

# Nya vårdformer för patienter med allvarliga självskadebeteenden och allra störst behov av heldygnsvård

Nationella självskadeprojektet är en del av satsningen på psykiatri och överenskommelsen mellan Sveriges kommuner och landsting (SKL) och regeringen. Projektet har arbetat sedan 2012. Målet är att utveckla och samordna kunskap kring unga med risk för eller med allvarliga självskadebeteenden och skapa ett bättre tidigt omhändertagande genom en struktur som bättre tillgodoser dessa personers behov av vård. Ett delmål är att minska inläggningarna av unga i slutenvården och att minska antalet tvångsåtgärder.

Projektet är organiserat i tre fristående noder: Skåne (leds av David Ershammar), Västra Götalandsregionen (leds av Lise-Lotte Risö Bergerlind) och Stockholm (leds av Clara Gumpert). Alla regioner och landsting har anslutit till någon av de tre noderna. Exempel på sådant som de tre noderna arbetar med är:

- Förstärkning av kompetens i evidensbaserad behandling, främst DBT och MBT
- Samarbete med SBU kring två projekt om självskadebeteende
- Testning av behandlingsmetoderna ERGT och ERITA i samarbete med 19 mottagningar
- Kaskadutbildningar i grundläggande kunskap om bemötande för somatisk vårdpersonal, primärvård och kommun
- Intensiv 4-dagars utbildningskoncept i bemötande och hjälpanse insatser för specialistpsykiatri
- Läkardagar kring medicinering, bemötande, iatrogena effekter och DBT
- Webb-utbildning med flera moduler
- Kvalitetsdokumentet Insatser för minskat självskadebeteende – rekommendationer för psykiatrisk vård
- Lokala processledare som arbetar med handlingsplaner för förbättringar

Noderna samarbetar för att utbyta erfarenheter, skapa ny gemensam kunskap inom området och arbeta med de övergripande nationella frågorna. Ett av Nationella självskadeprojektets uppdrag är att stödja huvudmännen att utveckla bättre insatser och vårdformer för de med allvarliga självskadebeteenden och allra störst behov av heldygnsvård. Med anledning av detta träffades ca 80 representanter för ledningsnivån inom psykiatri i Sverige 7 maj på Arlanda.

Slutsatserna under mötet blev att alla landsting/regioner behöver ha vård med hög tillgänglighet på olika vårdnivåer och med olika evidensbaserade eller väl underbyggda metoder för att nå det övergripande målet att minska inläggningarna av unga i slutenvården och att minska antalet tvångsåtgärder. Om inte detta finns kommer behovet av "specialiserad" heldygnsvård på nationell nivå att öka utöver de 30-tal patienter som vårdas på detta sätt idag, ibland inom rättspsykiatri.

Ledningarna för psykiatri nationellt behöver enas kring vad som är god vård och hur man ser organisering av vården för de med allra störst behov av heldygnsvård. Nationella självskadeprojektets uppdrag är att stödja ledningarna i denna process och ge ett beslutsunderlag baserat på bästa tillgängliga kunskap. Behovet av vård ska till största möjliga mån mötas av hemlandstinget. Först när detta inte gett önskat resultat skall den nationellt specialiserade heldygnsvården kunna bli aktuell.

En bedömning är att det behövs specialenheter i Sverige. Dessa skall vara organiserade utanför rättspsykiatri och ha ett nationellt uppdrag. Under mötet bildades en arbetsgrupp vars uppdrag är att ge förslag vad gäller vårdinnehållet men även ifrågasätta och tydliggöra bedömningarna gjorda ovan. Uppföljande möte är planerat till mitten av oktober.

Mer om projektet, aktuell information och webb-utbildningen hittas på [www.nationellsjvalvskadeprojektet.se](http://www.nationellsjvalvskadeprojektet.se)

**Clara Gumpert, Stockholm,**  
projektledare norra noden Självskadeprojektet

**David Ershammar, Lund,**  
projektledare södra noden Självskadeprojektet

**Lise-Lotte Risö Bergerlind, Göteborg,**  
projektledare västra noden Självskadeprojektet



## 10 frågor till.....

**Född**  
1972

**Bor**  
I Stockholm.

**Familj**  
Fru och två barn.

**Arbetar**  
Som ST-läkare vid Norra Stockholms Psykiatri.

**Vad gör Du när Du INTE jobbar?**  
Leker med mina barn. Läser. Spelar spel. Fotograferar. Lagar mat. Umgås med vänner. Vandrar i naturen.

**Favoritmat**  
Koreansk.

**Senast lästa bok**  
"Nära hem" av Alice Munro.

**Vad gör Dig lycklig?**  
Ett innehållsrikt vardagsliv.

**Vilken förebild har Du?**  
Lugnet hos en viss anestesilog (som jag träffade när jag var AT-läkare).

**Vilka är SLUPs största utmaningar under de närmaste åren?**

- Upprätthålla den höga kvaliteten på den årliga ST-konferensen.
- Öka medlemsantalet i SLUP.
- Arbeta för att utbildningssatsningarna på ST-läkare vidmakthålls med samtidig kontinuitet och hög kvalitet i de kliniska placeringarna.

