

Tidskriften för

# Svensk Psykiatri

# #2

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

TEMA

# ÄNDPUNKTER



Ansvarig utgivare:  
Lena Flyckt



Huvudredaktör:  
Tove Gunnarsson

sfbup

# Innehållsförteckning:

## Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3 Redaktionsruta
- 3 Redaktionell ledare, *Tove Gunnarsson*
- 4 SPF styrelseruta, Ledare. *Lena Flyckt*
- 5 SFBUP styrelseruta, Ledare. *Lars Joelsson*
- 6 SRPF styrelseruta, Ledare. *Per-Axel Karlsson*
- 8 Kommande temanummer
- 16 Tigers krönika, *Mikael Tiger*
- 33 Professorsrutan: Vår igen - ändpunkt?, *Ulf Rydberg*
- 51 Tio frågor till: Möt Olle Lidman, ny ordförande i Sveriges Läkare Under Utbildning i Psykiatri, SLUP, *Stina Djurberg*
- 70 Levnadsvaneprojektet: Levnadsvanor i teori och praktik, *Jill Taube, Yvonne Lowert*
- 74 Bokrecension: MiniPsykiatri, Generaliserat upplysningssyndrom UNS, *Daniel Frydman*
- 76 Bokrecension: Empati: Teoretiska och praktiska perspektiv, *Björn Wrangsjö*
- 78 Bokrecension: Psykosomatik i teori och praktik, *Björn Wrangsjö*
- 79 Bokrecension: Lätta bördan på vägen - Minnen av ett psykiaterliv, *Jan Beskow*
- 81 Bokrecension: Lisa - ett liv, *Maria Larsson*
- 82 Bokrecension: Konsten att rädda liv - om att förebygga självmord, *Anders Almingefeldt*
- 91 Kalendarium

## Tema:

- 10 Ändpunkter - reflektioner om olika sätt att sluta sitt liv och att tänka om detta, *Björn Wrangsjö*
- 11 Öväntad ändpunkt, *Tove Gunnarsson*
- 12 Vid vägs ände? *Daniel Frydman*
- 13 Jan Wålinder har tystnat, *Hans Ågren*
- 14 Ändpunkt Folkhälsoinstitutet - Nystart Folkhälsomyndigheten, *Maria Larsson*
- 33 Professorsrutan: Vår igen - ändpunkt?, *Ulf Rydberg*
- 48 Suicidalitet ur evolutionärt och neurofysiologiskt perspektiv, *Jan Beskow, Anna Ehnavall, Gunilla Klensmeden, Ullakarin Nyberg*

## Rapporter från möten och resor

- 29 Lyckat och välbesökt! Rapport från BUP-kongressen i Malmö, 2104, *Lars Joelsson*
- 35 SPK 2014: Hämmar bensodiazepiner den biologiska effekten av antidepressiva läkemedel? *Jayanti Chotai*
- 38 SPK 2014: En enklare och bättre sjukförsäkringsprocess, *Astrid Lindstrand*
- 39 SPK 2014: Svenska Psykiatrikongressen - en omsorgsläkares reflektioner, *Alessandra Hedlund*

- 40 SPK 2014: Epigenetik och utmattningssyndrom. Två intressanta föredrag på Svenska Psykiatrikongressen, *Cecilia Mattisson*
- 54 Cullbergstipendiet: Minskade sjukdomssymptom eller att lära sig leva livet bättre? Resa till Modum Bad sommaren 2013, *Malin Ljungdahl*
- 58 Cullbergstipendiet: En annorlunda värld. Resa till Rwanda 2013, *Henrik Schalén*
- 64 Masterclass Psychopharmacology med kunskap från London till Luleå, *Ursula Werneke*
- 68 Möte i Madrid, rapport från UEMS-möte, *Maria Markhed, Olle Hollertz*

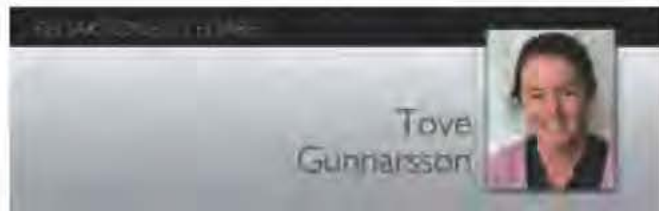
## Debatt, diskussion, annat:

- 7 Hjärnan är mycket aktiv i vila, *Jayanti Chotai*
- 18 Två sidor av samma mynt - om sjukvården, kåren och organisationen, *Sara Lundqvist*
- 20 Svenska Psykiatriska Föreningen och Sveriges Psykologförbund samverkar för bättre psykisk hälsa, *Lena Flyckt, Anders Wahlberg, Astrid Lindstrand, Maria Lindhe*
- 26 Tack för det fina priset! Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser för psykiatri, *Ing-Marie Wieselgren*
- 28 Depression och D-vitamin - en översikt, *Göran Högberg, Per Bech, Tore Hällström, Maria Petersson*
- 41 Finns framtidens psykiatri redan nu? Del III: Nybesöksbedömning, *Björn-Erik Thalén*
- 44 Världsekonomin - en fråga även för psykiater? *Lennart Levi*
- 60 Vad är en barnpsykiater - idag? *Torgny Gustavsson*
- 62 Andreas Carlborg, chef på Länsakuten S:t Görans sjukhus, med uthållig styrka mot målet, *Maria Larsson*

## Aktuell information:

- 23 Riksstämman 4-5 december 2014 - boka av i kalendern redan nu! *Maria Larsson*
- 47 Bättre psykosvård - utvecklingsarbetet går vidare, *Annette Lassinger*
- 50 Nya vårdformer för patienter med allvarliga självskadebeteenden och allra störst behov av heldygnsvård, *Clara Gumpert, David Ershammar, Lise-Lotte Risö Bergerlind*
- 52 Kurs för utlandsstuderande läkare - en bra start i psykiatri, *Ing-Marie Wieselgren, Tove Janarv, Hans Ericson, Charalampos Gkegkas, Martin Ahlström*
- 84 Psykiatriöverenskommelser banar väg, *Mikael Malm, Ing-Marie Wieselgren*
- 92 Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa - helhetssyn för god och jämlik vård, 9-10 oktober 2014, Stockholm





## Svensk Psykiatri

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

## Ansvarig utgivare

Lena Flyckt

## Huvudredaktör

Tove Gunnarsson  
redaktoren@svenskpsykiatri.se

## Redaktörer

Hanna Edberg  
(hanna.edberg@sll.se)

Daniel Frydman  
(ps-frydman@comhem.se)

Per Gustavsson  
per.A.Gustafsson@liu.se

Maria Larsson  
(maria.larsson@sll.se)

Björn Wrangsjö  
(bjorn.wrangsjö@gmail.com)

## Teknisk redaktör

Stina Djurberg  
stina.djurberg@bornet.net

## Foto/grafisk design

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

## Omslagsbild

Shutterstock/© wavebreakmedia

## Internet

www.svenskpsykiatri.se

## Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se

## Vad väljer Du...

... att läsa i hängmattan? En kollega föredrog läroböcker i multivariat statistik. Sådana där tunga amerikanska tegelstenar - lärorika och bra träning för armmusklerna på en och samma gång. Redaktionens lästips är dock detta tjocka sommarnummer av Svensk Psykiatri. Här finns bidrag på temat Ändpunkter, flera bokrecensioner som kan inspirera till vidare läsning, och mycket, mycket mer!

### I nästa nummer ska vi ta oss an Synden

Det började med att redaktionen under en gemensam lunch kom att prata om de sju dödssynderna - högmod, avund, vrede, lättja, girighet, frosseri och vällust. Och om de har någon relevans för psykiatrin. Efter en stund vidgades samtalet till att omfatta fler aspekter på begreppet synd:

Inom psykiatrin finns "syndandet" som symtom. En deprimerad människa kan lida svårt av försyndelseidéer och därpå följande skuld tankar, en person med schizofreni kan ha vanföreställningar om synd som dominerar tankevärlden.

Kan man synda i yrket? Underlåtenhetssynder - gentemot patienter eller arbetskamrater - visst har vi väl alla gjort oss skyldiga till det? Om vi inte rättar oss efter regelverk, lagar och lojaliteter - kan det också beskrivas i "syndtermer"?

En annan betydelse av ordet synd finner man i uttryck som "tycka synd om".

När vi tycker synd om någon, hur påverkar det vården? Om det får oss att ta till åtgärder som egentligen inte gagnar patienten?

"Syndabock" är ytterligare en ingång till temat. Att en person ges skulden för något som någon annan gjort, eller som fler personer är ansvariga för. Med allt vad det kan innebära av skam och uteslutning ur gruppen.

Komna så här långt i vår diskussion fann vi att begreppet Synd inrymmer mycket att tänka och skriva om, så vi beslöt att det får bli temat för vårt nästa nummer.

Nu är det sommar och vi hoppas att den blir allt Du hoppas på! Och att Du får mycket tid till att skriva bidrag till Svensk Psykiatri.

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson  
Redaktör Svensk Psykiatri



# Lenas ledare - både sorgebud och glädjande nyheter

Ett sorgebud nådde oss i början av maj. Professor emeritus Jan Wålinder har avlidit. Han blev 83 år gammal. Han var en aktiv forskare, handledare och arbetade kliniskt med patienter fram till 82 års ålder. Professor Wålinder spelade en mycket viktig roll i psykiatrisk forskning och utveckling.

I efterdyningarna efter Svenska Psykiatrickongressen behövdes det lite återhämtning men nu är det återigen full aktivitet i Svenska Psykiatriska Föreningen. Glädjande nog var utvärderingen av SPK mycket god och deltagarantalet var bättre än året innan – det tangerade 600 besökare. Hans-Peter Mofors, vice ordförande, var huvudansvarig för utformningen och han skall ha en stor eloge för sitt engagemang och oförtröttliga arbete.

SPK har kommit att bli en viktig arena för fort- och vidareutbildning för psykiatriker men är långt ifrån tillräcklig för att fylla behovet. SPF har därför sedan tre år erbjudit medlemmarna CPD online, en webbaserad vidareutbildningsportal. Den ligger mycket synlig på vår hemsida men antalet inloggningar har trots det varit för lågt för att det skall motivera en fortsättning, speciellt som det kostar 10 Euro/medlem. Vi kommer att utvärdera användandet ytterligare mot slutet av hösten men troligen därefter avsluta abonnemanget om inte användandet ökar – se detta som en uppmaning.

Vidareutbildning för specialister var det huvudsakliga temat för Svenska Läkaresällskapets fullmäktige den 9 maj. Baserat på forskning som visar att behandlingsresultaten generellt försämrats ju längre tid som förflutit sedan grund- och specialistutbildningarna har det nu blivit en huvudfråga för SLS. I Norge har man infört ett re-certifieringsförfarande med några års intervall och ett liknande finns i England. SLS förslag är dock att man i ett första steg sammanställer ett manifest som sedan sub-sektionerna får ta ställning till. Man tänker sig att rekommendera en meritportfölj som bör fyllas på regelbundet och som specialisten kan hänvisa till i merit- och lönehänseende. Viktigt är dock att specialisten får möjlighet praktisera de nyvunna kunskaperna varför ansvaret också vilar på arbetsgivaren.

Mycket tid och engagemang har de senaste två månaderna ägnats åt en nystart av Psykiatrifonden som fått en ny styrelse med bl.a. professor Martin Schalling som ordförande och mig själv som vice ordförande. Eftersom var tredje person under sin livstid drabbas av psykisk ohälsa och psykisk sjukdom är den vanligaste sjukskrivningsorsaken är motivet att driva frågan om en ökad psykiatrisk forskning och utveckling utomordentligt viktig. Trots att psykisk ohälsa på något



## SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Lena Flyckt

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Hans-Peter Mofors

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Cecilia Mattisson

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Astrid Lindstrand

(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Ullakarin Nyberg

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Alessandra Hedlund

(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Redaktör Svensk Psykiatri: Tove Gunnarsson

(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Michael John

(john@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Fredrik Åberg (aberg@svenskpsykiatri.se)

ST-representant: Olle Lidman

(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen

851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

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

Webmaster: Stina Djurberg

(stina.djurberg@bornet.net)

sätt berör de flesta finns en stigmatisering som bl.a. visar sig i enkäter – att t.ex. flertalet inte vill ha en person med psykisk ohälsa som arbetskamrat. Att driva en antistigma-kampanj för att medvetandegöra och därmed minska stigmatiseringen är således en viktig och prioriterad fråga för Psykiatrifonden. Förhoppningsvis kan satsningen även stimulera till filantropiska donationer till förmån för psykiatrisk forskning. Därför har den "nya" Psykiatrifonden annonserats i dagstidningar, artiklar har skrivits i Läkartidningen, i Nordisk psykiatrisk tidskrift, Resumé. Allianser har knutits med 1.6 miljonerklubben och brukarföreningarna. Sist men inte minst har artiklar publicerats simultant i dagstidningar i Norge, Sverige, Finland och Danmark för att sprida budskapet (se SvD d 11 maj). Svenska Psykiatriska Föreningen är delaktig och ligger bakom stor del av dessa aktiviteter och vi hoppas att satsningen kommer att vitalisera psykiatrin och öka öppenheten kring psykisk ohälsa.

Lena Flyckt  
Ordförande SPF



# Vilka diagnoser har jag haft?

Ja, ungefär så har jag frågat mig den sista veckan då jag läst Allen Frances tänkvärda bok "Saving Normal". Allen Frances var tidigare ordförande i DSM-IV kommittén. I arbetet med DSM-IV försökte man vara restriktiv när diagnoskriterierna skrevs men trots detta har det uppstått en diagnosinflation. Han pekar speciellt ut ADHD, autism och bipolär sjukdom där det, enligt honom, uppstått falska epidemier. Vad som oroar honom än mer är risken för mer inflation nu när DSM-5 publicerats. Han menar på att det finns risk för att vi gör det normala till en psykiatrisk störning. Han beskriver några orsaker och framhåller speciellt att diagnoser ofta ställs efter bara ett kortare samtal. Man ger sig inte tid att låta diagnosprocessen ha sin tid eller att avvakta och följa patienten när problemen är lindriga eller måttliga. Läkemedelsindustrin har också stor betydelse inte minst genom att den annonserar direkt till konsumenterna och därmed ökar efterfrågan på diagnoser och mediciner. Allen Frances pekar också på att den absoluta majoriteten av psykofarmaka skrivs ut av stressade primärvårdsläkare.

Allen Frances beskriver situationen i USA. Den skiljer sig mycket från Sverige men en del känns igen. Vi har också fått en ökning av ADHD, autism och bipolär diagnos inte minst hos barn och unga. Clara Gumpert menade i sin föreläsning på BUP-kongressen att vi både över- och underdiagnostiserar ADHD. Jag kan känna en press att vi skall ha allt snabbare och effektivare utredningar med tidig diagnos och behandling, framför allt gäller det ADHD. Pressen kan komma från både föräldrar och skolan när de inte klarar av att hantera elevens beteende eller när de ser att eleven inte kan tillgodogöra sig undervisningen. Samtidigt träffar jag ibland barn som har gått allt för länge med svåra koncentrationsproblem eller andra svårigheter utan att få rätt hjälp.

Hur hittar vi de som behöver diagnos och behandling utan att överdiagnostisera? Jag tror det är viktigt att, som Allen Frances också säger, diagnostisering måste ske stegvis och ta sin tid och att man inte utreder och behandlar mer än nödvändigt. Samtidigt som vi inte skall ge oss förrän vi har hjälpt vår patient. Jag tror att SFBUP:s kliniska riktlinjer kan vara till hjälp att just hitta rätt nivå. Den första riktlinjen för depression är nu klar och nästa som handlar om ADHD är på väg.

Sven Bremberg pratade om John Hattie på BUP-kongressen. John Hattie är professor från Australien som har analyserat 50 000 studier över vad som fungerar i skolan. Jag blev nyfiken på vad han hade att säga och tittade på youtube-klipp. John Hattie återkom hela tiden till samma enkla slutsats. Det är den enskilde lärarens förmåga att lära ut som är den absolut viktigaste faktorn. Varje lärare måste fråga sig själv, vilken inverkan har jag på eleven och hur kan jag förbättra mig? Strukturella förändringar som att minska klassrumsstorlekar eller tidigare betyg har betydligt mindre effekt på lärandet men ändå är det dessa förändringar som ofta föreslås. Man glömmer det enklaste och mest självklara, lärarens förmåga. John Hattie menar att lärarna måste vara öppna för att diskutera sin lärarstil med andra lärare och ha handledning.



## SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

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

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

Jag tänkte på min kusin som går i pension nu när han kan sitt yrke som bäst. Jag frågade honom om inte skolan skulle kunna anställa honom som handledare. För honom var det helt överkligt att skolan skulle erbjuda honom ett sådant uppdrag, det har man inte råd med. Jag undrar dock om man har råd att låta bli. I sjukvården är det naturligt att yngre läkare skall ha handledning och det borde vara lika naturligt för lärare. Jag går också i pension i år. Det första fråga som min chef frågade mig var om jag kunde vara kvar som handledare och mentor. Jo självklart kunde jag det och lite till.

Till slut vill jag nämna lite om våra BUP-kongresser. De har nu börjat hitta sin form och blivit riktigt bra. De senaste åren har de varit välbesökta och haft ett intressant program. Det märks också nu att större BUP kliniker gärna vill arrangera kongressen, vilket känns extra roligt. Längre fram i tidningen kan du läsa en utförligare rapport från årets kongress i Malmö.

