barnen leka själva ute på gården". Han var van att barnen följdes och att man kastade sten på dem. För honom är bara det ett skäl att stanna i Sverige. Tyvärr tycker inte myndigheterna det.

Vid årsmötet avgick Lisa Palmersjö och Ulrika By. Vi tackar för allt det arbete som de lagt ner för föreningen. Nyinvalda i styrelsen blev nu Beata Bäckström från Lund och Ulrika Henriksson från Stockholm. Vi hälsar på de två nya i styrelsen. Sara Lundqvist som tidigare var facklig sekreterare blev nu vice ordförande och Beata Bäckström facklig sekreterare. I övrigt är styrelsen oförändrad. På mötet beslutade vi att ta bort kravet på att kalla till ett föreningsmöte i samband med Riksstämman då uppslutningen på dessa möten de sista åren varit mycket liten, men vi hoppas att vi även i fortsättningen kan komma till de psykofarmakologiska utbildningsdagarna som hålls varje år och föra en dialog med er medlemmar.

Lars Joelsson
Ordförande i SFBUP

Spännande och hoppfullt



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

(fackliga.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)

Vi möttes igen under SKL:s regi i Stockholm – kliniskt ansvariga och chefsöverläkare från hälften av landets rättspsykiatriska kliniker. Fokus var säkerhetsfrågor vilket upptar mycket av vår tid och prövas både av oss, myndigheterna och patienterna.

Vem bär ansvaret för säkerhet? Säkerhetsansvarig förstås, men det är även en kulturfråga. Eftersom organisationens verksamhet ska präglas av säkerhetskultur är det ju en större fråga, som kan definieras som "gemensam och inlärd mening, erfarenhet och tolkning av arbete och säkerhet – delvis symboliskt uttryckt – som vägleder människors handlingar gentemot risk, olyckor och prevention". Säkerheten ställer krav på ständig reflektion och omprövning. God säkerhetskultur är en informerad kultur. En förutsättning för en sådan informerad kultur är en rapporterad kultur, där man är beredd att öppet rapportera om misstag och tillbud. Det gäller att akta sig för ett patologiskt sätt att processa information - låg grad av samarbete, en tendens att "skjuta budbäraren", förkrympta ansvarsområden, att kontakter över gränser motverkas, att nytänkande avfärdas, samt att man i samband med att något går fel söker syndabockar.

Tag med säkerhetsfrågor på dagordningen! Om säkerhet inte finns med som en punkt kommer deltagarna inte ges tillfälle att diskutera detta, säkerhetskulturgården stängs.

I andra delen av mötet planerade vi för att göra nästa möte och som en del i uppfrysning av dokumentet "innehållet i den rättspsykiatriska vården".

I sann demokratisk anda ledda av den oförtröttliga Ing-Marie Wieselgren har vi ordnat arbetsgrupper för de olika delarna av dokumentet och vi hoppas att nästa höst ska innebära presentation av ett nytt fräscht dokument, uppdaterat, aktuellt och inspirerande.

Även styrelsen för SRPF känns spännande och hoppfull i framtiden, till hösten blir det en nordisk konferens i Trondheim och det blir faktiskt bilavstånd för mig.

Just nu sitter jag med i en METIS-konceptkurs om psykiatrisk juridik för specialister, välkommet initiativ av Frances Hagelbäck Hansson, Charlotte Kollind och Klas Atrell. Inspirerande och roligt, fullt med diskussioner och delande av erfarenheter. Kursen ska beskrivas närmare i en annan artikel. Och till hösten kör vi den i norr!



Charlotte Kollind, Klas Atrell, Frances Hagelbäck Hansson

Det är väldigt roligt att få vara med i händelserna, att få ta del av intresserade människors tankar och förbättringar. Det är stundvis arbetsamt men det är det värt. Med tusen idéer och tankar som spirar liksom vårgrönka hoppas jag få bygga flera kontakter!

Text och foto:
Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2015

NUMMER 3 2015

Tema: Känsligt
Deadline 26 augusti
Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2015

Tema: Skäms!
Deadline 11 november
Utkommer vecka 49

NUMMER 1 2016

Tema: Narcissism
Deadline 17 februari
Utkommer vecka 10

NUMMER 2 2016

Tema: Psykiatriens byggnader
Deadline 18 maj
Utkommer vecka 23

Skriv i
SKRIV I

Svensk Psykiatri

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Författarinstruktioner för Svensk Psykiatri

Artikellängd: Texten bör vara max 1 200 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: 26/8
Tema Känsligt





Det finns många anledningar att vara medlem i SPF

Förutom Svensk Psykiatri har Du som medlem även tillgång till

The British Journal of Psychiatry (Padversion) 
Nordic Journal of Psychiatry online
The Nordic Psychiatrist
Läs mer på hemsidan under "medlem"

www.svenskpsykiatri.se

Observera att möjligheten att använda CPD Online upphör 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

Sveniges Läkare under Utbildning i Psykiatri:
www.slupsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srpf.se



ANNONS

Extrema åtgärder i växtrikets parallelluniversum

Nej, han mår inte särskilt bra, det borde jag ju förstå.
"Så som samhället ser ut. Utvecklingen som har varit. Vår nation håller ju på att gå under!"

Han är irriterad. Meddelar med illa dold frustration att om jag inte förstår så är det inte ens värt att försöka förklara. Mannen i rummet bär åsikter om människans art, ursprung och därtill hörande karaktärsdrag som jag har svårt att fördrå. Förlåt. Som jag har MYCKET svårt att fördrå. Hade jag inte varit den jag är till art och ursprung hade vi överhuvudtaget inte suttit där, då hade han vägrat träffa mig. Nu har jag en svagt gulaktig hy - en klassisk nordisk vårnans - och huvudet pryds av halmgula testar (born and raised i tron att mörka utväxter är synonymt med nära förestående död, går således "på salong" med skrämmande regelbundenhet och får det hela åtgärdat medelst preparat som förmodligen skulle kunna ta kål på två till tre medelstora vildsvin) och alltså är jag godkänd.

Arisk.

Var som helst utom här, i detta rum och i detta sammanhang, hade vi inlett en diskussion om just dessa åsikter där jag hade ställt tusen frågor och skjutit åsiktspilar åt höger och vänster. Jag hade möjligen blivit... ehm, "animerad". Eventuellt hade samtalet avslutats innan det var klart. Sådant kan man ju aldrig så noga veta. När det gäller moral och etik, politik och samhälle kan allting hända.

Men.

Några animerade diskussioner skall vi icke underhålla oss med denna dag.

Vi skall diskutera sjukskrivning.

SJUKSKRIVNING?!?

Tänker ni.

Tänkte jag. Här sjukskrivs minsann inte för att understödja dylikt åsiktsmakeri.

Kan det vara så att en extrem kräver en annan?

Detta, mina kära kollegor, nyfikna läsare och "det är frugans tidning, jag råkade bara plocka den från tidningskorgen när jag skulle på wc":are, skulle jag nu vilja dryfta med er.

Monsieur Goebbels i samtalsrummet plågas av en – vad jag bedömer – till stor del obefogad rädsla. Man skulle nästan kunna säga att det är en fobi. Om objektet i fråga hade varit av växtkaraktär hade han väjtt undan från trädgårdar, grönområden, buketter och blomsterarrangemang, ja till och med från vanliga mataffärer ty han kan ju inte med hundrafemton procents säkerhet veta att där inte står en undanskymd hink med bladväxter av odefinierbart slag i ett hörn.

Det här undvikandebeteendet är förstås ett bekymmer. Till saken hör också att monsieur Goebbels blir riktigt ARG på växtrackarna. Sådär att han nästan vill trampa på dem. Slita kronbladen av någon stackars tusensköna. Och tja, det har väl faktiskt i ärlighetens namn hänt att han har dängt någon blomkruka i väggen någon gång, men det var den där förbannade hyacinten som stod och vickade fram och tillbaka som om den skrattade åt honom, det förstår ju vem som helst att till slut måste man reagera! De där förhatliga penséerna i fönsterblecket på arbetsförmedlingen gör att han inte kan gå dit heller. Tja, det har väl ärligt talat inte fungerat så bra det där med arbetsträningen, ändå... Ett olivträd inne på biblioteket, kaktusar på caféet. Han har slutat att gå ut. Kan ju inte hålla på att betala för krossade krukor dagarna i ända.

Ibland kräver en extrem en annan.

Jag läser lite i Socialförsäkringsbalken. Den säger sig omfatta bestämmelser om social trygghet. Social trygghet genom sociala försäkringar.

Social trygghet för vem?

Jag ber monsieur Goebbels att fortsätta komma till oss. Jag ber honom berätta för oss om allt det där som stör och skaver, vi tål det, vi lyssnar och han är alltid välkommen. Jag lägger till: "Det var trevligt att träffa dig."

Han lyfter blicken – för första gången under samtalet – och säger: "Menar du det? Så du tog inte illa upp förut då, när det blev liksom lite... lite dålig stämning?"

Hoppсан. Lyckades kanske inte undvika de animerade inslagen till fullo. Varandes blott en enkel människa med en inte fullt ut viljestyrd moralisk kompass.

Jag ler. Tänker att extrema åsikter och extrema åtgärder kan bottna i extrema behov.

Tar monsieur Goebbels i hand och lämnar över ett intyg enligt Socialförsäkringsbalkens 27 kap, 25 §.

För den sociala tryggheten.

Hanna Edberg
Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm

ANNONS

Extrema reflektioner

Den amerikanske vetenskapsteoretikern Thomas Kuhn har beskrivit det vetenskapliga tänkandet, paradigmet, vid en viss tidpunkt, som effekten av de olika samverkande tankemönster som gäller under den aktuella perioden. Det grekiska ordet [paradigma] betyder enligt NE "mönster", "förebild". Ett paradigmskifte, en förändring av andra graden enligt systemteori, är en större förändring av förutsättningarna.

I denna inte helt konsistenta reflektion prövar vi att likna ett vetenskapligt paradigm vid en cirkel eller en sfär vars gränser definierar vad som är "vetenskapligt" respektive "ovetenskapligt" vid en given historisk tidpunkt. Om paradigmet talar om vad som är respektive inte är vetenskapligt, vad finns då utanför paradigränsen? En spännande fråga, och extrem i sig, för vad som finns därutanför beror ju på vad vi menar med "finns". Om paradigmet omfattar det som anses finnas (höra till saken), så "finns" ju ingenting utanför paradigmet. Vi vet ändå att paradigm förändras från epok till epok, så vi får anta att det som efter ett paradigmskifte ryms inom ett paradigm tidigare inte syntes – inte fanns – men sedan kom att "finnas". Det som ter sig extremt i en kultur gör inte det i en annan, det som "finns" i en kultur "finns" inte i andra även om de är historiskt samtida. Det som är extremt i en epok är det inte i en annan.

Kursivering av och citationstecknen kring "finnas" är tänkta att markera en insikt, om än begränsad, om komplexiteten kring inte finnas, finnas och har funnits. Vad gäller mänskligt medvetandeinnehåll, dels baserat på materiella upptäckter/konstruktioner dels vad gäller mentala föreställningar i sin tur knutna till yttre respektive inre verklighet.

Visst är det spännande? Det vi idag anser oss veta, är i stor utsträckning sådant som man tidigare inte visste att man kunde veta, som var ovetbart, eller som inte "fanns". Det vore orimligt att tro att det inte "finns" företeelser utanför paradigränsen. Kruxet är att vi inte vet vad som ryms där, det kommer inte att röja sig förrän i framtiden och inte självklart då heller. Nya forskningsfynd inom det rådande paradigmet gränser förändrar inte bilden i stort, för dessa fynd är ju möjliga att med viss ansträngning föreställa sig.

Något mer extremt måste det vara, det som finns därutanför, för att det ska rucka den allmänna föreställningen – som jordklotet som runt istället för platt som en pannkaka med stup vid kanterna.

Det som "vandrar in" över paradigränsen går kanske från att inte "finnas" till att ses som extremt. Rörelsen går åt båda hållen, när paradigm ändras kommer somligt som inom paradigmet "finns" också sluta "finnas" och överförs till sådant som "har funnits", eller kanske ännu vanligare, "egentligen inte fanns". En bekant till mig mötte en person från ett annat europeiskt land som beskrev Sverige som ett av Europas mest våldsamma folk, något som fick sin förklaring genom följande paradigmbeskrivning:

Islamiska statens handlingar är i vårt tycke häpnadsväckande brutala – extrema. Karl XII:s karoliner hanterade den ryska civilbefolkningen på ungefär samma sätt under invasionsförsöken i Ryssland i början på 1700-talet, slaktade dem som kom i deras väg, tog deras mat, sannolikt våldtog deras kvinnor. Men det var inte det minsta extremt – det tycktes vara lege artis i krig på den tiden.

Det är lätt att hitta exempel i åtskilliga sammanhang också inom psykiatrin under det senaste århundradet. Somligt var från början inte normalt utan innovativt, uppseendeväckande och gav framtidshopp. Det kan ha införts i allmän praxis, blivit normalt, för att därefter, i backspegeln från senare tiders kunskaper och tänkande åter igen ses som extrema inslag i en värdkultur vi inte riktigt förstår trots att den ligger så nära i tiden.

Lobotomin kan tjäna som exempel. Patienter med schizofrenidiagnos som var svårbehandlade och ofta våldsamma visade sig i vissa fall förändra beteenden genom en kirurgisk intervention. Upptäckten kom att påverka värden under en period, Egas Moniz fick 1949 nobelpris i medicin "för hans upptäckt av den prefrontala leukotomiens terapeutiska betydelse vid vissa psykoser". De personlighetsförändringar som många patienter fick genom behandlingen kunde vara drastiska. Under en period kom behandlingsmetoden att finnas med i arsenalen som en normalt möjlig variant. I vår tid har psykokirurgi en synnerligen begränsad plats och själva belöningen för upptäckten kan härifrån ses som extremt perspektivlös, 1949 gav den hopp.

Ett annat exempel: "Terapi på nätet" har vandrat (in i paradigmbubblan) från att inte finnas i sinnevärlden till att te sig extrem (precis innanför gränsen) till att gradvis bli en del av ett vårdutbud (närmare centrum av paradigmet). Förändringen har inte bara inneburit praktiska konsekvenser utan också fått oss att revidera föreställningar angående vilka omständigheter som måste vara för handen för att en terapeutisk process ska kunna utvecklas.

Föreställningarna om ett mänskligt omedvetet och omedvetna processer betraktades ömsom som icke existerande (utanför paradigmet), extrema eller irrelevanta (precis innanför gränsen) till att vara verifierad "vardagsmat" inom neuropsykologin (närmare centrum av paradigmet).

I stort sett tycks vi vara utelämnade till att leva i vår paradigmbubbla. Det händer någon gång ibland att vi glider längre ut mot vanans eller det gemensamma vetandets periferi, mot paradigmets gränser. Närmare gränsen kommer vi lättare bli varse att det *kanske* inte med nödvändighet är sant som vi tänkt. Om inte osant, så kanske inte korrekt, eller åtminstone inte det enda sättet att se på saken. Det kan verka förvirrande och är viktigt, för mitt i centrum av vår egen föreställningsvärld kan vi ha en säkerhet och en visshet som också innebär en stor trygghet. Det är så mycket enklare att leva när vi känner oss säkra på hur världen ser ut. De gånger tvivlet dyker upp brukar det gärna väckas en till behov förklädd impuls att försvara det gällande paradigmet. Det gäller ibland oss i våra verksamheter och det gäller personer med fast grundade psykotiska vanföreställningar. Det vi har gemensamt i dessa lägen är, med Hamlet i minnet, att önska att någon kunde vrida tiden rätt igen!

Här dyker ytterligare en komplikation fram. Fenomen som ligger i brytpunkten mellan gamla och nya paradigmer är helt uppenbart inte att leka med. Situationer i brytpunkten aktiverar känslor och utmanar intellektet genom den *mentala instabilisering* de tycks kunna återkomma. Kanske kan paradigmskiftet jämföras med jordbävningar i den meningen att den mentala grunden skakar och hörnstenar i vår identitet hotar att rubbas. Från att vi upplever oss stå på tankemässigt säker mark börjar vi nu uppleva att tillvarons begriplighet sviktar. Den aktuella världsbilden och dess värdesystem – som de ter sig i

nuläget – försvaras med frenesi som om utvidgningen av världsbilden handlade om en destruktiv inkräktare.

När känslointensiteten ökar kan skärpan och sakligheten i diskussion och argument minska. Skräcken för att släppa taget om det gamla kan vara överväldigande och just i dessa lägen vet vi inte om det nya kommer visa sig ha medfört möjlighet till fördjupad förståelse eller något som hade varit klokt att bekämpa. I de synsätt som försvaras finns inte sällan centrala värderingar inflettade som inte bara berör vår kognitiva världsbild utan också grundläggande människosyn.

Motståndaren utmålas inte bara som extrem i sina åsikter utan demoniseras också som allt i grunden illvillig.

Vad gör vi idag som kommer förvåna omvärlden? Vem vet vad av allt vi normalt sett sysslar med som kommer att ha varit till nytta? Vad som kommer att ses som extrema varianter av feltänkande eller rena dumheter? Vi vet att framtiden kommer att bjuda på överraskningar – minst sagt. Det kan stämma till såväl ödmjukhet som hoppfullhet, trots att vi vet att även lobotomin och insulinbehandlingarna på sin tid också väckte hopp.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

1 Detta resonemang innebär ju att det som inte finns, faktiskt finns innan det finns för annars hade det inte kommit att finnas inne i det paradigmet där det senare med självklarhet finns. Vi behöver alltså ändra förståelsen av meningen från att det inte *fanns* innan det kom innanför cirkelns omkrets, till just att det inte *syntes* (inte inte *fanns*) åtminstone vad gäller den materiella världen.



Deadline för bidrag till
nästa nummer: 26/8
Tema Känsligt



Ta del av våra remissvar!

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



Kan det vara kulturellt?



Med en flygresa kan man på några timmar hamna i en helt annan värld och många gånger tycker jag att planet landar långt innan jag själv gör det. På sista etappen, bussen hem från stationen, av resan hem från Japan, tyckte jag att folk här hemma var ouppfostrade och direkt otrevliga, men då var jag också påverkad av nästan ett dygns restid, parad med jet lag. Den japanska gästfriheten är enastående och servicen kanske världens bästa, vilket gör att svenska busschaufförer framstår som onödigt kärva i jämförelse. Japan har odlat sin särart, ända sedan shogunen Tokugawa Iyasu stängde landets gränser på 1600-talet, för att slippa kolonialisering. Tvåhundra års isolering har minskat beröringspunkterna med omvärlden. Mycket i Japan känns främmande och annorlunda. I tunnelbanan sitter folk med munskydd, som vid en hotande epidemi (detta gör de för att inte smitta andra när de är förkylda, har jag senare förstått). Konduktören bugar mot passagerarna varje gång han lämnar vagnen. Polisen tar av sig skorna när de kommer hem till någon, även om de har ryckt ut med sirenerna påslagna. Grammatiken påverkas av om man tilltalar någon som är över eller under i rang. Man börjar dagen med ris och fisk till frukost. Olikheter fullkomligt svämmas över en och kan bli svåra att förhålla sig till. När min frus mormor säger att jag är snyggare än min fru, mumlar jag förläget att jag finner min fru vacker. Min fru förklarar att man gör så i Japan, sänker de egna för att ytterligare höja de andra. Den typen av relativa komplimanger har jag lite svårt att förlika mig med.

På gruppnivå har kulturen stor betydelse för beteendet. När en person kommer från ett främmande land tenderar vi att tolka också det individuella beteendet som kulturellt betingat. När jag var underläkare på en psykiatrisk intensivvårdsavdelning mötte jag en man från Afrika, där personalen hade mycket åsikter om hans tillstånd. Han kunde brusa upp och var bagatelliserande kring sin aktuella livssituation. Utan att någon var öppet fördomsfull tänkte man nog att hans beteende kunde förstås utifrån kulturella skillnader, att patientens inställning kunde sammanfattas med "hakuna matata". En skötare tog gift på att mannen var en av de friskaste han någonsin hade träffat. Jag kan tillstå att han höll ihop sig väl under samtalet, men en patient som nyligen har varit bälteslagd och har verksamma doser

Cisordinol-Acutard i kroppen hamnar inte på min 10 i topp-lista över de friskaste. Jag intervjuade patientens syster som beskrev att patienten hade perioder då han var skvatt galen, följt av perioder av nedstämdhet och däremellan fungerade han relativt väl. Patienten var mycket riktigt manisk, och blev sitt vanliga mjuka och vänliga jag, med stämningsstabiliserande behandling.

En italiensk kollega som kom till Sverige för att arbeta var inledningsvis bekymrad över att han inte behärskade språket tillräckligt väl. När han sedan träffade sin första svenska psykospatient blev han lugnad. Han konstaterade att schizofrena patienter i Sverige var psykotiska på i stort sett samma sätt som motsvarande patienter i Italien. Den italienska psykiatern tyckte att det var lättare att förstå de psykiskt sjuka än den komplicerade "normalbefolkningen".

Inte heller själsfrändskap känner kulturella barriärer. En av de människor jag har känt mig mest befryndad med hittills var japan. Jag hade förmånen att en kväll få Kenzaburo Oe:s förläggare på besök. Vi talade om väsensskilda ting, och intervjuade varandra. Han hade studerat filosofi och jag undrade vem som var hans favoritfilosof. "Heidegger", svarade han utan att tveka. När jag frågade honom varför sa han att han fascinerades av hans böcker, även om han inte riktigt förstod dem. Trots att vi inte delade språk utan samtalande via tolk kände jag att jag synkade med denne vänligt kloke och underhållande man. Roligt nog fick jag sedan veta att han hade upplevt precis samma sak.

I själ och hjärta av det allra mest japanska, i kärnan av den gamla huvudstaden Kyoto, porlar en bäck mellan rader av lummiga körsbärsträd. Vägen längs bäcken är tillägnad just Heidegger, filosofen som varken vi eller japanerna begriper. Det slår mig att vi människor i grund och botten är varandra tämligen lika.

Mikael Tiger
Överläkare, med dr
Psykiatri Nordväst, Stockholm

Extremt sinnelag i evolutionär motvind?

Måndag morgon, kvart i sju. Häller filmjök i teet och tappar mobiltelefonen i diskhon. Hål på strumpan och behörighetskortet till jobbet tycks ha bytt c/o-adress. Cyklar till arbetsplatsen och det är en röd våg. Rött-rött-rött-RÖTT. Till och med där det inte finns trafikljus är det rött. Inser att jag glömt plånboken hemma och matlådan står kvar på diskbänken.

Alla. Dessa. Finska. Svordomar.
Som dyker upp i huvudet.

Låt oss stanna här. Vi föreställer oss tio individer i ålderskategorin sådan att man talar begripligt och sköter sin egen hygien. Samma scenario. Hur kommer det sig att vissa skriker sig hessa och viftar med brödkavlar och allehanda tillhyggen, medan andra lugnt konstaterar "Se där ja. Tja, men nog tycker jag mig se att det spricker upp?". Vissa människor har en sådan obegriplig, ja nästan obehaglig förmåga att alltid se glaset halvfyllt. Man kan bli provocerad för mindre. "Jo, jag blev ju visserligen av med benet i en alligatorattack, men ingen skada skedd, jag har ju ett ben till!"

Jag vill rikta fokus mot Dem Som Aldrig Förfasas. De för vilka en droppe vatten är läskande och törstsläckande och en trasig utemöbel en utmanande fritidssysselsättning.

På mitt nattygsbord ligger "Expeditionen, min kärlekshistoria". Det är en fenomenalt fin bok av Bea Uusma, där hon låter oss följa med på äventyraren Andréés luftfärd. Det är en magisk, tragisk och fullkomligt hämningslös resa och den återges ur ett perspektiv som är lika delar narrativt och självreflekterande. Vi får följa de tre luftresenärerna Salomon August Andréé, Nils Strindberg och Knut Frænkel på deras väg mot himlen - i dubbel bemärkelse. Alla tre dör på Vitön, en otillgänglig ö i det arktiska ishavet, efter att luftfärden drastiskt misslyckats.

Nåväl.

I boken återges delar av expeditionens dagböcker. Vilket historiedokument! Fascinerande läsning.

Söndagen den 11 juli 1897 stiger den gigantiska sidenvävda ballongen upp mot himlafästet. De första dagboksanteckningarna noterar "Treflig stämning",

**Could be worse.
Not sure how, but it could be.**



Foto: Dave Allred/Shutterstock.com

"Humöret utmärkt". Ja, vad annars var att vänta av dessa tre noggrant skolade våghalsar på sitt livs äventyr? Packning bestående av styrka kravatter, vita skinnhandskar och sidenhalsdukar, klädsel värdig den sagolika ceremoni de har att se fram emot vid återkomst.

Anteckningarna noterar utöver generella betraktelser även temperatur, vindstyrka och nederbörd, födointag och eventuella skador.

Ur ett fågelperspektiv kan man sammanfattningsvis säga att under de knappa tre månader som dagboken omfattar så noteras temperaturer mellan 0° och -9° och dagsverken på upp till 18 timmars vandring över ojämn is dragandes på 200 kg tunga slädar. Våra ballongfarare är uttröttade, har diarré och magplågor, Strindberg faller

i vattnet och "svärfvar i ögonskenligaste lifsfara", deras fötter skadas svårt av den plågsamma vandringen över isen och matreserverna tryter... och sådär fortsätter det. Den 5 oktober tar de sig iland på Vitön och den 8 oktober upphör dagboksanteckningarna. Från att ha skrivit dagliga noggranna kommentarer om sakernas ordning upphör allt. Exakt hur och när de tre äventyrarna lämnar detta jordelivet är förvisso bragt i dunkel, men det ligger nära till hands att tro att det inte är alltför många dagar från det att dagboksanteckningarna så plötsligt upphör.

Låt oss nu gå tillbaka till männens självrapporterade upplevelser och själsliga erfarenheter. Beakta detaljerna ovan, i kombination med det faktum att de har störtat sin ballong mitt ute i ingenstans, tillvaron är fullkomligt oplanerad och de har inga medel att kommunicera med omvärlden. Få-om några - har överlevt liknande situationer och det är männen medvetna om.

Så vad beskriver de?

"Goddagar".

"Humöret är godt" (för övrigt samma dag som Strindberg faller i vattnet och svävar i livsfara).

Om isdriften: "(...) ej uppmuntrande. Humöret och stämningen goda."

"Stor glädje i karavanen."

"Herrlig dag. Hög luft."

"Dagen har varit utmärkt vacker."