I detta nummer möter Du  
**Olle Lidman**  
Ordförande  
Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri, SLUP



- Att få SLUPs medlemmar med ST-läkare från vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt rättspsykiatri att samverka ännu bättre.
- Utöka SLUPs verksamhet med lokala evenemang.
- Öka SLUPs internationella kontakter.
- Bibehålla de goda relationerna med moderföreningarna SPF, SFBUP och SRPF.
- Framhålla betydelsen av vetenskap och evidens.
- Delta i arbetet med att förbättra den psykiatriska vården och att förebygga psykisk ohälsa.

**Stina Djurberg**  
SP redaktion  
Foto: Kadri Kalvo



# Kurs för utlandsstuderande läkare – en bra start i psykiatrin

I början av maj öppnades portarna för en pilotgrupp på 25 utlandsstuderande läkare till en webkurs som METIS (Mer teori i ST-utbildningen i psykiatri) utvecklat. Det finns ca 3000 svenska utlandsstuderande läkare och intresset för en kurs som underlättar för arbete i svensk sjukvård är klart efterfrågad i denna grupp. På sommarskolan för utlandsstuderande läkare som SKL, Svenska Psykiatriska Föreningen och Svensk förening för allmänmedicin anordnade i augusti 2013 kom förslaget på en kurs fram från Ing-Marie Wieselgren och nu är den i gång!

Kursen heter "Juridik för utlandsstuderande läkare". Den är helt webbaserad och ges på distans. Kursen handlar om specifikt svenska lagar som är aktuella för läkare, och om det svenska systemet. Många av dessa lagar rör psykiatrisk vård och i kursen finns det också användbara tips från psykiatriska patientorganisationer. Kursen kommer att ge en bra förberedelse för arbete i psykiatrin och inspirerar till att söka arbete på psykiatriska kliniker.

Efter utvärdering med pilotgruppen ska kursen kunna ges till en större grupp utlandsstuderande läkare där målgruppen är de läkarstudenter som är i slutet av sin utbildning.

METIS har tidigare utvecklat ett komplett kurspaket med modern pedagogik till blivande specialister i psykiatri i Sverige med regeringsfinansierade medel. Sedan METIS startade 2007 har specialistutbildningen i psykiatri blivit mer attraktiv och antalet blivande psykiatriker har ökat markant. Blivande psykiatriker i Sverige har tillgång till de 21 kursämnena som METIS skapat och 5000 kursplatser har hittills utnyttjats av blivande specialister i psykiatri. Det är fortfarande brist på specialister i psykiatri och utlandsstuderande läkare är en intressant grupp att rekrytera. Med kursen "Juridik för utlandsstuderande läkare" blir deras första jobb i Sverige en välkommande start på en lång och spännande resa i yrkeslivet.

**Ing-Marie Wieselgren och kursutvecklingsgruppen**

**Tove Janarv, ST-läkare  
Psykiatri Nordväst, Stockholm,  
METIS, SKL.**

**Hans Ericson, Studierektor  
och överläkare psykiatri, Sundsvall**

**Charalampos Gkegkas,**

**ST-läkare psykiatri, Sundsvall**

**Martin Ahlström, AT-läkare, Sundsvall,  
läkarutbildad i Gdansk**



Länk till METIS: <http://metis.svenskpsykiatri.se/>

**ANNONS**

**Cullbergstipendiet** är ett resestipendium som med stöd av Stiftelsen Natur & Kultur i flera år kunnat delas ut till ST-läkare och specialister inom psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och rättspsykiatri. Syftet med stipendiet är att stimulera till fördjupat kliniskt tänkande - det kan handla om att vidareutveckla kunskaper om psykosociala och biologiska integrativa synsätt, men också förebyggande arbete och/eller behandlingsprojekt. Stipendiet ska finansiera resa och uppehälle vid auskultation på en psykiatrisk klinik eller institution utomlands under 2-4 veckor.

Ett av kraven för beviljande av ansökan är att stipendiaten redovisar sina erfarenheter i artikelform i Svensk Psykiatri. Här följer två redogörelser för resor som genomfördes 2013, på så vitt skilda platser som Norge och Rwanda.

Läs och låt dig inspireras! Vem vet, nästa år är det kanske din tur? Håll utkik efter utlysning av 2015 års stipendier i kommande nummer av tidskriften.