I samband med kongressen höll vi vårt årsmöte. I år hade vi ett nyval till styrelsen. Therese Vestlund blev invald som ny ST-representant medan Sara Lundqvist som tidigare hade denna post blev vald till facklig sekreterare. Vår gamla facklige sekreterare Mie Lundqvist avgick ur styrelsen efter lång och trogen tjänst. Jag vill åter tacka Mie för allt arbete som hon lagt ner i styrelsen.

Lars Joelsson  
Ordförande SFBUP

# Den rättspsykiatriska kunskapsutvecklingen

Sveriges rättspsykiatriska förening är en liten men speciell gruppering för de som har som specialitet den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten, den rättspsykiatriska vården och psykiatrisk behandling inom kriminalvården.

Verksamheten syftar till mycket, men mest till att befordra den rättspsykiatriska kunskapsutvecklingen bland läkare som arbetar med psykiskt störda lagöverträdare.

Under våren har vi haft ett symposium som handlat om behandling av sexualförbrytare med deltagande av professor emeritus Paul Cosyns, från Antwerpens universitet.

Professor Cosyns har samlat erfarenheter - både medicinsk och psykologisk från över 1000 behandlingar med skiftande bakgrund. Deltagare var även professor Niklas Långström, som gick igenom evidensgraden av aktuell forskning i ämnet och gäst var även överläkare Cecilia Dhejne som berättade om hjälplinjen Preventell.

Symposiet den 28 mars hade samlat drygt tjugo personer på Svenska Läkaresällskapet och höll god klass. Sammanfattningsvis konstateras att det är svårt att komma fram till behandlingsevidens i denna grupp patienter men frågan om behandling blir mycket central då man ser till patienternas framtid. I fängelse blir de inte bättre, de har mycket låg status och kan själva bli utsatta för både sexuella övergrepp och våld. Våldet mot patienterna blir nästintill legitimt och det är ett moraliskt dilemma att hantera.

När problemtiken med sexuella brott visar sig är min åsikt att man snart måste överväga hormonell behandling – leuprorelin är ansedd som den bästa – för prognosens skull. Behandlingen hjälper faktiskt om man sätter in den tidigt. Jag har sett detta med egna ögon. Men evidens saknas, liksom i så många fall inom psykiatrin, och vi måste använda oss av beprövad erfarenhet, vilket professor Cosyns verkligen har.

Symposiet var mycket lyckat och ingav hopp för möjligheter hos denna sedan tidigare "prognosis pessima"-grupp.



**SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN**

Ordförande: Per-Axel Karlsson ([ordforanden@srpf.se](mailto:ordforanden@srpf.se))  
Vice ordförande: Kristina Sygel  
Sekreterare: Margareta Lagerkvist ([sekreteraren@srpf.se](mailto:sekreteraren@srpf.se))  
Kassör: Lars Eriksson ([lars.eriksson@vgregion.se](mailto:lars.eriksson@vgregion.se))  
Vetenskaplig sekreterare: Katarina Howner ([vetenskapligsekreterare@srpf.se](mailto:vetenskapligsekreterare@srpf.se))  
Facklig sekreterare: Erik Dahlman ([facklige.sekreteraren@srpf.se](mailto:facklige.sekreteraren@srpf.se))  
Ledamot och Kriminalvårdsrepresentant: Lars-Håkan Nilsson  
ST-representant: Hanna Edberg  
Ledamöter: Sara Bromander, Harald Nilsson, Kosilla Pillay

Hemsida: [www.srpf.se](http://www.srpf.se)  
Webmaster: Stina Djurberg ([webmaster@srpf.se](mailto:webmaster@srpf.se))

Det är spännande att jobba inom rättspsykiatri. Många goda krafter verkar för ständig kvalitetsförbättring, vid "min" klinik i Öjebyn introduceras just nu hundbaserad terapi. Rättspsykiatrin har en rehabiliterande kvalitet som verkligen behövs inom dagens psykiatri.

Norska rättspsykiatrin står i tur att anordna nordisk rättspsykiatrisk kongress kommande år. Norge är det land i Norden som har minst vårdplatser för rättspsykiatrin och det är av hävd, ingen Brevik-effekt. Danmark har flest.

Vid årsmötet i samband med Svenska Psykiatrikongressen bytte jag plats med Kristina Sygel som så förtjänstfullt varit ordförande förut, jag hoppas det ska gå bra men det är inte lätt att kombinera alla olika uppdrag och arbeta heltid. Hur bar du dig åt, Kristina?

Det är tur att det finns fler i en styrelse, se faktarutan här intill.

**Per-Axel Karlsson**  
Ordförande SRPF



# Hjärnan är mycket aktiv i vila

## Hjärnans mörka energi

Hjärnans vikt motsvarar omkring 2 % av kroppsvikten, men hjärnan förbrukar ändå 20 % av kroppens totala energikonsumtion. Utav den energi hjärnan förbrukar är det bara 0,5 till 1,0 % som används för att bearbeta de tidsmässigt föränderliga intrycken från miljön. En stor andel av hjärnans energi (60 till 80 %) förbrukas dock av den ständigt pågående inre kommunikationen mellan nervcellerna även i frånvaro av utifrån inkommande intryck (Raichle 2006). Även i "viloläget" pågår det ständigt en energikrävande mekanism över större delen av nervcellernas yta som heter "natrium-kalium pumpen" som pumpar kaliumjoner in i cellen i utbyte mot lika många natriumjoner som pumpas ut ur cellen. Denna pump beräknas förbruka upptill 70 % av hjärnans energiomsättning och håller cellens inre miljö negativt laddad jämfört med miljön utanför cellen som en beredskap för att möjliggöra överföring av elektriska impulser genom nervcellen (Baars & Gage 2010). Överföring av signalerna inom och mellan nervcellerna är en förutsättning för den inre dialogen i hjärnan.

Av de nervcellskopplingar (synapser) som finns i hjärnbarken är det en betydligt större andel som är avsedda för den inre dialogen jämfört med andelen synapser som tar emot och för vidare informationen från den yttre världen. I synbarken, till exempel, är det bara 10 % av synapserna som är engagerade i att forsla vidare utifrån kommande information från synorganen (Raichle 2006).

Man har undrat över vad denna inre aktivitet eller dialog står för. En metafor för att beteckna hjärnans relativt stora andel energiåtgång för den inre dialogen på ett oklart sätt – *hjärnans mörka energi* – är lånad från fysikens teorier om universum där man anser att världsalldet genomsyras av mörk energi som utgör över 70 % av universums totala energi-massa och som förklarar varför universum håller på att expandera allt snabbare. En trolig förklaring vad gäller hjärnan kan vara att den här ständigt pågående inre aktiviteten i hjärnan vidhåller en sorts balans mellan de otaliga processer och krafter som finns i hjärnans funktion. Denna balans kan vara ett uttryck för hur den aktuella individens hjärna är skulpterad av individens medfödda egenskaper och förvärvade erfarenheter, vilka sammantaget utgör grunden för hur de nya intrycken och erfarenheterna ska införlivas i individens hjärna (Raichle 2006).

## Hjärnans standardnätverk (default mode network, DMN)

Intensiv forskning med hjälp av hjärnabildningsmetoder som började utvecklas från 1970-talet har nyligen lett till upptäckten av hjärnans aktiva nätverk när individen inte



är fokuserad på några utifrån kommande intryck genom sinnesorganen.

Dessa "standardnätverk" (default networks) är aktiva när individen istället är engagerad i hjärnans interna intryck som omfattar minnen från det förflutna, föreställningar om framtida händelser, uppfattningar om andra personer, eller funderingar kring moraliska frågor (Buckner, Andrews-Hanna & Schacter 2008). Även "mind-wandering" (att ströva fritt i tankarna) står för ett sådant tillstånd (Mason m fl 2007, Christoff m fl 2009).

Idag är utforskandet om standardnätverket ett mycket aktivt forskningsområde. Upptäckten av detta standardnätverk beskrivs som "serendipity" (slump eller tillfällighet) av Buckner (2012), en av de flera som studerade fenomenet tidigt.

Buckner (2012) berättar följande om den historiska utvecklingen som ledde till upptäckten av standardnätverket. Under 1990-talet pågick det en diskussion bland forskare som höll på med funktionella hjärnabildningar. Frågan var vilka experimentella upplägg man skulle använda sig av om man ville undersöka aktiviteten i hjärnan när försökspersonen arbetade med specifika uppgifter. Det var brukligt att jämföra ett "aktivt arbete" (läsa ett ord eller bedöma en punkts rörelse i synfältet) med något man betraktade som en kontrollsituation, nämligen ett "passivt arbete" genom att fixera blicken mot ett härkors eller att vara i ett tillstånd av passivt tänkande. Man såg att det "passiva arbetet" i sig gav upphov till en hel del hjärnaktivitet men man förstod inte dess betydelse i början.

Artikeln fortsätter på sidann 66

# SVENSK PSYKIATRI

## TEMANUMMER UNDER 2014-2015

**NUMMER 3 2014**  
**Tema: Synd**  
**Deadline 27 augusti**  
**Utkommer vecka 38**

**NUMMER 4 2014**  
**Tema: Nätverk**  
**Deadline 12 november**  
**Utkommer vecka 49**

**NUMMER 1 2015**  
**Tema: Tillstånd**  
**Deadline 11 februari**  
**Utkommer vecka 10**

### Skriv i Svensk Psykiatri

Skriv till [redaktoren@svenskpsykiatri.se](mailto:redaktoren@svenskpsykiatri.se).  
Skriv bara rakt upp och ner i Word, utan formateringar.  
Vi är tacksamma om Din artikel är på max 800 ord.  
Skriv gärna underrubriker i Din artikel.

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

Skicka gärna med en bild!  
Den ska vara i format som kan bearbetas i ex. Photoshop (jpg, tif, gif, eps). Du kan inte skicka bilder som är inklistrade i wordfiler.  
Ange alltid vem fotografen är.

Du kan också skicka en bild med "snigelposten".  
Välkommen med Ditt bidrag!  
Redaktionen

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

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

Deadline för bidrag till  
nästa nummer: **27/08**





**ANNONS**

# Ändpunkter

## - reflektioner om olika sätt att sluta sitt liv och att tänka om detta

Livets slut, döden, är den ultimata ändpunkten för det medvetande som replierar på neurobiologiska funktioner. Huruvida det kan finnas någon form av medvetande, primärt eller sekundärt, som är annorlunda beskaffat finns olika uppfattningar om. Oavsett om det skulle kunna tänkas finnas någon form av transformation av medvetandet, är ett skede definitivt till ända. Detta faktum kan uppta oss i olika utsträckning och med olika affektiva "ackompanjemang", nyfikenhet, likgiltighet, rädsla eller längtan, beroende vad vi har för föreställningar om döden. I en mening lever vi våra liv i ljuset av vår död. Schamanen Don Juan i en av Castanedas böcker sade sig aldrig fatta några viktiga beslut utan att konsultera sin Död, som ständigt var hans följeslagare sittande på den ena axeln. Genom att "gå händelserna i förväg" skapades ett expanderat perspektiv på nuet. Det perspektivet kan kanske länkas till påståendet att vad människor ångrar inför döden inte så mycket handlar om vad de har gjort, som om det de inte gjort, det vill säga om möjligheter som inte togs tillvara.

Barns föreställningar om döden präglas bland annat av att deras tids- och rumbegrepp fortfarande har drag av den inre världens karaktäristika där tid och rum saknar begränsande "slutgiltighet". "Dom säger att pappa är död, men inte hur länge han kommer att vara det". Om "allt är slut" efter döden är vi ställda vad gäller föreställningar. Intigheten har ingen motsvarighet i en inre föreställning utan alla föreställningar om döden måste låna språk och bilder från erfarenheter i livet. Vi får nöja oss med föreställningar av "som om"-karaktär, vilka dock i vår upplevelse gärna kommer att framstå som "hur det faktiskt kan vara". I detta har vi våra erfarenheter att utgå ifrån.

En sådan central erfarenhetssfär är separationen. Här har vi två poler: erfarenheten av den trygga famnen som lugnar och tröstar respektive övergivenheten och ensamheten med dess skräck, skillnaden mellan att "komma hem" och att "komma bort" i djupaste bemärkelse.

Att tanken på döden väcker obehag eller skräck är inte ovanligt. Det kan vara svårt att skilja ut vad som är det skrämmande. Handlar det om föreställningar om själva döendet med upplevelse av maktlöshet, brist på kontroll, kanske oro för smärta. Handlar det om oro för aktivering av utplåningsångest med upplösning av kärnsjälvvet, att inte kunna hålla sig samman. Kanske handlar det om rädsla för vad som står att finna på "andra sidan", en outhärdlig kosmisk ensamhet eller en återfödelse till plågsamma omständigheter.

Jag vill dela med mig av två upplevelser av förhållningssätt till döendet som jag kommit nära, en inom den professionella och en inom den privata sfären. Jag arbetade under slutet av 1980-talet intensivt under drygt fem år med en ung kvinna. Under sitt första levnadsår var hon bortlämnad på barnhem, därefter adoption av släktingar med kyligt bemötande och sexuella övergrepp. I tonåren utvecklade hon tvångsmässighet, gravt självskadebeteende, bulimi, med dissociativa psykotiska episoder. Innan vårt arbete påbörjades hade hon under femton år haft fem eller sex olika psykoterapeutiska kontakter, lika många suicidförsök och ett otal inläggningar först på barnpsykiatrisk- senare på vuxenpsykiatrisk klinik. Hon var paniskt rädd för psykofarmer av alla slag, inte mått bra av försök med SSRI-preparat. Hennes vardag präglades i hög grad av hennes symtom och en intensiv ångest, men också av den gladlythet som i grunden var hennes naturliga temperament. Under vårt arbete gjorde hon ett inte alltför allvarligt suicidförsök, drivet av ångest men inte av depression. Hon blev gradvis lugnare med lägre generell nivå av symtom men med relativt hög ångestnivå.

Vår kontakt slutade med att hon valde att ta sitt liv. Hon skrev i sitt avskedsbrev till mig att hon starkt och innerligt hade velat dö tidigare för att slippa sin plåga, men att hon var alltför rädd för att våga lyckas.



# Oväntad ändpunkt

Hennes skräck var att hennes själ skulle vara dömd att förtappad driva omkring, övergiven i universum och att som den Flygande Holländaren inte bli mottagen någonstans. Genom vårt arbete hade hon kommit att bli allt mer övertygad om att hon skulle komma att bli emottagen, att kunna få komma hem, och att det gav henne mod att äntligen våga ända sin plåga.

Metaforiskt kan vi föreställa oss att döden "kommer och tar oss", vi övermannas och förs bort mot vår vilja. Men döendet kan också vara självalt, inte i meningen att ta livet av sig, utan snarare att överlämna sig, inte längre hålla sig kvar i livet. Det är ett förhållningssätt som inte präglas av depressioner eller en livsleda utan snarare av en mättnadskänsla.

Min morfar var 69 och jag 23 när han dog. Han hade lagts in på sjukhus för en relativt lindrig åkomma som var kurerad efter några dagar och han fick besked om att han var frisk och kunde få gå hem. Men morfar var f.d. apotekare till yrket och var väl bekant med läkarprofessionen. Han invände att det inte var någon bra idé. Visserligen förstod han att han var frisk, men han kände sig redo att avsluta sitt liv. Till läkarnas förvåning tyckte han således att det var dags att dö. Han bad min mormor att hämta hans bibel och psalmbok, båda väl lästa. Under en dryg dag läste han i sina böcker och samtalande med vänner och anhöriga som kom på besök. Därefter slog han samman sina böcker, lade dem på nattduksbordet och var efter ett par timmar död. Det tycktes som om han bara släppte taget om livet.

Den mänskliga tillvaron hyser många hisnande obegripligheter. De mest genomgripande är kanske de vanligaste; hur blir liv och medvetande till och hur ebbar de ut? De neurobiologiska förklaringarna blir alltmer komplexa och tycks skjuta obegripligheten och mysteriet framför sig, den som lever får se hur långt de når, vad de som inte lever får se är höljt i dunkel.

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

"TITTA" sa min patient som kommit på ett av sina sedvanliga återbesök. "TITTA på dem. Jag kan ju inte ta tabletter som ser ut så här".

Hon hade inte mer än kommit in på mottagningsrummet innan hon slängde läkemedelsförpackningen på bordet. Nyfiket tog jag upp den och plockade ut en karta. Vantroget stirrade jag på de små tabletterna.

Det var inte det att de var rosa.

De var otroligt rosa.

Brutalt vulgärt giftigt käftsmällsrosa.

En färg som liksom inte finns, inte i naturen, inte någon annanstans. Möjligen på barndomens karameller, innan man började förbjuda färgämnen som ger råttor cancer.

Min patient hade under lång tid dagligen kuperat sin ångest med hjälp av ett bensodiazepinpreparat. Jag och andra läkare hade fortsatt att skriva ut det, kanske mot bättre vetande, men hennes lidande var stort och det hade aldrig blivit läge att motivera till en nedtrappning. Det kan man förstås ha synpunkter på, men det är en annan historia. Så vid förra återbesöket hade jag förnyat receptet. Igen. Men då patienten den här gången skulle hämta ut tabletterna på sitt apotek hade hon meddelats att nu skulle de bytas ut mot ett generikapreparat. Istället för de vanliga vita hade hon fått de ruskiga rosa.