"Humöret var det bästa" (denna vecka har både Frænkel och Andrée svåra magsmärtor och diarréer).

"Högst uppfriskande färd sätt" (de rör i issörja istället för att dra slädarna över isen).

Slutligen, en av de sista anteckningarna, den 1 oktober 1897, dvs. någonstans omkring en vecka innan de dör på den ensliga isön mitt ute i ingenstans: "En bra dag. Kvällen var så gudomligt vacker, man kunde önska sig."

Men alltså SKOJAR ni?!? Grabbar, ni släpar omkring på tre gånger er egen kroppsvikt i packning ute på en otillgänglig och fullständigt oöverkomlig ismassa, en kontinent av is, tjugo mil från närmaste kända ö; ni är klädda i måttstydda yllekavajer och moderiktiga äppelknyckarbyxor - på absolut INGET sätt anpassade för den arktiska kylan - ni har diarré flera gånger om dagen och lever på sälsäck och uppblötta kex.

"Högst uppfriskande!"

Jo, jag tackar jag.

Det sägs att några av vår tids stora tänkare och filosofer

var erbarmliga pessimister. Shopenhauer, Nietzsche, även vår gamla domptör Sigmund Freud. Saker och ting var då sannerligen aldrig "herrliga" eller "utmärkta", åh nej.

Men vilka liv, å andra sidan. Oändliga. Nietzsche var väl möjligen junioren i sällskapet, han lyckades bara nått och jämnt nå upp i övre medelåldern innan han fick kasta in handduken, om det var till följd av demens, sinnessjukdom eller syfilis tvista de lärde. I jämförelse med våra ballongfarare levde han ändå ett långt liv.

Kan det kanske vara så att vårt livsekvilibrum medför att med pessimismen och klarsynen kommer det långa (evinnerligt tärande) livet¹, medan om du kastar dig ut i hetluften och lever varje dag som vore den din sista, ja, då blir en av dem sannolikt det?

Summa summarum: vill du leva ett par decennier längre så se helt enkelt till att vara lite mer lor än Robinson Crusoe. Lite mer Woody Allen än Mat-Tina.

Fridens liljor, mina vänner.

Låt mig avsluta med följande solskenscitat:

"Lyckan är en dröm och lidandet verklighet" (Voltaire, 1694-1778)

Quod erat demonstrandum.

83 bast.

Jämförelse	Avliden vid ålder	Differens, levnadsår
Freud vs. Andrée	83 år vs. 42 år	41
Shopenhauer vs. Fraenkel	72 år vs. 27 år	45
Nietzssche vs. Strindberg	55 år vs. 24 år	31

Hanna Edberg
Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm

¹ Frieder R. Lang et al (2013) Forecasting Life Satisfaction Across Adulthood: Benefits of Seeing a Dark Future? *Psychology and Aging*, 28:1, 249-



Varför heldygnsvård av ätstörningar hos barn och unga?

Varför blir man inte frisk i öppenvård?

När det gäller barn och unga under 18 år är det rätt vanligt att den sjuka inte uppfattar sig som sjuk eller hur som helst gärna vill behålla sin sjukdom i fred – med andra ord: det finns dålig sjukdomsinsikt och liten motivation till förändring.

De flesta barn och unga med ätstörningar får hjälp i öppenvård och blir friska där.

Det är svårt att ta sig ur en ätstörning själv – som barn och ung behöver man hjälp av sina föräldrar. Om det inte har gått att bli frisk i öppenvårdsbehandling, beror det oftast på att det finns försvärande faktorer, såsom komorbiditet hos patient och/eller förälder, relationsproblem, otydlig kommunikation, svårigheter att sätta gränser för beteenden och rädsla för konflikter, problem med att förstå och acceptera svåra känslor och att få stöd i att komma igenom en svår pubertet och hantera nya krav i tillvaron.

Varför inte frisk i heldygnsvård?

De svårast sjuka läggs in i heldygnsvård – ofta efter längre tids behandling i öppenvård. Man har då ibland varit sjuk i flera år.

Behandling av barn och unga med ätstörningar i heldygnsvård sker på olika sätt på olika håll i världen. Inläggningstiderna och metoderna varierar.

Ofta finns det en risk för att den unga "hospitaliseras" och identifierar sig med sin ätstörning således att det blir ännu svårare att bli frisk.

Ofta sker inläggningen på en allmän barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning, där patienter med många olika tillstånd är inlagda.

Varför krävs specialbehandling i heldygnsavdelning?

Heldygnsvård kan leda till en snabbare process i tillfrisknandet – om den görs på rätt sätt!

För att åstadkomma ett sådant resultat måste inläggningen ske i en specialiserad avdelning med erfarenhet av behandling av patienter med svåra ätstörningar, den måste vara målfokuserad och tidsbegränsad och den måste utformas som en familjeinläggning.

Eftersom det krävs föräldrastöd och föräldrainvolvering i behandlingen är det nödvändigt att man kan ha med sig hela familjen i avdelningen.

Vilka mål arbetar man med?

Målen som ska uppnås med heldygnsvård i en familjevårdsavdelning är flera.

Svälten måste hävas relativt snabbt med ett automatiskt ätande och en bestämd viktinhämtning utan att fokus läggs enbart på detta. Föräldrar behöver ansvara för portionsstorlek och få stöd och psykoedukation av personal.

Man måste upptäcka de bakomliggande problemen för att kunna komma åt behandlingen av dem. När det är komplicerat behöver man se mera. Finns familjen tillsammans i avdelningen visar det sig ganska snart, vad som är förklaringen till att den unga inte har kunnat bli frisk i öppenvården. Så ett annat viktigt mål i familjeheldygnsvården är att kunna beskriva de aktuella problemen för patient och familj, få deras accept av att sammanhangen sannolikt är rätt förstådda, komma överens om nödvändigheten av en förändring av deras beteenden och skissa på hur förändringsarbetet ska gå till.

Detta är inte det lättaste. Den svårbehandlade patientgruppen är ofta den där förändringsbenägenheten inte är så stor – av olika skäl. Det är oftast skäl som innebär riskfaktorer för kronicitet eller som kan definieras som vidmakthållande faktorer.

En del av arbetet och ytterligare ett mål är då med andra ord att begripa varför man inte får till förändring och att arbeta för att få en så stor allians med och trygghet hos familjen att det går att få dem att släppa på motståndet. Man kan ha en erfarenhet av att inte fått hjälp eller rätt bemötande tidigare i vården – eller tidigare i livet i andra svåra situationer.

En annan fördel med en inläggning i familjeheldygnsvård är att flera familjer finns i avdelningen samtidigt och således med hjälp av bl.a. multifamiljeterapi i avdelningen kan ge varandra stöd och hjälp i olika situationer och våga träna

tillsammans på förändring. Familjer ger ofta uttryck för att det är en stor hjälp att känna att man inte är ensam om problemen, att andra familjer har det lika svårt.

Hur bedriver man miljöterapi med familjer?

En inläggning i en heldygnsavdelning handlar bland annat om att genom dagliga möten, snack i kök, matsal, korridoren, stöd i matsituationer, i bråk, i ångest och ledsenhet att visa förståelse och närvaro, inge hopp om att man kan få hjälp, att inte bli sviken igen, att bli tagen på allvar, att inte vara ensamma.

Miljöterapeutiskt är det en stor utmaning att få till en effektiv behandling av 7-8 familjer samtidigt i en avdelning. Det krävs ett gott samarbete i teamet, en god kommunikation och en trygghet i arbetsgruppen, en medveten strategi i behandlingen, en tydlig struktur, men också en möjlighet till flexibilitet eftersom de flesta familjer har olika problem och behov. Man behöver få till en känsla av att man som behandlare kan våga sitta tryggt i båten även om det gungar rejält eftersom det både kan blåsa och åska och gå håll i båten! Att kunna tro på att man kan ta sig ur "träsket" tillsammans.

Lyckas det är resultatet mycket bra.

Processen brukar vara en första fas (en vecka) där det går bra, sedan ett antal svåra veckor (3-4) innan matsituationen är under kontroll i avdelningen och sedan några veckor (3-4) där man tränar på att få det till att fungera hemma. Efter de första 3 veckorna ska en noggrann första genomgång göras med familjen av vilka deras "diagnostiserade" problem är och en plan över vilka åtgärder som behövs antingen under inläggningsperioden eller efter utskrivningen för att få förändring till stånd. Självklart måste detta följas upp, revideras och dryftas vidare med familjen i de följande veckorna.

Så det vill säga

Att heldygnsvård bör uppfattas som en metod i behandlingen av svåra ätstörningar. Inte som ett sätt att förvara svårt sjuka unga människor under lång tid utan metod eller krav på förändring.

I heldygnsvård av svårt sjuka barn och unga med ätstörningar måste man ha specialkunskap om ätstörningar, om komorbiditet och om familjeterapi. Familjen måste medindras i behandlingen i avdelningen och metoden tydliggöras för alla. Detta leder till förändring!

Maiken Fjelkegård
Barn- och ungdomspsykiater
Överläkare på Familjevårdsavdelningen
Stockholms Centrum för Ätstörningar

En ny chans att delta i den enda svenska högskolekursen i mentaliseringsbaserad psykoterapi. Kursen anordnas av Karolinska Institutet och MBT-teamet Huddinge Psykiatri sydväst.

Mentaliseringsbaserad terapi

Teori och praktik - 7,5 hp - kursstart 21 oktober 2015

Kursen ger grundliga kunskaper om mentalisering ur ett utvecklingspsykologiskt och biologiskt perspektiv. Fokus läggs även vid mentaliseringsbaserade terapitekniker som kursdeltagaren ska kunna börja tillämpa i sitt kliniska arbete redan under utbildningen.

Ur kursinnehållet

- Bedömning av mentaliseringsförmågan
- Mentaliseringsbaserat förhållningssätt
- Interventioner vid specifika situationer
- Psykopedagogik och mentalisering

För mer information och anmälan, gå in på www.ki.se/uppdragsutbildning eller ring 08-524 838 91



**Karolinska
Institutet**

Nationell taxa Etablering i Psykiatri i Örebro överlåtes

Sista anbudsdag 15-08-14

Sök på www.olc.com

Info: Henrik Burmeister

Tfn 019-14 93 12 / 070-693 00 46

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 Rybakov

Deadline för bidrag till
nästa nummer: 26/8
Tema Känsligt

Senaste nytt från SPF Utbildningsutskott



Den nya ST-utbildningen är här! Socialstyrelsen har publicerat de nya föreskrifterna om läkarnas specialiseringstjänstgöring, SOSFS 2015:8. De berör alla läkare som har fått legitimation från och med 1 maj 2015. Handledaren och studierektor får tydligare roller. Målbeskrivningen har en ny struktur som ska få oss att tänka "progression". Utöver de befintliga psykiatriska specialiteterna har psykiatrin fått fem tilläggspecialiteter: arbetsmedicin, beroendemedicin, palliativ medicin, smärtledning och äldrepsykiatri.

Förändringarna i föreskrifter, allmänna råd och målbeskrivning ser ändå större ut än vad de är. Jag vågar påstå att den nya ST-utbildningen blir vad vi gör den till. Som vanligt lämnar myndigheten en viss frihet att utforma utbildningen så att den blir ändamålsenlig och genomförbar. Så att den funkar i praktiken, att patienterna får god vård, att läkarna lär sig och klinikerna klarar sina uppdrag. Jag hoppas att alla som jobbar med ST kommer att ta för sig av den friheten. Utbildningsutskottet kommer att revidera SPF:s rekommendationer, men vi vet att det riktiga jobbet

sker ute i verksamheterna. Alla som idag tar ansvar för att tillgodose en bra ST-utbildning, fortsätt med det! Fortsätt att locka duktiga läkare till psykiatrin. Fortsätt att utbilda dem till de kunniga specialister som de förtjänar att bli. Och som patienterna förtjänar att träffa.

"Tar man ansvar så får man inflytande" sa Heidi Stensmyren på SPK. Precis så är det. Om man tar ansvar kan man påverka. ST-utbildningen är ett exempel. Metis är ett annat exempel. Snart finns lokala metis-kanslier i varje sjukvårdsområde/region, på uppdrag av SKL:s nätverk för ledning och styrning av psykiatrin. Centrum för Psykiatrforskning Stockholm har fått uppdrag för det centrala kansliet. Kanslierna behövs för metis-konceptets fortlevnad, men det handlar minst lika mycket om att ST-läkarna ska erbjudas en lagom mängd kurser av god kvalitet till en rimlig kostnad. På sikt handlar det om att vidga metis framgång och sprida den till specialisternas fortbildning, till andra yrkesgrupper, till andra specialiteter. Vägen till målet är lång, men vi måste börja någonstans. Hitta vårt handlingsutrymme och våga ta ansvar.

SPF's utbildningsutskott:

Michael Andresen
Hans Ericson
Karin Grönvall
Alessandra Hedlund (ordförande)
Tove Janarv (ST-representant, SLUP)
Margareta Malm
Anna Malmqvist (ST-representant, SLUP)
Bo Runeson
Elina Sarasalo
Olle Hollertz (adjungerad, UEMS-representant)
Maria Nilsson Markhed (adjungerad, UEMS-representant)



Alessandra Hedlund
Facklig sekreterare SPF
Överläkare Norra Stockholms
Psykiatri

Fortbildning i Dialog – en ny fruktbar metod att värdera klinikens fortbildningskvalitet!

Hur står det till med din och dina specialistkollegors fortbildning?

Har ni internutbildning regelbundet?

Händer det att ni reser iväg på en kurs ibland, deltar ni i vetenskapliga möten, nationella eller internationella psykiatrikongresser?

Har ni tid för kollegial diskussion?

Tid för reflektion och lärande till vardags?

Om så är fallet är det bra!

Men:

Hur många dagar per år avsätter din arbetsgivare eller du?

Har du egen studietid?

Hur är din arbetsgivares inställning till fortbildning?

Har du tid avsatt och har du t.o.m. en fortbildningsplan som ni följer?

Vi vet ju att fram till specialistbeviset är vägen tydligt reglerad; kunskaper, färdigheter och attityder dokumenteras och bedöms löpande.

Men sedan – när du är "färdig" specialist – vad händer då?

Ja – vi vet genom Läkarförbundets enkäter att den tid som specialisterna lägger ner eller får avsatt för vidareutbildning har minskat år efter år – detta samtidigt som kraven på hög kompetens och hög effektivitet ökar.

Om du nu inte har reflekterat över utbildningsfrågorna så är det hög tid att göra det!

Ett bra sätt att reda i saken och få en oberoende kollegial genomgång är att använda sig av Läkarförbundets nya modell som kallas **Fortbildning i Dialog**.

Det var vad vi gjorde vi på Sundsvalls Psykiatriska klinik för några månader sedan.

Hur går det till?

Först ber du din verksamhetschef, kanske i samråd med studierektor, ta kontakt med Läkarförbundet som därefter sänder ut ett webbaserat frågeformulär där en enkät vänder sig till chefen (cheferna) och den andra till specialisterna.

De kvalitetskriterier som ska besvaras är:

Lärandemiljön: dvs. hur är klimatet, finns kollegialt erfarenhetsutbyte, finns struktur för internutbildning etc.?

Resurserna: Finns tid för internutbildning, möjlighet att delta i kurser och konferenser?

Styrningen:

Finns övergripande plan för kompetensförsörjning och fortbildning?

Grundförutsättningarna:

Tillgång till handledning, och professionellt stöd.

Individuell årlig uppföljning/planering:

Dokumenteras genomförda utbildningar, finns utbildningsplan för kommande året?

När enkäten hade sammanställts besöktes kliniken – en förmiddag avsattes – av två erfarna och kloka kollegor från Svenska Psykiatriska Föreningens utbildningsutskott (namnen erhålles på begäran) som deltog som moderatorer vid dialogen mellan specialisterna och arbetsgivaren (verksamhetschefen) med utgångspunkt från de inkomna svaren.

Efter diskussionen/dialogen kunde vi på vår klinik bland annat konstatera att:

- grundförutsättningarna finns, att lärandemiljön är klart anständig men att vi bättre måste återskoppla från kurser och konferenser vi deltagit i.
- klinikchefen har årliga utvecklingssamtal där kompetensutvecklingen lyfts fram (men att endast enstaka läkare ansåg sig ha en individuell fortbildningsplan).
- att vår klinik kan behöva en ansvarig läkare/studierektor specifikt för specialisterna!

Så en uppmaning till dig och din klinik i väntan på ev. SPUR-inspektion eller framtida krav på individuell certifiering eller revalidering är:

Anmäl er till **Fortbildning i Dialog** (kontaktperson på Läkarförbundet är Per Wahlstedt)

– bevaka att kollegorna svarar på enkäten – och att man kommer mangrant till det efterföljande dialogmötet.

Dialogen blir en bra utgångspunkt i arbetet att förbättra specialistens professionella utveckling på din klinik!

Hans Ericson
Studierektor Psykiatri
Sundsvall
Västernorrlands läns landsting

ANNONS



Syns man inte så finns man inte

För drygt ett år sedan visste jag knappt vad SLUP var, förutom att ordet i andra sammanhang användes som namn på en slags båt. Jag är ST-läkare på BUP och hade ingen aning om att ST-läkarföreningen SLUP också representerar ST-läkare inom min disciplin. Nu har jag efter ett år i styrelsen fått förtroendet att väljas till ordförande för SLUP och i och med detta insett att våra yrken, trots att våra respektive inriktningar skiljer sig åt, har många likheter och att de utmaningar som ST-läkare inom psykiatri ställs inför är i stort sett desamma oavsett basspecialitet. Så från att för mig endast ha representerat en typ av båt så känns det nu för mig självklart att SLUP representerar ST-läkare inom samtliga psykiatriska discipliner. Sedan januari 2015 är vi en ny styrelse med nya ambitioner och engagemang för att vara med och påverka psykiatrins utveckling utifrån ett ST-läkarperspektiv. En lärdom jag själv erfarit är: "syns man inte så finns man inte". Vi vill nå ut till alla er medlemmar och få era idéer och synpunkter på vad vi gör och vad vi ska jobba för och att skriva i Svensk Psykiatri är ett steg i den riktningen.

Att ta plats och representera ST-läkare i psykiatri i de forum där vår röst behövs är en självklarhet för oss i SLUP-styrelsen. Trots att psykiatri enligt mig är den absolut roligaste specialiteten så finns det flera områden som vi kan arbeta för att förbättra, t.ex. det kliniska utbildningsklimatet. Bristen på läkare inom vårt område riskerar att vi ST-läkare kan hamna i situationer där ansvar för produktionen går före våra utbildningsbehov. Utöver att vi träffar många patienter är det viktigt att vi också hinner med att reflektera och utvecklas; även i den kliniska vardagen. Detta gäller även det ansvar vi får. Jag får ofta höra att vi ST-läkare ibland kanske får ta



ansvar som vi inte riktigt är redo för. En självklar ambition för mig är ett bra utbildningsklimat med trygg handledning, där man växer med ansvar istället för att drunkna i det.

Naturligtvis kommer det att bli en ny ST-konferens 2016 och jag kan redan nu säga att det blir den 20-22 januari, så lägg de datumen på minnet!

Jörgen Vennsten
ST-läkare BUP Göteborg
Ordförande SLUP

Möte i Mechelen

Rapport från UEMS Psychiatry

17-18 april

Marc Hermans är ordförande i psykiatrisektionen inom UEMS. Sektionens delegater träffas två gånger per år och denna gång var det i Mechelen, en mellanstor belgisk stad ett par mil norr om Bryssel. Marc Hermans bor här, vilket var skälet till val av mötesplats. Gå gärna in på hemsidan för UEMS Psychiatry och bekanta dig med denna paneuropeiska organisation.

Mötet innehöll sedvanliga punkter och rapporter. Det mest affektladdade ämnet är den ekonomiska situationen för UEMS centralt. Det har uttalats en anmärkningsvärd brist på tillit gentemot den centrala administrationen med säte i Bryssel från i stort sett alla sektioner. Sektionerna har satt ökad press på UEMS centralt för att erhålla en fullständig ekonomisk redogörelse och en transparens som inte lämnar utrymme för tvivel. Det finns flera olika områden där det uttalas misstro, men den dominerande orsaken till misstro är UEMS nybyggda administrativa byggnad i centrala Bryssel, Domus Medica. Den har blivit dyrare än beräknat, är avsevärt försenad och har orsakat en likviditetsbrist, som även påverkar sektionernas ekonomi.

En central punkt vid varje möte är rapport från arbetet med Chapter 6, det vill säga ett curriculum för specialistutbildning i psykiatri. Enligt ordföranden har Chapter 6 fått stor uppmärksamhet internationellt och kan förhoppningsvis bli en förebild i Europa och världen. Arbetet fortgår och handlade denna gång om vision, mission och implementering. Ambitionen att kontinuerligt uppdatera innehållet underströks denna gång av den ökade kliniska uppmärksamheten kring "neurodevelopmental disorders", det vi i Sverige kallar neuropsykiatri. Min uppfattning är att vi i Sverige ligger långt fram när det gäller detta område. Antalet fångar i Sverige minskar kraftigt och fängelser läggs ner, vilket är unikt i världen. Mot denna bakgrund vågade jag mig på att på mötet presentera hypotesen att detta delvis beror på att vi behandlar vuxna kriminella med ADHD med centralstimulantia.

Med stöd i det arbete som pågår i Läkarförbundet rörande förhållandet mellan klimat och hälsa, lämnade jag ett förslag till arbetsgruppen för Chapter 6 att även inkludera detta i psykiaterutbildningens curriculum. Motivet är att den globala uppvärmningen kommer att påverka psykiatrin som helhet och dess patienter, troligen i form av symtombilder vi inte mött tidigare.

Detta avslogs med motiveringen att det finns många angelägna frågor som i så fall skulle inkluderas i Chapter 6.

Vid detta möte deltog en observatör från Ryssland, Aleksey Pavlichenko, i sin roll som ordförande för yngre psykiatriker i Ryssland. Han och hans överordnade ser UEMS arbete som en förebild och vill gärna fortsätta delta som observatör. Ifall jag kunde tolka reaktionerna hos övriga delegater rätt, tycker man detta är positivt. Han lämnade en kort redogörelse för utbildningssystemet i Ryssland, som jag upplevde som förvånansvärt öppen och ärlig. För att bli specialist krävs idag 2 års specialisttjänstgöring, men det kommer att utökas till 3 ev. 4 år. Han såg som ett av de största problemen inom psykiatrisk forskning i Ryssland, att det i princip saknas evidensbaserad forskning. Forskningen baseras i stället på kliniska erfarenheter. Det kan komma att bli ett spännande möte mellan öst och väst där grundinställningen är att Ryssland tillhör Europa.

Nästa möte blir i höst i Berlin. Tack och lov är det smidigt att åka tåg dit, till Mechelen fick det bli nattbuss mellan Köpenhamn och Bryssel.

**Olle Hollertz
UEMS-delegat
Brånäs, Kristdala**



Aleksey Pavlichenko på torget i Mechelen

I huvudet på en extremskidåkare

Jennifer Farde heter en läkare i Stockholm som har en något udda bakgrund. En gång i tiden var hon världens sjunde bästa extremskidåkare. Jag som börjar känna obehag redan på tredje stegpinnen har länge undrat hur en för övrigt klok och vettig person kunnat ägna sig åt något så livsfarligt. Detta nummers tema gav mig anledning att äntligen våga fråga.

Innan vi kommer in på de personliga frågorna – berätta vad extremskidåkning går ut på!

Man åker utför i s.k. offpist-terräng där man kan välja att trixa sig nerför branta colouirer, köra stora svängar nerför ett puderfält eller varför inte blanda in lite hopp från klippor. För att nå terrängen behöver man ta sig dit antingen genom kortare hiker, ibland med hjälp av stighudar och har man en riktig turdag får man åka helikopter. Man måste ha koll på allt ifrån utrustning,

snötäcke, hur man betar sig på en glaciär, lavinfara, underlag och väder. Lika viktigt är att vara i form både fysiskt och mentalt. Mycket sitter i huvudet, tänker du att du ska ramla – då ramlar du.

Hur kom du att börja med detta?

Det föll sig helt naturligt. Som liten hade jag en stor fascination för att klättra upp på saker och för fart. När mina föräldrar satte mig på ett par skidor var det kärlek vid första ögonkastet. Senare tävlade jag alpint, bodde i Vail, Colorado ett år och tävlade med skolans slalomklubb. I denna veva märkte jag att det var roligare i branterna utanför pisterna och började så småningom tävla i extremskidåkning.

Åkare: Jennifer Farde
Plats: Verbier, Schweiz
Fotograf: Helena Kyle

Hur är livet som extremskidåkare på elitnivå?

Det är något alldeles extra att få materiell och ekonomisk hjälp att hålla på med sin favoritaktivitet. Det blir mycket träning under barmarksperioden och under vintern bor man i princip i en kappsäck och flänger alper/Nordamerika runt i jakt på snö. För att filma/fota krävs exceptionellt bra förhållanden och vädret går ej att styra över så det gäller att vara flexibel och kunna ändra resplaner snabbt. Många, inklusive jag själv, valde även att tävla och då behöver man pricka in dessa och ställa om hjärnan till tävlings-mode. Blir dessutom alltid någon skada/skavank på kroppen varje år så man är rätt slut när sommarn kommer. Sammantaget blir den en säsong full av intryck med stor spännvidd: vackra och extrema miljöer, periodvis stor fysisk utmattning, känslan av att ha klarat av vissa åk - och ibland tillsammans med några av dina bästa vänner - är oslagbar. Och beroendeframkallande.

Under 2007 organiserades det som idag är världstouren i extremskidåkning och för att ordna kvalsystemet till denna satte man en s.k. virtuell ranking där jag var 7:a. Detta var det sista året jag satsade ordentligt då jag var med i en stor krasch på den legendariska tävlingen Verbier Xtreme, som idag är finalen på världstouren. Blev rehab i 2 år efter den kraschen.

Är även intressant att se hur man blir som man umgås. När alla kollegor/vänner åker vansinnesfort och kastar sig utför klippor till vardags tycker man att det är normalt beteende och reflekterar inte så mycket över vad man håller på med. Man rycks bara med. Vill dock betona att det är mycket mer förberedelse och riskbedömning än vad som framkommer i exempelvis skidfilmerna, man rekar hela tiden landningar och beräknar åken utifrån förhållandena.

Du har drabbats av allvarliga skador och vänner till dig har omkommit. Varför fortsätter man?