Min patient hade inte kunnat förmå sig att stoppa något som såg så giftigt ut i sin mun och hade därför fått klara sig utan sedan dess. Sålunda slutade hon tvärt och på egen hand med dessa läkemedel som ingen läkare kunnat förmå sig till att ens dra ner på.

**Tove Gunnarsson**  
Överläkare  
Psykiatri Nordväst, Stockholm

# Vid vägs ände?

Kan man veta om man är vid vägs ände bara för att man känner det som att en behandling är vid vägs ände?

Hur vet man om det man känner är ens egen förmågas bortre gräns, alla behandlingars bortre gräns eller om det man känner är en västanfläkt av ens patients upplevelse av att inget går att göra?

När man arbetar med suicidpreventivt arbete finns, i synnerhet hos ungdomar och unga vuxna, en faktor som är viktig att ha med sig när man träffar patienter med ytterst svag önskan att fortsätta leva. Det handlar om ifall det finns många erfarenheter av vårdansatser som inte burit frukt. Försöken kan ha varit av olika slag. Läkemedelsbehandling för att minska ångestbördan eller de depressiva symtomen men där besvär trots allt inte minskat är vanligt. Psykoterapeutiska insatser av de olika sorter som kan finnas riktade till personer med stark dödsönskan och suicidalitet – DBT, KBT, MBT, ACT, PDT – alla T:n i världen och till och med med en förmodat god arbetsallians.

Foto: Shutterstock/Nejron Photo

När man försökt allt som står i ens makt, om man då undrar om man är vid vägs ände, hur kan man veta att det är ens egen uppgivenhet man då känner? Jag fick en gång frågan från en patient *"ge mig ett enda skäl till att leva"*, och när jag tänkte på hans situation med en mångårig sjukskrivning och passivitet, långvarig överkonsumtion av alkohol som lett till att barnen inte ville träffas tillsammans med barnbarnen, en ekonomi under det rimliga och en pågående depression, kände jag mig djupt tyngd.

En väg att diskutera som man ofta har på fötter för, är ju att ingen vet vad morgondagen bjuder. Just där och då kändes det synnerligen svårt att tänka sig att det svaret kunde bidra med något överhuvudtaget. Så många morgondagar var passerade utan att de på något nämnvärt sätt varierat, att det snarast skulle låtit som ett *"glatt påhejande"* utan substans. Det kan också ibland gå att peka på de enstaka styrkor eller ljusglimtar som finns men i just det här läget, med denna patient, kändes det inte heller rätt eller ens möjligt. Upplevelsen som jag då omfattades av var ju att det, givet förutsättningarna var hopplöst. Det fanns inte ens med som övervägande att säga det. Istället sa jag enbart *"det måste kännas hopplöst när perspektiven är så snäva"*. Jag var ju säker på att jag kände en hopplöshet i stunden, men det troligaste var att min patient hade hjälpt mig att få vittring på vidden och djupet i hans egen upplevelse av sin situation.

Svaret *"ja precis"*, som levererades med en större lätthet än vad samtalet haft under tiden innan, gav oss lite styrka. Ur hopplösheten, som vi då delat en kort stund, kunde vi faktiskt titta både på möjligheten av att morgondagar potentiellt kunde ha något annat med sig och att enstaka ljuspunkter kanske kunde tänkas finnas, även om de var små, få och inte givits något egentligt värde.

Så om jag känner att det är vägs ände med behandlingen, allt är gjort och prövat, jag tänker att åtminstone just den här verksamheten har gjort vad den kan, måste jag hålla för möjligt att den känslan kan vara ett smakprov på min patients. Jag avstår från att använda de termer som hör till någon särskild teoririktning, för att slippa att grotta ner mig i definitioner. Men att sånt sker, verkar jag inte vara den ende som upplevt.

Sen kanske det ändå, *samtidigt*, är sant att verksamheten inte kan bidra med så mycket mer, sånt händer också. Verksamheter har sina begränsningar. Och man behöver inte vara förankrad i en ståndpunkt kring var känslan av t.ex. en ändpunkt har sin början.

Daniel Frydman  
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker  
Stockholm





Foto: Carol Schultheis

## Jan Wålinder har tystnat

Professor emeritus Jan Wålinder somnade oväntat in en varm försommarekväll på Tjörn den 24 april, 82 år gammal. Jag såg honom första gången när han provföreläste för psykiatriprofessuren i Uppsala 1976 och har sedan följt honom som kollega och vän. Han blev istället professor vid Linköpings universitet 1981 men flyttade hem till Göteborg efter pensioneringen 1999. I fjorton år arbetade han sedan nästan heltid som öppenvårdspsykiater inom landstinget i Mölnlycke där han har gjort en fantastisk klinisk insats. Läs, om du inte redan har det ([www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2013/10/Psykiatern-Jan-Walinder-82-arJag-lar-mig-nagot-nytt-varje-dag/](http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2013/10/Psykiatern-Jan-Walinder-82-arJag-lar-mig-nagot-nytt-varje-dag/))!

Jan hade en varm karisma och kunde det mesta – forska, handleda, arbeta med patienter, undervisa på alla nivåer, blåsa i visselpipan.

Han var psykiatriredaktör några år på Läkartidningen innan jag efterträdde honom, sedermera ersatt av Margaretha Bågedahl-Strindlund. Han var också en fena på sportevenemang, jazz och att sedan många år ensam ta hand om sina 5 barn + barnbarn + katt.

Två dagar innan han dog förberedde vi tillsammans ett höstsymposium i Göteborg om svårbehandlad depression för regionens psykiatrer, där Jan skulle vara moderator. Nu får vi alla klara oss utan honom. Det känns överkligt. Men det måste ha varit en härlig kväll!

**Hans Ågren**  
**Professor emeritus**  
**Sahlgrenska akademien, Göteborg**



# Ändpunkt Folkhälsoinstitutet – Nystart Fokhälsomyndigheten

Vid årsskiftet slogs Smittskyddsinstitutet, Statens folkhälsoinstitut och de delar av Socialstyrelsen som ansvarar för miljöhälsa och folkhälsorapportering ihop till Folkhälsomyndigheten.

Jag kontaktade Johanna Ahnquist, chef för enheten för psykisk hälsa och uppväxtvillkor, för att höra lite mer om hur vår vision inom SPF om "Psykisk hälsa och minskat lidande av psykisk sjukdom" kommer att hanteras inom den nya myndigheten och om en ändpunkt för bland annat Folkhälsoinstitutet kan innebära nya möjligheter för förbättrad hälsa i samhället.

**Psykisk ohälsa innebär stora folkhälsoproblem som rör många områden, berätta lite om hur ni jobbar för att täcka dessa?**

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet med ett övergripande ansvar för folkhälsofrågor. Myndighetens uppdrag är att främja hälsa, förebygga ohälsa samt skydda mot hälsohot. Att verka för att främja den psykiska hälsan är en för Folkhälsomyndigheten viktig uppgift. Enheten "Psykisk hälsa och uppväxtvillkor" har ett särskilt ansvar för att arbeta med frågor som rör den psykiska hälsan i hela befolkningen. Enheten följer, sammanställer, analyserar och förmedlar kunskap om utvecklingen av den psykiska hälsan, bakomliggande faktorer samt metoder och strategier för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa. Arbetet genomförs i nära samarbete med andra enheter inom Folkhälsomyndigheten liksom i samverkan med olika myndigheter och organisationer. Myndigheten följer exempelvis barns och ungas hälsa via en nationell enkät om skolbarns hälsovanor och unga vuxna, och den vuxna befolkningens psykiska hälsa via den nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor.

Vi har även ett pågående regeringsuppdrag kring stöd till barn i riskmiljöer, där vi genomför en systematisk litteraturöversikt och har fördelat medel till en rad olika utvecklingsprojekt som syftar till att utveckla kunskapen om stöd till barn i olika riskmiljöer. Vi har, och har även haft, flera uppdrag som berör stöd till föräldrar.

Dessutom har myndigheten nyligen fått i uppdrag av regeringen att utreda och lämna ett förslag på utformningen av en samordnad, effektiv och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning som stöd för lokalt och regionalt suicidförebyggande arbete.



Som vi nämnde ovan bedriver även andra enheter, ex. de enheter som har fokus på ANDT-frågor och spelprevention, verksamheter som bl.a. syftar till att främja den psykiska hälsan, samordna och organisera det nationella suicidpreventiva arbetet. I ett första steg ska myndigheten utreda och lämna förslag på en struktur för ett samordnat nationellt kunskapsstöd i syfte att stärka det regionala och lokala suicidpreventiva arbetet. Som vi nämnde ovan bedriver även andra enheter hos oss, exempelvis de enheter som har fokus på alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel, verksamheter som syftar till att främja den psykiska hälsan.

**Vilka fördelar kan du se för hur Folkhälsomyndigheten kan jobba med området psykisk ohälsa och sjukdom inklusive skadligt bruk av alkohol och droger mot innan sammanslagningen?**

Ett syfte med sammanslagningen var att stimulera och effektivisera folkhälsoarbetet. Genom att samordna verksamheter kan den nya myndigheten verka över hela folkhälsoområdet och integrera smittskyddsfrågorna med andra folkhälsofrågor. Sammanslagningen har inneburit ökade möjligheter till att koppla ihop psykisk hälsa med andra områden, exempelvis den fysiska miljön och frågor om sexualitet och reproduktiv hälsa, där ansvaret för frågorna tidigare har legat på andra myndigheter.



### Finns tankar om vidareutveckling?

Ja, Folkhälsomyndigheten har bara funnits som myndighet i några månader, mindre än ett halvår. Mycket arbete är under uppbyggnad, så även arbetet med psykisk hälsa. Vi behöver ta ett tydligare helhetsgrepp om frågan. Psykisk hälsa är nära sammankopplat med en rad viktiga hälsofrågor. En viktig faktor är här att fundera över hur vi på ett mer strukturerat sätt kan koppla ihop arbetet med psykisk hälsa med det arbete som pågår kring andra folkhälsofrågor, för att på så sätt skapa synergieffekter. Som tidigare nämnts är kopplingen till ANDT-frågor viktig, men det är även av vikt att koppla ihop frågan med andra folkhälsofrågor av vikt. En annan viktig sak är att definiera myndighetens roll i förhållande till andra aktörer och myndigheter som arbetar med psykisk hälsa. Det finns en rad olika myndigheter och andra aktörer som verkar inom området psykisk ohälsa. Vi medverkar exempelvis i ett myndighetssamarbete kring nationell kunskapsstyrning av psykisk ohälsa som leds av Socialstyrelsen, där vi diskuterar vår roll i förhållande till andras.



*Psykisk ohälsa innebär stora  
folkhälsoproblem som rör många  
områden,*



Vi ser som en viktig uppgift att, som balans till det mer sjukdomsinriktade arbetet som pågår med fokus på psykisk ohälsa, lyfta ett mer befolkningsinriktat hälsofrämjande perspektiv, med fokus på att främja den psykiska hälsan i samhället. På så sätt kan vi verka för att säkerställa ett långsiktigt arbete för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa i hela befolkningen.

**För att verka för psykisk ohälsa i allmänhet är det viktigt att tänka långsiktigt, kan Folkhälsomyndigheten verka för beslut som håller oavsett maktskifte? I så fall hur?**

Ja, som tidigare nämnts avser vi att ta ett tydligare helhetsgrepp om frågan för att få till ett mer strategiskt och långsiktigt arbete för främja psykisk hälsa och förebygga psykisk hälsa, oavsett om det blir ett maktskifte i höst eller inte.

**Maria Larsson**  
Överläkare Norra Stockholms Psykiatri



**LÄKEMEDELSVERKET**  
MEDICAL PRODUCTS AGENCY

## Klinisk utredare inom området psykiatri

Vill du utnyttja din kliniska kompetens i ett vetenskapligt sammanhang?

Som klinisk utredare på Läkemedelsverket har du inblick i och kan påverka läkemedelsutvecklingen på nationell och internationell nivå. Vi arbetar med alla faser och aspekter av läkemedelsutveckling genom bland annat vetenskaplig rådgivning till läkemedelsföretag, bedömning av kliniska prövningar, godkännande av läkemedel och säkerhetsuppföljning av godkända läkemedel.

Läs mer på [www.lakemedelsverket.se](http://www.lakemedelsverket.se)

Produkter • Aktiviteter • Utbildning • Samarbete • Forskning • Utvärdering • Utvärdering  
Tjänster • Harmonisering health economics • Upplysning • Utvärdering • Utvärdering  
Medicinal products • Medicines • Innovation • Public Health • Quality • Safety



# När det vänder



Som småbarnsförälder och psykiater är jag van vid att folk inte alltid gör som jag säger. Professor i psykiatri Marie Åsberg förundrades över att det var så många människor som inte litade på vad hon sa, i egenskap av psykiatrisk expertis. Hon konstaterade att många istället själv behövde förvissa sig om sakernas förhållanden, ungefär som Tomas tvivlaren i Bibeln, som inte tror på att han mött den uppståndne Jesus förrän han får känna på spikhålen i dennes händer.

Konkret återkoppling av detta slag kan få människor att ändra uppfattning. En kvinna jag mötte på min mottagning sökte för nedstämdhet och sömnsvårigheter efter fruktansvärda krigsupplevelser.

Diagnosen PTSD, posttraumatiskt stressyndrom, kan ibland varas svår att ställa, men inte i klockrena fall som detta. Vi kunde enas om diagnosen, men inte om behandlingen. Jag föreslog psykoterapi med exponering med responsprevention (KBT eller EMDR), men patienten menade att hon nog skulle reda sig utan detta, om jag bara vänligen kunde sjukskriva henne och ge henne något antidepressivt, tack. När vi sedan gjorde sedvanlig strukturerad intervju med M.I.N.I. reagerade hon häftigt när vi kom till PTSD-modulen. Efter de inledande frågorna började hon hyperventilera och slutligen dissociera. Den arma kvinnan kröp ihop och bad om att inte bli skjuten. Jag avbröt intervjun för att föra tillbaka kvinnan till mottagningsrummet och hjälpa henne att återfå fattningen. När vi sågs snart därpå hade kvinnan ändrat sig, hon ville ha psykoterapi mot PTSD trots allt.

En av psykiatris utmaningar är bristen på omedelbar återkoppling vid några av dess mest verksamma behandlingar. Vid behandling med SSRI ska patienten ta sig igenom en tid av eventuella biverkningar innan den eventuella effekten kommer. Detta har de flesta patienter hört talas om och grugar sig för att det ska bli sämre innan det kan bli bättre. Jag kämpade ett otal gånger med att försöka få en patient med svår OCD att ta emot behandling med sertralin, vilket var ett villkor från den behandlingsenhet som därefter skulle kunna erbjuda henne KBT.

Patienten tvättade sig sex timmar efter varje toalettbesök, med följderna att hon begränsade sitt vätskeintag så att hon bara kissade en gång per dag. Hennes deltoideusmuskler var hypertrofierade av att hon gick som en forntida egyptier, för att inte röra vid något smutsigt i hemmet. Kvinnan hade målat in sig i ett hörn med sina tvångsritualer. I en annan tid skulle hon ha varit en kapsulotomikandidat. När jag spelat ut mina övertalningskort avseende sertralinet, och konstaterat att aldrig så nära inte skjuter någon hare, fick jag till slut lägga dem på bordet. Jag sa som det var, att jag ordinerade henne en behandling jag trodde skulle hjälpa, men att jag inget kunde göra, om hon inte tog den. Detta tog skruv, och hon började med sin medicin dagen därpå. När kvinnan sedan förbättrats förklarade hon att hennes aversion mot medicinen bland annat berodde på att hennes store idol Hollywoodstjärnan Tom Cruise var emot den. Hon konstaterade att Tom Cruise var dum i huvudet. Efter en intensiv KBT blev kvinnan slutligen symtomfri och kunde återuppta sina studier.

Ibland verkar inte behandlingarna fastän patienterna faktiskt tar dem. Tiden går som långsammast när läkare och patient väntar på effekt. Som värst blir det i slutenvården, där patienternas tillvaro helt domineras av behandlingen av sjukdom. Som vikarierande underläkare hade jag regelbundna samtal med en patient som jag satte in på medicinsk behandling mot depression. Patientens lidande var palpabelt, och stundtals var hon självmordsnära. Det friskaste hon hade var en intensiv önskan om att bli bra. Veckorna gick utan tydlig antidepressiv effekt. När mitt vikariat gick mot sitt slut var kvinnan inte botad. Då hon hade typiska symtom på depression och det förelåg en distinkt episodicitet med fria intervaller, var jag övertygad om att hon skulle bli återställd så småningom, med hjälp av behandlingen. Jag försökte trösta henne med en liknelse om våren, som vi väntar på varje vinter och många gånger blir besvikna över när den inte kommer, trots att vi fått smaka på mildare dagar. Jag sa att kvinnans väntan på effekt av den antidepressiva behandlingen var som väntan på våren.