Mycket bra fråga där jag inte har ett svar. Under min krasch på Verbier Xtreme hade jag en livet-passerar-revyupplevelse när jag tumlade 250 m nerför den 45 graders lutande backen, under en kort millisekund var jag övertygad om att det här var slutet. Jag drog på mig flertalet skador i vänster ben men hade tur som överlevde. Evakuerades med helikopter, flögs hem till Sverige med gips och skrev sedan tentan i fysiologi 2 veckor senare. I 4-5 månader efteråt upplevde jag att varje gång jag skulle sova spelades kraschen upp som en film i huvudet, om och om igen under nästan en timme. Fanns inget jag kunde göra för att stänga av filmen, först när den bestämt sig för att vara klar för kvällen kunde jag somna. Jag tänkte då att det här måste vara hjärnans sätt att bearbeta det som hänt, och kände mig trygg i att det var så. När jag efter några år läste kursen i psykiatri förstod jag att det måste varit något slags inslag av posttraumatiskt stressyndrom.

Trots detta ville jag fortsätta, åka upp på berget igen och besegra det. Jag saknar fortfarande den där spärren som gör att man blir mer försiktig. Vad som däremot hände under tiden jag tumlade ner för berget var att jag kände mig självvisk. Att riskera mitt liv bara för att få större och större kickar kändes inte rättvist mot min familj, som såklart skulle bli mest påverkade om det gått illa, och jag bestämde mig därefter för att inte ta

alltför stora risker. Vilket ibland varit svårt då hela mitt system säger: KÖR!!!

Vad händer i hjärnan under åken?

Ett väl förberett åk skulle jag säga är en meditativ upplevelse, trots de stora fysiska påfrestningarna. Innan ett tävlingsåk står du där uppe och undrar vad du håller på med, vissa gånger är nervositeten så stor att man blir fysiskt illamående. Då gäller det att slå bort den genom att gång på gång gå igenom åket i huvudet.

Sen går starten och nervositeten är borta. Det finns bara du, berget och i huvudet är det helt tyst. När du börjar sakta ner efter åket kommer det där adrenalinpåslaget som knappt går att beskriva, du vill inget annat än att åka igen, fast snabbare nästa gång och lyckan är total. Kroppen är trött men det märks knappt.

Är du en risktagare även annars? På jobbet?

Nja. I allt som gäller äventyr, fart och sådant. När jag går till arbetet lämnar jag medvetet risktagandet vid dörren. Medicinskt arbete är inte platsen för denna typ av riskbeteende. Har dock märkt att när jag överväger alternativ presenterar alltid min hjärna de mer riskabla först, men jag kan snabbt identifiera sådana tankar och skjuta dem ifrån mig. Då jag är så uppmärksam på detta kanske jag t.o.m. är mindre risktagande än vissa kollegor.

Varför blev du läkare istället för att fortsätta som t.ex. tränare?

Jag bestämde mig för att bli läkare när jag var 10, som för så många andra var det väl ett kall på något sätt. Att bli något annat har aldrig funnits som alternativ. Att bara syssla med skidåkning hade jag tyckt blivit för tråkigt, kombinationen adrenalin och intellektuell stimulans är däremot oslagbar.

Du är nu legitimerad och begrundar val av specialitet. Skulle psykiatri kunna vara något för dig? Om inte - varför?

Intellektuellt tycker jag att psykiatri är ett fascinerande och högst stimulerande område. Jag tror dock jag är för rastlös för avdelnings- och mottagningsarbetet, och det är ju där arbetet utförs. Så nej.

Min mest tillfredsställande erfarenhet från jobbsammanhang hittills var under termin 11 då jag var på neuro/traumakirurgen i Kapstaden Sydafrika. Jag hade precis innan slutat med tävlandet och märkt att min hjärna saknade de stora kickarna. Att då bo på en plats där du kan leva ett helt vanligt västerländskt liv men i ett samhälle där du ändå måste vara observant på farligheter runt hörnan och action på sjukhuset tror jag framkallade en perfekt kemisk balans i min hjärna. Att hitta detta i trygga Sverige blir nog svårt.

Om du får barn – skulle du vilja att de ägnade sig åt extremskidåkning?

Haha... aldrig i livet, det är för farligt. Visst finns det något som heter knyppling?

Tove Gunnarsson
Överläkare

Psykiatri Nordväst, Stockholm



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 kulturinlägg.

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 Ullakarín Nyberg,
ullakarinnyberg@sil.se
Sista datum för inlämnande är den
5 september 2016.

Utställare som är intresserade av att ställa
ut på kongressen skickar epost till
kongressen@svenskpsykiatri.se,
senast den **1 september 2016.**

MÜNCHEN[®]
BRYGGERIET



TIIC BREWERY
ÖPPENHÄRSTAD, ÖSTERSUND, SVENSKA



Münchenbryggeriet + här ses vi på SPK 2016!

Svenska Psykiatrikongressen 2016 äger rum i Münchenbryggeriet på Söder i Stockholm. Den enorma byggnaden, med fasad i renässansstil och nygotiska gavlar, utgör en viktig del av stadens siluett.



På denna plats vid Söder Mälarsstrand har det rått intensiv aktivitet i 275 år. På 1740-talet grundades här en klädesfabrik, med som mest 150 anställda, och på 1840-talet tillkom en kakeffabrik. 1855 bytte anläggningen ägare och lokalerna byggdes om till bryggeri. Man valde namnet Münchens bryggeri för att föra tankarna till huvudprodukten som var bayerskt öl. Läget för bryggeriet var väl valt, vid öltillverkningen behövdes det stora mängder is som kunde hämtas direkt ur den intilliggande Riddarfjärden.

Under en ombyggnad 1893 utbröt en våldsamt brand som förstörde bryggeriet. Man byggde snabbt upp en helt ny anläggning, modern och mer praktisk än den gamla, vilket möjliggjorde expansion, och kring år 1900 var det Sveriges största bryggeri.

1910 köptes Münchenbryggeriet upp av AB Stockholms Bryggerier som genom det rådande kartellavtalet fick fullständigt ölmonopol i Stockholmsområdet. I Västsverige var det Pripp & Lyckholm som härskade. Man fortsatte att bygga ut och modernisera Münchenbryggeriet och som mest hade det en kapacitet på 60 000 flaskor i timmen. 1964 slogs Stockholms Bryggerier och Pripp & Lyckholm samman

och bildade Pripp-Bryggerierna AB. Tillverkningen flyttades 1971 till nya lokaler i Bromma och därmed var ölepoken slut vid Söder Mälarsstrand. Istället flyttade det in diverse småindustrier, kontor och fritidsverksamheter.

Mest känt blev väl dansverksamheten i Mälarsalen på sjunde våningen.

Stockholms stad köpte lokalerna 1974 i syfte att riva dem och bygga bostäder på tomten. En våldsamt folkstorm utbröt och över 20 000 personer skrev på uppropet, däribland Astrid Lindgren och Evert Taube. Trots att opinionen fick stöd hos både Stockholms stadsmuseum och Riksantikvarieämbetet röstade Stockholms kommunfullmäktige för en rivning med endast en rösts övervikt. Byggnaden räddades av valet 1976 - den nya majoriteten beslutade att lyssna på opinionen och stoppade rivningen, endast 11 dagar innan den skulle ha påbörjats!

Efter renovering är lokalerna idag ett mäss- och konferenscenter med 18 lokaler på en yta av 6000 kvm. Från de vackra lokalerna som fått behålla sin industrikaraktär har man en makalös utsikt över staden.

Adressen är Torkel Knutssonsgatan 2, närmaste tunnelbanestation är Mariatorget som har en uppgång på samma gata ca 400 meter bort.

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



Planeringen inför nästa års psykiatrikongress har redan påbörjats, och vi kommer fortlöpande att rapportera om arbetet. Sofie Bäärnhielm, en av dem som ansvarar för programmet, svarar här på några frågor.

SPK 2015 blev en succé med ett brett och spännande program, och rekordmånga deltagare. Vad kan vi vänta oss av SPK 2016? Förhoppningsvis fortsätter det stora intresset för SPK. Jag hoppas att kongressen skall upplevas som en kreativ mötesplats för svensk psykiatri. En mötesplats där vi på ett trevligt och lättillgängligt sätt får ta del av ny kunskap, goda kliniska exempel, diskutera och ventilera olika uppfattningar men också träffa kollegor från andra arbetsplatser och delar av landet. SPK ska vara en röst som bidrar till utvecklingen av den psykiatriska vården.

Hur sker planeringen inför SPK 2016? Vilka deltar och hur läggs arbetet upp?

Planeringen är i full gång. I detta nummer finns ett "call for abstract" och en entusiastisk arbetsgrupp har börjat arbeta med programmet. I gruppen deltar personer från olika psykiatriska verksamheter, till exempel rättspsykiatri, konsultationspsykiatri, äldrepsykiatri och BUP.

På SPK 2015 fanns särskilda inslag för sjuksköterskor och för chefer. Kommer det att bli så även nästa år? Planerar ni att rikta er till några andra «nya» yrkeskategorier?

Alla yrkesgrupper som är intresserade av att ta del av utvecklingen i psykiatrin är välkomna. Frågor kring chefs- och ledarskap väckte stort intresse på SPK 2015 och den programpunkten kommer att finnas med även 2016. Sjuksköterskors deltagande och frågor som belyser psykiatrisk omvårdnad hoppas jag att vi får se ännu mer av nästa år.

Blir det några CME-kurser igen?

Det har varit ett stort intresse för de CME-liknande kurserna så de kommer att erbjudas också nästa år. Obs att "Call for abstract" även innebär att man kan lämna förslag på kurser!

I Göteborg brukar det vara ett filmspår. Vilka kulturella inslag planeras för 2016?

Det är svårare med film på Münchenbryggeriet än i SF-lokalerna i Göteborg, så denna gång planerar vi för mer musik och litteratur och mindre film. Ett programinslag kommer att vara intervjuer med kända författare.

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser för psykiatrin 2015

Tonny Andersen, Umeå, har tilldelats Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser för psykiatrin 2015, med följande motivering:

Tonny Anderson har genom sitt engagemang för utbildningsfrågor och sitt genuina intresse för moderna pedagogiska idéer i olika roller bidragit till att förbättra den pedagogiska situationen inom psykiatrin. Med sin båda breda och djupa bildning verkar han helt i Raffaellas anda till att skapa en holistisk syn på utbildningsfrågor.

Priset delades ut under årets kongressmiddag 12 mars i Göteborg.



Lise-Lotte Risö Bergerlind ny hedersledamot i SPF!

Vid Svenska Psykiatriska Föreningens årsmöte 12 mars valdes Lise-Lotte Risö Bergerlind, tidigare ordförande i föreningen, till hedersledamot.

Motiveringen löd:

Altruistisk och alltid med målsättning att förbättra för psykiatrins patienter har Lise-Lotte Risö Bergerlind redan från unga år drivit nyskapande utvecklingsarbete. Med en oöverträffad kombination av aldrig sinande engagemang och passion för sitt uppdrag, med sin förmåga till överblick och framsynt strategiskt tänkande, sin organisationsförmåga, kreativitet och förmågan att entusiasmera sin omgivning har hon genom åren medverkat i och drivit en stor mängd arbetsgrupper och styrgrupper som utfört många viktiga insatser inom svensk psykiatri. Förbluffande ofta, när ett gott arbete inom psykiatri kommenteras eller diskuteras, har Lise-Lotte Risö Bergerlind varit en viktig del av detta arbete.

Med stöd av sina många goda egenskaper har Lise-Lotte Risö Bergerlind en mycket stor del i den goda utveckling som Svenska Psykiatriska Föreningen haft under hennes år som vice ordförande och senare som ordförande under fyra år.

Omfattningen av Lise-Lotte Risö Bergerlinds insatser är svår att överblicka. Hennes betydelse för utvecklingen av svensk psykiatri kan inte överskattas.

En längre artikel om Lise-Lotte kommer i nästa nummer av Svensk Psykiatri.

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Har vi psykiatriker en Extrem arbetsmiljö?

Läkaren – maktlöst offer eller livskraftig akademiker?
Det var rubriken på en programpunkt under Svenska Psykiatrikongressen. Läkarförbundets ordförande Heidi Stensmyren talade om läkarrollen, hur den förändrats genom tiderna och vilka problem vi ser idag.

Genom en kort historisk tillbakablick gav Stensmyren en bild av hur läkarna, som en av de ursprungliga professionerna, successivt tappat autonomi. Hon beskrev en arbetsmiljö med minskande inflytande men oförändrat ansvar. Denna obalans mellan mandat och ansvar upplevs störst hos psykiatriker och allmänmedicinare.

Betoningen av professionens ansvar har idag nästan försvunnit helt i de förordningar som styr sjukvården och istället betonas chef/organisation. Detta samtidigt som andelen läkare bland sjukvårdens chefer minskat drastiskt. Vidare reflekterade Stensmyren över att vår långa utbildning ligger oss i fatet när det gäller meritering för chefstjänster, t.ex. kan en sjuksköterska eller psykolog hinna få erfarenhet från förändringsarbete, projektledarskap eller facklig erfarenhet under flera år innan en läkare i samma ålder ens är "klar" med sin utbildning.

En orsak till att läkare ofta upplever sig må bättre om de leds av en läkare är sannolikt att de då kan få ett professionellt stöd hos sin chef. En chef som saknar läkarlegitimation är själv inte underställd samma yrkesansvar och kan därför inte förmedla det stödet, menar Stensmyren. Hon beskriver vidare att chefer utan läkarbakgrund utvecklat tekniker för att kunna styra läkare, vilket anses som särskilt svårt. Dessa innefattar bl.a. användandet av riktlinjer och balanserade styrkort.

Denna glidning av inflytande från profession till

organisation/tjänstemän har inte bara skett i kliniken utan också i andra myndigheter. Socialstyrelsen grundades en gång av fyra läkare för att bedriva tillsyn av det medicinska. Idag finns en minoritet av läkare i Socialstyrelsen, och i IVOs insynsråd finns ingen representation av läkarkåren.

Hon oroas också över den rådande, mycket starka trenden att mäta och följa upp arbiträrt valda kvalitetsparametrar samt styra genom ekonomiska incitament (NPM). Summan av styrsystemen fragmenterar och riskerar att komma i konflikt med yrkesetiken.

Läkarförbundet har nu startat ett arbete för att stärka formella markörer såsom läkarlegitimation och specialistbevis, återupprätta yrkesansvaret – alltså knyta det medicinska ansvaret till ett mandat att också leda och fördela arbetet på alla nivåer.

Stensmyren uppmanade oss läkare att reflektera över vår roll, arbetsplats och organisation samt ta ledaransvar och chefskap. Hon önskar också att vi vågar bli mer synliga i mediala rum.

Slutligen skickades också en fråga till auditoriet. Hur det kan komma sig att vi psykiatriker som i vår profession tränats i att reflektera, samtala och förstå mänskliga relationer kan ligga så lågt i trivsel på arbetsplatsen jämfört med andra specialiteter?

Att döma av uppslutningen till föredraget samt antalet åhörare som önskade samtala med Stensmyren efteråt verkar intresset för dessa frågor vara stort. Kanske var det inte bara jag som kände igen mig i beskrivningen.

Många gånger när man talar med kollegor får man känslan av att de inte riktigt trivs med sitt arbete. Många går ned i arbetstid, andra går in i sin forskning, eller går över till att arbeta som hyrläkare. Beror denna otrivsel på alltför krävande patienter, krävande jourpass, mycket övertid, eller ligger grundorsaken snarare i organisationen och

den yrkesroll vi tilldelats? Obalans mellan mandat och ansvar? En känsla av att vara ensam? En hel del forskning på området talar för det senare. En sökning på vad som publicerats av forskargruppen på Medical Management Centre (KI) visar att de sambanden inte är okända.

Sedan 80-talet har två stora reformer gjorts vars konsekvens varit en tydlig försvagning av läkarnas ställning i sjukvården. Bl.a. genom att man gav andra yrkeskategorier tillträde till chefsposter som tidigare varit vikta för läkare. I kölvattnet av den reformen kom en mängd managementfilosofier, sannolikt delvis sprungna ur de svårigheter som dessa chefer upplevde med att styra läkarna. Den allt hårdare styrningen av professionen verkar dock ha en baksida – upprepade enkätundersökningar har visat stadig nedgång i upplevelsen av inflytande över sin arbetssituation och ökande sjukskrivningstal bland läkare. Andra studier har dessutom visat att såväl högre chefer som läkarna själva upplever att enheter som leds av läkare fungerar bättre.

Det verkar alltså som att man skapat en organisation för sjukvården som blivit en arbetsmiljörisk för läkarkåren! Min egen erfarenhet bekräftar den bilden.

En lösning som man valt på en del psykiatriska kliniker är det s.k. "dubbla ledarskapet", dvs, en konstruktion med en chef som saknar läkarbakgrund och en läkarchef/MLA/chef som ska borga för det medicinska. Den här konstruktionen kan kanske fungera bra i en frisk organisation med i övrigt tydlig inriktning, men när saker ställs på sin spets riskerar MLA att bli en galjonsfigur eller medicinskt alibi utan reell möjlighet att påverka verksamheten även i medicinska frågor.

För, är det verkligen möjligt att göra distinktionen mellan medicin och organisation?

Det handlar inte om att enbart ta roller, det handlar också om att vi måste tillåtas ta roller, så var ska DU börja, och vad kan VI tillsammans göra...

... på individnivå:

Utvärderar jag min egen arbetssituation och yrkesroll regelbundet?

Ett ev. kommande totalstopp för hyrläkare kommer att innebära ett stort behov av att anställa läkare på klinikerna. Om vi, i våra anställningssamtal, tar upp frågan om vilket mandat vi har att verka i vår yrkesroll på ett konkret sätt, gärna med kliniska exempel, kommer frågan att "tvingas upp" på agendan.

... på grundutbildningsnivå:

På grundutbildningen har på senare år flera moment införts som syftar till att utveckla samarbetet mellan yrkeskategorier i vården. Det är lovligt, men det är först när yrkesrollerna är tydliga och accepterade som ett optimalt lagarbete kan uppstå.

Har vi en tillräckligt väl förankrad bild hur den yrkesroll vi ska förmedla till läkarstudenten ser ut? Ger vi studenten

verktygen för att stå upp för sin yrkesroll och arbetsmiljö?

... på ST-nivå:

Skulle man kunna ha ett moment som löper som en röd tråd genom hela ST rörande yrkesroll, chefskap och organisation? Den ledarskapsutbildning som redan finns borde kanske ligga på nationell nivå och utformas av specialitetsföreningarna för att upplevas gångbar och relevant oavsett framtida arbetsplats?

... på chefsnivå:

Chefen har det yttersta ansvaret för arbetsmiljön. Har jag kontroll över vad som orsakar otrivsel och risk för sjukskrivning för psykiatriker och åtgärdas potentiella brister?

Råder t.ex. obalans mellan ansvar och mandat att faktiskt påverka för den enskilde läkaren? Hur mottar jag synpunkter från läkare – som klagomål eller förbättringspotential? Kommer läkarnas synpunkter ens fram till mig?

... på specialitetsföreningsnivå:

Kan SPF starta ett liknande arbete som Läkarförbundet för att försöka borga för en god arbetsmiljö för psykiatriker? Inspektioner av SPUR-modell, med fokus på arbetsmiljö som utmynnar i en ranking liknande den för AT?

... på forskningsnivå:

Vi är duktiga på att undersöka vad som orsakar sjukdom hos våra patienter, kanske är det dags att, i viss utsträckning, rikta luppen mot den egna kåren. När det gäller att vetenskapligt beskriva den egna yrkesrollen samt dess problem i olika organisationsmodeller ligger vi långt efter andra yrkesgrupper i vården.

Kan vi inom professionen stimulera varandra till att också forska om detta?

För att ta reda på om vi faktiskt har en Extrem arbetsmiljö måste vi sedan lyfta blicken till ett internationellt perspektiv.

Var står DU, maktlöst offer eller livskraftig akademiker?

Frida Hedman
Specialistläkare i psykiatri
Akademiska sjukhuset
Uppsala

ANNONS

Professor Johan Franck

Social strateg med fokus på en solidarisk beroendevård
och modern lagstiftning

Det första jag slås av när jag möter professor Johan Franck på Beroendecentrum Stockholm är hans sociala förmåga. Han står i dörren och pratar med sin sekreterare och de ser ut att ha det genuint trevligt. Vi sätter oss ned på hans kontor och han lämnar en informationsmapp om Beroendecentrum Stockholm med slogan "Vi ser människan inte bara missbruket" och intervjun börjar.

Berätta lite om din väg till att bli professor och verksamhetschef?

Redan i tonåren stod det klart för mig att hjärnans mysterier var de jag ville fördjupa mig inom. Att bli psykiater därför naturligt. Innan läkarutbildningen emellertid tolkskolan och ett år i Voronezh Ryssland som satte djupa spår. Jag visste tidigt att jag ville forska och kom under utbildningen i kontakt med Hugo Lagercrantz. I hans labb träffade jag Gabriel Fried som blev min huvudhandledare. Valet av beroendevård berodde i hög grad på att jag blev erbjuden arbete av Ulf Rydberg som underläkare på Magnus Huss. Ju mer jag lärde mig desto mer intresserad blev och blir jag, även om "alkoholismen är den enda psykiska sjukdom till vilken vi till fullo känna etiologin" som Kraepelin sa för över 100 år sedan, är behandlingen av densamma och mekanismerna som utlöser dem komplexa. Dessutom var det ett relativt outvecklat område så jag kände mig lite som en upptäcktsresande. Jag har aldrig ångrat mitt val, inte en sekund!

Något särskilt som du anser utmärker er professorer?

En bisak som kanske inte alla känner till är att docent egentligen är den högsta akademiska grad man kan ha – en professur är en avlönad tjänst. Näväl, jag skulle säga att det hos de allra flesta professorer jag mött finns en stor drivkraft, vetenskapligt intresse och också ett "rejält sittflask". Det tar sina timmar att bli och vara professor. Jag ser det inte riktigt som ett jobb, mer som en livsstil.



Fotograf: Anders Nordeman

Vad är gott ledarskap enligt dig?

En egenskap jag tror är oerhört viktig för ett lyckat ledarskap är förmåga till delegation. Essentiellt att inte som verksamhetschef "gå förbi" underchefer. Jag tror att delegationen i sig förstärker autonomi i arbetet vilket ökar både engagemang, ansvar och meningsfullhet vilket leder till en bättre verksamhet.

Verksamhetschef och professor - blir det inte för mycket?

Jag tror universitetssjukvården behöver forskare i klinikledningarna och när jag blev erbjuden jobbet svårt att tacka nej. Personligen tror jag att jag skulle trivas lika bra med att dela min arbetstid mellan forskning och kliniskt arbete.

Jag trivs jättebra med att arbeta direkt med patienter men möjligheten att påverka mer gjorde det omöjligt att tacka nej. Om det blir för mycket? Som sagt, att arbeta är en livsstil.

Beroendecentrum Stockholm har inga rekryteringsproblem - hur gör ni?

Förstås erbjuder vi en jättebra arbetsplats! Det finns även en tradition av att vara väldigt generösa med fortbildning. Lönenivån har hittills legat litet högre vilket varit en strategi för att slippa hyrläkare. En satsning som belönar sig. Sista åren har samtliga nyblivna specialtläkare stannat på kliniken till vår glädje.

Vilken är din syn på den nya specialiteten "Beroendemedicin"?

Jag skulle säga att jag är genuint ambivalent. Initialt tyckte jag förändringen gick alltför snabbt och utan tillräcklig förankring bland specialistläkarna men kan i förlängningen se vissa fördelar under förutsättning att det inte blir en urvattning av den psykiatriska kompetensen hos beroendespecialister så man missar den så vanliga övriga psykiatriska samsjukligheten.

Om du fick ändra på något inom din disciplin vad skulle det vara?

Helt klart beakta Missbruksutredningens förslag om ansvarsfördelningen mellan kommuner respektive hälso- och sjukvården. Vår syn på beroendesjukdomar har växt fram från religiösa (van)föreställningar om skam och synd, för att under 1900-talet ersättas av ett perspektiv där alkoholberoende ses som ett övervägande socialt bestämt beteende. År 1917 kom Nykterhetsvårdslagen och den lever vidare än idag i Socialtjänstlagen. Även om samarbetet med kommuner är väl uppbyggt känns det förlegat med en beroendevård där inte vårdgivarna har beslutsföreträde vid olika åsikter kring bästa behandling.

Vad anser du att jag som allmänpsykiater bör klara av att behandla utan att remittera vidare?

Kunna diagnosticera och behandla skadligt bruk eller beroende av alkohol utan komplicerande faktorer - personlighetsstörning, kriminalitet och andra droger. Att känna till och kunna förskriva de vanligaste läkemedlen som har bevisad effekt, disulfiram, naltrexon, akamprosats och nalmefen.

Vilka är dina största drivkrafter?

Med risk för att låta pretentiös skulle jag säga att jag, förutom sedvanliga drivkrafter om ständig utveckling och nya utmaningar, drivs starkt av en strävan om en solidarisk vård. Den vård du får ska inte bero på den sociala miljö du kommer ifrån vilket kan bli väldigt tydligt inom beroendevården.

Slutligen, vad har du själv för utvecklingsområden?

Nog bäst att fråga andra. Det finns mycket som kan förbättras.

Sista svaret en förstärkning av Francks framtoning som en född diplomat. Efter intervjun tittar jag på ett "Uppdrag granskning" som Johan rekommenderat för att stärka bakgrunden till sina åsikter kring en förhoppning om ny lagstiftning kring beroendevården vilket engagerar. Jag tror att ska någon kunna bidra till att närmaste åren modernisera dessa lagar är det denne sociale och strategiska pionjär.



Maria Larsson
Överläkare Norra Stockholms Psykiatri

Tre röster om Johan Franck

Ulf Rydberg - Professor emeritus KI och tidigare chef

Johan och jag har setts med olika rollfördelning genom åren. Första gången var när han kom som vikarierande underläkare till psykiatrin på Huddinge i mitten av 80-talet. Han gav ett ovanligt stringent men mycket vänligt intryck. När jag sedan blev chef på Magnus Husskliniken erbjöd jag honom att arbeta där som underläkare. Han blev en mycket bra underläkare. Då han slutade dränktes han med presenter. Hans vetenskapliga doktorsavhandling 1992 om samtidig förekomst av den "klassiska transmittorn 5-hydroxytryptamin" och tachykininer, särskilt peptider, var ett mästerstycke i sig. En särskild glädje för mig och min hustru att delta under hans disputation. Sedermera blev han överläkare och nu även professor i psykiatri med särskilt fokus på klinisk beroendeforskning. Jag kan inte tänka mig att någon kunnat axla den kappan bättre än vad Johan gjort - men jag befarar att han arbetar ihjäl sig med alla delvis motstridiga förväntningar från alla håll.

Sara Lindholm - Biträdande avdelningschef ledningskansliet KI och första doktorand

Att arbeta med Johan bidrog starkt till min utveckling både professionellt och på det personliga planet. Johans tidiga ledord var samverkan och skapande av synergier.

Detta gav mig som doktorand möjligheter till att utveckla ett stort kontaktnät inom KI vilket jag haft stor nytta av i min fortsatta karriär. Jag uppskattar Johans humor och livsbejakande attityd vilket i kombination med hans skarpa strategiska tänkande har varit till stort stöd för mig långt efter doktorandperioden var över.

Mikael Landén - Professor SU och professorskollega

Det finns kunniga kliniker, framgångsrika verksamhetschefer, forskande professorer och strävsamma kvalitetsregisterhållare. Gott så. Men vad säger man om Johan Franck som förenar dessa uppdrag i en person? Han är som en kvarleva från en svunnen tid. Idag vet vi ju att chefskap är för viktigt för att överlåta till professionen eller forskare. "Det är inte den bästa kliniker/professorn som är den bästa chefen" har jag fått höra så länge jag arbetat i vården. Det är förstås sant. Men det har upprepats så ofta och med sådan emfas att innebörden förskjutits till att kliniska och vetenskapliga meriter är oviktiga, ja rent av en belastning för ledare i sjukvården. Det centrala är att chefen gått ledarskapskurser på Handelshögskolan och har god tillgång till managementkonsulter. Franck utmanar denna ordning. Han provocerar oss genom att visa att det inte bara går utmärkt för en aktiv forskare, kliniker och registerhållare att vara chef för en stor beroendeklinik, utan att de olika rollerna befruktar varandra. Kanske är han inget fossil utan en pionjär. För sjukvårdens utmaningar behöver ledare som kan sjukvård och är vetenskapligt skolade. Forskningen behöver chefer som förstår vetenskapens villkor. Kvalitetsregistren behöver registerhållare som förstår vad som är god vårdkvalitet. Den synbara lätthet med vilken han bär alla dessa roller är imponerande. Han behöver lära ut hur han gör så vi får fler av hans sort.

Kanske har du något att berätta?

Men tycker det känns övermäktigt att skriva en hel artikel?

Vi blir glada även för korta notiser!

Redaktionen

Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser för psykiatrin

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:

Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser för psykiatrin

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.

Vill du skänka ett bidrag till prissumman?

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

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

Styrelsen

Svenska Psykiatriska Föreningen

ANNONS

10 frågor till.....

Född
1971.

Bor
Göteborg.

Familj
2 barn, 4 och 9 år gamla.

Arbetar
ST-läkare på BUP Göteborg.

Vad gör Du när Du INTE jobbar?
Förutom att vara med barnen och vänner blir det böcker, serier, film och jobbar på att vandra och så måste man ju träna lite också.

Favoritmat
Svensk husmanskost.

Senast lästa bok
De dunkla butikernas gata av Patrick Modiano.

Vad gör Dig lycklig?
Att umgås med barnen och vänner.

Vilken förebild har Du?
Min granne Kjell, oerhört engagerad och nyfiken humanist, tillika pensionär med en sund syn livet.

Vilka är SLUP:s största utmaningar under de närmaste åren?
Att arbeta för en ST-utbildning och psykiatrisk klinisk verksamhet i världsklass.

I detta nummer möter Du
Jörgen Vennsten

Ordförande
Sveriges läkare under utbildning i psykiatri
SLUP



Stina Djurberg
Redaktionen Svensk Psykiatri



VI SÖKER ÖVERLÄKARE

Öppenvårdsmottagningarna Solhem och Beroende, Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås

Öppenvårdsmottagning Beroende är en del av den psykiatriska öppenvården vid Södra Älvsborgs Sjukhus och bedriver specialiserad beroendevård riktad mot Borås och ett par av kränkommunerna. Mottagningen består av ett tvärprofessionellt team där läkare arbetar tillsammans med socionom, sjuksköterska, psykolog, skötare och vårdadministrativ sekreterare. Vi vänder oss till vuxna som:

- utvecklat ett beroende eller missbruk i kombination med annan allvarlig psykisk ohälsa/sjukdom
 - utvecklat ett läkemedelsmissbruk där specialiserade insatser krävs för avgiftning och nedtrappning.
- Vi har en särskild enhet för substitutionsbehandling.

Innehållet i tjänsten kan kombineras om så önskas.

Öppenvårdsmottagning Solhem är en specialiserad enhet för patienter med **personlighetsstörning, ångestproblematik och ätstörning** i Borås, Ulricehamn, Tranemo och Bollebygd. Vid mottagningen har vi ett övergripande omvårdnadsteam. Därutöver har vi DBT- och MBT-team samt ett team riktat mot ångest- och ätstörning. I vårt arbete med självskadebeteende är vi nationellt framgångsrika.

För att ytterligare visa på att vi sätter patientperspektivet i centrum och för att ständigt förbättra och utveckla vården arbetar SÄS målinriktat för att bli ett processorienterat sjukhus. Idag finns hela fem huvudprocesser med psykiatrisk inriktning vid sjukhuset.

Vi har arbete att erbjuda Dig som är intresserad av att arbeta som överläkare inom den specialiserade öppenvårdspsykiatri och vara en del av vår mottagning och väl fungerande samarbete. Personalgruppen har förutom ett stort engagemang en bred kompetens inom såväl KBT som psykodynamisk metod.

Arbetsuppgifter

Samarbete såväl inom mottagningen som med övriga enheter inom vuxenpsykiatriska kliniken vid Södra Älvsborgs Sjukhus, kontakter med vårdgrannar ingår som naturliga delar i mottagningsarbetet.

Möjlighet finns att även arbeta inom andra subspecialiteter och allmänpsykiatri.

Kvalifikationer

Legitimerad läkare med specialistkompetens inom psykiatri. Du är god kliniker och pedagog med gedigen grund inom psykiatri. Arbetet ställer krav på god samarbets- och initiativförmåga.

Övrigt

Vi begär utdrag ur belastningsregistret på alla som erbjuds anställning hos oss.

Södra Älvsborgs Sjukhus, SÄS, är en av fyra sjukhusgrupper i Västra götalandsregionen. SÄS är ett komplett akutsjukhus och bedriver länsjukvård inom alla specialiteter. SÄS ansvarar även för barn- och ungdomsmediciniska och psykiatriska öppenvårdsmottagningar i kommunerna i Södra Älvsborg. Vi är ett hälsöfrämjande sjukhus med fokus på vård, behandling och arbetsätt som sätter patienternas behov i första rummet. Webbplats www.vgregion.se/sas Facebook www.facebook.com/sodraaelvsborgssjukhusvgr

Ansökan

Sista ansökningsdag är 15 juni 2015.

Hör gärna av Dig

Kontakt Verksamhetschef Bengt-Arne Andersson, tel. 033-616 27 02



SVENSKA PSYKIATRIKONGRESSEN 2015

Vi var många som hoppade för Suicide Zero (#hoppetförsuicidezero) tillsammans med föreningens ordförande Ludmilla Rosengren och skådespelerskan Mia Skäringer. Suicide Zero är en nystartad och mycket aktiv ideell verksamhet som driver tesen att det går att minska antalet självmord radikalt genom att använda den kunskap som finns om effektiv suicidprevention och betydelsen av god samverkan mellan olika aktörer, inte minst närstående. De ser självmordet som ett psykologiskt olycksfall som ofta kan förhindras genom ett gott och engagerat bemötande där viktiga frågor ställs till den som är drabbad. Suicide Zero har 18 000 följare på Facebook och det är förstås ett glädjande uttryck för att allt fler människor ser självmordsprevention som en gemensam angelägenhet där alla kan bidra med något, vare sig man är professionell eller medmänniska.

Mia Skäringer är en av alla dessa människor och hon har bestämt sig för att försöka använda sitt kändisskap och konstnärliga uttryck till att ingjuta hopp om förändring hos människor som har det svårt. Hon berättade mycket personligt om hur en svår uppväxt präglade henne och hur hon till slut fick hjälp tack vare att hon träffade en person i vården som förmådde möta henne på hennes villkor. Mia får flera brev i veckan från personer som söker tröst och gemenskap och hon har valt att arbeta som ambassadör för Suicide Zero.

Ullakarín Nyberg
Vice ordförande SPF

Några glimtar från Svenska Psykiatrikongressen 2015



Kongressen inleddes av sjukvårdsminister Gabriel Wikström. Han berättade att regeringen tillsätter en kommission för jämlik hälsa. Wikström pekade på att den psykiska ohälsan är nära förbunden med hur samhället är organiserat. Han påtalade bristen av långsiktighet i de psykiatrisatsningar som tidigare gjorts och att det förebyggande arbetet glömts bort. Wikström vill se en vård som styrs av behov och inte av efterfrågan. Han berättade även hur han själv sökt hjälp för ett utmattningssyndrom och hur det tog tid innan han fick rätt hjälp.

Text: Sofie Bäämhjelm



Att leva i konflikt – om svenska samers psykiska hälsa
Lars Jacobsson, Daniel Sandkvist och Petter Stoor talade om samers hälsa. En forskning som startade med att en sameby reagerade på att de förlorade så många unga renskötande män i suicid. Suicid som i den lilla samiska befolkningen kom att påverka många.

De höga självmordstalen sågs i samband med en stor stress kring en trängd renskötelse. Föreläsarna berättade om ett lokalt förankrat folkhälsoarbete inriktat på att förändra situationen.

Text: Sofie Bäämhjelm

Bemöta trauma: hur PTSD utmanar konventioner i mötet mellan primärvården och specialistpsykiatri

Kristian Svenberg och Désirée Ricken talade om behandling av PTSD på en vårdcentral. De lyfte fram vikten av att ställa den enkla frågan "vad har du varit med om i ditt liv?" De såg primärvården som grunden för PTSD-behandling och betonade att primärvården inte får släppa patienter med PTSD när dessa får kontakt med psykiatri eller en specialiserad traumaenhet. Föreläsarna pekade på att det finns en risk att hamna i fallgropen att använda PTSD-diagnosen som ett slarvigt kategoriserande av flyktingar.

Text: Sofie Bäärnhelm

Könsdysfori Referat av symposium SPK 2015

Jag hörde på ett mycket trevligt och informativt symposium som handlade om könsdysfori. De medverkande var dr Attila Fazekas och dr Hans Briggmar samt Isak Nilsson som bytt kön. Attila och Hans berättade om utredning och behandling av patienter på könsidentitetsmottagningen i Lund. Isak berättade om sina upplevelser under sitt liv, där han känt att "något var fel" och hur han successivt kom fram till att han borde byta kön.

Isak utreddes på könsidentitetsmottagningen i Lund. Utredningen består av psykiatriska, psykologiska och sociala delar. Patienten träffar psykiater, psykolog och kurator flera gånger. Utredningens syfte är att utreda vilken könsidentitet som patienten har. Attila och Hans berättade att många fler personer har sökt könsidentitetsmottagningen den senaste tiden. Man spekulerade i att det kunde bero på en ökad öppenhet i samhället och att mera information finns tillgänglig t.ex. på nätet. I utredningen är det viktigt att utesluta psykisk sjukdom som schizofreni och dysmorfofobi, vilket illustrerades av Hans Briggmar, med en beskrivning av en man som när han tittade i spegeln såg en kvinnas kropp. Även neuropsykiatriska tillstånd och autism ska beaktas i utredningen. Patienterna behöver psykosocialt stöd när de ska börja leva i den sociala roll som stämmer överens med det kön som patienten vill leva i.

Det är många aspekter som man måste beakta både i utredning och behandling och många olika kompetenser behövs. Röstens ska förändras och logopedbehandling med röstträning är ett inslag i behandlingen liksom den endokrina behandlingen. Det krävs specialkunniga endokrinologer och plastikkirurger.

Isak berättade om den söta flickan han varit som gått på födelsedagskalas i "pippilottor" och sidenklänning, men som egentligen aldrig känt sig som en flicka. Under barndomen, berättade Isak, lekte han med pojkar och gillade att spela fotboll och barnen han lekte med uppfattade honom som en pojke. Eller att han liksom levde i en egen kategori, det fanns pojkar och flickor och så fanns det han/hon. Han berättade om sina tankar och hur svårt det var att begripa vad han egentligen var. Han berättade också att han på egen hand såg till att operera bort sina bröst och att det var en lättnad.

Isak berättade om hur svårt han kände det när det gällde att informera sina anhöriga och att det var svårt att prata om det, och speciellt svårt var det med pappa. Men könsbytet blev av och det blev lyckat.



Livet ut får Isak smörja in sig med en gel som innehåller testosteron vilket verkade vara ganska enkelt som behandling betraktat. Isak berättade också att han levde i en relation med en kvinna. Det var påtagligt att det fanns ett stort intresse ifrån auditoriet.

Det utspann sig också en diskussion initierad av publiken om hur tidigt man kunde behandla patienterna, om pubertet skulle skjutas upp, och vid vilken ålder man kan påbörja en eventuell behandling

Avslutningsvis kan jag berätta att symposiet var mycket välbesökt och jag tyckte att jag bättre förstod hur svåra dessa frågor är. Jag kände mig också tacksam och rörd över att Isak valde att dela med sig av sin resa i livet och han levandegjorde på ett mycket bra sätt hur omvälvande det var både för honom och för hans familj.

Cecilia Mattisson
Överläkare, ledamot i SPF

Det enkla, det komplicerade, det komplexa

Reflektion från SPK 2015

Att baka en sockerkaka. Att skicka en raket till månen. Att uppfostra ett barn. Vad har de här tre sakerna gemensamt? De är metaforer för tre problem. Tre system. Det enkla, det komplicerade, det komplexa. Författarna heter Glouberman & Zimmerman. Året var 2002. Artikeln var ett underlag inför kommande vårdreformer i Kanada. Den finns på nätet och är mycket, mycket läsvärd.

Håkan Hult, professor i pedagogik vid Hälsouniversitetet i Linköping, citerade Glouberman & Zimmerman när han föreläste om "Bedömning: kontroll eller stöd för lärandet?" på Svenska Psykiatrikongressen. Han menade att bedömningen av ST-läkarens kompetens är ett komplext problem, därför att sjukvården är ett komplext system. Ändå frestas vi med att hantera komplexa problem som om de vore komplicerade, alltså genom att mäta och räkna. Då förlorar vi väldigt mycket. Och vi tror att vi tittar på rätt saker. Men det gör vi inte.

Känns det igen? Nu vänder jag mig lika mycket till handledare, som till kliniskt verksamma och till chefer. Hur ofta hamnar vi i den fällan, att bara mäta det som är mätbart? Finns det något alternativ? Den goda nyheten är att även komplexa problem går att hantera och lösa. Dock inte med mätningar och detaljerade checklistor. Glouberman & Zimmerman drar två fallstudier som exempel. Fallet om Brasilien som lyckades vända den dystra prognosen på HIV/AIDS-epidemin är nästan lika spännande som en deckare.

Så visst kan det bli bättre. Sjukvården har mycket att lära sig från andra fält, även det pedagogiska. Eller som Håkan



själv formulerar det: "Landstingen bedriver troligen Sveriges näst största pedagogiska verksamhet. Den dagen man inser det, leder det säkerligen till förändringar i organiseringen av vården."

Alessandra Hedlund
Facklig sekreterare SPF
Överläkare Norra Stockholms Psykiatri



VUB-team - ett viktigt stöd

Som väntat var kongressen lärande, givande och mycket intressant. Det är alltid roligt att komma till Göteborg, en stad som inger en kontinental känsla. Även i år var det svårt att besluta sig för vilka föredrag jag skulle gå på. I pauserna, då jag passade på att se mig omkring i Bergakungens sal, kunde jag konstatera att många hade samma problem!

Jag har, sedan jag börjat arbeta inom rättspsykiatri, noterat att många av patienterna har en utvecklingsstörning. De har diagnostiserats att även ha andra psykiatriska tillstånd och dessutom begått ett brott som lett till rättspsykiatrisk vård (med eller utan särskild utskrivningsprövning).

Lena Nylander, överläkare i Region Skåne, föreläste om vuxna med utvecklingsstörning. Statistiken är ofullständig, därför är det oklart hur många det finns. Många har ofta andra funktionsnedsättningar och är sårbara för både somatisk och psykisk sjukdom. Ofta förekommer "beteendeproblem"/ utmanande beteende, som leder till psykiatrisk behandling. Men frågan är om patienterna får en likvärdig vård då utgångsvillkoren är så olika. Beteendeförändringar kan vara reaktioner på övermäktiga krav, men kan också bero på sjukdom eller medicinbiverkningar. Andra förklaringar kan vara vantrivsel, brister i miljön eller att personen inte förstår den aktuella situationen.

I Skåne har det på regional nivå permanentats en verksamhet för *Vuxna med Utvecklingsstörning och svåra Beteendeproblem (VUB Skåne)*. Åtgärder från psykiatri och rehabilitering har inte haft tillräcklig effekt. Den som remitterar patienten, alltså behandlande läkare inom psykiatri eller primärvården, behåller behandlingsansvaret. Dialog ska föras med VUB-teamet innan remiss skickas. Det finns behov av en mångsidig professionell bedömning av allmänläkare, psykiater, sjuksköterska, logoped och psykolog.

I teamet finns både ett sjukvårds- och ett rehabiliteringsperspektiv.

All tillgänglig information gällande patienten går igenom och det finns en helhetssyn liksom en tydlig samverkan mellan olika aktörer och professioner. Allt detta förutsätter tid och kompetens. VUB-teamet arbetar via patientens nätverk, som består av de personer som behövs runt personen, för att den ska kunna leva ett gott liv och vara delaktig i samhället. VUB-teamet gör bedömningar och ger rekommendationer. Nätverket gör jobbet.

Jag önskar att det fanns möjlighet till VUB-team i flera landsting. Inom psykiatri saknas många gånger tillräcklig kompetens gällande dessa patienter. Diagnostiken är svår och insatser behövs från många delar i samhället. Vid t.ex. självskadebeteenden och våldsamhet mot omgivningen skulle ett liknande team, som både har tid och kompetens, vara ett viktigt stöd.

Den psykiatriska diagnostiken är inte sällan komplex då patienten har en utvecklingsstörning. Patienterna är känsliga för såväl miljö som för mediciner! Vi har idag brister i samverkan gällande dessa patientgrupper, oavsett om de vårdas inom rättspsykiatri eller allmänpsykiatri. Som många gånger tidigare betonats är kombinationen tid, kompetens och teamsamverkan en framgångsfaktor.

Tuula Wallsten
Chefläkare, överläkare
Landstinget Västmanland
Vetenskaplig sekreterare SPF

Sjukvårdsorganisation som möter behoven

Som moderator har jag haft möjligheten att vara med på två presentationer som är bra exempel från Västra Götalandsregionen på hur sjukvården kan organiseras på ett sätt som möter dagens behov.

Den ena var på spåret "Verksamhetsutveckling" och framfördes av Barbro Fridén, i botten obstetriker och gynekolog samt sjukhusdirektör på Sahlgrenska sjukhuset, och Tobias Nordin, psykiater och verksamhetschef för affektiva enheten på Sahlgrenska. De beskriver hur de har ändrat organisationen genom att använda sig av idéer kring värdebaserad vård enligt Michael Porter och Elizabeth Teisberg. Konceptet "värdebaserad vård" syftar till att skapa ökat värde för patienterna i form av bättre hälsorelaterat resultat och bättre upplevelser av vården.

Barbro Fridén beskriver att hon, när hon tillträdde sin tjänst som sjukhusdirektör, konstaterade ett glapp mellan vårdprofessionen och styrningen av verksamheten för det medicinska utfall de ville ha. Det har enligt henne berott på att de har fokuserat på fel saker, nämligen på processer, budgetallokeringar mm istället för patienternas behov. Patienterna ville vara mer delaktiga i sin vård. Dessa iakttagelser gjorde att ledningen valde värdebaserad vård som sin huvudstrategi: att styra på värde istället för kostnadskontroll.

Barbro Fridén valde att ta in experter och började med att utbilda enskilda verksamhetschefer som var intresserade av att delta. En av dem är psykiatern Tobias Nordin på affektiva enheten, som tillhandahåller en specialiserad vårdkedja för människor med bipolär sjukdom i hela Västra Götalandsregionen. 1700 patienter går på denna mottagning av uppskattningsvis 10 000 personer med bipolär sjukdom som bor i regionen. Det innebär enligt honom att en stor del av människor med bipolär sjukdom inte får adekvat vård eller ingen vård alls. När Tobias Nordin fick chansen att arbeta med värdebaserad vård inom psykiatrien bemöttes han från början med skepsis, men han anser att metoden passar särskilt bra för hans verksamhet, för att de som är närmast patienterna får mandat att sätta måltavlan. Ledningen, medarbetare och patienterna drar åt samma håll. Det bildades en arbetsgrupp som även fick stöd från universitetets sida bl.a. med bipolärregistret och från första början hade med en representant från patientföreningen. Med hjälp av denna grupp togs det fram kvalitetsmått varav några hittills inte hade tagits hänsyn till i större omfattning, t.ex. egenförsörjningsgraden.

Arbetsgruppen satte upp fyra tydliga mål, nämligen att upptäcka alla bipolära patienter så att så många som möjligt

får rätt vård, att utveckla standardvårdplan för patienter med bipolär sjukdom, att öka patientinflytande och fokusera mer på livskvalitet, samt att öka täckningsgraden av kvalitetsregistret. Framgångar har redan uppnåtts efter kort tid, bl.a. har förbättringar i slutenvården genomförts som har hjälpt att kunna förkorta slutenvårdstiden. Tomas Nordin och hans arbetsgrupp var en av de första fyra verksamheterna som började använda sig av modellen värdebaserad vård. Efter de positiva erfarenheter det har gjorts med bl.a. den affektiva enheten har Barbro Fridén börjat implementera modellen även på större enheter tillhörande Sahlgrenska sjukhuset.

Den andra presentationen leddes av allmänläkare och verksamhetschef Agneta Hamilton och psykolog Charlotte Råwall från vårdcentralen Kusten i Västra Götaland. Agneta betonar vikten av att kunna erbjuda kompetent psykoterapeutisk behandling inom primärvården och har anställt ett flertal psykologer på sin mottagning som erbjuder olika typer av psykologiska behandlingar. Hon agerar i enlighet med OECD-rapporten från juli 2014 "Making Mental Health Count", en analys som handlar om kostnaderna psykisk ohälsa orsakar och innehåller rekommendationer om hur vården för några av de mest sårbara persongrupperna i samhället kan förbättras. Det konstateras att i de flesta OECD-länder såsom Sverige, har psykiatrien uppdrag att behandla personer med svårare psykiska sjukdomar, medan lätta till medelsvåra psykiska besvär behandlas inom primärvården. Denna grupp som kan utgöra 15 % av befolkningen orsakar stora kostnader i samhället genom direkta sjukvårdskostnader och även sociala konsekvenser såsom arbetslöshet. I OECD-rapporten slås fast att tillgång till evidensbaserad behandling för mildare till medelsvår psykisk ohälsa måste bli förbättrad. Det påpekas att det inte bara handlar om en moralisk fråga men att det även genererar långsiktiga vinster när personer med depressiva- och ångestbesvär kommer tillbaka till arbete. Agneta Hamilton har i sin verksamhet satsat hårt på att skapa en bättre tillgång till psykologiska behandlingar för att sluta den stora behandlingsluckan som finns.

Med en vårdcentral med 24 anställda läkare och utan större administrativ överbyggnad har hon möjligheter att testa nya arbetsformer inom primärvården. I sin funktion som ordförande i sektorsrådet omsätter hon dessa erfarenheter till rekommendationer för hela regionen.

Michael John
Psykiater/ leg psykoterapeut
Psykiatriska kliniken US Linköping
Styrelseledamot i SPF

British Journal of Psychiatry



Published monthly by The Royal College of Psychiatrists, this is one of the world's leading psychiatric journals. It covers all branches of the subject, with particular emphasis on the clinical aspects of each topic. In addition to a large number of authoritative papers from both the UK and around the world, the journal includes editorials, review articles, commentaries on contentious articles, short reports, a comprehensive book review section and a lively and well-informed correspondence column.

The journal is essential reading for psychiatrists, clinical psychologists, and all professionals with an interest in mental health. **The British Journal of Psychiatry iPad version is free for all members of the Swedish Psychiatric Association.**

All papers in this journal are peer-reviewed. No person is permitted to take any role in the peer-review of a paper in which they have an interest, defined as follows: fees or grants from, employment by, consultancy for, shared ownership in, or any close relationship with, an organisation whose interests, financial or otherwise, may be affected by the publication of the paper. Unless so stated, material in this journal does not necessarily reflect the views of the Editor or the Royal College of Psychiatrists. The publishers are not responsible for any error of omission or fact.

Du som är medlem i Svenska Psykiatriska Föreningen får Ditt login mm, genom att skicka ett e-postmeddelande med ärende "BJP" till

webmaster@svenskpsykiatri.se

Ett historiskt möte!

Den 10 mars 2015 var det första mötet för chefläkare med uppdrag inom psykiatriska specialiteter.

Några av oss som haft uppdrag som chefläkare inom psykiatrin de senaste åren har då och då diskuterat möjligheten att skapa ett nätverk. Strax före jul gick inbjudan ut till de chefläkare som jag kände till med uppmaning att sprida vidare. Vi fick också hjälp av Lise-Lotte Risö Bergerlind och Katarina Viebke att sprida inbjudan via SKLs nätverk för ledning och styrning av psykiatri.

Vi blev elva chefläkare med uppdrag inom psykiatri som träffades i Göteborg dagen före SPK. De flesta av oss är specialister i någon psykiatrisk specialitet. Några i gruppen har helt andra specialiteter och ansvarar som chefläkare för bl.a. lex Mariaanmälningar inom flera verksamhetsområden bl.a. psykiatri. Det fanns uppenbarligen ett uppdämt behov att diskutera frågor som berör chefläkaruppdraget. Gemensamt för oss alla var anmälningsansvaret enligt lex Maria. I övrigt fanns det ganska stora skillnader i uppdragen, både vad gäller omfattning och innehåll.