Det gick inte att säga när den skulle komma, det enda vi kunde vara säkra på var att den skulle komma, och att kvinnan skulle bli återställd. Ett halvår senare kom en kvinna framrusande över torget i Linköping där jag studerade. Jag kände först inte igen henne, men förstod sedan att denna strålande kvinna var min forna patient. Hon kom fram för att säga tack, ett av de finaste orden som finns. När jag såg henne gå vidare i armkrok med pojkvännen tänkte jag att det nu äntligen hade vänt, kvinnan var återställd.

Varför vänder det? Vad det gäller sjuklighet kan det kan röra sig om naturalförlopp eller behandlingseffekter. Många som varit under isen vittnar om vikten av rätt stöd vid rätt tillfälle. Skidåkaren Gunde Svan inledde OS i Calgary 1988 knackigt, till svenska folkets stora besvikelse. Det vände till stafetten, där svenska herrlaget tog guld. Gunde vann sedan femmilan som grand finale. Efteråt berättade Gunde att den flodvåg av hyllande SMS efter framgångarna betydde intet mot det enda peppande SMS som inkom när det gick som allra sämst. Det kom från hans gamle tränare, som göt mod i honom, när hans självförtroende var i botten.

Vi talar ofta om vändpunkter som något positivt, där vi därefter med nyvunnen klarhet rör oss mot något bättre. Då vi vänjer oss vid vårt nu, och främst upplever förändring, är det därmed lätt att hålla med artisten Peter Lemarc: det finns inget bättre, än när det vänder.

Mikael Tiger  
Överläkare  
Psykiatri Nordväst, Stockholm

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 22 oktober 2014

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](http://www.ki.se/uppdragsutbildning) eller ring 08-524 838 91



Karolinska  
Institutet



# Två sidor av samma mynt – om sjukvården, kåren och organisationen

En ST-läkare inom barn- och ungdomspsykiatri  
blickar tillbaka och framåt



Lisa Palmersjö och artikelförfattaren  
Foto: Lars Joelsson

”Där världar möts, där konflikter uppstår finns en kraft och en dynamik som söker en hemvist.”

Stora delar av min specialistutbildning har jag spenderat i två helt skilda världar. I ett universum har jag träffat barn och familjer, fogat ihop min egen kliniska gärning med andras och lärt mig otroligt av barn, föräldrar och kollegor. I en parallell värld har jag umgåtts med chefer inom offentlig sektor och läkare från olika specialiteter. Samtliga dessa läkare har gemensamt, förutom att de är just läkare, en önskan om att medverka i den del av sjukvården som inte är uppbyggd eller styrd av den egna kåren.

Sällan har världarna mötts, de har krockat då och då, med gnistor och kantstöttningar som resultat. Enskilda möten har ägt rum, möten av samförstånd och respekt, möten som finns kvar hos mig som gåvor, någonting jag fått och som jag är tacksam för. Att satsa på utbildning i sjukvårdsorganisation, kunskap om styrmodeller och ekonomi redan som ung doktor är kontroversiellt inom delar av kåren. Inom andra delar av samma kår ses det som en framkomlig väg för framtidens sjukvård.

I ST-enkäten som gick ut till alla ST-läkare i barn- och ungdomspsykiatri under hösten 2013 framkom det att det som 70 % av de som svarat ville jobba med utöver sitt



patientarbete som färdiga specialister var handledning, utbildning och forskning. 40 % av de som svarat önskade också utöver detta delta i verksamhetsutveckling på den egna kliniken. Den viktigaste faktorn till hur attraktiv en framtida arbetsplats bedömdes vara var möjligheten att påverka den egna arbetssituationen.



Verksamhetschefsmötet i Bergendal 6-7 februari i år behandlade temat "Det medicinska ledningsansvaret på BUP" under en av dagarna. Hur ser den juridiska bakgrunden ut till verksamhetschefsbefattningen och hur hanterar våra verksamhetschefer idag det samlade ledningsansvar som består av ansvar både för administrativa och medicinska ledningsuppgifter. Några av verksamhetscheferna uttryckte att de upplevde ansvaret som komplicerat och lagen som svår att förstå. Andra gav goda exempel på ett ledarskap där verksamhetschefen tillsammans med chefsöverläkaren bidrog till en bred kompetens med god förmåga och funktion.

Verksamhetschefer och ledningsansvariga läkare från olika landsting visade upp sina delegeringsdokument och innebörden i dessa diskuterades. Det var få som valde att verkligen problematisera det samlade ledningsansvaret som innehas av verksamhetschefen. Av diskussionen kunde man ändå ana att det fortfarande finns begränsningar i hur ansvaret för patientsäkerheten och kvaliteten i vården kan förstås och ageras.

Även på psykofarmakologidagarna i Varberg tidigare i år diskuterades det medicinska ledningsansvaret. Hur ser organisationskunskapen och kompetensen inom kvalitetsförbättring ut för specialister inom barn- och ungdomspsykiatri? Behövs det fortbildning, är specialisterna intresserade?

Dessa frågor bubblar överallt i läkarkåren. Jag är glad och stolt över att BUP-läkarföreningen i år drivit dessa frågor tillsammans med specialister, ST-läkare och chefer i vår organisation. Arbetet minskar friktion och möjliggör kraft i mötet mellan olika världar.

**Sara Lundqvist**  
**ST-läkare i barn- och ungdomspsykiatri**  
**Ledarskaps-ST**  
**Göteborg**  
**ST-representant BUP-läkarföreningen**



Foto: Shutterstock/ Lightspring



# Svenska Psykiatriska Föreningen och Sveriges Psykologförbund samverkar för bättre psykisk hälsa

Svenska Psykiatriska Föreningen har sedan ett par år ett givande samarbete med Sveriges Psykologförbund. Motivet är att vi behöver mejsla ut våra respektive yrkesroller men även att samverka för att finna nya och gemensamma vägar för att förstå, och föreslå åtgärder för att komma till rätta med den växande psykiska ohälsan i samhället.

Inom psykiatrin har alltfler psykologiska och psykosociala insatser nått evidens och därmed blivit jämställda med, eller utgör ett komplement till läkemedelsbehandling. Oftast bör dessa ges i kombination för optimal effekt både på symtom men även för att uppnå ökad funktion hos våra patienter. Diagnostik och kartläggning av symtom, svårigheter och handikapp hos våra patienter är ett annat område där våra respektive yrkeskompetenser kompletterar varandra och bör därför sammanvävas i bedömningen av patienternas svårigheter och deras behov av behandling.

I hierarkiska system riskerar teamarbete att bli en arena för konkurrens istället för samverkan vilket ofta innebär att arbetet försvåras istället för att gynnas av den multiprofessionella sammansättningen. Dessutom riskerar patientens ställning att försvagas istället för att vara den centrala och viktigaste principen för teamarbetet. Om teamarbetet istället skall centreras kring patienten enligt "delat beslutsfattande" bör de olika yrkesrollerna klagöras, få tydliga gränser och istället fungera som resurser i relation till patientens önskemål och behov.

Psykologernas och psykiatrikernas ansvarsområden är delvis tangerande när det gäller diagnostik, behandling och handledning. Därför pågår nu ett arbete att beskriva de respektive kompetenserna och föreslå principer för teamarbete där våra yrkesroller gynnas av samverkan. Vi kommer att skriva mer om förslaget i kommande nummer och även presentera det vid nästa Svenska Psykiatrikongress.

Ett område där behovet är störst är den växande psykiska ohälsan bland ungdomar. Våra respektive organisationer har därför en ambition att starta med detta angelägna område för att kristallisera ut vår samverkan, vilket kanske också går att överföra till det sedvanliga team-arbetet.

**En OECD-rapport**, publicerad i mars 2013, rapporterade att psykisk ohälsa i dag är den vanligaste orsaken till att personer i arbetsför ålder står utanför arbetsmarknaden. Den psykiska ohälsan ökar snabbare än någon annan ohälsa. Andelen med psykiska diagnoser av alla som söker vård har ökat från 29 procent till 37 procent på knappt tio år, och kurvan fortsätter att peka brant uppåt. Den största ökningen ser vi hos unga personer, speciellt unga kvinnor. Psykiska sjukdomar är därmed sedan 2011 den vanligaste diagnosen bland påbörjade sjukfall. En viktig slutsats i OECD-rapporten är att Sverige bör intensifiera det förebyggande arbetet genom att t.ex. rusta upp skolhälsovården men även att öka forskningen kring de orsaker i samhället som spelar störst roll för denna utveckling.

Behovet av att förebygga psykisk ohälsa hos unga betonas också i den nya skollagen från 2011, där elevhälsan definieras som en samlad funktion för hälsofrämjande skolutveckling.

Kungliga Vetenskapsakademien har i en systematisk kunskapsöversikt sett att sambandet mellan hälsa och lärande präglas av ett dubbelriktat samband. Forskningen visar entydigt att barn som har svårt att hänga med i skolarbetet löper högre risk att utveckla psykisk ohälsa. Omvänt ökar också en dålig psykisk hälsa risken för att barnet ska prestera sämre än sina klasskamrater.

Vi ser en risk att ungdomar med psykisk ohälsa riskerar att permanentas utanför arbetsmarknaden, och även utanför samhället.

Detta skulle innebära en katastrof för både individerna men också för samhället. Den omfattande och växande psykiska ohälsan kräver förebyggande åtgärder i alla led – från mödrabarnhälsovården, elevhälsan, barn – och ungdomspsykiatri, primärvården och vuxenpsykiatri. En nyckelfaktor för att komma till rätta med detta samhällsproblem är att utrusta *hela* den psykiatriska vårdkedjan med kvalificerad personal.

Här krävs gemensamma krafter från båda organisationerna i såväl påverkan och förebyggande arbete som behandling. Vi är övertygade att det finns många synergieffekter av att låta det medicinska och det psykologiska kunskapsfältet befrukta varandra.

Vi kommer att fortsätta att diskutera samverkan i mer konkreta termer men tar också gärna emot förslag från våra respektive medlemmar och läsare.

**Lena Flyckt**  
Ordförande i Svenska Psykiatriska Föreningen

**Anders Wahlberg**  
Ordförande i Sveriges Psykologförbund

**Astrid Lindstrand**  
Styrelseledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

**Maria Lindhe**  
Professionsansvarig i Sveriges Psykologförbund



The Royal College of Psychiatrists

**CPD ONLINE**



## En Pudel!

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

Foto: Shutterstock Roman Rybaleov





# Riksstämman 4-5 december 2014 – boka av i kalendern redan nu!



På Stockholm Waterfront den 4-5 december 2014 har du möjlighet att vidareutbilda dig på landets största mötesplats för läkare. Det blir två intensiva dagar med ett vasst och stimulerande tvärsektionellt program med 100 programpunkter med fokus på vetenskap, utbildning, kvalitet och etik. Då deltagande kan bredda din kompetens på flera plan så erbjuder Riksstämman även certifiering på ditt deltagande som kan användas i ditt CV. SPF har förstås flera spännande programpunkter under stämman så dra ett streck i tidboken idag!

Varför inte komma och lyssna på när Lena Flyckt modererar Mikael Landen, Ullakarin Nyberg, Johan Franck och Simon Kyaga kring "Psykiatri i tiden" och inspireras till klinisk forskning, lära mer om suicidprevention och behandling av skadligt bruk av alkohol och droger, samt öka dina tankar om skraddarsydd vård för patienten?

Lära dig mer om konsultationspsykiatri när Marie Bendix modererar programpunkten "Den psykiatriska och somatiska patienten – en och samma" och Lars Wahlström, Thomas Eklundh och Rebecca Andersson föreläser?

Passa också på och ta chansen och påverka i den aktuella debatten om stigma när Ullakarin Nyberg modererar programpunkten "Stigma påverkar patientens rätt till lika vård - vad kan vi göra?" och bland andra Martin Schalling och Cecilia Brain deltar.

Lär om "Övervikt och psykisk sjukdom – så vanlig är komorbiditet och vad kan vi göra?" när SPF tillsammans med Levnadsvanedagarna bjuder in och Jill Taube modererar Yvonne von Hausswolff-Juhlin, Yvonne Lowert och Signy Reynisdottir.

Håll även utkik på Levnadsvanedagarnas andra programpunkter bland annat "Rökstopp vid kroniska sjukdomar" som Jill också modererar och som är högaktuell för bästa hälsa för den psykiatriska patienten.

Missa inte heller att ta lärdom, efter decennier av debatter, när Niklas Långström modererar en expertpanel kring "När psykiatri och rättsväsende möts - vad kan vi lära av fallet Thomas Quick?"

Sist, men inte minst, kommer SPF under Riksstämman också att erbjuda ett smakprov från den psykiatriska filmfestivalen som de fem senaste åren varit ett stående inslag under SPK, genom att Axel Haglund modererar Cecilia Dhejne vid en filmvisning av den guldbaggebelönade dokumentären "Ångrarna".

För fullständigt program och abstracts för alla programpunkter både från SPF och alla övriga medicinska specialiteter gå in på [www.sls.se](http://www.sls.se)

Varmt välkomna till medicinsk vidareutveckling och spännande möten på Riksstämman!

**SPF:s styrelse**  
och **Maria Larsson, Riksstämmosekreterare SPF**



## Det finns många anledningar att vara medlem i SPF

Förutom Svensk Psykiatri har Du som medlem även tillgång till

Nordic Journal of Psychiatry online  
CPD Online

The Nordic Psychiatrist

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

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

## Du som är medlem i SPF:

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

Gå till vår hemsida

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

## Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

Svenska Föreningen för Barn - och Ungdomspsykiatri:

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

Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri:

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

Svenska Psykiatriska Föreningen:

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

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:

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





# Tack för det fina priset!

**Ing-Marie Wieselgren tilldelades Raffaellas pris för pedagogiska insatser för psykiatrin 2014 med följande motivering:**

*"Ing-Marie Wieselgren har under hela sin yrkeskarriär oförtrutet arbetat med att höja den psykiatriska kunskapsnivån i Sverige.*

*Genom sitt genuina engagemang och nytänkande har hon skapat förutsättningar för utveckling av det pedagogiska arbetet inom psykiatrin.*

*Att se både individ och systemperspektivet var något som låg Raffaella varmt om hjärtat"*



Jag hade den stora glädjen och äran att ta emot Raffaella Björcks pris för pedagogiska insatser för psykiatrin 2014 i Göteborg i mars. Jag blev både rörd och stolt.

Raffaella och jag har genom åren delat mycket, främst professionellt men även privat, och saknaden efter henne är stor. Vi träffades redan i början av 1990-talet då vi båda var doktorander i projekt som handlade om schizofreni. Vi hade oändliga diskussioner om orsakerna till schizofreni men framför allt delade vi ett hopp om att det skulle gå att hitta bättre behandlingsmetoder, bättre stöd och anpassningar i samhället som möjliggjorde ett gott liv även med schizofreni.

När framgångarna tröt och forskningen var motig drömde vi om att starta ett bageri som bakade italienskt bröd där bara personer med schizofreni skulle jobba. Man mår bra av att göra andra glada och människor blir glada av nybakat bröd så det borde vara ett sätt att höja livskvaliten för många, resonerade vi.

Vi bjöd gemensamt in till nätverksträffar Stockholm–Uppsala med kvinnliga forskarstuderanden. Vi var då för drygt 20 år sedan bestörta över att det var så mycket "gubbar" som bestämde överallt. Vi frågade en framstående kvinnlig professor varför det fanns så få kvinnor på höga poster inom vård och forskning. Hon svarade att kvinnornas ansvar för barnen gjorde att de inte hann eller orkade. Men det gick att kombinera. Både Raffaella och jag har trots flera barn kunnat vara med och driva utveckling även om vi inte blev professorer.

Det värmer därför extra att få ta emot ett pris till hennes minne och jag är glad att vårt största gemensamma projekt – Metis – fortsatt har flytkraft även om tiden efter Raffaellas bortgång inte varit okomplicerad. Jag vet att Raffaella i sin himmel jublar över att regionala Metis-kanslier nu håller på att bildas runt om i landet. Hon såg att välutbildade doktorer med välutvecklade färdigheter inom psykiatrins alla delar är en av nycklarna till goda behandlingsresultat.

Engagemang och nytänkande pekar Svenska Psykiatriska Föreningen på i sin motivering för priset – engagemang och nytänkande var också Raffaellas adelsmärke och engagemang och nytänkande behöver vi alla för att driva svensk psykiatri framåt.

Ingen kan ta Raffaellas plats men vi har alla en skyldighet, både mot henne och psykiatrins patienter och personal, att fortsätta arbeta för en ännu bättre svensk psykiatrisk vård. Jag ska under alla omständigheter fortsätta försöka, och att få ta emot det pedagogiska priset motiverar mig ytterligare.

Tusen tack!

**Ing-Marie Wieselgren**  
**Sveriges Kommuner och Landsting**  
**Foto: Thomas Henriksson**

## 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 2015.

**Vill du nominera någon till priset?**

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

**Vill du skänka ett bidrag till prissumman?**

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

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

Styrelsen

*Svenska Psykiatriska Föreningen*



Foto: Carol Schultheis



# Depression och D-vitamin - en översikt

Autoreferat:

Göran Högberg, Per Bech, Tore Hällström och Maria Petersson. Does vitamin D play a role in depression? A review of clinical, epidemiological and biological studies. *Current Nutrition & Food Science* 2014; 10:16-28. <http://benthamscience.com/journal/index.php?journalID=cnf>  
DOI: 10.2174/15734013113096660010

**Intresset för att undersöka sambandet mellan neurologiska och psykiatriska tillstånd och D-vitamin har ökat efter att man har påvisat D-vitaminreceptorer i hjärnan.**

I denna översiktsartikel presenteras resultatet av en genomgång av detta område. I artikeln gjordes först en översikt av depressionsdiagnostiken där de somatiska elementen, som hypotetiskt skulle kunna relatera till D-vitaminbrist, lyftes fram. Därefter undersöktes biologiskt möjliga samband mellan depression och D-vitamin med bland annat andra hormoner, neurogenes och immunförsvaret.