Efter en presentationsrunda blev vi snabbt överens om att ta tillfället i akt att diskutera viktiga och svåra frågor. Vi anade nog alla att "ribban" för när vi gör lex Mariaanmälan ligger olika högt vilket visade sig stämma väl när vi diskuterade olika ärenden. Diskussionen blev mycket engagerad och givande och min känsla var att vi kunnat fortsätta länge till. Jag tror att vi alla gick från mötet med en god känsla av att ha skapat ett nätverk som vi alla kan ha stor glädje av framöver. På kvällen gick flera av oss ut och åt en god middag tillsammans.

Nästa möte planeras till fredagen den 11 september i Stockholm, dvs dagen efter det nationella chefläkarmötet i LÖFs regi. Tuula Wallsten (tuula.wallsten@ltv.se) tar över efter mig som sammankallande i psykiatrichefläkarnätverket. Du som har uppdrag som chefläkare inom psykiatri och inte nåtts av information om nätverket tidigare är välkommen att kontakta Tuula.

Kerstin Lindell
Medicinsk Rådgivare, Region Skåne
kerstin.h.lindell@skane.se

ANNONS

Extremt

Jag fick en dag i vintras se löpsedlarna för den lokala draken med tabloidambitioner – Piteå-Tidningen: Moa, 22, fick 108 elchocker. Jag kände mig på en gång bedrövad, utpekad, ledsen men till slut arg. Vi kritiseras ju alltid, ÄVEN om det gått bra.

Några veckor senare åkte jag på möte med föräldrar och assistenter till autistiska ungdomar där man beskrev hur svårt man hade att hantera deras vredesutbrott. Inga egentliga vårdplatser finns att tillgå, och ingen specialist för dessa barn i syne i norra Sverige ens på 30 mils radie. Detta borde Socialstyrelsen ägna sig åt, tänkte jag och var mulen i sinnet.

Mulenheten gick över då jag från kollegan Håkan Odeberg fick tips om en läsvärd bok "Each day I like it better - Autism, ECT, and the treatment of our most impaired children" av Amy S F Lutz, Vanderbilt university press ISBN 978-0-8265-1977-1 (ebook).

Titeln är en strof ur "Sesame street" och handlar om Jonah, en autistisk pojke med svårt utagerande och självskadande beteende som blev påtagligt hjälpt av ECT. Problematiken är inte unik, många berättelser om andra familjer och vilka svårigheter som finns vävs in. Det är inte så mycket annorlunda i USA som här i Sverige. Jag fick läsa om barnens svåra självskador och utagerande aggressiva utbrott som t.o.m. lett till dråp.

När man uttömt olika terapeutiska grepp som timeout, avledning, oväntat stimuli och fasthållning, när man provat flera olika läkemedel som många gånger hjälpte bara litet eller inte hjälpte alls eller gav biverkningar, bestämde man sig att prova med ECT. Pojken var 14 år och hade sviktat länge i skolan, även med hjälpinsatser. Trots det omöjliga läget och den dåliga prognosen var det svårt att få möjlighet att prova ECT. Naturligtvis spelade det i USA tidvisa svårt kategoriska ECT-negativa klimatet en roll i att det dröjde.



När man väl närmade sig behandlingsstarten hade även föräldrarna sviktat, påverkade av den intensiva kampanjen mot ECT som bedrevs i USA av olika grupper, framförallt scientologin. Det var med tvivlande spänd förväntan de första behandlingarna startade. Effekten var enastående. De aggressiva utbrotten minskade och upphörde snart nästan helt. Den unge mannen kunde börja om i skolan. Livet blev förändrat.

ECT började vid 14 års ålder och vid idag 19 år har han fått ungefär en behandling varannan vecka med något ökad frekvens av och till. Han har nog fått flera hundra behandlingar som inte verkar ha skapat några negativa effekter. Ändå är en vanlig fråga till olika psykiatriska kliniker i USA: "Ni använder väl inte längre ECT, eller hur? Och verkligen inte till barn, eller vad?" i förordet skrivet av Charles Kellner och Dirk Dhossche.

Efter att ha läst boken kändes det plötsligt faktiskt bättre att ha blivit utpekad på löpsedeln. Var stolt, du har nog räddat ett liv. Du och dina arbetskamrater. Men tänk så många andra som tror att de vet bäst... utan att ha en aning. Vad är egentligen extremt – ECT eller den kategoriskt negativa åsikten om ECT?

Text och foto:
Per-Axel Karlsson
Chefsöverläkare
Psykiatri länsregionen, Öjebyn

Krisbearbetningsprogram för flyktingbarn i irakiska Kurdistan

Preliminär Rapport

Medan alla kriser erbjuder möjligheter till förnyelse och bättre utveckling har krig och katastrofer alltid lett till ödesdigra konsekvenser för barns psykiska hälsa och personlighetsutveckling (1). Flera försök att utveckla preventiv intervention för posttraumatisk psykopatologi har hittills lett till kontroversiella slutsatser (2-3).

Islamiska Staten i Irak och Syrien (ISIS) inledde sitt krig i Irak den 9 juni 2014 när staden Mosul i provinsen Ninive i norra Irak ockuperades. Majoriteten av befolkningen, framför allt kristna assyrier, flydde norrut till områden under kurdiska regionala regeringens (KRG) styre. Senare fortsatte ISIS frammarsch österut för att leda till ytterligare massflykt av huvudsakligen sunni-muslimer från mellersta Irak med majoritet araber. Den 3 augusti samma år attackerade ISIS det yezidi-dominerade området Shingal i gränsen mellan Syrien och irakiska Kurdistan. Yezidier är kurder som behåller sin gamla religion från Zoroastra-tiden.

Kristna fick tre alternativ av ISIS; antingen konvertera till islam, eller betala avgift "cizye" för att behålla sin religion, eller fly, medan yezidier inte fick alternativ 2 då deras religion ej tillhör "Bokens folk" (judendom, kristendom och islam) enligt islam. Resultatet blev en panikartad massflykt till grannområden under KRGs styre. De yezidier som inte hann fly utsattes för ett brutalt våld i ISIS händer med massavrättningar av män, kidnappning av kvinnor, flickor och barn som utsattes för våldtäkt och användes som sexslavar. Massflykten från Shingal-berget blev dramatisk med långa flyktvägar gående över gränsen till Syrien, och åter till irakiska Kurdistan. Majoriteten hamnade till sist i Duhok-provinsen som gränsar till Syrien i väst, Ninive i söder och Turkiet i norr. Cirka en månad efter massflykten från Shingal åkte ett psykosocialt team bestående av en barnpsykiater och två socionomer från Sverige till Duhok för att erbjuda flyktingbarn och ungdomar krisbearbetning.

Syfte

Att utveckla genom träning av tränare (ToT) en tids- och kostnadseffektiv gruppintervention för krisdrabbade barn och ungdomar för att förebygga posttraumatisk psykopatologi.

Att samla strukturerade data för tidig identifiering av psykisk störning, risk och skyddande faktorer, och adekvata åtgärder för hälsosam personlighetsutveckling hos krisdrabbade barn och ungdomar.

Målgrupp

Cirka 500 000 yezidi-flyktingar från Shingal, majoriteten barn och ungdomar, hade kommit som splittrade familjer till Duhok-provinsen när det psykosociala teamet från Sverige anlände i Duhok. Flyktingarna bodde i skolor, ofärdiga eller obebodda hus eller i parker och i skogar för att skydda sig från solhettan som ibland överskred 40 grader. Samtliga familjer hade försvunna medlemmar antingen i ISIS fångenskap, avrättade eller ej hittats. Många unga män var kvar i krigsområde. Letandet efter nära och kära var på gång. Stora familjer i tre generationer samlades när de hittade varandra. Det hierarkiska familjesystemet i flera generationerbörjade få form igen för att återetableras som skyddande överlevnadsstrategi. Medan vuxna flyktingar var upptagna med sina vardagliga bekymmer hamnade



barnen ofta i skymundan. Mottagningssystemet befann sig fortfarande i kaotisk situation. Ursprungsbefolkningen var de som först ställde upp för omedelbart omhändertagande med förnödenheter. De lokala myndigheterna i KRG bildade mobila team med hjälp av NGOs för att erbjuda flyktingarna livräddande åtgärder. Psykosociala stödet uteblev som det ofta händer vid stora kriser och katastrofer.

Krisbearbetningsprogram

En traumaspecialist-barnpsykiater (författaren) utarbetade ett särskilt krisbearbetningsprogram för barn och ungdomar (CIPCA) (4). Programmet syftar till att utbilda professionella som i sin tur parvis tränar andra professionella till gruppledare som ska erbjuda 60 minuters gruppinter-

vention för 10-30 barn (6-11 år) eller tonåringar (12-18 år) av blandat kön. Utbildningsprogrammet består av 30 timmar, 10 timmar teori och 20 timmar praktik, vilket kvalificerar till 1,5 högskolepoäng (ECTS) och ett kompetenscertifikat som tränare i CIPCA-programmet. Varje gruppintervention leds av 2 tränade gruppleddare; den ena genomför en särskild intervju med barnen för att hjälpa dem verbalisera sina upplevelser samt att förmedla ökad omvårdnad till behövande barn, synkronisera social interaktion och minska skräck, medan den andra gruppleddaren identifierar barn som visar psykiska symptom enligt ett screeningsinstrument för remittering till individuell psykiatrisk bedömning.

Procedur

Efter ett förberedande möte med hälsomyndigheten och WHO i staden Duhok inhämtades aktuell information om flyktingarnas situation, och en samarbetsplan etablerades. Metin hälsohus för barns mentala hälsa i Duhok (MHH) användes som träningsstation. Frivilliga personer som jobbar med barn anmälde sig för att bilda psykosociala team som besökte flyktingläger varje morgon och samlades på eftermiddag på MHH för avrapportering och planering av nästa dags besök till ett nytt flyktingläger (se foto föregående sida).

Preliminära resultat

I ett pilotprojekt fick 10 personer som arbetar med barn (5 kvinnor och 5 män) utbildning i CIPCA-programmet. Varje dag fick gruppen 2 timmar undervisning på MHH och 4 timmar praktisk träning med flyktingbarn i de utspridda lägren i området. Under 2 veckor fick 315 flyktingbarn krisbearbetning enligt CIPCA. Cirka 10 % av dessa barn visade minst ett av 10 symptom i screeninginstrumentet som medförde remiss till det ordinära sjukvårdssystemet i Duhok för individuell barnpsykiatrisk bedömning.

Efter de goda erfarenheterna från pilotundersökningen fick MHH förfrågan från hälsomyndigheten i Duhok att genomföra programmet i större skala. Under två veckor, avslutade 21 sjukvårdspersonal från hälsomyndigheten i Duhok en ToT-på MHH med finansiellt stöd från WHO (se tabellen). Varje två tränare fick träna 30 lärare i flyktinglägren. Totalt fick 300 lärare träning att genomföra krisbearbetningen för totalt 67 500 skolbarn i 3 flyktingläger när deras skolor startar.

Diskussion

Cirka en månad efter massflykten från ISIS i irakiska Kurdistan fick 21 sjukvårdspersonal i 2 veckors ToT-kurs träna 300 flyktinglärare att erbjuda 67 500 flyktingsskolbarn en 60-minuters gruppintervention enligt ett särskilt krisbearbetningsprogram (CIPCA) (4). Skolbarnens gruppintervention ska genomföras när flyktinglägrens skolor startar. CIPCA-programmet visade sig vara tids- och kostnadseffektivt. Det välkomnades också av flyktingbarn och deras föräldrar i pilotprojektet. En randomiserad studie plane-



ras för att testa programmets effektivitet som preventiv metod mot posttraumatisk psykopatologi, i linje med senaste forskning (5).

Ytterligare ToT-kurs för CIPCA har genomförts för att träna 4 flyktingläkare från Mosul i Erbil, och distansutbildning av läkare i Diyarbakir (Amed) i Turkiet. Dessutom genomförs ToT-träning på 3 kvinnliga volontärer i Sverige som förbereder en resa till irakiska Kurdistan för att träna ytterligare gruppleddare i CIPCA-programmet. Programmet har även diskuterats av WHO att expandera till andra delar av Irak.

Diskussion pågår med de ansvariga myndigheterna och WHO för att hitta sponsorer för behandling av de 10 % barn som faller genom screeningen.

Abdulbaghi Ahmad

Med dr, docent

Överläkare/specialist i barn- och ungdomspsykiatri

Uppsala universitet, Uppsala, Sverige

IACAPAP Ambassador, Grundare av Enheten för barns mentala hälsa och Metin hälsohus, Duhok, irakiska Kurdistan

Abdulbaghi.ahmad@neuro.uu.se

Referenser: www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Tabell. Utbildad sjukvårdspersonal som tränare i krisbearbetningsprogrammet (CIPCA) (4)

	Kvinnor	Män	Totalt
Psykologer	2	10	12
Sjuksköterskor	7	2	9
Totalt	9	12	21

Kropp är själ

När jag genomförde min AT-tjänst i södra Dalarna kände jag under en medicinrond igen en kvinna som lagts in på avdelningen kvällen innan. Jag kunde inte riktigt minnas var jag hade träffat henne tidigare men jag såg på hennes blick att även hon kände igen mig och frågade henne:

- *Visst har vi träffats förut?*
- *Javisst, sa hon. Det var du som skrev för själen på receptet på en av mina mediciner. Det tyckte jag var så fint.*

Idag, några år senare och med en tjänst som ST-läkare inom psykiatri förskriver jag inte längre antidepressiva för själen. Även om jag kan se pedagogiska fördelar med att tala med vissa patienter med psykisk ohälsa om själslig sjuka vill jag inte bidra till den i samhället djupt cementerade dualistiska människosynen som ser psyket och dess beståndsdelar som en del av den esoteriska, immateriella själen och följaktligen skild från den jordiska kroppen. Med själen menas i detta avseende människans mentala processer – medvetande och självmedvetande. Hennes tolkningar av världen och den verklighet hon rör sig i respektive hennes introspektiva tankar och känslor. Dikotomin mellan kropp och själ skulle alltså betyda att mentala processer inte är ett resultat av skeenden i den fysiska kroppen. Visst bejakas inom psykiatri att människans tankar och beteende är ett resultat av händelser i hjärnan som i sin tur är en del av den materiella kroppen. Vi vet att tankar inte uppstår ur intet eller ur en andlig värld. Vi talar om neuropeptider och neuroreceptorer, och vi behandlar patienter med läkemedel. Men samtidigt envisas vi med att beskriva psykoser med okänd etiologi och patofysiologi som icke-organiska. Som om att det är den immateriella själen som är sjuk. Även vårdpersonal inom psykiatri påverkas av den alltför sällan ifrågasatta kropp-själdualismen.

Vad och vem är sjukt?

Det finns inom psykiatri en förvirring och ett inkonsekvent användande av begreppen normal/onormal och frisk/sjuk. Vad vi egentligen menar med dessa begrepp är ofta oklart. Enligt min mening är den deprimerade normal på samma sätt som diabetikern är normal då tillstånden är förhållandevis vanliga i samhället och är följder av miljöfaktorer i kombination med genetiska faktorer hos den drabbade.

Men den deprimerade är även sjuk på samma sätt som diabetikern är sjuk med inverkan på livsföring och kroppsliga funktioner och även risk för förkortad livslängd. Vissa anser att gränsdragningen för vad som är sjukt och vad som är friskt är godtycklig inom psykiatri. Att gränsen för vilket blodsockervärde som anses vara sjukt lider av samma godtycklighet möts sällan av samma invändning.

Vi verkar inom psykiatri många gånger inte kunna enas om det är patienten eller samhället som är sjukt. Vi beskriver psykosociala och socioekonomiska orsaker till patienters psykiska lidande och ibland leder det till att psykiatri helt lyfter sin hand ifrån patienterna och överläter allt ansvar för patientens mående till socialtjänsten. Resonemanget menar att psykiatri inte kan erbjuda hjälp när social problematik orsakat försämrat mående. Patienter kan söka sig till psykiatri och få höra att de minsann är friska, de har bara en tuff social situation just nu. Men samverkar sociala faktorer endast med den esoteriska själen? Är det inte processer i den fysiska hjärnan som ger upplevelsen av psykiskt illabefinnande, funktionsbortfall och observerbara symtom på sjukdom oavsett vad orsaken är? Ängest är en normal reaktion på stress liksom fetma är en normal reaktion på för högt födointag och för låg fysisk aktivitet. Varför oroar vi oss för patologisering av normala reaktioner endast gällande ett av tillstånden - det psykiatriska? Vissa menar att psykiatriska sjukdomar inte finns överhuvudtaget och andra att bara en del av de psykiatriska sjukdomarna är påhittade. Återigen gör sig förvirringen kring vad som är normalt/onormalt och sjukt/friskt påmind. Att det är normalt att uppleva psykiskt illabefinnande gör det inte desto mindre sjukt om det innebär ett funktionsbortfall. Det är inte diagnoserna vi ska motarbeta, utan snarare synen på psyket som del av den esoteriska själen. För om psyket inte är materiellt kan det inte drabbas av sjukdomar på samma sätt som den fysiska, biologiska kroppen kan. Om psyket inte är materiellt kan inte en person med psykisk sjukdom distansera sitt jag från sin sjukdom eftersom det är personens själ, hela dess essens som är sjuk. Psykiatriska sjukdomar är mer stigmatiserande än vad de behöver vara för att dualismens ande hänger över oss alla vilket belyses av frågan: Har jag en kropp eller är jag kropp?

Samtidigt vet vi att psyket är svårt att skilja från kroppen. Vi vet att psykiatriska symtom kan uppstå vid exempelvis metabola, reumatologiska och infektiösa sjukdomar. Vi vet att radiologiskt synliga hjärnskador och sjukdomar som Parkinson och MS kan ge psykiatriska symtom. Vi vet att depression kan ge långsamt tal och motorik och kan ge sig tillkänna som bukbesvär och smärtproblematik. Vi vet också att depression ger ökad risk för diabetes, hypertoni och stroke samtidigt som stroke å sin sida kan leda till depression. Man kan inte låta bli att undra om det överhuvudtaget är relevant med uppdelningen somatik och psykiatri, kropp och själ. Är inte allt psykosomatik? Kropp är själ?

Medvetandet

Att människans medvetande är en effekt av hjärnans organisation och biokemi är ett påstående som provocerar vissa. Farhågan är att detta ska innebära att människan reduceras till en maskin utan fri vilja. Det är en överdriven oro. Visst arbetar hjärnan på det mikroskopiska planet genom förutsägbara och mekanistiska, biologiska processer som aktionspotentialer och aktivering av neuroreceptorer. Men ett systems funktion och egenskaper kan skilja sig från dess delars funktioner och egenskaper. När systemets olika delar kombineras kan den ökade komplexiteten leda till att systemet får nya, oförutsägbara egenskaper som inte dess beståndsdelar besuttit. Exempelvis kan grundämnet kol organiseras i olika strukturer och bilda t.ex. diamant, grafit och grafen. Kolmolekylerna är desamma i samtliga strukturer men egenskaperna av de system som kolmolekylerna bygger upp varierar kraftigt beroende på organisation och dess egenskaper är svåra att förutsäga utifrån kunskap om kol. Med det i åtanke är det kanske lättare att föreställa sig att organisationen och kombinationen av hjärnans alla mekanistiska beståndsdelar kan skapa ett medvetande och det fria valet även om vi i nuläget inte vet hur det fungerar. Grafen, vars upptäckt belönades med Nobelpriset i fysik 2010, påstås i populärvetenskapliga texter ofta ha smått mirakulösa egenskaper. Ungefär som medvetandet alltså.

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 psykiatri. Det är vår kunskap om de biologiska processerna, både i hjärnan och övriga delar av kroppen, vilka yttrar sig som psykiatriska symtom, som ger oss existensberättigande.

Adel Abu Hamdeh
ST-läkare
Psykiatri Sydväst, Stockholm



Adel Abu Hamdeh
Fotograf: Sara Brinkberg


SKL, landstingen och psykiatri

På SPK 2015 fick vi i ett seminarium information om "SKLs nätverk för ledning och styrning av psykiatri" vilket var bra – i alla fall kände inte jag till denna grupp tidigare och det är bra att den finns. Det finns mycken kompetens, kunnande och erfarenheter från hela landet i denna grupp. Emellertid undrar jag om gruppen används adekvat. Jag undrar också över gruppens mandat. När jag kollar på SKLs hemsida hittar jag inte gruppen. Rimligen borde arbetet i denna grupp landa hos landstingsdirektörerna som sedan tillsammans med politiker skall besluta om genomförande. Så är det inte, om jag förstått rätt. I stället går man "hem" till sina psykiatriska enheter för att implementera - i den mån detta är möjligt.

Man söker också andra kontakter – samordnare i psykiatri på SKL Ing-Marie Wieselgren nämndes. Detta är givetvis bra men det hjälper ju inte så mycket eftersom det till slut är landstingen som har ansvaret och pengarna, åtminstone merparten. SKL är ju en paraplyorganisation utan mandat att styra något. Kommunal självstyrning gäller.

Jag kan tänka mig att landstingstjänstemän och -politiker vill slippa pekpinna från något nätverk. De vill kunna bestämma själva utan påverkan utifrån/uppifrån – det är förståeligt. Det är lättare att skicka någon underordnad på möte i Stockholm och räkna enkla pinnar än att ta ställning till mer komplicerade vårdfrågor.

Jerker Hanson
Psykiater, f.d. chöl mm, Stockholm
jerker.hanson@telia.com



Utvidgade självmord – ett försök till överblick i ett outforskat landskap

Foto: Shutterstock/Nebojsa Bobic

Jag mötte en man från Syrien som berättade att han var väldigt orolig för några personer i hans hemland. De planerade att gå med i al-Jihad och offra sina liv tillsammans med andras. Mannens fundering var om det gick att se den här sortens ställningstagande som led i en psykisk sjukdom, och om den i såna fall var botbar. Vi kom inte fram till någon slutsats mer än att mord aldrig är rättfärdigat och att enda möjligheten att ändra en persons ståndpunkt är att förskjuta hans blick från visshetens till tvivlets.

Utvidgade självmord hör till de mer extrema dåden. En person som vill ta sitt liv och som av något skäl tänker att andra ska följa med, kan på något sätt antas ha förlorat kontakten med realiteterna. Det är en väldigt ovanlig handling, men uppseendeväckande i sin tragik. Många gånger – de flesta – är det familjemedlemmar som mördas innan förövaren tar sitt eget liv.

Förvånansvärt lite är skrivet om ämnet. Det är svårt att veta hur ett kunskapsfält ser ut, om man har ett alltför litet material till sitt förfogande. Bland de få artiklar jag läst finns flera studier som endast omfattar ett litet antal händelser och slutsatserna från dessa studier säger inte någonting om fältet i stort, utan blir mer som kluster av fallbeskrivningar, viktiga i sig men utan grund för någon generalisering.

Förrädiskt med förenklade resonemang

Just tendensen till generaliserande är ett fenomen, som kan höra ihop med människors behov av en känsla av förutsägbarhet, mer än med allmänna beskrivningar och förutsägelser. Den katastrofala situationen med piloten som (sannolikt) i kallt blod mördar alla passagerare när han tar sitt eget liv är ett tydligt exempel på hur svårt det är när man förenklar orsakssammanhangen.

Mannen som förde planet skall enligt media ha varit sjuk på olika sätt. Centralt i beskrivningen är att han ska ha varit deprimerad. Kombinationen av att mannen led av en depression och att han begick ett fasansfullt massmord har lett till resonemang om att personer med en depression inte ska få arbeta som piloter. Bland de studier jag hittat finns det i enstaka artiklar stöd för att personer som gjort utvidgade självmord i mindre utsträckning än övriga personer som *suiciderat varit deprimerade*.

Om det stämmer, skulle kravet på depressionsfrihet för att få arbeta som pilot inte vara relevant, i relation till risken för ett nytt liknande dåd.

Det man tycks kunna sluta sig till utifrån det material jag hittat, är framför allt att det är väldigt svårt att hitta generella riskfaktorer. Även om depression inte är en riskfaktor för utvidgat suicid är det rimligt att tänka sig att en person med depression kan ha svårare att sköta uppgifter som

kräver omfattande simultanförmåga, med upprepade krav på beslut, omprövning av beslut och därefter nya beslut, och en ständigt mycket skarp uppmärksamhet på allt som händer runtomkring. Av det allmänna skälet – att en deprimerad persons kognitiva förmåga tillfälligt är nedsatt – är det klokt att inte göra just pilotjobbet just då.

Det lilla vi kanske vet

Det man kan se är att utvidgade självmord är ovanliga. I USA inträffar ett utökat självmord/300 000 invånare. Om samma frekvens var aktuell i Sverige, skulle det röra sig om ca 15 död varje år. 15 familjekatastrofer. 15 skolsorger. 15 situationer som ibland är totalt oväntade och ibland befarade. Somliga där hot är kända och andra där inga tecken känts av. I befintliga register finns inget om utvidgade självmord så innan någon gjort en studie över svenska förhållanden är uppskattningarna det vi har.

Det finns studier som gör gällande att i stort sett alla förövare vid dessa död är män. Andra studier finner framför allt kvinnor i de undersökta registren. Vanligast är att män som genomför utvidgade självmord just blivit lämnade av en partner och att de kvinnor som begått sådana död oftare är deprimerade, och oftare har små barn. Bland de män som finns beskrivna är partnern den person som först mördas. I de fall den som tar sitt liv är en kvinna var mordoffren vanligare hennes barn.

Det förfärligas konsekvenser - skandalrapporter eller pressetiska överväganden

Dramatiken kring en person som tar andras och sitt liv är stor, inträffar det får det ganska mycket publicitet, även om den förhärskande pressetiken i Sverige, där man inte vill ge själva handlingarna så mycket uppmärksamhet, gör att dåden oftast inte blir så omskrivna, av hänsyn till familjen och för att man inte vill skandalisera händelser där små barn farit illa.

I andra länder har man ibland "gottat sig" mer i dramatiken kring dessa mord.

Det katastrofala massmordet på passagerarna på flygplanet är en sorts händelse som hör till sådant som i sig är så extremt att det är svårt att förutse. De flesta personer som har iscensatt ett utvidgat självmord kanske (enligt somliga) är män, vissa har varit deprimerade vid tidpunkten (färre än de personer som riskerar att suicidera), att inte missbruka och att ha en pågående anställning är vanligt, liksom att ha en partner (även om relationen kan vara på upphällningen). Dock! De flesta män som har en anställning, håller på att skilja sig, är deprimerade, oavsett om det finns ett missbruk

eller ej, kommer inte att vara en fara för andra.

Möjligheten att utifrån kliniska markörer i förväg hitta och bedöma risken för ett utvidgat självmord tycks alltså vara liten. Det finns anledning att i den allmänna suicidriskbedömningen, förutom att fråga om patientens tankar om sitt eget liv och dess värde, också utreda risken för andras kopplat till en patients självmordstankar. Det skulle kunna leda till att vi hittar någon enstaka potentiellt farlig patient. Möjligen.

Det verkar finnas ett par enstaka anamnestic drag som mer än andra ändå ska aktivera ett noggrannare anamnestagande. Det rör sig dels just förlust av viktiga relationer – inte livskriser allmänt – och även ett drag av lättkränkthet med våldsamhet som följd.

Vi behöver lära oss ännu mer om hur man gör för att skydda människor från deras egna impulser, och för att skydda andra från patientens. Vi behöver lära oss ännu mer om hur vi ska värdera risker.

Den syriske mannens fråga vi mötte för tusen ord sedan är viktig: är den här sortens tankar botbara? Jag är nu ännu mer säker än i början av artikeln om att vi inte har något bättre medel än att störa en persons visshet, att återinföra tvivlet. Detta oavsett om vi pratar om den som för att "rädda" sina barn tar deras liv, om den som i svartsjuka eller harm skadar eller dödar, eller om vi talar om den som av orubblig övertygelse anser att det egna livet inte är värt något i relation till det högre syfte som kan motivera till massmord följt av självmord. Under tiden måste göras självklara överväganden om vilka andra insatser som krävs – med eller utan tvångsvård.

Det värsta är att vi oftast inte har en chans att störa, av det enkla skälet att vi så sällan träffar dessa patienter. Men gör vi det, om vi hinner och om vi har möjlighet, så kommer vi ha gjort något gott. Detta goda talar med en mycket tyst röst, så vi kommer inte alltid veta när vi genom någon intervention räddat inte bara patientens utan även andras liv.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

ANNONS

Vart tog alla vårdplatser vägen?

Jag åker ibland ned till huvudstaden och det är ca tre timmars resa om man tar bort väntetiderna. Ofta flyger jag med det s.k. fakirflyget och det är lugnt och tyst i flygplanet.

Inga psykotiska människor – som jag märker av i alla fall.

Vid en semesterresa till Egypten för ca fem år sedan, då det ännu var lugnt där, blev en kvinna på planet somatisk sjuk. Man ropade "Is there a doctor on the plane?".

Jag kände mig kallad att hjälpa till och fick kolla i akutväska. Man avkrävde mig handlingar som visade mitt yrke men det är ju inte så lätt att visa detta, så jag tog fram min barska sida och sa att om de ville ha hjälp så fick de ge mig verktyg.

Där fanns inte mycket. Ampuller med injektionsvätska av olika slag – inalles diuretika, digoxin, glukoslösning, adrenalin och Stesolid. En av varje medicin men ingen nål och ingen injektionsspruta. En vittrad blodtrycksmanschett och ett stetoskop av modell Clas Ohlson, även denna vittrad. Och inte hör man ju något i stetoskopet ombord på ett flyg framförallt om hjärtljuden är svaga. Det gick i alla fall vägen med tanten. Stesolid var metoden som rekommenderades "mot akut galenskap" i en liten handbok för läkare på semester. Inte vet jag om det hade hjälpt med de ynka 10 mg som fanns där i deras akutväska, och ingenting att ge injektionen med.

En lång inledning till berättelsen om mitt senaste besök i Stockholm.

Jag åkte ned för att höra presentation av olika projekt som pågått i SKL, med en alltid lika spänstig Ing-Marie Wieselgren. Vilken kvinna, vilken energi – och fortfarande är flera projekt aktiva. Man blev stimulerad.

Ing-Marie presenterade statistik och med den vändning detta tog passar den i detta temanummer "extremt".

Kolla själva:

Vårdplatsstatistik

Nu ökar invånarantalet med (1 %) 100 000 årligen

Årtal	milj. i Sverige	n vpl. i psyk	%	
1870	4,163	1200	0,03	
1880	4,572	1800	0,04	
1890	4,780	2600	0,06	Dvs. 50/100 000 inv.
1900	5,117	4600	0,09	
1910	5,499	7800	0,14	
1920	5,876	11000	0,19	
1930	6,131	15861	0,26	
1950	7,014	32831	0,49	
1960	7,480	33752	0,45	
1991	8,559	12960	0,15	Dvs. 150/100 000 inv.
2001	8,872	5565	0,06	
2008	9,370	4427	0,05	
2013	9,593	4413	0,046	Dvs. knappt 47/100 000 inv.
2014	9,747			

Nu ökar invånarantalet med (1 %) 100 000 årligen. Folkmängd 9 747 355. Och vårdplatserna sjunker. Även de som har få platser minskar sina.

Men ser ni det jag ser?

Vi har nu psykiatriska vårdplatser motsvarande år 1890! Det är extremt!

SvD skrev i höstas

"Svensk" psykvård nu på europeisk bottenivå

På drygt 20 år har 70 procent av vårdplatserna inom psykiatri försvunnit i Sverige. Samtidigt blir de psykiskt sjuka bara fler och det leder till att patienter skrivs ut fast de inte är färdigbehandlade. – Det är inte förenligt med en humanitär vård, säger Lena Flyckt, ordförande för Svenska psykiatriska föreningen.

Sverige hade 1991 150 vårdplatser i psykiatri per 100 000 invånare. 2014 är siffran nere i 47.

Vi ligger lågt i Europa. Men är det för att vi är duktiga på att klara av problemen i öppenvården?

Det finns olika åsikter om detta, jag tvekar själv. I samma artikel citerades Joakim Ramsberg som "... efterlyser en mera långsiktig strategi för att rusta upp den svenska psykiatri, att man reder ut statens ansvar kontra vad kommuner och landstingen ska göra och ser till att patienterna känner sig delaktiga i vården...". Artikelförfattaren Fredrik Mellgren har också sökt den nya sjukvårdsministern Gabriel Wikström (S) men då ville han inte kommentera rapporten om den förra regeringens insatser mot den psykiska ohälsan. Han hänvisar till Stefan Löfvens regeringsförklaring där det står att "psykiskt sjuka och personer med funktionsnedsättning ska få bättre möjlighet till vård, boende, rehabilitering och sysselsättning".

I flera lokaltidningar landet över skrevs om detta och till TT noterades att Herman Holm, överläkare vid Psykiatri Skåne, analyserat situationen för den slutna psykiatriska vården i Sverige och anser att den på många håll i landet är otillfredsställande.

Tillgången på vårdplatser bestämmer alltför ofta om en patient blir inskriven eller inte. När det finns få platser är det egentligen bara människor som måste tvångsvårdas eller har en överhängande självmordsrisk som får en plats.

Nu har det blivit 2015 och satsningarna behövs än mer. Jag hoppas genom att skriva detta att få till stånd ett statligt krav på landstingen att göra något – med kraft.

Per-Axel Karlsson

Chefsöverläkare

**Psykiatri läns gemensam
Norrbottens läns landsting**

Allen Frances i Malmö

Den 27 mars hade Södra Sveriges Familjeterapiförening bjudit in Allen Frances till en heldag i Malmö. Allen Frances är pensionerad professor i psykiatri och var tidigare ordförande i DSM-IV-kommittén. Han hade pensionerat sig men kände sig tvingad att åter engagera sig när han förstod vad nya DSM-5 skulle innehålla. Hans oro var främst att nya DSM-5 skulle skapa överdiagnostisering och diagnoser av normala tillstånd. Sin kritik har han sammanfattat i boken "Saving normal".

Allen Frances menar att det finns en kunskap som hållit i alla år: 1/3 blir bättre av sig själva, 1/3 blir inte bättre trots behandling och 1/3 blir bättre av behandling. Han menar att vi bör inrikta oss på att hjälpa och behandla dem som har de svåraste störningarna. Hjälper inte en behandling bör man snarare sätta ut en medicin innan man prövar en ny. Risken är annars att man får en kraftig polyfarmaci. Allen Frances pratar mycket utifrån den situation som är i USA där allt fler får diagnos och medicin även för lindrigare störningar. Problemet är att många patienter går till primärvården där man har kort tid för patienterna. De får därför ofta diagnos och behandling redan efter 10 minuters konsultation. En annan



faktor som skyndar på detta är dels att läkemedelsbolagen gör reklam som direkt vänder sig till befolkningen samt att försäkringsbolagen prioriterar korta behandlingar.

En annan faktor är också föräldraföreningar som agerar som lobbygrupper och som också tjänar på att fler får diagnos och därmed fler medlemmar och större inflytande. Allen Frances påpekar att så fort som en diagnos ger en fördel så tenderar den att öka och risken för överdiagnostisering blir tydlig. För barnpsykiatrien pekar han på att det varit en stor ökning av diagnoserna ADHD, autism och bipolär sjukdom. Han var också mycket kritisk till den nya diagnosen Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD). En diagnos som kommit till för att avgränsa och minska diagnosen bipolär sjukdom hos barn och unga.

Allen Frances förespråkar att man har en stegvis modell för utredning och behandling, framför allt för de lindrigare tillstånden där man kan avvakta och se hur varje steg fungerar. Detta är väl i linje med de riktlinjer som vi inom SFBUP nu skriver där vi betonar vikten av att just utreda och behandla stegvis. Detta för att undvika överdiagnostisering och överbehandling men också underdiagnostisering och underbehandling.

Till skillnad mot journalisten Robert Whitaker, som också gästade familjeterapiföreningen förra året, och som är emot all slags medicinering inom psykiatrien är Allen Frances inte emot diagnoser och behandling av psykiatrisk sjukdom, men han pekar på trenden med överdiagnostisering och överbehandling av lindrigare tillstånd och att detta stjäl resurser för dem som har svårare psykiatriska tillstånd. Jag tycker att det är väl värt att lyssna på Allen Frances men ändå tänka på att han pratar utifrån situationen i USA. Jag kan varmt rekommendera hans bok "Saving Normal"

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

Rapport från Svenska BUP-kongressen 2015 i Linköping

BUP-kongressen arrangeras varje år av SFBUP och en lokal klinik. I år var det Linköpings tur. Temat var BUP och skolan. Det aktuella och angelägna temat bidrog säkert till att hela 950 deltagare kom till kongressen. Det är mycket glädjande att intresset för barn- och ungdomspsykiatri är så stort och speciellt när det gäller samarbetet med skolan. Kongressen består av plenarföreläsningar och symposier och posterutställning. I år var det hela 27 poster att fördjupa sig i. Två poster utsågs till de bästa och författarna fick diplom. Det var Elin Nylander med "1 års uppföljning av barn med ADHD – vad hjälper?" och Lotta Omma med "Att vara ung same i Sverige: Livsvillkor, självvärdering och hälsa." Vi gratulerar än en gång. Dessa poster samt flera andra finns på vår hemsida.

Kongressen startade med Ross Greene som föreläste om sin metod att förstå och behandla utagerande barn. Sammanfattningsvis var budskapet att barnet reagerar negativt på grund av att det inte kan, dvs. saknar färdigheter, och inte på grund av att det inte vill. I stället för straff behövs förståelse och träning av färdigheter. Metoden har han grundligt beskrivit i boken "Explosiva barn" och på senare år "Vilse i skolan". Hans hemsida, <http://www.livesinthebalance.org/site-guide>, finns på norska och kommer också nu på svenska.

Vladimir Carli, lektor från KI, redovisade sedan SEYLE-projektet, som nyligen publicerades i the Lancet. Enligt denna studie, som Danuta Wasserman ansvarade för, kunde man halvera risken för självmordsförsök hos ungdomar. Man använde ett "Awareness-program" där eleverna genom korta föreläsningar, affischer i klassrumsmiljön och en omfattande broschyr att ta hem lärde sig att känna igen psykisk ohälsa och främja psykisk hälsa. Eleverna fick också delta i handledda rollspel där de fick pröva sina känslor i och lära sig bemästringsstrategier för olika svåra livssituationer som kan leda till suicidala beteenden. Programmet som vände sig direkt till och aktiverade eleverna jämfördes med tre andra grupper. En där skolpersonal tränades att känna igen elever med suicidalt beteende och motiverade dem att söka hjälp, en grupp där psykiatriker, psykologer eller kuratorer skulle identifiera elever med psykisk ohälsa och behandla dem, och en kontrollgrupp som hängde upp affischer i skolan. I ingen av dessa grupper kunde man se någon minskning av självmordsförsöken.

För mig som barnpsykiatriker som ofta är ute i skolan var resultatet både nedslående och glädjande. Att kamrater har stor betydelse vet alla som arbetar med barn- och

ungdomspsykiatri. Hur ofta hör man inte att en ungdom som försökt ta sitt liv ringt en kompis och inte till föräldern? Kompisen i sin tur ringer nästan alltid föräldern. Även om vi vill att den som har självmordsnära tankar skall prata med sina föräldrar i första hand så är det viktigt att uppgradera kamraternas roll. Detta projekt gör det och jag tänker att detta är forskning som man kan omsätta direkt i skolorna i dag.

Torkel Klingberg, professor från KI, höll en föreläsning om framför allt arbetsminnet och hur man kan förbättra det genom träning. Han pratade om sin forskning där han och hans team försöker hitta hjärnfunktion och dess koppling till gener. Klingberg menar att man kan förbättra barnens arbete med minnesträning och därigenom förbättra barnens förmåga att klara skolan. Han kunde visa att förbättringen av arbetsminnet kunde kopplas till förändringar av dopaminet på receptornivå. Det var lite svårt att hänga med men slutsatsen förstod jag. Det är bra att träna minne tidigt och att musicera, medan stress inte är så bra för arbetsminnet.

Sven Bölte, professor och föreståndare för KIND på KI, pratade om något som var nytt för mig, nämligen WHO's klassifikationssystem för funktion. Detta skall komplettera ICD-10 som är inriktat på symptombeskrivning, och beskriva funktionstillstånd och funktionshinder. Att det är en glidning från att betona symptom till att framhålla och titta på funktionen kändes tydligt genom hela kongressen. En utveckling som jag kan tycka är bra. För mer information om ICF hänvisas till Socialstyrelsens hemsida där man kan ladda ner barn och ungdomsversionen, <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/koderfunktionstillstandicf>.

Ata Ghaderi, professor på KI, höll en "state of the art"-föreläsning om ätstörningar som var mycket matnyttig. Han började med en exposé över hur vi förhåller oss till skönhetsideal och hur förslaget vi visar retuscherade kroppar. Samtidigt som det finns ett skönhetsideal där man skall vara smal har matportionerna blivit allt större, ta bara kanelbulle som ett exempel. När det gäller behandling kunde han visa att avskräckande behandling som att till exempel bjuda in f.d. patienter inte var så lyckat utan i stället kunde förstärka ätstörningen. Den bästa effekten fick man om man kunde aktivera flickorna och pojarna och lära dem dissonansstrategier, dvs. få dem att utmana sitt eget tänkande. Han gav olika metoder för detta. T.ex. att "skriva brev till en flicka i din egen ålder som kämpar med tankar om vikt och figur", "gör en 10 i topplista över hur flickor i din ålder kan motstå skönhetsidealen", "förelå

en vän tre sätt att uppskatta sin kropp och saker på hur du i praktiken kan gå emot smalhetsidealet". Han avslutade med att rekommendera en film på you tube: <https://vimeo.com/10123471>.

Mellan plenarföreläsningarna kunde man välja på många olika symposier. Jag valde bland annat att gå på ett om språkstörningar. Det var tre logopedier som föreläste. Logoped Martina Hedenius presenterade sin egen studie som gav mig en "aha-upplevelse". Hon kunde visa att barn med grammatiska svårigheter fick "börja om" dagen efter att de lärt in ett test. De hade glömt mycket av det som de lärt sig dagen innan, medan barn utan språkproblem "tog ett språng" och kunde bättre efter en natts sömn. Hur många gånger har jag inte hört föräldrar och lärare frustrerade säga "men han kunde det ju igår". Logoped Barbro Bruce höll en intressant föreläsning grundad på lång erfarenhet. Hon menade att 40 % av barn mellan 7-14 år som remitteras till BUP har en språkstörning som inte är känd. I dagens skola har språket en stor betydelse. Det är inte bara på lektionerna i svenska som man använder språket utan i stort sett i alla ämnen, även ämnen som bild där man skall kunna kommentera sina bilder. Språkstörningar uttrycker sig i bristande uttrycksförmåga med svårigheter att hitta ord, att kunna formulera sig i berättande och skrivande. Det kan också uttrycka sig i bristade språkförståelse, att man

inte hänger med i vad andra pratar om. Konsekvenserna är att barnen med språksvårigheter blir osäkra, får olust inför uppgifter som ställer krav på språkförmåga och sämre inlärningsmöjligheter om de inte får hjälp att kompensera. Logoped Johanna Kristensson berättade sedan om kompensatoriska hjälpmedel. Hon menade att det i dag finns många fina hjälpmedel som är lättillgängliga via appar, läsplattor och telefoner, och att dessa hjälpmedel är bra för alla barn. Johanna har bloggen <http://logopedeniskolan.blogspot.se/> vilken kan rekommenderas om man är intresserad av kompensatoriska hjälpmedel.

Kongressen var mycket lyckad och avslutades med att verksamhetschef Sven Ernstsson i BUP Uppsala välkomnade alla till BUP-kongressen 2016 i Uppsala med temat "Missbruk". Senare har temat omformulerats till BUP och socialtjänsten där en viktig del blir just missbruk. Jag hoppas att vi ses då men först är det Riksstämman där vi har två intressanta symposier om ensamkommande flyktingar och om "första linjen".

Lars Joelsson

Ordförande i SFBUP.

Alla foto: Göran Billeson och Staffan Gustavsson



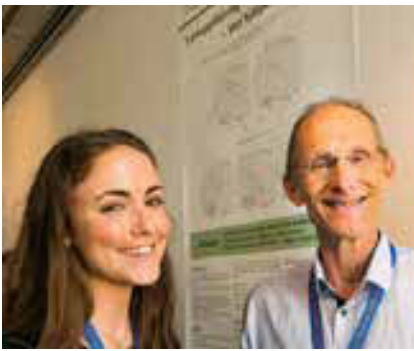


Foto: Göran Billeson och Staffan Gustavsson

Reflektioner från BUP-kongressen 2015

Temat för årets kongress, som hölls i Linköping under de första vårdagarna där man bokstavligen såg knopparna på träd och buskar växa timme för timme, var BUP och Skolan. Ett mycket angeläget ämne som berör oss alla och som på samma gång är utmanande och bekymmersamt. Sjunkande skolresultat, ökat utanförskap hos barn och ungdomar, ojämlika förutsättningar och ökande klyftor. Jag har arbetat inom barnpsykiatri sedan 1998 och ur min synvinkel har barnpsykiatri och skolvärlden närmast sig varandra år för år.

Verksamheterna har blivit tätt sammanflätade i varandra och lär så förbli. Det känns därför extra viktigt att fundera på vad vi inom barnpsykiatri och skolvärlden kan göra var för sig och vilka förändringar vi kan åstadkomma tillsammans. Jag tror vi måste vara kreativa och tänka nytt och utanför boxen, för det är ganska illa ställt med både skola och barnpsykiatri på många håll. Hur ska vi kunna hjälpas åt att ge barn och ungdomar de förutsättningar de har rätt till? En väg är kanske att lagstadga FN:s barnkonvention... men det är en annan fråga.

Kongressen inleddes kärnfullt av Ross Greene, amerikansk psykolog, känd bl.a. för böckerna "Explosiva barn" och "Vilse i skolan". Han beskrev sig som en ur familjen Trapp från Sound of music, när de på slutet sjunger "Hello, farwell"-sången (ni vet när de ska fly ur Österrike från nazisterna)... Han hade ett flyg att passa och höll ett väldigt kort anförande innan han sprang ut från scenen och flög ut ur landet.

Hans enkla budskap var: De flesta människor gör så gott de kan och barn som utmanar gör det på grund av brister i vissa "förmågor" (skills). Det kan handla om bristande förmåga till problemlösning, språk- eller kommunikationssvårigheter, svårigheter med flexibelt tänkande, för låg frustrations-tolerans mm. Utmanande beteenden uppstår när kraven överstiger den faktiska förmågan. En lösning Ross Greene föreslår utifrån detta perspektiv är att:

1. identifiera bristerna
2. identifiera vilka krav som är för stora och
3. hjälp till att lösa problemen samtidigt som man lär ut/tränar förmågorna.

Ross Greene är möjligen förföriskt enkel i sitt budskap, men han har flera poänger.

Språkstörningarnas dolda inverkan

Ett annat område som belystes vid flera seminarier och som jag tycker är väldigt intressant och viktigt var språkstörningar och hur det påverkar barns och ungdomars utveckling och psykiska mående.

Barbro Bruce, logoped och specialpedagog pratade med rubriken *Språklig sårbarhet, kunskapande och vänskapande*. Hon beskrev hur språklig sårbarhet som sen talstart, långsam talutveckling eller annorlunda språkutveckling påverkar barn på flera olika sätt och kan ge psykiska/psykiatriska konsekvenser som t.ex. osäkerhet, olust, undvikandebeteenden, som påverkar både inlärningsförmåga, självbild och relationer och samspel.

Studier visar att cirka 40 % av de barn och ungdomar som kommer till BUP har en känd eller inte känd (!) språkstörning, så visst är språksvårigheter något som vi verkligen måste ha i åtanke i barnpsykiatri.

Skolan förväntas på många håll genomföra en ökad integrering av elever med behov av extra stöd och anpassningar i vanliga klasser, större klasser, färre lärare, många olika språk, ökad tidspress mm. Med sådana omständigheter blir de behov barn med språkstörningar har ibland svåra att tillgodose. Tidig upptäckt, tidiga insatser och **inte minst** ökad kunskap om vad språksvårigheter kan ge för konsekvenser känns väldigt angeläget! Fler logopeder behövs både i skola och i psykiatri.

Prioriteringar - vardagsdilemman

Ett bekymmer som vi i vården brottas med dagligen (jag tror ni är överens med mig) är de prioriteringssvårigheter det ökade trycket av vårdsökande, bristande resurser, ökad administration, ställer oss inför.

Sven Bölte, professor i Barn- och ungdomspsykiatrisk vetenskap vid KI, höll en föreläsning om diagnostiska system som DSM-5, ICD 10 men framförallt om funktionsklassifikationer i ICF/ICF-CY (International Classification of Functions – CY är barnvarianten). De ska användas för att beskriva en persons funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utifrån en biopsykosocial modell. Det är en omfattande bedömning som inte ännu (om jag förstår rätt) är så användarvänlig.

Bölte frågade sig och oss varför vi ska bry oss om funktion(-snedsättning)?

Han menar att bedömning av funktionsförmåga/nedsättning är mindre stigmatiserande och mindre kontroversiellt än diagnos/symtom. Vidare betonar han att en sådan bedömning kan upplevas som både viktigare och mer informativ än diagnosen i sig. Den ger också en bättre beskrivning av individens utmaningar och ger utrymme att dessutom betona individens starka sidor.

En funktionsbedömning förenklar också kommunikationen mellan professioner, patienter, familj och omgivning och ger bättre vägledning om vilka insatser som kan behövas. Det är ju alldeles riktigt och sant och dessutom det vi dagligdags ägnar oss åt när vi bedömer symtom och svårigheter och frågar oss hur mycket *det här* påverkar vardagen för individen, familjen och omgivningen?

Det som oroar mig något är dock frågan om vem som ska göra de här viktiga, men rejält omfattande funktionsbedömningarna som föreslås i ICF? Kanske är min oro att det ska hamna på doktors lott obefogad. Andra professioner är nog bättre lämpade kan jag tycka, som arbetsterapeuter, sjukgymnaster eller specifika team för funktionsbedömningar.

Det är också svårt att göra funktionsbedömningar. För barn som lever i ett sammanhang med familj och skola kan en lindrig funktionsnedsättning bli enormt funktionshindrande, om miljön ger bristande stöd och det finns för lite resurser. På samma sätt kan en mycket välfungerande miljö kompensera för även stora funktionsnedsättningar.

Det ingår förstås i bedömningen att titta på miljön, men jag tänker ändå att det svårt att värdera om miljön (som skolan, klassrumssituationen, hemmet, föräldraförmågan) är tillräckligt bra och hela sammanhanget måste ställas i relation till den enskilde individens funktionsnedsättning. Vem definierar hur en tillräckligt bra miljö ska vara? Jag tror ändå att funktionsbedömningar är den väg vi behöver gå vidare på för att kunna prioritera i vården, ge rätt och lagom stora insatser till rätt person och tydligare skilja på symtom och funktion. Det är ju också det man trycker på i DSM-5.

Det här var några av de ämnena som berördes som fångade mitt intresse men det var förstås många, många andra spännande föredrag och seminarier. Sammanfattningsvis var kongressen på det hela taget väl arrangerad med ett matnyttigt innehåll som gett inspiration för det fortsatta arbetet.

Katarina Nolkantz Frydman
Barnpsykiater, överläkare
Prima Barn- och ungdomspsykiatri Botkyrka

Ledarskap och organisation Nationellt seminarium för ST-läkare i barn- och ungdomspsykiatri

I samband med årets BUP-kongress anordnade SLUP och SFBUP tillsammans med ST-läkare från kongressorten ett nationellt ST-seminarium. Intresset var stort och närmare 40 ST-läkare från hela landet samlades under måndagen i kongresslokalen. Ledarskap och organisation är ett ständigt aktuellt ämne oavsett och detta var också temat för seminariet.

Det hela inleddes med att Sara Lundqvist, barn- och ungdomspsykiatriker, och Andreas Hahne, ST-läkare från Halland, pratade om ledarskaps-ST som de båda nyligen avslutat.

Suzanne Ågård, chefsöverläkare och sektionschef, samt Marie Carlsson, psykolog och verksamhetschef, båda från BUP Göteborg, pratade om sin syn på att vara chef och erfarenheten av delat ledarskap.

Avslutningsvis var Åsa Kadowaki inbjuden och hon pratade om det personliga ledarskapet, att sätta gränser både gentemot organisation och patienter.

Föreläsningarna var uppskattade av ST-läkarna och de flesta ville se en årlig återkomst av ST-seminariet.

Som sista punkt på programmet diskuterade vi ledarskap på BUP och ST-läkarens möjlighet att påverka. Det framkom stora nationella skillnader i hur BUP-kliniker leds och styrs. I gruppdiskussionerna blev det också tydligt att det behövs ett forum för oss ST-läkare inom barn- och ungdomspsykiatri. Sociala medier i all ära men att ses i IRL och få höra hur BUP fungerar i olika delar av landet där vissa kliniker kan ha 15 ST-läkare och andra klinker endast en, skapar ett viktigt erfarenhetsutbyte och kontaktnät som sätter oss i ett sammanhang. Det kan kännas ensamt ibland som ST-läkare inom BUP, vi hoppar runt på olika placeringar, är borta på kurser och på många ställen saknas det specialister vilket gör att man ibland får mer ansvar än vad man mäktar med. Att då träffa andra ST-läkare, inspireras och utbyta erfarenheter tror jag är oerhört viktigt. Speciellt för en sådan liten specialitet som vi blivande barn- och ungdomspsykiater tillhör.