46 epidemiologiska studier och behandlingsstudier gick igenom. Av nio stora epidemiologiska studier med mer än tusen deltagare visade sju ett samband mellan symptom på depression och låga halter av D-vitamin. De fem behandlingsstudierna på patienterna med D-vitaminbrist

och depression visade alla signifikant reduktion av symptom på depression efter tillskott av D-vitamin.

Avslutningsvis konstateras i artikeln att det finns ett behov av stora randomiserade kontrollerade studier för att kunna dra säkra slutsatser. Många deprimerade patienter har låga D-vitaminnivåer och det är viktigt att tänka på detta om inte annat för att låg halt av D-vitamin utgör ett hot mot behälsan. Vid låga halter av D-vitamin kan då tillskott ges.

I syfte att göra framtida forskning om D-vitamin och depression tydligare rekommenderades att studiedeltagare har en depressionsdiagnos och en konstaterad D-vitaminbrist. Vidare är det viktigt att de får tillskott i sådan omfattning att deras D-vitaminhalter normaliseras. För att underlätta kommande forskning publicerades i artikeln ett D-vitaminbristindex som kan användas vid sådana studier.

**Göran Högberg, med dr, överläkare, BUP Södertälje**  
**Per Bech, professor, enheten för psykiatrisk forskning, Region Hovedstadens Psykiatri, Köpenhamns Universitet, Danmark**  
**Tore Hällström, professor emeritus, Karolinska Institutet**  
**Maria Petersson, biträdande överläkare, docent, Kliniken för Endokrinologi, Metabolism och Diabetes, Karolinska Universitetssjukhuset Solna**

## Ta del av våra remissvar!

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

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

**Tove Gunnarsson**  
*Redaktör Svensk Psykiatri*



# Lyckat och välbesökt!

## Rapport från BUP-kongressen i Malmö, 2014

Kongressens första föreläsning hölls av *Ruth Feldman*. Hon studerar det fina samspelet mellan förälder och mycket små barn. Hon visade oss exempel på när det fungerade bra men också exempel på hur det fungerar när mamman är deprimerad. Ruth och hennes grupp mäter oxytocin (OT) i blod och kunde visa på spännande forskningsresultat. Hon menade att vi är alla förberedda på att bli föräldrar och hon kunde bland annat visa att nivåerna av OT är mer beroende av hur mycket tid du är tillsammans med ditt barn än vilket kön du tillhör. Ruth menade dock på att mammor oftare sover med en "öppen amygdala" och tog sig själv som exempel. När barnen inte kommit hem på kvällen och det är dags att sova. De flesta vet nog precis vad hon menar, även jag fast jag är pappa. Hon kunde också visa att autistiska barn fick lika höga nivåer av OT som icke autistiska barn när man stimulerar dem men nivåerna sjönk mycket snabbare än för normala barn när man inte aktivt stimulerar dem längre. Ruth menade på att det stämmer med vad många mammor säger att så länge som jag håller på med honom/henne så är hon social men när jag slutar så blir barnet autistiskt igen. Ruth hoppas nu på att man i framtiden, med mer forskning, kan använda OT som en biomarkör för autism.

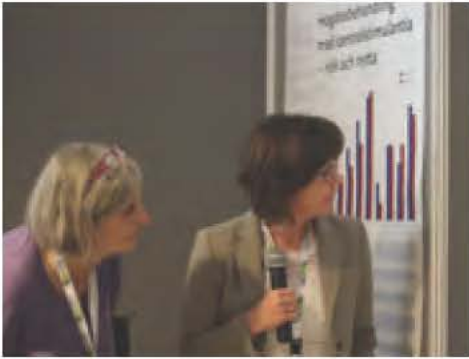
*Sven Bremberg* avslutade dagen med att hålla en översiktsföreläsning om risk- och skyddsfaktorer för psykisk ohälsa. Han började med att konstatera att den psykiska ohälsan hos ungdomar över 13 år ökade dramatiskt under 90-talet. Sven lade fram olika hypoteser. Han började med familjen, är det nya familjekonstellationer som är skulden? Nej. Familjerelationer som vi har är statiska, vi ägnar mer tid åt barnen nu än tidigare. Är det förskolan? Nej. Sven menar att förskolan snarare är en skyddsfaktor. Är det skolan? Personaltätheten har ökat utan att några förbättringar skett i psykiska hälsan. Sven pekar däremot ut ungdomsarbetslösheten som en orsak. Övergången till arbetslivet är problematisk för många.

Sedan 90-talet har det varit stora förändringar på arbetsmarknaden för unga mellan 15-24 år. Inget annat land i Europa har haft en sådan förändring i arbetsmarknaden som Sverige. Gamla jobb slås ut i högre takt än nya skapas och finns det lediga jobb är det få som kan besätta dem. Detta drabbar främst unga människor.

Finns det skyddsfaktorer förutom mer jobb? Sven hänvisar till John Hattie, professor från Australien, som har tittat på 50 000 studier och som listat vad som fungerar och inte fungerar i skolan. John Hattie menar att alla förändringar ger en förbättring med effektstorlek på 0,4. Om man vill se vad som verkligen fungerar i skolan så skall man välja insatser som ger en högre effektstorlek än 0,4. Faktorer som har högsta effektstorleken är systematisk utvärdering av undervisningen, videospelade lektioner, minska störande beteende och omfattande stöd till barn med inlärningssvårigheter.

Den andra dagen började tidigt med *Clara Hellner Gumperts* föreläsning "Beteendestörningar hos barn och unga". Clara gav en "State of the art"-föreläsning om beteendestörningar. För barn och unga som har svåra beteendestörningar är det främst socialtjänsten som har ansvar för att samordna insatserna. Många med beteendestörningar söker BUP primärt. De har ofta psykiatriska svårigheter som ADHD, depression, ångest, ätstörning och missbruk. Men BUP är bara en av många aktörer som behövs. Familj, förskola/skola, socialtjänst och BUP kan alla upptäcka eller missa problemen. Barnet och den unge är alltid beroende av att någon annan måste se, förstå och agera. Vi missar lätt inlärningssvårigheter, begåvningshandikapp, missbruk, psykisk ohälsa, normbrytande beteende och sociala problem i familjen.





Vad kan vi göra? En strukturerad utredning är mycket viktig för att synliggöra olika risk- och skyddsfaktorer som skall ligga till grund för en vårdplan. Ibland är det svårt att behandla eller bryta en negativ utveckling, det gäller att ha lagom ställda förväntningar. Små framsteg är bättre än inga framsteg alls. En studie visar att de som har haft tre planerade besök på en beroendemottagning hade 50 % mindre risk att återfalla i brott. Samverkan kring vårdplan, behandling av substansmissbruk och regelbunden uppföljning är viktigt. Samverkan kan också vara en riskfaktor, alla tror att andra gör något. Bokstavkombinationen NAB, "någon annans budget", är också vanlig.

Jag tror att de flesta tycker att det är svårt att veta hur man ska närma sig och hjälpa ungdomar med svåra beteendestörningar.

Därför kändes denna föreläsning mycket angelägen. Det kändes tröstefullt att höra Clara berätta hur hon undersökt en patient som senare berättat att han varit påverkad av narkotika utan att hon märkte det. Jag tänker ofta på vilka som jag missat genom åren. Denna föreläsning gav mig mer redskap att minska den risken.

Claras föreläsning innehöll så mycket mer. Hennes powerpoint-bilder som är lätta att förstå och följa finns på bupföreningens hemsida, [www.svenskabupforeningen.se](http://www.svenskabupforeningen.se). För mer information hänvisar Clara till Bupföreningens vårdprogram "Barn och unga som utmanar" som också finns på föreningens hemsida.

Nästan sist på kongressen kom *Stefan Lindgren*, professor i medicin vid Lunds universitet. Stefan var regeringens utredare för den nya läkarutbildningen. Fast föreläsningen inte handlade om BUP så var den mycket inspirerande och gav mig nya tankar. Stefan menade att det är systemets samlade kompetens som är viktigt. Personalen i sjukvården måste arbeta mer i team och han framhöll att BUPs arbetsätt med team är en föregångare som fler måste ta efter. Patienten är en medarbetare och det är hans/hennes hälsa som är i centrum, inte patienten i sig. Patienter som mår bra behöver inte komma så ofta och man kan använda moderna kommunikationsmöjligheter, för att ge mer tid till patienter med kroniska sjukdomsprocesser. Personalens kompetens kommer i dag i bakgrunden, bara 20 % av totala kostnaden går till kompetenshöjande insatser. När det gäller utbildningen och då speciellt läkarutbildningen tillbringar studenterna 10 % av tiden i miljöer där 90 % av patienterna finns.

Vi måste sträva efter längre sammahållen tjänstgöring under studietiden men då måste man också kunna välja bort. Det är svårt, "tänk om jag missar något". Stefan menar också att utbildningen är livslång från den dagen då man börjar studierna till pension. Äldre läkare gör flest fel. De litat för mycket på sin intuition.

Till slut konstaterade Stefan att vi ändå är bättre än vi någonsin varit, vi har högst bemanning i världen. 11 % av BNP går till sjukvården vilket är optimalt. Skall man öka resurserna måste man öka BNP. Ett viktigt problem i dag är att vi i de rika länderna lockar läkare från fattiga länder att komma hit för att arbeta vilket innebär att folk i fattiga länder inte får den vård som de behöver.

BUP-kongressen innehöll också 15 intressanta symposier och en postersession där *Sara Lundqvist* och *Ulrika Åhlund* presenterade sina vetenskapliga arbeten inom ST-tjänstgöringen. Nästa år hoppas jag att fler ST-läkare och andra medarbetare väljer att presentera sitt arbete på detta trevliga sätt.

BUP-kongressen var mycket lyckad och välbesökt. 550 BUP-medarbetare från hela Sverige kom till Malmö för att ta del av inspirerande föreläsningar och intressanta symposier samt för att träffa och utbyta erfarenheter med kolleger. De fick också njuta av högklassig underhållning på kongressmiddagen med Gunhild Carlings familjearkester och två luftakrobater.

Tack BUP Skåne för en fint genomförd kongress!

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



**ANNONS**



## Vår igen – ändpunkt?



Foto: Shutterstock/balounm

Snart är det sommar igen. Tror jag, med en viss sannolikhet. Evidensen är hyfsad men inte jättestark.

Vad har hänt på sistone? Ett egocentriskt axplock: "Professorskollegiet i psykiatri" fick med stöd från Socialdepartementet ordna en konferens alldeles före julen – 13. Punktvis relaterat i LäkT nr 11/2014. Att anslag till forskning inom psykiatriska ämnen inte kunnat mäta sig med just nu mer fashionabla inneämnen visste vi. Men en hel del revolutionerande är på gång. Tävlingsanda råder. Man får inga forskningsmedel gratis – det krävs maximala insatser, alltifrån Forskarskola och organisationsförmåga till visioner på global nivå.

Vid konferensen fick vi höra jättespännande presentationer av Lars Farde, Mikael Landén, Lena Flyckt och Martin Schalling – vid den internationella forskningsfronten. Professor Måns Rosén från SBU, generaldirektör Lars-Erik Holm från Socialstyrelsen och professor Mats Ulfendahl från Vetenskapsrådet var inbjudna och närvarade.

Roligt var det med prestationerna av de nydisputerade Anna Bryngelson, Christopher Rahm, Axel Nordenskjöld och Carl Björkholm – vid olika forskningsfronter. Christopher har

med sin kollega Benny Liberg sedan kunnat återvända till Australien som post-docs, och Anna har fått arbete vid Myndigheten för vårdanalys. Så forskning lönar sig, förutom att det är roligt.

En som under 2014 har disputerat är Simon Kyaga. Hans tema var "Creativity and Psychopathology". Arbetet utgick formellt inte från en psykiatrisk institution utan från Inst. för medicinsk epidemiologi och biostatistik vid Karolinska Institutet. "Bibliometri" i sin mest primitiva form kan ge falska resultat om man inte gör djupare analys med hjälp av ämneskunniga. Sveriges gigantiska register över befolkningen har av Simon utnyttjats, t.ex. "n=54 042" för att inte tala om "n=2.3 miljoner".

Ingen inom området har väl kunnat undgå att få veta att årets psykiatrikongress gick av stapeln i mars i Göteborg, med mer än 600 deltagare och jättespännande program.

Om jag får välja, lyfter jag fram den debatt som leddes av Maria Larsson, om hur vi psykiatrer kan närma oss pressen. Vi har olika utgångspunkter, men kan lära oss att samverka konstruktivt. Det är ofta inte nödvändigt att svara direkt, utan låt journalisten vänta tills det passar också Dig. Vänlighet och ärlighet är självklarheter.

Yttra inte mer än vad Du kan stå för, bed gärna att få se planerad text innan den trycks. Rubriker sätts ofta av annan person på tidningen är den journalist som skrivit artikeln. Niklas Långström, Tove Gunnarsson, Åsa Nilsson och Lise-Lotte Risö Bergerlind hade rikliga erfarenheter. TV-stjärnorna Niklas och Åsa är kända för alla, och Lise-Lotte har av Dagens Medicin utsetts till årets flitigaste kvinnliga debattör.

Hans Ågren berättade om den genomgång av 883 svenska psykiatriska doktorsavhandlingar 1858-2012 som han och prof.emer. Lennart Wetterberg förtjänstfullt sammanställt. Dessutom ansågs 273 andra avhandlingar vara betydelsefulla inom psykiatrin!

Vi hedrades också detta år med ministernärvaro. Ulf Kristersson visade att man i Regeringskansliet verkligen bryr sig om psykiatrisk sjuklighet. Vi borde kunna räkna med stöd från politiker med skilda färger.

Spännande att substansen nalmeferon, som jag för många år sedan hörde tala om från djurförsök, nu lett till inregistrering som svenskt läkemedel. "Spaning om psykiatriska läkemedel" var ett nydanande tema, när många läkemedelsföretag med krav på snabba vinster inte vågat ha kvar program för att utveckla psykofarmaka – det är för komplext och ger sällan omedelbar aktieutdelning. Var finns storsinnade donatorer som vågar tänka mer långsiktigt? Sören Nielzéns studier över psykoakustik ter sig lovande betr. differentialdiagnostik. Att koppla beteende till hjärnabbildning är givetvis ytterst utmanande. Visst händer det nya saker.

En from önskan: Må det ambitiösa programmet leda till återkopplingar och redovisningar av skilda slag. De som deltog kan väl berätta för dem som tvingades stanna hemma. Vi inom "Professorskollegiet" måste bli mer aktiva med att delge våra enorma kunskaper och erfarenheter till andra. Det är ett svärförlåtligt slöseri om kunskap behålls inom en liten krets. "Universitetens tredje uppgift" är viktig. Hur hantera abstracts?

Karolinska Institutets nybyggda Aula Medica har av Byggindustrin utsetts till "Årets Bygge". Här har redan hösten 2013 skett invigning av Rektor Anders Hamsten, insamlingsledare Prinsessan Christina fru Magnusson och stordonator Stefan Persson, med närvaro av bl.a. psykiatrilärare.

Sedan ordnades en konferens om "fallet Thomas Quick" med ca 800 personer närvarande med sammanfattning av Clara Gumpert som belyste vikten av att allt ska vara evidensbaserat och inte bara grunda sig på vad

som hävdades av aldrig så högljudda teoretiker med "filosofismer" utan djup klinisk förankring. Senare ordnades också "Institutionens Dag", sakligt, lekfullt och elegant ledd av prefekten, neurologiprofessorn Jan Hillert, med utdelning av diverse priser till förtjänta medarbetare. Inst. för klinisk neurovetenskap är numera Karolinska Institutets största institution. Så saker händer.

"Fund-raising" för psykiatri ska intensifieras under ledning av prof. Martin Schalling och ordf. i Svenska Psykiatriska Föreningen, docent Lena Flyckt.

Vet ni att minst 70 procent av den svenska psykiatrins patienter brukar vara nöjda med insatserna från klinisk psykiatri? Ibland får man en annan bild (vrångbild?). Man måste fokusera på det väsentliga. Måste man polarisera allting? Är svenskarna världens gnälligaste folk? En svenska som arbetat som lärare i Etiopien lyfter i "Norran" fram glädjen och stoltheten hos barn som alls får gå i skolan!

Ska vi börja anamma den överdrivna och skruvade vokabulär som fastighetsmäklare och filmmakare använder? "Sensationellt", internationell toppklass, underbar utsikt?

När jag tittar i backspegeln på mina egna enkla insatser skäms jag ibland över hur ytligt jag kan resonera, i jämförelse med andras sofistikerade inlägg. Men att publicera originalartiklar i tidskrifter med maximal impact-factor är något annat än att försöka popularisera och kåsera.

YES WE CAN!! SI, PODEMOS!

**Ulf Rydberg**

**Professor emeritus, Karolinska Institutet**



# Hämmar bensodiazepiner den biologiska effekten av antidepressiva läkemedel?



*Kongressen besöktes av drygt 600 personer och hade lockat till sig ett stort antal utställare.*



Svenska Psykiatrikongressen hölls den 12 – 14 mars på Bergakungen i Göteborg.

Kongressen besöktes av drygt 600 personer och hade lockat till sig ett stort antal utställare. Intresset hade varit stort redan innan kongressen vilket märktes då anmälningarna kom ovanligt tidigt.

Kongressen inleddes av sjukförsäkringsminister Ulf Kristersson som redogjorde för de ökade sjukskrivningstalen för psykisk ohälsa – idag den vanligaste orsaken till sjukskrivning.

Under de tre dagarna som följde bjöds på ett varierat utbud från kliniska riktlinjer vid tvångsvård till filmföreläsningar och Master Course i psykofarmakologi. Svenska Psykiatriska Föreningen hoppas därmed att ha bidragit till fort- och vidareutbildning för våra medlemmar.

**Lena Flyckt**  
Ordförande SPF

Det var mycket fascinerande att lyssna på ett föredrag om "Neuroplasticity and psychiatry" av Eero Castrén på Svenska Psykiatrikongressen i Göteborg i mars 2014. Bland annat berättade han om sina och andras studier som visar att tillägget av bensodiazepiner kunde försämrade effekten av antidepressiva läkemedel på cellulär- och molekylnivån.

Som yngre läkare under 1980-talet hade jag läst litteratur som visade att antidepressiva kunde användas inte bara vid depression utan vid olika sorters tvångssyndrom och ångestsyndrom, särskilt panikångest. Jag fick lära mig att patienter blir försämrade under den första veckan efter insättningen av antidepressiva innan en förbättring kunde börja märkas. De äldre kollegorna menade att patienten borde ta bensodiazepiner som tillägg under de första 1 till 3 veckorna och sedan sluta med det och fortsätta med enbart antidepressiva. Dessutom publicerades det några studier då som tydde på att bensodiazepiner (framförallt alprazolam) kunde ha en egen antidepressiv effekt.

Det jag såg hos patienter som behövde antidepressiva och som av mina kollegor eller av mig fått tillägget av bensodiazepiner initialt, var att många av dem fortfarande stod på tillägget bensodiazepiner veckor eller månader efter insättningen av antidepressiva – de kunde inte eller ville inte sluta med bensodiazepiner som gav omedelbar effekt vid ångest. Klomipramin var ett allt mer uppskattat och effektivt läkemedel. Samtidigt publicerades erfarenheter att om man började med bara klomipramin 10 mg x 1 och ökade med 10 mg var fjärde dag till måldosen 50-100 mg per dygn så såg man en trend till förbättring redan efter den första veckan. Jag började tillämpa detta vid varje insättning av klomipramin (utan bensodiazepin) med god effekt, vilket förstås delvis kunde ha varit placeboeffekten, men oftast blev biverkningar inte något väsentligt problem.

Idag används fortfarande en kombination av antidepressiva och bensodiazepiner mot de initiala biverkningarna vid insättning av antidepressiva, eller som en underhållsbehandling när man misstänker en komorbiditet mellan depressiva- och ångestbesvär.

Antidepressiva åstadkommer en snabb ökning av serotonin (eller noradrenalin) i synapserna. Men den antidepressiva effekten blir märkbar först efter ett par veckors behandling därför att detta sker genom övergripande långtidsförändringar i neurotransmittersystemen.

Antidepressiva främjar nybildning av neuroner från progenitorceller (neurogenes) och nybildning av synapser mellan neuronerna (synaptogenes) i hippocampus. Dessa förändringar är nödvändiga för att åstadkomma den antidepressiva effekten – hämning av neurogenes med strålning tog bort den antidepressiva effekten av fluoxetin (Perera et al., 2011). Antidepressiva leder också till en ökning av proteinet BDNF (brain-derived neurotrophic factor). BDNF tycks spela en viktig roll vid patogenes av depression, vid effekten av antidepressiva läkemedel och tycks också påverka progenitorcellernas överlevnad.

Neurogenes i hippocampus kan påverkas även av flera miljöfaktorer. Såväl fysisk som psykisk stress dämpar neurogenes, där stresshormoner (särskilt glukokortikoider) spelar en viktig roll. Kronisk stress leder också till minskat BDNF i det limbiska systemet.

Neurogenes i hippocampus hos vuxna moduleras av en finreglerad balans mellan det inhibitoriska GABA-systemet och det exciteriska glutamatsystemet. BDNF har också visat sig spela en viktig roll i regleringen av GABA-systemets aktivitet. Bensodiazepiner utövar sin lugnande effekt genom att bindas till GABA-receptorerna. Men relativt lite har studerats kring konsekvenser av att kombinera bensodiazepiner med antidepressiva vad gäller den kliniska effekten.

Wu & Castrén (2009) visade hos möss att när man i behandlingen kombinerade diazepam med fluoxetin, så blockerades den neurogenetiska ökning som man såg vid behandling med enbart fluoxetin. Sun et al. (2013) studerade både neurogenes och beteendeförändringar hos möss inom ramen för en modell där social isolering åstadkom stress som ledde till minskad neurogenes i hippocampus samt beteendeförsämringar med ökad ångest. När dessa möss behandlades med enbart fluoxetin ledde detta till en ökning av neurogenes och av BDNF samt beteendeförbättringar och ångestminskning. Men när man däremot behandlade dessa möss med en kombination av fluoxetin och diazepam så hämmades de terapeutiska effekter som åstadkoms av enbart fluoxetin. Sun et al. (2013) skriver: "these studies strongly suggest that co-administering benzodiazepines with antidepressants could significantly delay or prevent the cellular and behavioural improvement needed by the patients. These findings suggest a need for future clinical studies designed to investigate the combined effects of benzodiazepines and antidepressants in patients."

Castrén (2013) diskuterar den neuronala nätverksmodellen utförligt där den antidepressiva effekten handlar om att strukturera om neuronala nätverk som är involverade i regleringen av sinnesstämningen. Under utvecklingen av individens hjärna finns olika "kritiska perioder" för olika funktioner då plasticiteten för att skulptera relevanta nätverk är hög och optimal. Depression och andra psykiska störningar kan vara en konsekvens av dysfunktionellt skulpterade informationsnätverk. Antidepressiva läkemedel skulle tillfälligt återskapa en neuronal plasticitet ("window of opportunity") som skulle möjliggöra för miljömässiga faktorer, såsom psykoterapi och rehabilitering, att omstrukturera neuronala nätverk till mera funktionella sådana.

**Jayanti Chotai**

**Professor emeritus i psykiatri, Umeå universitet,  
Specialistläkare i psykiatri, Uppsala  
jayanti.chotai@psychiat.umu.se**

#### Referenser

- Castrén E (2013). Neuronal network plasticity and recovery from depression. *JAMA Psychiatry* 70(9), 983-989.
- Perera TD et al. (2011). Necessity of hippocampal neurogenesis for the therapeutic action of antidepressants in adult nonhuman primates. *PLoS ONE* 6, e17600.
- Sun Y et al. (2013). A benzodiazepine impairs the neurogenic and behavioural effects of fluoxetine in a rodent model of chronic stress. *Neuropharmacology* 72, 20-28.
- Wu X & Castrén E (2009). Co-treatment with diazepam prevents the effects of fluoxetine on the proliferation and survival of hippocampal dentate granule cells. *Biological Psychiatry* 66, 5-8.







# En enklare och bättre sjukförsäkringsprocess

Referat från ett föredrag med Försäkringskassan på Svenska Psykiatrikongressen.

Göran Modin och Andreas Larsson berättade om planerade förändringar i sjukförsäkringsprocessen.

Efter en viss avmattning av ökningen av sjukfrånvaron under några år har man märkt en ny ökning av den igen efter 2010. De psykiska sjukdomarna har en klar dominans då det gäller de nya sjukdomsfallen.

Diagnosen F43 anpassningsstörning och reaktion på svår stress dominerar helt.

Syftet med de planerade förändringarna i sjukförsäkringsprocessen är att skapa en process som bromsar upp ökningen av nya sjukdomsfall. I en sådan process behöver man ha individens behov och delaktighet i fokus genom att skapa kompetenta team där patienten, FK, AF och hälso- och sjukvården ingår.

Idag råder en oklar ansvarsfördelning mellan FK, patienten och hälso- och sjukvården.

Detta mer omfattande arbetssätt skulle behövas för gruppen patienter med långa sjukskrivningar som behöver stödåtgärder. Övriga sjukskrivningsgrupper kräver mindre resurser och där kan processen förenklas betydligt.

Arbetsgivarens roll måste också mer tydliggöras till att ha ett förebyggande perspektiv. Hälso- och sjukvården är också en viktig del här som måste bidra mer i processen.

Arbetsförmedlingen behöver ett ökat fokus på uppdraget som omställningsresurs jämfört med idag.

En svårighet kan vara att hitta gruppen sjukförsäkringsfall som blir långvariga och behöver stödåtgärder. En målgrupp kan vara de sjukdomsfall där det tidigare varit komplikationer vid återgång till arbete. Det skulle sannolikt underlätta om sjukvården tidigt kunde kommunicera direkt med arbetsgivaren i fall där anpassning behövs, gärna i form av tidiga förebyggande kontakter.

Uppskattningsvis så beräknas 20-25 % vara längre sjukfall med behov av stödinsatser.

Det är då kring dessa ärenden som försäkringskassan måste samla all kompetens kring ärendet i ett team för att hitta adekvata stödåtgärder.

Förhoppningsvis kan sjukskrivning förebyggas genom att fokusera på de som behöver stöd vid återgång till arbete.

FK arbetar på lång sikt med att utveckla en enklare och bättre sjukförsäkringsprocess där kända riskfaktorer kan värderas och att man utifrån dessa ska kunna bedöma vilka sjukskrivningsärenden som blir komplicerade och kommer att kräva stödåtgärder. FK har i samarbete med SKL avsatt 32 miljoner kronor för utvecklingsarbetet kring sjukförsäkringsprocessen och där forskningen kommer att involveras.

Försäkringskassan hoppas också på sikt kunna ta fram ett nytt evidensbaserat försäkringsmedicinskt beslutsstöd som ett stödsystem till sjukvården och FK.

Man hoppas att det ska finnas incitament att använda det i det dagliga arbetet.

På sikt hoppas man via beslutsstödet kunna samla kunskaper i databaser och kanske skapa ett kvalitetsregister.

**Astrid Lindstrand**  
**Överläkare Norra Stockholms Psykiatri**  
**Styrelseledamot i SPF**

# Svenska Psykiatrikongressen

## – en omsorgsläkares reflektioner

### Tillbakablick

Omsorgsläkare avskaffades på 80-talet, tänker du. Helt rätt, svarar jag. Men patienterna finns kvar, brukar det heta, när diagnoser tas bort eller byter namn. Och doktorerna, de finns också kvar. Jag är en av dem. Fast på 80-talet var jag bara ett barn och hade inte en tanke på psykiatri.

Det gick snabbt att inse att jag ville bli psykiater. Under ST-utbildningen hittade jag mitt favoritområde, utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar (så kallad neuropsykiatri). Ett område som dock inte betraktades som en "riktig" subspecialisering, med en välutvecklad vårdkedja, som psykosvården eller allmänpsykiatri. Men en dag snubblade jag över begreppet "omsorgsläkare" i en artikel.

Resten av artikeln blev plötsligt ointressant. En pusselbit hade fallit på plats hos mig. Patienter som jag träffat, arbetsplatser som jag trivts på, mitt intresse för inläring och lärandeprocessen, och sist men inte minst: mitt dåvarande (och nuvarande) jobb, så spännande och så annorlunda. Allt det där som entusiasmerat mig genom åren, det var lösa bitar utan något samband, parallella spår oberoende av varandra. Nej då, plötsligt såg jag den röda tråden. Tänk att slumpen kan pricka så rätt.

### Mars 2014

Ungefär ett år senare var det dags för Svenska Psykiatrikongressen 2014. Detta år ska jag gå och lyssna på annat också, bredda mina vyer, tänkte jag, glatt medveten om mina funktionshinderlasögon. Självklart med vissa undantag, som föredragen om "EASE – ett stöd i differentialdiagnostik schizofreni/autismspektrumtillstånd" med bland andra **Lena Nylander**, och föreläsningen om "Svagbegåvning och psykiatrisk symptomatologi" av **Kent Thuresson**. Där var jag hemma, men kongressen bjöd på mer.

Öppningsanförandet "Nya tidens ohälsa – vilken är psykiatriens roll?" med socialförsäkringsministern **Ulf Kristersson** handlade om sjukfrånvaro, sjukskrivningar, utanförskap, psykisk ohälsa. Medan de stora siffrorna talade sitt tydliga språk, tänkte jag på människorna bakom siffrorna, hur många av dem är "mina patienter"? Rehabiliteringskedjor och anpassad skolgång var två begrepp som fastnade i min selektiva uppmärksamhet. Och just den frågan: hur bidrar vi som profession, när politikens frågor har så starka medicinska konsekvenser? Det gäller även debatten om tillgänglighet, delaktighet och lika villkor.

Senare höll professor **Marie Åsberg** en föreläsning med titel "Utmattningsyndrom och stressrelaterad psykisk ohälsa". Man bjöds på historiska tillbakablickar om stressforskning, om olika diagnoser och benämningar som genom åren avlöst varandra. Skillnaderna mellan utmattningsyndrom och depression har aldrig varit tydligare. Symtom, förlopp och patofysiologi. Ledordet var klinisk relevans. Rekommendationerna stavades arbetslivsinriktad rehabilitering och prevention. Medan mina tankar tuggade på: hur blir det om man har autismspektrumtillstånd, ADHD, utvecklingsstörning eller svagbegåvning? Det talas om balans mellan krav och förmåga, om stresskänslighet, om ett habituatillstånd präglad av en ständigt hög stressnivå. Jag kom på mig själv att ha tänkt depression eller ångestsyndrom alltför snabbt, behandlat därefter, kanske i onödan. Om tillståndet bottnar i en utmattning har jag nog små chanser att komma någonstans, med min medicinska behandlingsarsenal.

### Framtiden

Avslutningsvis vill jag slå ett slag för presentationen av Södermottagningen i Skåne, av **Erik Hjalmarsson** och **Björn Östlund**. Verksamheten startade för några år sedan och arbetsättet skiljer sig från en traditionell öppenvårdsmottagning. Tre vårdnivåer, psykologkonsult i primärvården, inga behandlingskonferenser, läkaren träffar nästan alltid patienten tillsammans med annan vårdpersonal. Det var väldigt inspirerande av många skäl, i en tid då krympande resurser ska komma fler till godo, en tid då läkarrollen behöver förnyas och kanske fyllas med en annan innebörd än den som jag fick med mig från grundutbildningen. Själv arbetar jag på en nystartad verksamhet med konsultationsuppdrag och ett annorlunda arbetsätt. Förhoppningsvis har vi något att berätta om fem år.

*"Samhället ska inte planeras utifrån en normalitet, att de flesta är lika och somliga lite olika, utan att vi alla är olika."*  
(ur: "Handikappolitiken i praktiken – Om den nationella handlingsplanen" av Peter Brusén och Anders Printz)

**Alessandra Hedlund**  
**Överläkare, studierektor**  
**Norra Stockholms Psykiatri och Centrum för psykiatrforskning,**  
**Stockholm**  
**Facklig sekreterare SPF**

# Epigenetik och utmattningssyndrom

## Två intressanta föredrag på Svenska Psykiatrikongressen

Jag gick på ett välbesökt föredrag av professor **Martin Schalling** som handlade om epigenetik och psykiatri: Orsaker till psykisk sjukdom - genetik och biologi. MS ansåg att det fanns utrymme för lite optimism för psykiatriens del. Han berättade pedagogiskt om genetiska basfakta. Våra 46 kromosomer är så tillknackade och långa i sina dubbla helixar så att varje cell skulle rymma 2 meter DNA och det skulle finnas 100 miljarder km DNA i varje person.

Epigenetik kontrollerar cellens identitet, är arvsmassans operativsystem och minne. Epigenetiska mekanismer är involverade i samspelet mellan arv och miljö. Ett tydligt exempel på detta var de feta gula mössen som är bärare av agouti-genen som gör att mössen har större risk för både diabetes och cancer. Genom att förse gravida blivande musmammor med kosttillskott i form av vitaminer B12 och folsyra, så fäste metylgrupper på musfostrens DNA, och musungarna föddes smala och bruna. Metylering är en process som kan göra att genen inte uttrycks och den brunpälade och smala musungen har ju agoutigenen kvar.

Barndomen kan utlösa epigenetiska mekanismer. Det kan bli så att misshandlade barn inte kan svara på stress, stressvarsprogrammet kan ha ändrats pga. miljöns negativa inverkan. Caspi citerades i detta sammanhang. Caspi m.fl. har visat att det finns en interaktion mellan vanvård i barndomen och polymorfism av serotonintransportörigenen. Uppsättningen av alleler man har kan avgöra om man utvecklar depression eller ej.

Förhoppningsvis kan epigenetikens landvinningar användas till att skraddarsy behandling vid flera olika psykiatriska tillstånd som ADHD, bipolär sjukdom och schizofreni. De psykiatriska störningarna har ju en kraftig ärftlighet, varför man kan förvänta sig att epigenetiska mekanismer kan ha speciellt stor betydelse. Förfinade genetiska analyser har visat att duplikationer och deletioner av DNA kan ha betydelse för risken för utveckling av psykisk sjukdom.