Jörgen Vennsten
ST-läkare, ordförande SLUP



Masterclass Psychiatry

en etablerad konferensform i Luleå

Fjolårets succé med Masterclass Psychopharmacology följdes i år upp med ännu en Masterclass. Denna gång med fokus på Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, utvecklingsstörningar och psykos. Ett par hundra läkare och studerande samlades i slutet av februari i Luleå, för att under ett par dagar lära sig mer om ämnet genom föreläsningar av världsledande forskare och kliniker från Maudsley Hospital/Institute of Psychiatry, King's College, London.

För konferensen hade vi engagerat fyra talare från Maudsley Hospital. Professor Declan Murphy, som leder Sackler Institute for Translational Neurodevelopment och Department of Forensic and Neurodevelopmental Science, satte tillsammans med mig samman programmet och bidrog med tre egna föreläsningar.

Declan hade med sig Michael Craig, chef för National Autism Unit och visiting professor vid universiteten i Tel Aviv och Edge Hill i Liverpool, Grainne McAlonan, chef för FOU-enheten Behavioural and Developmental Psychiatry och docent vid universitetet i Hong Kong, samt Dene Robertson, överläkare vid Maudsley Behavioural Genetics and Autism Assessment Clinic och ADHD-mottagningen för vuxna.

De brittiska talarna kompletterades med docent Eva Malt och professor Ulrik Malt från Norge. Anders Berntsson, chefsöverläkare vid vuxenpsykiatri, Sunderby sjukhus och verksamhetschef vid Prima vuxenpsykiatri, guidade tillsammans med mig genom programmet.

Årets Masterclass fokuserade framförallt på en djupare förståelse av etiologin och patofysiologin samt differentialdiagnos av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar ur forskningsperspektiv och kliniskt perspektiv.

Målet med konferensen var att deltagarna skulle få en "state of the art update" om forskningsläget inom neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och utvecklingsstörningar samt klinisk handläggning. Tonvikten lades på att se människans individuella profil och hitta den bästa lösningen för varje enskild patient. Med Lipus-certifiering och tillgång till presentationer i efterhand via SlideShare, gav konferensen även viktiga studiemeriter för ST-läkare.

Den första sessionen fokuserade på relation och samsjuklighet mellan autismspektrumtillstånd, schizofreni och psykopati. Bland annat togs frågan om den autistiska hjärnan är annorlunda upp, om sambandet mellan autism

och psykos och det bästa sättet att kommunicera med autistiska människor.

Den andra sessionen berörde endokrina och psykofarmakologiska frågeställningar ur genusperspektiv. Här tog föreläsarna från Maudsley ställning till centralstimulerande och icke-centralstimulerande behandlingar. Dessutom diskuterades frågan om den kvinnliga hjärnan skiljer sig från den manliga hjärnan. Denna session avslutades med en "Bring your case"-frågestund, där deltagarna kunde diskutera fall ur sin kliniska vardag med experterna.

Den första konferensdagen avslutades med en mycket uppskattad föreläsning av professor Ulrik Malt, som varit expertvittne i rättegången mot Anders Behring Breivik. Ulrik Malt belyste fallet ur neuropsykiatrisk synvinkel och härledde lärdomar för vår kliniska praktik.

Den tredje sessionen berörde terapeutiska utmaningar som sömnbesvär och aggression samt integrerad vård för psykisk och somatisk hälsa för människor med utvecklingsstörningar.

Konferensen anordnades på Clarion Hotel Sense där de flesta konferensdeltagarna hade logi och konferensmiddagen bjöd på många intressanta diskussioner. Istället för den milda vinterns underkylda regn och ishalka, kunde vi bjuda på lite fint vinterväder med sol och en fantastisk utsikt över isen.

Det lyckade konceptet med Masterclass har visat att Norrbotten som geografiskt sett ligger långt från storstadsregionerna, inte är medicinskt perifert när det gäller ny kunskap. Redan från anmälningstart var intresset för konferensen mycket stort från hela landet. Ett stort tack till alla öppna och nyfikna konferensdeltagare som gjorde dessa dagar till en så positiv upplevelse.

Nu gäller det att fortsätta på den inslagna vägen med kunskapsutbyte i världsklass med internationella konferensen i konsultationspsykiatri genom European Association of Psychosomatic Medicine (EAPM) som äger rum i Luleå i juni 2016.

Ursula Werneke, MD, MSc, FRCPsych
Docent och överläkare
Sunderby sjukhus, Luleå
Norrbottens Läns Landsting

Ses på RIX 3-4 december!

För dig som tycker att det är för långt till nästa SPK och vill ha ytterligare en möjlighet att träffa kollegor från hela Sverige samt inspireras av olika företrädare för psykiatri - missa inte att redan nu boka av den 3 till 4 december i din kalender! Efter fjolårets överfyllda salar vid det psykiatriska programmet är vi i år utlovade mer plats och dessutom den medicinska specialitet som har störst eget program under dagarna. Riksstämman är emellertid så mycket mer än bara psykiatri och här kommer också finnas möjlighet att uppdatera din kunskap inom övriga medicinska specialiteter eller för den delen inspireras mer allmänt kring vårt yrke.

Diagnostik, neurobiologi och psykiatriambulans

SPF inleder sitt egna program med en föreläsning som kommer modereras av SPF:s ordförande Hans-Peter Mofors. Mats Adler kommer delge ökad insikt i modern psykiatrisk diagnostik och bidra med kunskap och erfarenheter med att arbeta utifrån psykiatriska behandlingsprogram. Vidare kommer Susanne Bejerot vidga synen kring psykiatrisk diagnostik och delge kunskap från sin forskning. Andreas Carlborg kommer att presentera projektet och arbetet med "psykiatriambulansen" som utgår från Länsakuten på S:t Görans sjukhus.

Hjärnabbildningens betydelse idag och i framtiden

Forskningen kring nyttan av biomarkörer inom psykiatri är ett dynamiskt utvecklingsfält. Mikael Landén modererar SPF:s nästa programpunkt under läkarstämman där hjärnabbildningens användningsområde för förståelse, diagnostik och förbättrade behandlingsmöjligheter av psykisk sjukdom kommer diskuteras. Carl Johan Ekman inleder med att presentera sin forskning med hjärnabbildning på bipolära, Johan Lundberg fortsätter med fokus på deprimerade och autistiska människor, Katarina Howner beskriver därefter sina fynd om psykopati och slutligen kommer Predrag Petrovic presentera senaste rön från sin forskning på området.

Litiums effekter, risker och alternativ

Att litium är en bra behandling vid bipolär sjukdom känner nog de flesta av oss till men finns det andra tillstånd där vi borde använda behandlingen mer? Vidare, hur stora är riskerna egentligen för njurar och hur sköter vi uppföljningen bäst? Finns några alternativ som fungerar lika bra och i så fall vilka? Som en samverkansprogrampunkt med Svensk förening för njurmedicin fortsätter därefter SPF:s program genom att Lena Backlund berättar om sin egen kunskap inom området och modererar Mikael Landén och Carl Gustaf Elinder kring frågorna.

Samarbete med SFAM

Programmet kommer fortsätta med en samverkansprogrampunkt med SFAM om var, vem och

hur psykiatrisk behandling ska ges. Delvis med tanke på primärvårdens stora uppdrag att vara första linjens psykiatri. Ullakarin Nyberg kommer moderera bland andra Cecilia Svanborg om internetpsykiatrins möjligheter och Marie Bendix om funktionella neurologiska tillstånd och hur konsultationspsykiatriskt tänkande kan bidra till bättre behandlingsresultat för detsamma*.

Utmattningsyndrom en behandlingsbar möjlighet

Marie Åsberg kommer därefter moderera ytterligare en samverkanspunkt med SFAM om det aktuella läget om utmattningsyndrom epidemiologiskt och dess behandlingsmöjligheter. Deltagande bland annat Ingibjörg Jonsdottir och Kristina Glise från Stressmedicin i Göteborg*.

Alien och psykoanalys

Även detta år på läkarstämman kommer den psykiatriska filmfestivalen till RIX. Denna gång är det Göran Rydén som åter kommer hålla sin föreläsning om "Alienquadrologin - en psykoanalytisk saga om moderskap och anknytning". Kanske den bästa föreläsningstiteln någonsin och i sig ett exempel på varför psykiatri är en så spännande medicinsk specialitet. Förhoppningsvis kommer även SPF på Stockholm Water Front kunna avsluta det psykiatriska programmet på RIX inte bara med denna fantastiska filmföreläsning med inspiration till arbetet som psykiater, utan också kunna bjuda på popcorn till filmvisningen även om inte i en filmstad som under SPK i Göteborg.

RIX mycket mer än SPF:s program

I programmet för läkarstämman 2015, förutom det där SPF är huvudansvarigt, finns flera andra psykiatriska, bl.a. barnpsykiatriskt spännande programpunkt utifrån den ökade psykiska ohälsan hos barn och ungdomar och hur den ska tas om hand, samt en uppföljning av levnadsvaneprojektet och psykisk hälsa. Generellt i arbetet i delegationen för läkarstämman framkommer ett stort intresse för psykiatri.

Om inte ovanstående program redan nu fått dig att boka av dagarna så kan jag även utlova många andra spännande föreläsningar och workshops med föreläsare och inspiratörer från hela världen. Missa inte heller chansen att uppdatera dig om fjolårets nobelpris i medicin innan nästa delas ut, så varför inte ta chansen att träffa kollegor och inspireras till din vardag i december?

Varmt välkomna!

Maria Larsson

SPF:s Riksstämmosekreterare

*) Båda samverkansprogrampunkter med SFAM fortsatt under bearbetning, och de och övriga fullständiga abstrakt för programpunkterna finns snart på både SPF och SLS hemsidor.



Varför har vi en patientjournal inom psykiatrin och hur skall innehållet vara?

Frågan låter kanske lite banal. Det är väl självklart att vi vet varför vi har en journal. Först tänkte jag så när jag satt mig ned för att skriva mitt debattinlägg till vår tidskrift om att man nu vill införa elektroniska hälsotjänster i sjukvården som också gäller vuxenpsykiatrin. Det handlar om att patienten skall kunna maila om administrativa tjänster men det viktigaste är att man planerar att patienten skall kunna sitta hemma och när som helst läsa sin journal. Jag vill ändå fördjupa några tankar om varför vi har en journal på varje patient och också kommentera lite hur innehållet idag på grund av flera anledningar har förändrats och ser ut.

Det vore mycket intressant om man kunde göra en studie som belyste hur psykiatriska journaler har förändrats från början av 1960-talet och fram till nu på 2010-talet. Har innehållet förändrats? Avspeglar förändringar de samhällsförändringar som skett? På vilket sätt har diagnoserna förändrats? Förstår man hur man kommit fram till diagnosen? Hur ser behandlingen ut idag? När jag i mitten av 1970-talet började inom psykiatrin, brukade vi ibland skämta och säga, att när vi hade en patient som fått en diagnos var det viktigaste att först kontrollera vilken doktor som satt diagnosen. Nu på 2000-talet handlar det ofta om ett antal självskattningsformulär och inte någon tydlig anamnes. Ibland förefaller man ha använt diagnosregistret DSM-IV på ett mekaniskt sätt.

Journalen har för mig fyra huvudsyften:

1. Journalen utgör ett viktigt arbetsinstrument för alla som arbetar med patienten.

Om man arbetar i ett psykiatriskt team med flera kompetenser som träffar patienten, behöver man se varandras uppgifter. Läkare kommer och går och det behövs uppföljning. Datajournalen idag ger mycket bättre möjlighet för snabb samverkan mellan öppenvård och slutenvård särskilt om det handlar om längre geografiska avstånd. Vid akut eller planerad inläggning i slutenvård av patient i öppenvården skall den ansvarige öppenvårdsläkaren göra en tydlig journalanteckning vad det handlar om och helst också en sammanfattning av tidigare journaluppgifter, då överläkaren i slutenvård ofta är för stressad. Sekreteraren skriver ut anteckningen som

redan finns då patienten kommer till akutmottagningen. På en arbetsplats jag tidigare arbetade på, kunde jag direkt skriva in en patient som slapp gå via jouren och där avdelningens underläkare omedelbart såg patienten och min anteckning.

Ansvarig överläkare i slutenvården måste göra en tydlig bedömning i en anteckning. Det skall också finnas en tydlig epikris/slutenvårdsanteckning vid utskrivning av patienten. Tyvärr fungerar det här inte alltid. När jag ringer bakjouren får jag höra att det inte finns några lediga vårdplatser och att man helst inte vill ta emot patienten. Tyvärr blir jag tvungen att säga att jag måste skicka patienten och det blir en ansvarsfråga vilken bedömning man gör. Patienten blir förstås inlagd.

Man behöver inte ha en onödigt stor mängd rubriker men innehållet skall vara tydligt med följande avdelningar:

- a) Uppgifter om patienten
 Bakgrund, utbildning, sociala förhållanden, relationer, barn, arbete, trosfrågor mm. allt efter behov. Här är ofta journalerna för knapphändiga.
- b) Sjukhistorien.
 Tidigare sjukdomar, aktuella somatiska sjukdomar, symtombeskrivning, vilken utredning som gjorts och görs, hur man kommer fram till diagnos. Patientens syn på diagnosen.
- c) Behandling
 Vilka mediciner har satts in och följsamhet, samtalsstöd och psykoterapi? Samverkan med vårdgrannar, anhörigas medverkan i vården mm.
- d) Uppföljning och effekt av behandlingen
- e) Kopior av olika intyg och remisser

2. Journalen är ett ansvarsdokument.

Journalen utgör också ett dokument för ansvarsfrågor om hur man utrett och handlagt patienten och hur kontakten sett ut. Det framgår i en bra journal. Idag är det risk att man utgår från rubriker i ansvarsfrågor men struntar i journalens innehåll. I journalsystemet Cosmic måste man idag vid nybesök ha rubriker om självmordsrisk innan anteckningen kan signeras och i vissa journalsystem för varje återbesök. Självklart skall man vid självmordsrisk alltid noggrant beskriva den men inte bara med siffror. Tyvärr verkar man ibland skrämna behandlare som negerar massa frågor



utan egentlig anledning. Ett typexempel var en patient som remitterades till mig och hade gått i psykoterapi nästan ett år. Vid varje besök hade terapeuten noterat "Ingen självmordsrisk". Det fanns aldrig i det ärendet någon självmordsrisk, så det blev rent absurt. Dessvärre är det så, att skall man rätt kunna bedöma viktiga frågor så behövs det en bra relation mellan patient och behandlare. Risken idag i stället för en relation med patienten är att man har en rad obligatoriska rubriker med ansvarsfrågor för att hålla ryggen fri.

Om frågorna står för något är inte lika viktigt.

3. Journalen är ett dokument för utvärdering av behandlingsinsatser och resultat.

Enligt min uppfattning bör man på varje öppenvårdsmottagning inom psykiatri en gång om året göra en kvantitativ och kvalitativ uppföljning av de patienter man haft. Här handlar det inte om rubriker utan om innehållet i journalanteckningarna. Hur många nybesök har man haft och hur många återbesök. Diagnoser och insatt behandling, resultat, antal patienter som uteblivit och varför man har släppt dem. Uppgift om vilket stöd svårt sjuka patienters barn har. Samverkan med närstående. Samverkan med vårdgrannar. Hälsoundersökningar på psykospatienter, mm. Självklart kan man inte varje år titta på alla frågor utan man kan välja olika infallsvinklar. Se också min artikel i Svensk Psykiatri 2014, nr 1, "Hur kan en vuxenpsykiatrisk mottagning ledas och utvärderas kvalitativt och kvantitativt?".

Journalutvärderingen skall göras av behandlingspersonal inom mottagningen och inte av administratörer utan klinisk kunskap. Ett exempel jag har är en administratör som kontrollerade antalet vårdplaner som rubrik i journalerna, men inte alls brydde sig om innehållet. För mig är en vårdplan något man upprättar tillsammans med patienten och patienten får en egen kopia och om man vill undertecknar både patient och behandlare planen.

Journalen får inte användas för att mäta insatser/åtgärder på ett meningslöst sätt. Ett typexempel här är Cosmic-systemets åtgärdsregister. Då jag träffar en patient skulle jag t.ex. kunna notera följande åtgärder på samma besök: Att jag gjort en klinisk bedömning, psykologiska funktioner (AU 002). Klinisk undersökning, psykiskt tillstånd (AU 009). Självmordsriskbedömning (AU 012). Anamnesupptagande (AV 018). Bedömning av levnadsomständigheter (AV 115). Klinisk funktions- och aktivitetsbedömning, t.ex. boende,

arbete sysselsättning (AV 116). Haft ett stödjande samtal (DU 007). Ordinerat ett läkemedel (DT 026).

Skrivit ut ett läkemedel (XV 008). Sjukskrivit (GD 002). Naturligtvis säger det mer om hur flink jag varit på att notera åtgärder än om besöket haft kvalitet.

4. Journalen kan vara en källa till kunskap för patienten. Det som är absolut viktigast är att den som utrett och vill starta behandling har tid att sitta ner med patienten och ha en diskussion om vad man kommit fram till och hur man vill försöka hjälpa patienten. Det här får inte slarvas bort och det kan vara tuft för patienten att få så mycket känslig information. Man måste följa upp och se om patienten accepterar och förstår det man kommit fram till. Det här kan inte ersättas med att bara själv läsa sin journal även om det står i den gällande patientjournalmallen från 1985: "De journalhandlingar som upprättas inom hälso- och sjukvården skall vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så långt som möjligt förståeliga för patienten".

I förarbetet försökte man beskriva vad som menades med "så långt som möjligt förståeliga för patienten". Man skall till exempel inte använda främmande och svåra ord. Det skall vara korta och enkla meningar. En intressant fråga blir då hur en kirurg utformar en operationsberättelse så att patienten kan förstå rakt av?

Genomför man att patienten ensam hemma eller tillsammans med närstående kan sitta ner och när som helst läsa sin journal så får man inte minska möjligheten att patient och ansvarig behandlare möts öga mot öga och har tid för bra möten. Det är det viktigaste inslaget i en bra utredning och behandling. Fungerar kontakten mellan patient och behandlare kan det vara bra att patienten läser sin journal. Det kan skapa tillit och öka patientens kunskap om sig själv. Risker och svårigheter beskriver jag i en artikel i kommande nummer.

Lars Albinsson
Med.dr. Specialist i psykiatri
lars.albinsson@hotmail.se



Psykiatriska kliniker går förbi kvalitets- och upphandlingsregler

Den 5 april 2007 kom en faktura till en psykiatriklunik i sydligaste Sverige. Fakturan var på 42 858 kr och avsåg ersättning för sex tester. Avsändare var ett företag som hette SchizoDetect, numera SensoDetect. Tre månader senare fick psykiatriska kliniken i en stad ett tiotal mil därifrån en faktura avseende tre tester från samma företag på 25 200 kr.

Fram till hösten 2014 har SensoDetect fakturerat psykiatriska kliniker i elva landsting sammanlagt drygt 2,3 miljoner kronor. Mest har ett sjukhus i Västsverige betalat, 930 000 kr, på andra plats finns ett sjukhus i Svealand som betalat 442 000 kr. En rättspsykiatrisk klinik placerar sig på tredje plats med 330 000 kr.

Gemensamt för alla mätningar och fakturor, utom i Dalarna, är att man inte hittat några avtal mellan SensoDetect och klinikerna när jag bett att få kopior.

I Dalarna tecknade verksamhetschefen vid en psykiatrisk klinik kommersiella avtal 2013 och 2014. Avtalen var ogiltiga eftersom verksamhetschefen inte har behörighet att skriva under så omfattande avtal. Medicinska rådet, landstingets kvalitetskontroll av nya behandlingar, hade inte beretts tillfälle att granska om SensoDetects metod hade vetenskapligt stöd och upphandlingsenheten hade lämnats utanför trots att avtalens värde överskred tröskelvärdet på 1,8 miljoner kronor. När affären blev känd för landstingsledningen i november 2014 ogiltigförklarades avtalen omgående och kvalitetsgranskning inleddes.

Vad har fakturerats?

Vad är det då som man har köpt runt om i landet? Jo, SensoDetect marknadsför en metod som sägs ge ett objektiva stöd för ADHD-, Asperger- och schizofrenidiagnoser genom hjärnstamsaudiometri.

Medicinska rådet i Dalarna hänvisar 25 feb 2015 i ett utlåtande om SensoDetects metod till tre publicerade artiklar och till SBU. Slutsatsen blir, att det idag inte finns tillräcklig vetenskaplig kunskap för att besvara om SensoDetect-metoden kan användas som ett komplement vid diagnostik av ADHD och autismspektrumtillstånd. Medicinska rådet kan därför inte rekommendera att

metoden införs och/eller bekostas av landstinget som en del av den rutinmässiga verksamheten inom psykiatrin i Landstinget Dalarna. Rådet skriver vidare att frågan kring införande av metoden i rutinsjukvården egentligen inte är en *Health technology assessment (HTA)*-fråga⁴ då metoden kan betraktas som experimentell och att flera studier med adekvat studiedesign för evaluering av metoden behövs.

Sekretessbegäran

Den 1 april 2015 skickar SensoDetect in ytterligare material om sin metod till Landstinget Dalarna. Några dagar senare begär man att materialet ska sekretessbeläggas. Även svaret från rådets ordförande sekretessbeläggs men utifrån information som jag ändå fått från landstinget, har inte Medicinska rådet ändrat uppfattningen som de framförde i utlåtandet. Att SensoDetect vill sekretessbelägga svaret från Medicinska rådet implicerar också att svaret var negativt från företagets sida. I ett mejl skriver vd för SensoDetect efter att han fått svaret från landstinget: *Vi tackar för Er återkoppling, men beklagar förstås beslutet. Kan det sägas tydligare att Medicinska rådet inte ändrat sin inställning? Det faktum, att SensoDetect inte heller skrivit något om att de skickat in ytterligare material och inget om svaret från ordföranden på sin hemsida, talar också sitt tydliga språk. Vanligtvis griper SensoDetect efter varje halmstrå som kan ge något positivt att skriva om på hemsidan.*

Anledningen till mätningarna och fakturorna oklar

Anledningen till att mätningarna genomförts på de olika psykiatriska klinikerna är oklar. SensoDetect kan ha sålt en tjänst och fakturerat den. I Dalarna försökte man ju teckna ett kommersiellt avtal och då borde mätresultat ingå i köpet men SensoDetect ville i det ogiltigförklarade avtalet få allt som rörde avtalet hemligt.

Mätningarna kan också ha varit datainsamling för SensoDetects räkning. SensoDetect behöver samla in data för att stärka sina teorier om att deras diagnostiseringsmetod håller måttet. Insamling av data ska, enligt Läke-medelsverket, bekostas av tillverkaren/leverantören, dvs. SensoDetect ska ersätta den klinik som ställer upp och hjälper till att få fram data.



SensoDetect har gjort det omvända. I Dalarna har SensoDetect trots avtalet beställt mätningar av det ena och andra slaget och kliniken har både levererat och betalat.

I några fall har forskning genomförts vid några psykiatriska kliniker men när sådan forskning resulterat i en publicerad artikel framstår det som att det är SensoDetect som bedrivit forskning, bland annat finns flera från SensoDetect med som författare och SensoDetect synes anse att resultaten tillhör SensoDetect. Till saken hör att landstingen fakturerats för mätningarna.

Marknadsföring och tillväxtlån

Nyligen har SensoDetect tecknat ett distributionsavtal med ett danskt företag men det finns ju inget att distribuera. Vetenskapligt stöd betyder sannolikt samma sak på båda sidorna av Öresund. Ändå har metoden sålts till en privatklinik i Köpenhamn. På klinikkens hemsida kan man läsa att SensoDetect sålt mer än 1000 mätningar till svenska kliniker. De fakturor som jag hittat omfattar runt 440 mätningar. Jag undrar vad Danmarks motsvarighet till SBU anser om metoden?

Almi** har helt nyss beviljat SensoDetect ett tillväxtlån på 4 miljoner men från vilken nivå kan ett företag få ett lån för tillväxt? Jag tar för givet att Almi känner till Medicinska rådets slutsats om att SensoDetects diagnosmetod saknar vetenskapligt stöd, att den befinner sig på experimentell nivå och att flera studier med adekvat design behövs för att få evidens för metoden.

Hör det till Almis uppdrag, att finansiera forskningsprojekt för att utröna om en viss produkt kan uppnå status av vetenskap genom att bevilja lån?

Enligt Medicinska rådet och SBU kan man i dagsläget inte uttala sig om metodens användbarhet varför det måste ses som en öppen fråga vad ett forskningsprojekt vid något universitet skulle komma fram till. Var ska pengar för att återbetala Almi-lånet med komma från, om produkten inte klarar en kontrollerad oberoende studie? Jag har försökt få svar på dessa frågor men misslyckats.

Hur ska då kontrollerade studier finansieras för en produkt till dess att den eventuellt är färdig att marknadsföras? Medicinska rådet har ett förslag om att genomföra en kontrollerad och oberoende forskningsstudie om SensoDetect-metoden, finansierad med forskningsanslag.

För visst vore det bra, om det funnes en objektiv metod för att diagnostisera neuropsykiatriska sjukdomar och samsjuklighet men dit verkar vägen för närvarande vara rätt lång.

Annika Rullgård

Samhällsintresserad debattör med offentlighetsprincipen, pseudovetenskap och djurskydd som huvudintressen

Orsa

* HTA – http://www.who.int/medical_devices/assessment/en/

** Almi Företagspartner AB är ett statligt ägt bolag i Sverige, grundat 1994, <http://www.almi.se/>



SensoDetect-metoden har utvecklats vid Lunds universitet för att vara ett diagnosstöd för psykiatri. Den bygger på att man med hjärnstamsaudiometri ska kunna identifiera profiler som är specifika för schizofreni och ADHD.