I framtiden kan ligga att patienterna gentestas innan farmakologisk behandling föreslås. Man ska heller inte glömma att psykologiska behandlingsmetoder kan ha epigenetiska effekter i positiv riktning.

**Professor emeritus Marie Åsberg** höll ett intressant föredrag: Utmattningssyndrom och annan stressrelaterad psykisk ohälsa. MÅ menade att utbrändhet kan ge utmattningssyndrom, men utbrändhet behöver inte vara synonymt med utmattningssyndrom. Utmattningssyndrom kan också kompliceras av sekundär depression. Det centrala symptomet är trötthet i utmattningssyndromet. Utmattningssyndrom har generellt sett en ganska dålig prognos.

Det verkar inte vara helt lätt att skilja på depression och utmattningssyndrom. Utmattningssyndromet har ofta en lång prodromal fas och då kan man ha nytta av skattningsskalan KEDS som är en akronym för Karolinska Exhaustion Disorder Scale. Symptomatologin kan vara särskiljande på så sätt att utmattade är mera trötta, medan de med depression har mera skuld känslor. De utmattade patienterna hade också en mer positiv framtidssyn, och mindre kortisol svar vid dexametason test, än de "vanliga deprimerade".

De med utmattningssyndrom hade också mycket långa återhämtningsprocesser som kunde ta årtal. Vid utmattningssyndrom kan också kvarstående kognitiva problem finnas, trots att de depressiva symptomen försvunnit.

MÅ berättade också att långtidssjukskrivna som fått sedvanlig antidepressiv behandling hade sämre utfall vad gäller sjukskrivning och pensionering. MÅ berättade också att det inte finns evidensbaserad behandling för patienter med utmattningssyndrom.

**Cecilia Mattisson**

**Sekreterare i Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse**



# Finns framtidens psykiatri redan nu?

Detta är den sista i en serie på tre artiklar. De två första delarna publicerades i nr 4/2013 och nr 1/2014, och kan även läsas på [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

## Del III: Nybesöksbedömning

Fokus för mina två tidigare artiklar om "Framtidens psykiatri" (*Den förändringsbara hjärnan*, Svensk Psykiatri nr 4/2013 samt *Psykofarmakologi, psykoterapi eller integrerad behandling*, Svensk Psykiatri nr 1/2014) har varit att hjärnan, som kroppens mest komplexa och unika organ, måste ses ur ett både biologiskt och ett bio-psyko-socialt utvecklingsperspektiv. Det renodlat biologiska diagnos- och differentialdiagnostiska perspektivet måste vi ständigt ha närvarande i våra bedömningar eftersom hjärnan, i likhet med alla andra organ, kan drabbas av olika somatiska sjukdomar, förgiftningar, utvecklingsstörningar och skador. Vi måste i betydligt högre grad även beakta det integrativa bio-psyko-sociala inlärnings- och utvecklingsperspektivet dvs. samspelet mellan hjärnans unika förmåga till både konstant förändring (inläring) och bevarande (minnen). Hjärnan är utvecklad för att klara en ständig interaktion med omvärlden. Det integrativa perspektivet omfattar även ett differentialdiagnostiskt perspektiv mellan olika psykiska sjukdomar/störningar och utforskandet av etiologiskt bidragande faktorer.

Jag gav också i den senare artikeln två exempel på hur konfliktfyllda och negativa upplevelser redan från småbarnsåren kan lagras och följa med i utvecklingen och skapa negativa tankar, känslor och beteenden i en lång etiologisk kedja som i förlängningen kan öka risken för utveckling och vidmakthållande av selektiv perception och en ackumulerad risk för lagring av negativa minnen med åtföljande negativa tankar, känslor och beteenden som tenderar att bli självuppfyllande på ett negativt/dysfunktionellt sätt.

### Anamnesen som utredningsunderlag

Vi är alla medvetna om att en bra anamnes i alla kliniska specialiteter är det första viktiga steget i en utredning som i sin tur sedan kan leda till fortsatta mer eller mindre omfattande utredningar ur olika perspektiv. Inom allmänpsykiatri är anamnesen, i högre grad än inom någon annan specialitet, nyckeln till en optimal och framgångsrik behandling.

Många kliniska specialiteter blir allt mer högteknologiska. En sådan utveckling har naturligtvis även ett värde i den psykiatriska specialiteten men utifrån den nödvändiga och högradigt försummade biopsykosociala synen på hjärnans förmåga till inläring, utveckling, tänkande och bevarande har man i allt för hög grad tappat bort vikten och värdet av en anamnes präglad av helhetstänkande som underlag för både diagnostik och behandlingsval.

Denna artikel ger ett konkret förslag till hur man tidigt kan möta och utreda den hjälpsökande patienten utifrån ett helhetsperspektiv för att uppnå en optimal bedömning som underlag för en differentierad och integrativ behandlingsplanering och behandling.

### Nybesöksbedömning och helhetsperspektivet

Nybesöksbedömningen omfattar två delar, dels ett relativt omfattande, faktabaserat och strukturerat frågeformulär och dels en uppföljande intervju med en anamnes baserad på ett helhetsperspektiv som omfattar en *tidsperiod* från småbarnsåren fram till tiden för mötet med den psykiatriska sjukvården. Tillsammans ger dessa två instrument information om hur, och i vilken grad, patienten har påverkats av och hanterat olika livssituationer och livsupplevelser och ger betydligt bättre informationsunderlag än en mer begränsad och summarisk anamnes.

*Centrala livsområden* omfattar upplevelser från småbarnsår och uppväxt både hemma och på förskola, skola, gymnasium eller liknande, olika utbildningsinriktningar och yrkeslivet samt eventuellt egen familjesituation. Helhetsanamnesen omfattar också *hereditet*, egen *sjukdomshistoria*, olika *funktionsförmågor* som social och emotionell utveckling samt ev. *livsstilsrelaterade* problem som t.ex. sömn, näringsintag, utevistelse m.fl. områden.

Helhetsperspektivet ger ett samlat underlag som underlättar förståelse för patientens tidigare liv genom att man gradvis, allteftersom man får mer information, ser sammanhang mellan det förflutna och nuet. Det ger också rika tillfällen till att bekräfta patientens många friska sidor – något som är sorgligt eftersatt – och väcker efterhand allt fler hypoteser om eventuella etiologiska aspekter (biologisk och/eller psykosocial orsak – verkan) som också ofta kan bekräftas eller förkastas genom fördjupande följdfrågor under det fortlöpande anamnestagandet eller genom uppföljande biologiska eller psykosociala utredningar med hjälp av olika teammedlemmar.

### Överläkarens diagnostiska bedömning

Den information som framkommer vid nybesöksbedömningen fördjupas under den efterföljande diagnostiska bedömningen av överläkaren. DSM-systemets multiaxiala system "benar" effektivt upp psykiatriska diagnoser (axel I), personlighetsstörningar (axel II), ev. bidragande somatiska sjukdomar som orsaker till psykiska symtom (axel III) och ev. bidragande deskriptiva uppgifter om psykosociala problem

och svårigheter från det förflutna eller i "nuet" (axel IV), samt tidigare och aktuell funktionsförmåga (axel V).

Den multiaxiala diagnostiken har således både ett *diagnostiskt, etiologiskt, deskriptivt och pedagogiskt värde*. Det har en *avgörande* betydelse för en differentierad behandlingsplanering och differentierade behandlingsåtgärder (se art. II "Psykofarmaka, psykoterapi eller integrativ behandling", nr 1/2014).

Helhetsperspektivet och den multiaxiala diagnostiken ger också underlag för andra kompletterande viktiga "differentialdiagnostiska utredningsaspekter" såväl biologiska (laboratorieprover, EEG, MR, EKG, genetiska utredningar m.fl.), psykiatriska sjukgymnastbedömningar, psykologiska utredningar (hjärnskadeutredning, begåvningsprofil), sociala utredningar (kurator) och funktionsinriktade bedömningar (arbetsterapeut).

#### **Erfarenheter och sammanfattning av nybesöksbedömning**

Ett brett och strukturerat anamnesunderlag ger ett helhetsperspektiv på *patientens liv och upplevelser* med avseende på genomgångna livssituationer, livsstilsrelaterade problem och funktionssvårigheter utifrån en "då-nu-och framtidsaspekt". Det ger ett bättre och sammanhängande faktaunderlag och minskar också risken för att missa viktiga "pusselbitar". Informationshämtandet blir faktabaserat.

Att uppgifterna i viss grad kan vara subjektiva gör dem inte mindre värdefulla eftersom våra upplevelser och tankar, vare sig de är subjektiva eller objektiva, bildar grund för våra erfarenheter, minnen, tankar, känslor och beteenden och därmed blir delar i en etiologisk kedja. Förmågan att hålla isär fakta och subjektiva upplevelser är naturligtvis en tillgång vid "utredning-diagnostik-behandlingsplaneringen" samt i valet mellan medicinsk, psykoterapeutisk eller integrerad behandling. Både bekräftande av subjektiva upplevelser och efterhand introduktion av objektiva aspekter är också viktiga delar i det terapeutiska arbetet.

En bra psykoterapeutisk behandlingsmetod, som bygger på etablerade inlärnings- utvecklingspsykologiska samt pedagogiska kunskaper utvecklar efterhand en biologisk förändring och ett bevarande i minnen av nya tankar, nya färdigheter och nya och mer adaptiva förhållningssätt. Den information som växer fram under anamnestagandet gör patienten allt mer delaktig och medansvarig på ett aktivt sätt.

Redan under samtalet kan man, genom verbal eller icke verbal bekräftelse från patienten, se en *behandlingseffekt* som följd av att intervjuaren dels identifierar, lyfter fram och bekräftar friska och positiva styrkor och förmågor att hantera svårigheter tidigare eller i mer aktuella situationer, och dels genom att anamnesens frågor och svar väcker patientens egna förmågor att se samband och sammanhang.

Under anamnestagandet kommer också många möjligheter till *psykoedukativa åtgärder* som t.ex. förklara konsekvenser av störd dygnsrytm och vikten av en adekvat dygnsrytm för både det fysiska och psykiska måendet. Man samlar också in ett underlag som kan bli en bra grund för ytterligare förståelse genom att patienten görs gradvis mer medveten och delaktig i sin egen behandlingsplanering. Patienten blir då också mer motiverad och uthållig samt mer motståndskraftig för framtida svårigheter. En patient som känner sig sedd, bekräftad, respekterad och återfår ett hopp för framtiden löper efterhand allt mindre risk för självskadebeteende och suicidala handlingar.

Vi har ofta uppmärksammat några, ev. relativt oberoende av diagnoser, återkommande psykosociala problem från barndoms- och uppväxtåren som "brist på uppmärksamhet, engagemang och uppmuntran" och "upplevelser av osynlighet", "svårigheter att hantera känslor", "svårigheter med sociala relationer", "mobbning", "fysisk eller psykisk misshandel" samt olika "problem i skolan och utbildning" och "problem i egna vuxna relationer".

Ur *organisations- och teamaspekter* kan man göra en mer målinriktad och funktionell uppdelning av arbetstidens utnyttjande mellan olika arbetsroller. Alla teammedlemmar med en grundläggande utbildning i psykoterapi kan, efter viss utbildning och träning, genomföra en helhetsintervju. En positiv aspekt i nybesöksbedömningen är att medvetandegörandet om sammanhang och samband mellan det förflutna och nuet i sig har en behandlingseffekt. En annan viktig aspekt är att den förbereder för en diagnostisk/differentialdiagnostisk utredning och ger därmed ett bättre planeringsunderlag vid det uppföljande mötet med psykiatrikern. Det sparar även läkartid och psykiatrikern kan tillsammans med patienten ägna sig åt den multiaxialt baserade diagnostiken och planera för olika enskilda eller integrativa behandlingsåtgärder utifrån det som framkommit på de olika axlarna. De behandlingsprocesser som sätts igång måste naturligtvis följas upp och ev. nya problem diskuteras eftersom de kan leda till förändringar i såväl utredning som diagnostik och behandlingsplanering.

Patienter med en otrygg anknytning bör ha en psykoterapeut som huvudbehandlare. Flera målinriktade behandlingsåtgärder kan emellertid löpa parallellt. Det finns inget som hindrar samtidig medicinering eller periodisk hjälp av arbetsterapeuter för utprövning av hjälpmedel eller funktionsutredningar, eller komplettera behandlingen med psykiatrisk sjukgymnastik vad avser olika typer av avspänning, basal kroppskännedom- och mindfulnesssträning. Ständigt återkommande bör vara ett balanserat och regelbundet stöd av friska sidor (friska tankar, känslor och beteenden) samt kontinuerlig observans på försämring och bearbetning av uppdykande bekymmer. Periodiska stödkontakter hos sjuksköterska eller kurator för hjälp med myndighetskontakter kan behövas.

Förutom att helhetsbedömningen ger ett bättre underlag för diagnostik samt behandlingsinsatser ger den också bättre underlag för utvärdering och eventuell revidering av behandlingsinsatserna utifrån hur väl eller svårt patienterna har att nå uppställda mål.

En absolut nödvändighet vid dessa olika kontakter är att *planeringsmålen* och de svårigheter/problem man vill arbeta med är kända inte bara av patienten själv utan också av alla som på olika sätt är delaktiga i behandlingsprocessen. Det är också viktigt att målen efterhand *revideras* under behandlingens gång t.ex. när man inser att det föreligger hinder, svårigheter eller problem som inte tidigare identifierats eller när man har underskattat omfattningen och styrkan i vissa av dem.

En långsiktig effekt av ovanstående bör vara en avsevärd *kvalitets- och kvantitetsförbättring*. Kvalitetsförbättring genom att man tidigt ser och behandlar "hela människan" och att man därigenom får fler "träffar och färre missar" som lätt blir konsekvensen av att bara se på symtomdiagnoser på axel I och därmed missa andra viktiga, kanske till och med viktigare bidragande etiologiska problem.

Man uppnår också rimligen en *kvantitetsförbättring*. En noggrann och omfattande tidig bedömning enligt nybesöksmodellen bör minska återbesök av patienter som har återkommande upplevelser av att de inte blir bättre. Utifrån ett bättre utredningsunderlag och en bättre diagnostisk bedömning och behandlingsplanering ökas förutsättningarna att genomföra och följa en mer målinriktad behandling som har en början och i tillämpliga fall ett slut. En del psykiska sjukdomar kräver en livslång behandling i likhet med kroppsliga sjukdomar. Compliance och behandlingseffekten kan dock avsevärt förbättras om man också ser och behandlar bakomliggande eller nytillkomna problem som identifierats på axel IV men inte beaktats.

En annan rimlig och mycket viktig konsekvens är att sjukskrivningstiderna bör kunna förkortas och/eller gradvis minskas från hel- till deltidssjukskrivning. Detta är ofta en viktig del av behandlingen liksom att genom olika rehabiliteringsåtgärder/gradvis arbetsåtergång återfå, utveckla eller stärka sina friska sidor samt få struktur och innehåll i den aktuella livsmiljön vilket är betydligt mer friskhetsskapande än många vill tro.

Den framväxande anamnesen ger ofta möjligheter till att identifiera och tydliggöra patientens friska sidor samt att sammanhang och ibland tydliga samband mellan det förflutna och nuet ofta kan medvetandegöras och bekräftas. Den ökade medvetenheten och insikten ger också ett bättre underlag för en mer effektiv behandlingsplanering och bättre compliance.

En vanlig följd av framväxande kunskap och medvetenhet under anamnestagandet är att patienterna ser sammanhang och ibland direkta samband mellan det förflutna och nuet på ett mer insiktsfullt sätt. Denna ökade medvetenhet kan ge dem själva underlag och ibland tillgång till samt medvetenhet om möjligheter att mer konkret ta tag i samt hantera sin livssituation. Exempel på detta är att ta mer ansvar för sin sömn, daginnehåll, relationer, nutrition, motion och utforska utbildningsmöjligheter eller söka andra arbeten.

Den modell jag beskrivit ovan har prövats ett par år på allmänpsykiatriska patienter i Västerås och är under utvärdering. Våra spontana och direkta intryck är att den utvidgade anamnes som tagits vid "nybesöksbedömningen" har fungerat mycket bra, som underlag för både differentierad diagnostik och behandlingsplanering vid nybesök eller på återkommande patienter som upplever otillfredsställande behandlingseffekt. Modellen bör kunna tillämpas även på patienter med missbruk eller psykos.

Jag överlåter till läsaren att själv fundera och ta ställning till svaret på frågan "Finns framtidens psykiatri redan nu?"

Om något av ovanstående väcker nyfikenhet, frågor eller funderingar går det bra att nå undertecknad via mail: [bjorn-erik.thalen@comhem.se](mailto:bjorn-erik.thalen@comhem.se)

**Björn-Erik Thalén**  
**Överläkare, specialist allmänpsykiatri, PhD**  
**Leg. psykoterapeut och handledare i KBT**



Foto: Shutterstock/Wavebreakmedia



# Världsekonomin – en fråga även för psykiater?

Den ekonomiska krisen i Europa har bidragit till att 26 miljoner människor är arbetslösa. Det betyder 11 procent av befolkningen i EU28 i arbetsför ålder. I Grekland och Spanien är mer än var fjärde person arbetslös.

Ännu högre är arbetslösheten bland *unga européer*. 23 procent av dessa är arbetslösa. I Spanien är andelen 56 procent. Och i Grekland 59 procent!

Att notera är också att 14 miljoner unga européer (15 – 29 år) är s.k. NEETs – dvs. **Not in Employment, Education or Training**.

Det sägs ofta att statistik inte blöder. Siffror har inga känslor. Procenttal gråter inte. Men de människor som dessa siffror beskriver känner smärta. Många blir allvarligt sjuka. Eller t.o.m. dör, t ex begår självmord.

Den brittiske läkaren och epidemiologen Sir Michael Marmot brukar uppmana sina kolleger att söka "the causes behind the causes", alltså att söka bakåt i orsakskedjan.

Om man gör det finner man att betydande andelar av befolkningen har en livssituation präglad av fattigdom, hemlöshet och utslagning. En situation till vilken hälsans sociala bestämningsfaktorer – t.ex. den ekonomiska krisen - kan ha bidragit. Det finns god evidens för att detta kan ha direkta och indirekta patogena effekter.

Och även den majoritet som fortfarande har ett jobb får en försämrad trygghet och ökad arbetsintensitet – färre måste arbeta mera. Tagga var för sig eller i kombination med varandra ökar dessa förhållanden befolkningens kroppsliga och psykiska morbiditet och mortalitet.

Den ofta tillämpade anpassningen till den ekonomiska krisen – *svångremspolitiken* – kan ytterligare öka denna risk, t.ex. på grund av att skattefinansierade sjukhusplatser och öppenvårdsmottagningar läggs ner. Och det återstående alternativet, den privata vården, blir ofta för dyr för arbetslösa människor. Då söker de sig kanske till den (nedskurna) offentliga sjukvården, där personalen blir överbelastad och många patienter under-, fel- eller obehandlade.

Allt detta kan leda till inte bara en försämrad folkhälsa utan även till sjunkande produktivitet, krympande skattebas – och minskad chans till återhämtning från krisen. Länder kan

hamna i en fallande spiral. Och risken stiger för en ökad rekrytering till politiska extrempartier - som de i Ungern och Grekland.

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE) bidrog tillsammans med SKL och tyska BKK till ett litet högnivåmöte i den nordspanska pilgrimsstaden *Santiago de Compostela*, arrangerat av dess universitet i samverkan med Stockholms universitet. Mötets föreläsningar och överläggningar utmynnade i en "Santiago Declaration" med följande rekommendationer:

- Ta hänsyn till krisens och motåtgärdernas *hälsoeffekter*;
- *Samordna åtgärderna över sektorsgränserna*;
- Satsa på en aktiv arbetsmarknadspolitik och bevara den sociala välfärden;
- "Fler och bättre jobb" *lönar sig*, både hälsomässigt, socialt - och ekonomiskt;
- Prioritera de mest *sårbara*;
- Säkerställ tillgång till *god hälsovård*, även psykosocial sådan, även i besparingstider;
- Stöd relevant *forskning* även om de *mänskliga* aspekterna på ekonomiska och finansiella kriser.

Bakom deklarationen står forskare och praktiker från Storbritannien (professor Dame Carol Black, professor Cary L. Cooper, Lord David Owen – psykiater men också brittisk f.d. hälso- och utrikesminister, hälsoekonomen David McDaid, och rektorn för London School of Business & Finance professor Maurits van Rooijen); Irland (dr Richard Wynne); Litauen (ekonomerna Aneta Vainė och Ruta Jasulaityte); Förbundsrepubliken Tyskland (professor Johannes Siegrist); Spanien (professor Manuel Freire-Garabal); Folkrepubliken Kina (professor Yueqin Huang); Italien (professor Flavio Lirussi), och Sverige (professor Åke Nygren, Tomas Bokström från SKL och undertecknad).

Som observatörer deltog dr Juergen Scheftlein från Europeiska kommissionen, dr Erio Ziglio från Världshälsoorganisationen, och chefen för European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (dr Juan Menéndez-Valdés).

En månad efter detta möte samlades företrädare för ett av världens största universitetsnätverk, the Compostela Group of Universities (CGU), till sin generalförsamling vid universitetet i Nantes. Man beslöt att uttala sitt *enhålliga stöd* för Santiago-deklaration. Den 17-22 november 2013 fördjupades diskussionen vid Världshälsoorganisationens kurs i Florens för unga europeiska ledare om "Impact of the economic crisis on the determinants of health and response strategies in Europe". Och den 25-27 september 2014 samlas företrädare för CGU:s 67 medlemsuniversitet till en generalförsamling i polska Poznan för en diskussion av universitetens uppgift för ett bättre sakernas tillstånd. I ett försök att inte bara beskriva utan även *påverka* "the causes behind the causes", alltså hälsans sociala bestämningsfaktorer.

**Lennart Levi**  
MD, PhD, Professor emeritus i psykosocial miljömedicin  
Karolinska institutet  
Foto: Santi Alvite

Lästips och The Santiago Declaration,  
[www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html](http://www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html)

Bilden nedan: Deltagarna framför Santiago de Compostelas berömda och vackra katedral, ett älskat mål för miljoner pilgrimsvandringar



**ANNONS**



# Bättre psykosvård

## – utvecklingsarbetet går vidare

Blir vården bättre av en massa utvecklingsprojekt? Varje gång vi avslutar ett projekt måste vi självklart ställa oss den frågan. Projektet Bättre psykosvård som drivits av Kvalitetsregistret för psykosvård (PsykosR) med pengar från Socialdepartementet, har haft till uppgift att stödja implementeringen av de Nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

Projektet avslutades vid årsskiftet men utvecklingsarbetet ska förhoppningsvis fortsätta. Som så ofta har utvecklingsarbetet gått som bäst i slutet av projektet. På hemsidan för Bättre psykosvård finns idag mycket material som kan vara till stöd för användningen av psykosociala insatser. Filmer, kunskapsblad och metodstöd för bland annat "Delat beslutsfattande" och IMR (ett rehabiliteringsstöd). IMR-manualen finns nu också som en app som kan hämtas gratis på App-store.

Runt om i landet pågår just nu - och med fortsättning i höst - regionala spridningskonferenser. I april var 400 personer samlade till nationellt möte och i maj hölls ett nationellt chefsmöte.

Många enheter har med hjälp av projektets processledare gjort så kallade GAP-analyser. Det vill säga gått igenom nationella riktlinjerna, bedömt vad som är tillämpligt utifrån den patientgrupp man själv har och sedan tittat på i vilken utsträckning enheten förmår att erbjuda de insatser den borde och vad som behöver förbättras. Utifrån detta pågår lokalt utvecklingsarbete.

**PsykosR**  
projektet Bättre psykosvård

Detta, samt att några av oss som arbetat inom projektet nu fortsätter jobba tillsammans med övriga nationella projekt inom området och med kvalitetsregistren, tror vi kommer betyda att utvecklingsarbetet med inriktning mot bättre psykosvård fortsätter med oförminskad hastighet. Sist men inte minst finns ett kraftfullt tryck från brukarorganisationerna och gott samarbete med Schizofreniförbundet och NSPH.

Information, slutrapport och kontaktuppgifter för frågor finns på [www.battrepsykosvard.se](http://www.battrepsykosvard.se)

En Facebooksida finns också där information sprids. Sök efter Projektet Bättre psykosvård.

**Annette Lassinger**  
Tidigare projektledare för Bättre Psykosvård

Detta är den sista i en serie på tre artiklar om **Suicidalitet – tre perspektiv**. De två första delarna publicerades i nr 3 och 4 2013, och kan även läsas på [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se).

# Suicidalitet ur evolutionärt och neurofysiologiskt perspektiv

*Man når en gräns, sade Alvar, när man tröttnar på att vara det omständigheterna har gjort en till."*

*Sara Lövestam: Hjärta av jazz, sid 128*

Kunskapen om hur vi ska förstå och bemöta suicidala personer i akuta situationer är i sin linda, Michel 2002. Självmod är en komplex handling med högst skiftande bakgrund såsom psykisk störning, missbruk, relationsproblem och ekonomiska katastrofer. Var och en av dessa leder inte till en specifik form av suicidalitet. Snarare är det så att många faktorer samverkar och ger upphov till problem, som när de ter sig olösliga, kan leda till tankar på självmord. Det kan därför vara klokt att sätta sökarljuset på själva den bristande problemlösningsförmågan, Beskow m.fl. 2013, nr 3 och 4. Här vill vi undersöka om de snabbt växande kunskaperna om evolution och neurofysiologi kan ge oss några ledtrådar till vad som skapar bristande problemlösningsförmåga och suicidalitet.

## Evolution

**1. Informationsöverföring.** Big bang inträffade för 14 miljarder år sedan. Livet på jorden uppstod för 4 miljarder år sedan. För fyra miljoner år sedan skiljde vi oss från schimpansen och utvecklades till en egen art. Efter jordbrukets införande för 10 000 år sedan steg välståndet successivt, så att det grekiska alfabetet kunde uppfinnas för 2500 år sedan. Skriftspråket blev en epokgörande uppfinning och är grunden för hela vårt moderna samhälle.

*Från gener till memorer.* Från generation till generation har arvet överförts genom varsam genetisk anpassning. Sedan skriftspråket uppfanns sker informationsöverföringen istället i stigande omfattning genom bilder och språk, som människor skapat, bl.a. genom minnesgener eller memorer, Dawkins 1976. Språket är mycket grövre än den genetiska informationsöverföringen. Resultatet har blivit ett fascinerande men synnerligen komplicerat samhälle, som är svårt att överblicka och med luckor i säkerheten. Ibland förlorar människor kontrollen och dör genom olyckor och suicid.

Vi har nu också kapacitet att förstöra livet på jorden och därigenom ge upphov till inte bara individuella utan också till ett globalt suicid.

*Systemperspektiv.* Den lilla urcellen i urhavet hade ett tydligt uppdrag, nämligen att överföra sina gener till nästa generation. För att åstadkomma det behövde den röra på sig. För att röra sig behövde den ta upp vatten och näringsämnen och avge slaggprodukter. Urcellen var alltså i sig själv ett komplicerat system omgiven av andra komplicerade system, sammanfogade till ekosystem. Under utvecklingen har detta grundmönster upprepats åter och åter igen och blivit alltmer differentierat fram till den mänskliga hjärnan som den ser ut i dag. Detta systemiska perspektiv gör det lättare att binda ihop olika uttryck för liv och skapa en begriplig helhetsbild.

**2. Livets enorma styrka.** Djurarten Homo sapiens har under de senaste 250 åren varit extremt evolutionärt framgångsrik. Inte nog med att vi har uppfyllt jorden med 7 miljarder människor, vi har också format detta fantastiska samhälle, som med viss framgång försörjer allt fler människor och håller dem över existensminimum. Samtidigt har antalet självmord per 100 000 invånare ökat starkt. En liknande utveckling ser man också när mer traditionella samhällen övergår till västerländsk industri och levnadssätt. Självmod är en stark markör för det lidande som detta samhälle orsakar för många av dess medlemmar.

Å andra sidan är det hoppfullt att dessa 250 år bara utgör 0,06 miljontedel av den tid det funnits liv på jorden. Den nuvarande utvecklingslinjen kanske inte är så betydelsefull i ett större perspektiv, kanske är den rentav bara ett evolutionärt experiment. Om det misslyckas kvarstår livets enorma styrka och anpassningsförmåga. Livet kommer att hitta nya former även om människan försvinner. Det här sättet att tänka återställer proportionerna och kan vara hoppfullt även för den som upplever sin privata livssituation som outhärdlig. Våra liv sätts in i en stor berättelse baserad på vetenskaplig kunskap och fyller därmed viktiga existentiella behov.

**3. Språk.** Det verbala språket är det system som främst skiljer människan från övriga djur. På grund av språket kan vi tänka, vara medvetna, fantisera och skapa. Det alltmer komplicerade samhället som dessutom utvecklas snabbt kräver ett alltmer nyanserat och föränderligt språk. Utan ett nyanserat språk begränsas tankeförmågan och möjligheten till medvetenhet.

Utifrån eller inifrån kroppen kommer hela tiden svärmar av intryck, varav de flesta aldrig blir medvetna. En del av dessa intryck fångar personen upp och sätter ord på. På bråkdelen av en sekund reduceras tusentals intryck till ett fåtal ord och en enda slutlig handling. Denna blixtnasba bearbetning av intryck sker gång på gång, hela dagarna.

*Bristar i språket.* Men språket är en relativt ung evolutionär uppfinning. Bristande förmåga att språka och att tänka samt att kognitivt bearbeta problem är en betydande funktionsinskränkning i dagens differentierade och krävande samhälle.

**4. Individualism.** Under hundratusentals år har Homo sapiens levt nere på den afrikanska savannen. Man levde fysiskt nära varandra i små grupper och under ständigt dödshot. Genetisk transmission och att överleva till morgondagen var de centrala livsmålen för människan på savannen, liksom det var för urcellen. Den fysiska närheten mellan individer finns också i senare kulturer i form av storfamiljer. Dessa har nu ersatts av en långt driven individualism där individen förväntas skapa sitt eget öde. Det kan finnas skäl för detta, t.ex. ökad rörlighet för att gynna produktionen. Ensamhet kan också frigöra individuell skaparkraft.

Men mycket går också förlorat i det individcentrerade samhället. Om närheten ersätts av uteslutning, även om den bara är symbolisk orsakar detta svår psykisk smärta, Eisenberger 2003. Önskan att verkligen tillhöra gruppen uttrycks ibland paradoxalt nog genom aggressivitet, Retzinger 1991. I suicidalitet är upplevelsen av ensamhet, isolering och att inte få vara aktiv i ett meningsfullt sammanhang av central betydelse. Vår tids individualism producerar fortlöpande sådana upplevelser.

**5. Tvåhundrafemtio år av utveckling.** Så länge en kultur strävar uppåt och har hopp om bättre levnadsförhållanden finns mycket av energi och livsglädje. När man har nått sina mål ersätts ofta frågorna om mening och livets inriktning av en stor tomhet. I välståndsländerna är känslor av olust och meningslöshet vanliga i bakgrunden till suicidalitet.

*Felkonstruktioner.* Under moderniseringen upptäckte man tidigt att fysiska felkonstruktioner i samhället skördade orimligt många offer genom olyckor, Beskow 2012. Folk dog på vägarna och i industrierna. Det fysiska samhället var inte konstruerat efter hur vi är evolutionärt utvecklade. Först kunde man vidmakthålla privilegiet att ingenting göra åt olycksfallen genom att skylla på ödet och slumpen.

Sedan skylldes man på personer, på olycksfåglar. Först på 1970-talet när man såg de systemiska sammanhangen kom de goda resultaten. Det är inte bara föraren, det är inte bara bilen, det är inte bara vägen och omgivningen utan det är snabba och till sist okontrollerbara interaktioner mellan föraren-bilen-vägen/omgivningen som orsakar olyckan.

När det gäller psykosocialt lidande arbetar psykiatrin dagligen med dess konsekvenser. Vad vi ännu inte helt har förstått är att samhället på vissa punkter också är psykosocialt felkonstruerat, till exempel genom en nöjesindustri som befäster och förstärker känslan av utanförskap och estetiska ideal som är ouppnåeliga. Folk dör i tusental genom suicid. Många hoppas fortfarande kunna vidmakthålla privilegiet att ingenting göra genom att skylla på ödet och slumpen. Inom hälso- och sjukvården fokuserar man ibland enbart på personen: diagnosticera depressioner och sätt in antidepressiva så är problemet löst. När vi inser vidden av samhällets psykosociala felkonstruktioner och är beredda att ta steget över till systemtänkande, då kan vi förvänta oss goda resultat också på detta område.

#### Förlängda mörger

**6. Basala livsfunktioner.** På denna nivå återkommer alla funktionerna från urcellen, men mycket mer differentierade och med ett mer utvecklat transportsystem. Basalt välmående genom kost och motion är viktigt, men god sömn är ännu viktigare eftersom sömnbrist nedsätter den kognitiva problemlösningsförmågan.

Inget av de olika systemen i förlängda mörger är dock svårare att hantera för den mogna hjärnan än sexualiteten. Dåligt hanterad sexualitet svarar för en stor del av mänskligt lidande. Det kan handla om skilsmässor, mäns våld mot kvinnor, fysisk och psykisk misshandel, prostitution, trafficking, incest mm som alla har stor betydelse för utveckling av suicidalitet. Bristar i sexuell tillfredsställelse men också längtan efter sensuell kontakt är viktiga men alltför sällan efterfrågade bakgrundsfaktor till suicidalitet. Det är inte bara suicid och död, som är tabuerade utan även kropp och sexualitet. Att häva tabueringen är en förutsättning för en mer rationell hantering av dessa problem.

#### Limbiska systemet

**7. Amygdala.** Amygdalas funktion är att rädda liv genom snabba insatser. Detta kan illustreras med mannen som for till Afrika för att se på lejon. Och lyckades över förväntan. Plötsligt stod tre hungriga bestar framför honom på stigen. Några sekunder senare vaknade han till uppe i ett kaktusträd, blodig och med sönderrivna kläder. Först när han tittade ner på stigen förstod han vad som hänt.

Artikeln fortsätter på sidan 72