Kalendarium

Deadline för bidrag till
nästa nummer: 26/8
Tema: Känsligt

14-18 juni 2015
12th World Congress of Biological Psychiatry
Athen, Grekland
<http://www.wfsbp-congress.org/>

24-26 september 2015
5th European Conference on
Schizophrenia Research
Berlin, Tyskland
www.schizophrenianet.eu/

20-24 juni 2015
16th International ESCAP Congress, Madrid, Spanien
www.escap2015.com/

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

24-27 juni 2015
WPA 2015 International Congress
Bukarest, Rumänien
www.wpa2015bucharest.org/

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

26-28 augusti 2015
11th Nordic Symposium on Forensic Psychiatry
Trondheim, Norge
<http://nordicforensic.eu>

16-18 mars 2016
Svenska Psykiatrikongressen
Stockholm
www.svenskpsykiatri.se/

29 augusti-1 september 2015
28th ECNP Congress (European College of
Neuropsychopharmacology)
Amsterdam, Nederländerna
www.ecnp.eu/

20-21 april 2016
Svenska BUP-kongressen
Uppsala
www.svenskabupforeningen.se

20-23 september 2015
31st Nordic Congress of Psychiatry
Köpenhamn, Danmark
<http://www.ncp2015.dk/>

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



Psykoterapi i praktiken - Hur gör man egentligen?

Claes Davidson
Altum, 2015

Vi vet ju enbart vad de säger

Psykoanalys och psykoterapi försiggår i enrum och under sekretess. Därför vet man vanligen inte mycket om vad som "egentligen" händer mellan terapeut och patient utöver de berättelser som parterna kan formulera. Om patientens verklighet vet terapeuten nogga räknat ingenting säkert utöver vad som visar sig i samtalsrummet. För övrigt får man nöja sig med deras berättelse. Terapeuter kan i sin tur lägga fram sin berättelse till exempel i handledning eller som artiklar/rapporter med teoretisk metodunderbyggnad och med kliniska vinjetter.

Delvis psykodynamisk grund

Claes Davidson som tidigare skrivit böcker i ämnet formulerar i *"Psykoterapi i praktiken - Hur gör man egentligen?"* sin beskrivning av och reflektioner kring hur han arbetar som psykoanalytiker. Hans teori och metod ter sig på en nivå klassiskt psykoanalytisk/psykoanalytisk med stark betoning på den terapeutiska ramen med fri association, konfrontation, klarifikation och tolkning som utgångspunkter för sina interventioner. Fokus i arbetet ligger vanligen på medvetna och förmedvetna processer/konflikter med existentiella förtecken: ansvar, intentioner och vilja. Den psykologi som tillämpas förefaller vara i stort sett individfokuserad - parterapi ses som sällan nödvändig då det räcker med att arbeta med en parts dynamik och ansvarstagande.

Engagerat arbete med existentiella förtecken

I boken framstår författaren som en engagerad terapeut med stora krav på sin egen tillgänglighet och mentala närvaro. Han ger korta och koncisa redogörelser för sin syn på terapistart, terapeutiska alliansproblem, konflikter och motstånd. I balansen mellan inre och yttre realitet tycks han i likhet med existentiella terapeuter fokusera mer på den senare aspekten. Begrepp som överföring och motöverföring berörs ytterst sparsamt även om konflikter i den terapeutiska relationen kan ses som konstruktiva så länge de inte berör motivationen.

Författaren öppnar ett spännande perspektiv genom att hävda att patienten själv har den bästa förmågan att bedöma sin kapacitet att tillgodogöra sig sin terapitid och kan välja mellan att komma en, två eller tre timmar i veckan. Han redovisar också god erfarenhet av terapi både via telefon och skype.

Författarens skildring av sitt arbete som framgångsrikt förefaller trovärdigt, även om de kliniska vinjetterna är få. Hans metodik verkar passa bra för de patienter som i de inträngande och delvis tolkande initiala intervjuerna accepterar arbetets villkor samt visar prov på tydlig inte alltför ambivalent motivation. Tillvägagångssättet innebär att de patienter med vilka han upprättar kontrakt är rimligt behandlingsbara inom den metodik som tillämpas.

Utagerande och moral

En intressant sak är författarens beskrivning av dilemman kring utagerande i terapin. Medan psykodynamiska psykoanalytiker vanligen uppfattar utagerande som ett "handlingsspråk" av patienter som inte förmår att verbalt uttrycka känslor och intentioner, förefaller mig författaren snarare förhålla sig som de KBT-terapeuter som tolkar utagerande, till exempel rambrott, som "terapistörande beteende". Författaren verkar uppriktigt bekymrad över dessa patienters "onödiga" beteende som kan innebära att terapin måste avslutas. Han konstaterar att rambrott måste analyseras men också "rättas till". Han kritiserar också ingående psykoanalytikern Robert Langs för bristfällig tydlighet vad gäller ansvarsaspekten i hans rambegrepp.

Det finns drag som av och till tonar fram i författarens framställning kopplade till värde- och moralfrågor. Han framstår som en starkt engagerad terapeut med stora krav på sig själv och helhjärtad inlevelse i sina patienter. Kraven på patienterna är också tydliga - de ska helhjärtat engagera sig i terapin och dess regelverk. Ibland beskriver han patienter med begrepp som bekvämlighet, lättja, feighet, smitning och oärlighet. Jag gissar att sådana omdömen känner säkert de flesta terapeuter igen som spontana mycket användbara reaktioner i motöverföringen. De kan inom terapeuten generera reflektioner av typen "vad vill patienten meddela mig genom att i sin berättelse om sig själv framstå på detta sätt", "är det så här patienten ser på sig själv" eller "är det sådana omdömen patienten fått höra om sig". Om sådana begrepp används oreflekterat riskerar terapeuten att äventyra den tekniska neutralitet Freud förespråkar, det vill säga samma "avstånd" till patientens Jag, Överjag och Det. Det kan uppstå en ohelig allians mellan patientens överjagsförankrade självförakt/moraliserande självkritik och terapeuten attityd. Hur författaren hanterar en sådan eventuell risk framgår inte tydligt.

Hans hyllande av devisen "man mår som man förtjänar" tål allt att fundera på om det tillämpas i kliniska sammanhang.

Tydligast framkommer moralaspekterna under rubriken *Terapeutens självreflektion och självständighet* till exempel: "... hatet mot Freud vet nästan inga gränser", "det medicinska och psykiatriska etablissemanget, uppfyllt av en osjälvständig ängslighet saknar civilkurage och inte vågar stå för sig, sträcker armarna i vädret och låter queersamhället definiera verkligheten", "man behöver inte träffa många föräldrar till dessa barn (med diagnosen ADHD) för att förstå att med den gränslöshet och strukturlöshet varmed de fostrar sina barn är det inte konstigt att barnen fått de problem de har". Författarens upprördhet framgår här tydligt. Dock tycks det mig som om han inte lever upp till sin rubrik *Terapeutens självreflektion*... då eftersinnande reflektioner över de framförda åsikterna och synpunkterna inte står att finna i hans text. Hur detta kan komma sig är svårt att ha någon uppfattning om. Kanske upplevs det vara så existentiellt viktigt för författaren att redovisa vissa värderingar även med insikt om att dessa kan komma att uppfattas som affektladdade, gammalmodiga, fördomsfulla eller baserade på okunskap?

Författaren är värd respekt för sin skrift. I den skildras terapeutiskt arbete på en nivå som i flera avseenden ligger närmare de processer och överväganden som är psykoterapiens "egentligen", än vad många läroböcker i ämnet gör. Boken är läsvärd för att den ger en inträngande personlig belysning av sätt att tänka och arbeta som ger andra terapeuter en plattform för att reflektera över sitt eget arbetssätt och dess värdegrund.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Affekter, relationer, operationer - grunden för Homo Psychicus. Mot en människoteori i dynamiken mellan det analoga och det digitala

Alf Nilsson

Häär, Symposion, 2014

Människan som psykisk varelse

Boken är författarens femte i en serie om Homo Psychicus, människan som psykisk varelse. I de fyra första har Alf Nilsson byggt upp ett omfångsrikt tankerum baserat på evolutionära, psykologiska och i viss mån neurovetenskapliga perspektiv.

I den förstaboken ger författaren en översikt över evolutionära mänskliga förutsättningar och utvecklingslinjer: kognition, affektivitet, varelseblivning, språk, alla i en relationell kontext. Han flätar också in återkommande perspektiv från psykiatrisk diagnostik och psykoterapi, inte minst från sina studier via PORT (perceptgenetiskt objektrelations test). I den andra boken fokuseras särskilt "systemet det omedvetna" i Freuds mening och gränserna för dess formulerbarhet. I den tredje boken står kognitionen i centrum, där tanken utvecklas till gränsen för sin potential – tänkandet kring döden. I fjärde boken fördjupas resonemangen av kognition/operation respektive affektivitet, konceptualiserade i termer av digitala och analoga processer.

Vart är vi på väg

I Alf Nilssons böcker finns korta avsnitt av civilisationskritik i vilken han formulerar en oro för att mänskligheten håller på att försringra sitt evolutionära arv vad gäller potential för kreativ utveckling. Människan har skapat en tids/rumsbubbla som ställer oss utanför den diakrona tiden, vilket tycks försvåra för oss att få syn på vad vi håller på med.

Författaren ser vår tids stora utmaning: att besinna sig vad gäller utnyttjande av jordens tillgångar och användandet av avancerad teknik. Två vägar kan skönjas inom ramen för vad vi har anledning att anta beträffande vår existens i universum: att mänsklighetens kreativa potential kognitivt och emotionellt får komma till sin mogna fulländning i ekologisk balans eller att mänskligheten gräver sin egen grav i förtid genom ohanterlig omåttlighet.

Alf Nilsson argumenterar för vikten av balans mellan forskning på och kunskap om kognition och affektivitet på samma sätt som en sådan balans är angelägen i det mänskliga psykets funktion och operation. Intresset för djuplodande affektforskning menar han är eftersatt i samma

mån som kunskapen om den inre världen.

Åtminstone i vår kultur släpar denna kunskap efter kunskapen om den yttre världen, detta trots att förutsättningar i den inre världen måste finnas för att kunna iscensätta något i den yttre, t.ex. den digitala datorn. Ökad kunskap om våra känslor är sannolikt en säkrare väg till överlevnad på sikt än mer raffinerad kognition/teknologi menar han.

Koppling affekt och kognition

I den nu aktuella boken återvänder författaren till två grundläggande utvecklingslinjer, den affektivt-föreställningsmässiga och den kognitivt-operativa. Den förra rör sig från affektivt laddade rekognitioner, till känslor som "fyller ut" evokativa åskådningar. Den senare linjens utveckling, nerifrån och upp, rör sig från reflexerna via handling och kognition till matematik. Fokus för boken är bland annat hur utvecklingen av dessa linjer och de system som de manifesteras inom, är länkade. Författaren strävar mot att konceptualisera grundläggande mekanismer på en så hög abstraktionsnivå som möjligt för att dess generella tillämpbarhet ska optimeras och dess implikationer ska kunna överskådas. Språket, menar författaren, är det mest fulländande sammanförandet av det analoga och det digitala.

Förvåning, överraskning och förväntan

Människan blir människa genom sina affekter, inte genom sin hantering av redskap. Affektuttryck, som det första homospråket, informerar om att något hänt, men inte om vad, än mindre hur detta något ska hanteras. Affekter brygger mellan det sociala och det estetiska. Kognitionen går på tomgång om den inte försörjs av affekterna. Förvåning är en av de affekter affektteoretikern Silvan Tomkins beskriver som sällan står i fokus för intresset. Författaren ser dock förvåning som en brygga mellan affekt-föreställningslinjen och operationslinjen. Den är både gränssnittsbildandets och gränsöverskridandets affekt om man ser de båda utvecklingslinjerna i termer av system. Dessutom har denna affekt, förvåning, klinisk relevans, då psykopati är kopplat till avsaknad av förvåning, att aldrig låta sig överraskas. Det blir katastrofalt för integrationen om överraskning ses som en central brygga mellan de båda utvecklingslinjerna. Förvåning är också kopplad till förväntan, kunskap a posteriori i Kants terminologi, en unik mänsklig kvalitet som förutom vår "förprogrammering" a priori, också rymmer essensen av våra erfarenheter. Författaren fördjupar sig också i hur barnets förväntan utvecklas olika vad gäller det materiella/ting och det levande/mänskliga.

Åter till vår framtid

Författaren kan tänka sig, att de kognitiva operationerna lånat drag av en av de mest negativa affekterna, det analoga kontinuerliga raseriet och vreden vilket kan driva oss mot destruktion och mänsklig förintelse.

Hans tankegång påminner mig om jagpsykologins föreställning att aggressiviteten måste neutraliseras så att destruktiviteten omvandlas i driftsneutral kraft, tillgänglig för handlande och skapande. En sådan neutralisering är beroende av en legering mellan aggressivitet och libido, ett perspektiv som i ett objektrelationsperspektiv direkt kan växlas in i spädbarnets adekvata tillgång till moderlig omsorg, en kvalitet som författaren ofta återkommer till.

Alf Nilsson har lagt ännu en bok till de övriga i sitt företag att fånga centrala aspekter av människan som psykisk varelse. Han sätter in affekt, kognition, varseblivning och operation i ett framåtblickade evolutionspsykologiskt perspektiv på ett för svenskt författarskap unikt sätt. Texten är tätt vävd, håller ofta hög abstraktionsnivå, samtidigt som författarens djupa engagemang, kanske tydligare än tidigare mättar framställningen. Det finns olika sätt för var och en av oss att bidra till den kognitiva/affektiva förståelse som kan belysa mänsklighetens vägval. Alf Nilsson bidrar på ett intressant och kvalitativt respektingivande sätt.

Björn Wrangsjö

**Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm**



Klinisk neuropsykologi

Håkan Nyman och Aniko Barfai
Studentlitteratur, 2014

Snabb utveckling

Utvecklingen på det neuropsykologiska området går snabbt, inte minst för att den ska kunna hålla någorlunda jämna steg med den neurobiologiska forskningen. Första upplagan av *Neuropsykologi*, en grundbok om sambandet mellan beteendet och hjärnans funktioner kom ut för snart femton år sedan. I den nya reviderade upplagan är inte minst den del som avhandlar behandling och åtgärder betydligt utökad. Förutom redaktörerna bidrar ett tjugofemtal experter, allt övervägande disputerade forskare. Boken vänder sig främst till blivande psykologer, studenter och yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård, skola och omsorg. Boken innehåller översikter över neuropsykologiska och neurobiologiska funktioner och processer, principer för utredning och diagnostik, somatiska skador och störningar, neuropsykiatriska tillstånd samt behandling och åtgärder.

Översiktligt och elementärt

Redaktörerna betonar att den sålunda är elementärt hållen. Just det elementära skulle enligt min mening kunnat ha tillvaratagits ytterligare genom fler kliniska vinjetter. Läsaren möter många symtom, funktioner och metoder, men få människor/patienter. När sådana kommer till tals fördjupas förståelsen väsentligt. Referenserna är ofta relativt sparsmakade, men författarna lever väl upp till ambitionen av uppdatering, avspeglad i att övervägande delen av dessa referenser hänför sig till publikationer under 2000-talet.

Det kan vara av intresse för psykiatriker att vara närmare bekanta med de neuropsykologiska utredningsmetoderna, dessas indikationer, förutsättningar och inte minst känna till vilka slutsatser som kan dras om vad, med vilken grad av säkerhet. Det kan till exempel gälla en så grundläggande aspekt som att neuropsykologisk utredning av patienter med drog- eller alkoholmissbruk inte kan eller bör göras förrän vederbörande är drogfri.

Tre block enligt Luria

Avsnittet om teorier och modeller är av intresse för den som vill ha en rejäl översikt över kopplingen mellan neurobiologi och verbala, emotionella, visuospatiala och exekutiva

funktioner. Beskrivningarna knyter an till den ryske forskaren Lurias modell för hjärnans struktur och funktion, baserad på tre hierarkiskt relaterade block. Det första omfattar de basala delar av hjärnan som bland annat bidrar till att reglera vakenhet, grundläggande uppmärksamhet och affekter. Det andra omfattar bland annat de bakre delarna av cortex som är involverade i perception och kognition. I det tredje blocket, frontala cortex framför centralfåran, regleras exekutiva funktioner. Aktiverade funktioner inom de båda första blocken är helt avgörande för funktionen i det tredje. Uppmärksamhet ses som grunden för samtliga exekutiva funktioner. Utveckling av våra förmågor beskrivs i tio faser från 0 till 25 år. Varje ny fas/cykel startar med en analys av omvärlden ur ett globalt "högersidigt" perspektiv, för att mot slutet av fasen övergå till en mer differentierad analys baserad på dominerande aktivitet i den vänstra hjärnhalvan.

Varför utredning

Syftet med neuropsykologiska utredningar i psykiatri är bland annat att utreda en nedsatt funktion inom ett område därför att detta kan innebära ökad sårbarhet vad gäller psykiatriska symtom. Personer med samma psykiatriska diagnos kan skilja sig avsevärt i neuropsykologiskt avseende, och ibland har de neuropsykologiska aspekterna direkt betydelse för symtomen som till exempel vid ADHD och autismspektrumstörningar.

En översikt presenteras av neuropsykologiska fynd vid psykiatriska syndrom och hur olika test kan användas för att belysa de mentala funktioner som kan vara involverade i symtomatologin. Stress-sårbarhetsmodellen utgör här en utgångspunkt. Man finner till exempel att även patienter som framgångsrikt behandlats för depression ofta har milda neuropsykologiska störningar som vanligen berör inlärning och minne. Hos samtliga typer av personlighetsstörningar kan man finna begränsningar i den kognitiva utrustningen. Däremot diskuteras inte om dessa begränsningar förefaller primära eller om de är ett uttryck för psykologiska pålagringar. När det gäller cannabismissbruk visar vissa studier att försämring i exekutiva och visuo-spatiala funktioner kan bli bestående. Det gäller även intellektuell förmåga och rörlighet.

Forskningsfynden är dock inte helt samstämmiga. Vad gäller psykologisk behandling av funktionsinskränkningar av missbruk betonar man vikten av att kunna skilja ut vilka patienter som kan tillgodogöra sig sådan behandling till exempel exponering och för vilka en sådan skulle var direkt skadlig.

Rehabilitering och psykologisk behandling

I avsnittet beskrivs bland annat neuropsykologisk rehabilitering genom psykologisk behandling efter olika typer av hjärnskador, inte sällan fokuserad på coping. Problemfokuserad coping handlar om att definiera problem och finna strategier och lösningar. Vid emotionsfokuserad coping handlar det mer om att lära sig hantera de känslor som den aktuella stressituationen väcker. Det är angeläget att kunna skilja bristande medvetande som uttryck för en direkt skada, från förnekande som psykologisk försvarsmekanism, inte sällan som en copingstrategi. Behandlingsavsnittet avslutas med att ett KBT-perspektiv på ett klagande och instruktivt sätt läggs på beteendeproblematik kopplad till neuroproblematik.

Att bära varandras bördor

En av de svåra uppgifterna efter neurobiologiska kvarstående skador är att sluta att idealisera det tidigare livet, att kunna sörja förlusterna, släppa eventuella självanklagelser, stå ut med hopplöshetskänslor och satsa på att utforska och lära känna sitt "nya jag" och dess möjligheter. Detta ställer också de nära anhöriga inför stressande och krävande situationer i samlivet med en person med påtagliga funktionsinskränkningar vare sig de är traumatiska, degenerativa eller har annan neurokognitiv genes. Sammantaget avspeglar boken ett imponerande uppdateringsarbete av "the state of art" på ett komplext kunskapsområde statt i snabb utveckling.

Björn Wrangsjö

**Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm**



Den stökiga psykiatrin Minnen, samtal, tankar

P C Jersild
Fri tanke, 2015

Att åta sig att skriva en recension om en bok av en av Sveriges mest kända författare med 30-talet böcker bakom sig, tillika sedan 1999 ledamot i den X:e klassen inom Vetenskaps-akademien, måste väl vara ett tecken på antingen hybris eller begynnande senilitet. Det bjuder jag på, för det känns angeläget att få kommentera P C Jersilds nya bok.

Jag kom först i kontakt med P C Jersild i början av 60-talet, då han dels gjorde utmärkta teckningar för Medicinska Föreningens tidskrift vid Karolinska Institutet, dels gav han 1960 ut "Räknelära" med novellen "Kliniken" – en insiderklassiker och en underbar drift med hur sjukhus och sjukvård kan organiseras. Antikvarisk raritet! Sedan hade jag honom en kort period som lärare i socialmedicin vid Karolinska Institutet. Det har varit fängslande med hans tankefoster om "akustiska mikrober" och idén i Calvinols resa att Gustaf II Adolf avled redan 1631 vid Breitenfeld. Härlig pikaresk. Tala om kreativitet!

När sedan Vetenskapsakademien tillsatte en arbetsgrupp under ledning av barnläkaren Anita Aperia för att försöka stödja psykiatrisk forskning, ingick P C Jersild i den. "Reformprogram för svensk psykiatrforskning" kom 2011, och jag skickade kommentarer till ledamöterna. Jersild var den ende som svarade på mitt brev. Han beklagade i annat sammanhang att man i Sverige inte har utnyttjat alla de fördelar som vi haft för att stödja eminent forskning inom psykiatri.

Nu till den aktuella boken, P C Jersild växte upp i närheten av Beckomberga sjukhus. Han hade tidigt planer på att bli psykiater. Han har minnen både från psykiatrin på Beckomberga sjukhus 1947, från patologi på S:t Görans sjukhus 1953, studiebesök på Långbro sjukhus 1960, från kurs på Södersjukhuset och från S:t Görans sjukhus 1961 och från Karolinska sjukhusets psykiatri 1963. Jersild nämner kort att professor Börje Cronholm ibland kom på storrond. Det var många år innan Börje som mig vederligt ende psykiater 1973 fick presentera Nobelpristagarna i fysiologi eller medicin i Konserthuset.

60-talet var studentrevolternas tid. Men det märkte jag inte mycket av i min skyddade tillvaro, och det märktes inte heller när jag gick kursen i psykiatri på S:t Görans sjukhus – men nog noterade man att olika lärare hade olika syn på vad som var psykiatrins innersta väsen.

Nu hoppar vi till Huddinge sjukhus som berörs i Jersilds bok. Jag arbetade själv där inom psykiatrin 1978-87 – men jag känner inte riktigt igen mig i Jersilds beskrivning där han ur metodsynpunkt blandar ett sentida referat med vad en tidigare patient subjektivt för länge sedan upplevt! Det har hänt massvis sedan den patienten vistades på dåtida avdelning M87 (numera nerlagd). Att olika forskare inom och utanför Sverige, WHO, Socialstyrelsen och SBU de senaste åren utfört storverk inom beroendevården tycks helt ha förbigått Jersild. Jag rekommenderar läsning av den andra upplagan av "Beroendemedicin", red. J Franck och I Nylander, Studentlitteratur 2015. Allt är inte som i den studentgrupp under PH Törngrens ledning, där Jersild ingick 1956.

P C Jersild har sedan intervjuat några kända psykiatrer och kliniker som är verksamma på 2010-talet. De representerar olika inriktningar. Hur de är utvalda framgår inte, men jag bedömer dem som utmärkta personer. Vad som klart framgår är dock att titeln på hans egen bok är klart missvisande, populistisk och närmast ältande. Jag kan absolut inte hålla med om att "psykiatrin är stökig". Inomvetenskapligt sett inser de seriösa i dag att biologiska, psykologiska och sociala aspekter måste komplettera varandra. Att sedan självutnämnda tyckare under ett antal år lagt sig i mer än vad som gagnar, är en annan sak.

Jersild beklagar i sin bok "Medicinska memoarer" 2006 att "den imponerande vetenskapliga kompetensen inom Kungl. Vetenskapsakademien kunde utnyttjas bättre, och att man skiljer på fakta och värderingar". Och visst är det viktigt – spetsforskning ska när det är möjligt populariseras och komma patienter, politiker och administratörer till nytta.

Men vad jag inte kan acceptera, är att man från Vetenskapsakademins sida (och från Jersilds sida) så litet utnyttjar den stora sakkunskap som finns hos psykiatrins främsta akademiska företrädare, mycket genom Psykiatriska Föreningen. Låt psykiatrins främsta företrädare tillsammans med patientorganisationer avgöra hur vi ska gå framåt! Det finns inga som kan området bättre. Betänk att psykiatern Tobias Nordin fick utmärkelsen "Framtidens ledare i sjukvården 2014" ur Drottning Silvias hand!

Det måste innebära helt olika roller, att vara psykiater i ansvarsställning år 2015, att vara fri författare eller att arbeta med etiska frågor. Jag kan inte förstå vilket ben Jersild vill stå på – men jag ställer stora krav på hans insatser.

P C Jersilds bok "Den stökiga psykiatrin" är på ett sätt ett skrämmande tidsdokument. Det finns så många utomstående som trott sig veta allt om psykiatrin. Bara intresse räcker inte. En klok vän som läst boken menar att "Jersild hoppar från tuva till tuva". Varför har Jersild skrivit den här boken? Saknar han lokalkännedom eller saknar han kompass? Om han skaffade kartblad och hade klarlagt sitt syfte skulle hans insats fått betydligt större värde.

Vad jag verkligen vill efterfråga, är att landets ledande psykiatrer tar kommandot och dels visar att man är villig att ta på sig uppgifter som chefer och ledare, dels att man själva sammanfattar i begriplig form hur långt den svenska psykiatriska forskningen faktiskt hunnit. Och det ska oftast inte bedömas av andra.

Ulf Rydberg
Professor emeritus



B

Psychiatry works

Copenhagen, Denmark

20th-23rd September 2015

31st Nordic Congress of Psychiatry

organised by:



We cordially invite you and your colleagues to join The Nordic Congress of Psychiatry. The congress is organised every third year and reflects the wish to intensify a Nordic scientific psychiatric collaboration, nowadays also including the Baltic region. The congress will be hosted by the Danish Psychiatric Association in collaboration with the Nordic Joint Committee, which is an association of the Nordic and Baltic Psychiatric Associations.

The congress will take place in the new and fashionable venue, Tivoli Congress Centre, centrally located near the historic city, the Latin Quarter, and of course the Tivoli Gardens.

The scientific programme will present Nordic psychiatric research and clinical practice at its' very best. The programme will cover state-of-the-art lectures, around 40 practice-based symposia and a wide range of free oral and poster presentations of new research. The congress will focus on general psychiatry including epidemiology, diagnostic issues, psychopharmacology and psychotherapy and will include tracks for child and adolescent psychiatry, and an early career track.

The social programme will include a welcome reception, an invitation to the Copenhagen City Hall and a conference dinner.

The programme can be seen on the congress website, where registration also can take place.

welcome!



www.ncp2015.dk