**Tove Gunnarsson**

**Redaktör Svensk Psykiatri och ledamot av stipendiekommittén**

# Minskade sjukdomssymptom eller att lära sig leva livet lite bättre?

## Intryck och reflektioner efter ett besök på Modum Bad sommaren 2013

**Modum Bad är ett psykiatriskt sjukhus, men det syns inte när man kommer dit. Välbevarade hus från 1800-talet är utspridda i den välskötta parken och runt omkring ser man den vackra omgivningen i form av skog, sädesfält, forsar och, som nästan var man än är i Norge, de blånande bergen i bakgrunden. Det liknar mer ett hälsohem, en kulturinstitution eller ett semesterhotell. Kanske finns det drag av allt detta här men det är också ett fullt fungerande psykiatriskt sjukhus med plats för ungefär 120 ineliggande patienter och med 270 anställda.**

1957 bildades det psykiatriska sjukhuset Modum Bad av psykiatriern Gordon Johnsen och prästen Einar Lundby och sedan dess har man här arbetat med att hjälpa människor med psykiatriska sjukdomar att få färre psykiska sjukdomssymptom, men också med en öppenhet för att medvetandegöra de existentiella villkor som ibland gör livet så svårt att leva. Redan innan dess, sedan mitten av 1800-talet, hade det på platsen för Modum Bad funnits en källa, ett kurbad, dit folk som Ibsen, Munch och prins Carl, reste långväga ifrån för att få ta del av dess hälsobringande vatten. Så både då och nu stämmer det som Modum Bad säger sig vara – "en kilde til liv".

### **Modum Bads organisation**

Modum Bad har flera olika behandlingsavdelningar som arbetar med psykiatriska problemställningar

utifrån varierande terapeutiska modeller, oftast med en gruppterapeutisk tyngdpunkt. Personalteamet arbetar tvärvetenskapligt med läkare, psykologer, sjuksköterskor och andra med terapeutiska utbildningar och behandlingstiden är ungefär två till tre månader med både ineliggande tid och permissioner hemma.

Att det ska finnas en förankring och fortsättning i patientens ordinarie behandling på hemorten efter utskrivning är en pågående utmaning. Integrerat fortgår hela tiden klinisk forskning för att kvalitetssäkra och förbättra behandlingarna. På kvällar, nätter och helger sköter patienterna sig själva, men det finns personal på sjukhuset att vända sig till vid behov. Detta är ett medvetet inslag i terapin för att patienterna till så stor del som möjligt ska bevara sitt eget agentskap och för att minska risken för institutionalisering. Av denna anledning accepteras inga patienter med psykossjukdomar eller med hög suicidrisk.

Från hela Norge remitteras patienter till Modum Bad för att få ta del av behandlingsutbudet och de ska i princip ha genomgått någon form av vedertagen behandling för sitt problem på hemorten innan remittering. Vården här kostar inte patienten något då sjukhuset har ett avtal med det offentliga hälsoväsendet i Norge. Modum Bad är en privat institution organiserad som en ideell stiftelse. Det är tydligt beskrivet och öppet känt att verksamheten vilar på en värdegrund förankrad i den kristna människosynen,

som innebär att människan är skapad med ett absolut och oändligt värde.

### **Modum Bads behandlingsutbud**

På Modum Bad finns det en ångestavdelning där man arbetar med olika kognitiva och beteendemässiga modeller och där man försöker undvika medikamentell behandling så mycket som möjligt. Diagnoser man tar emot är social fobi, paniksyndrom, agorafobi, tvångssyndrom och PTSD efter trauman i vuxen ålder.

Det finns också en traumaavdelning för komplex PTSD samt relationstrauman i form av allvarliga övergrepp och omsorgssvikt i tidig ålder. Behandlingen är här fasorienterad utifrån en teori om traumarelaterad strukturell dissociation av personligheten.

En annan avdelning är inriktad på olika former av ätstörningar, bland annat föräldrar med ätstörningar och ätstörningar i kombination med relationstrauman. Den senare gruppen, med ett något förändrat behandlingsprogram, kom till efter att man vid uppföljningar hade sett att det var ungefär en tredjedel av de patienter som kom till avdelningen som inte blev bättre efter behandlingen. Vid närmare studier såg man att det som var annorlunda med den gruppen var att de i tillägg till sin ätstörning också hade varit med om tidiga relationstrauman. Det framkom att det behövdes en integrerad behandling som adresserade både traumaproblematiken och ätstörningen för att patienterna skulle förbättras.

På Modum Bad finns också en familjeavdelning dit hela familjen kan komma för behandling om det finns en vuxen med psykiatrisk problematik i kombination med relationsproblem i familjen. Under behandlingsuppehållet bor de då i ett eget hus på området.

Slutligen finns det en depressionsavdelning med grupper för bland annat komplicerad sorg, här används till stor del Leigh McCulloughs affektfobimodell. Har patienten också en beroendeproblematik blir även ett sådant perspektiv integrerat i den ordinarie behandlingen. Anhörigperspektivet är också en viktig del av alla behandlingsprogram och det finns oftast möjlighet för patienternas närmaste att komma på besök och bo några dagar på Modum Bad.

Mer om behandlingsutbudet går att läsa på [www.modum-bad.no](http://www.modum-bad.no).

### **Människan som kropp, själ och ande**

Något som genomsyrar Modum Bad är helhetssynen på människan, människan som kropp, själ och ande. Detta märks till exempel genom att fysisk aktivitet finns som en del av alla behandlingsprogram samt att alla patienter erbjuds självvård som ett tillägg till den terapi som ges. Men det märks också genom en medvetenhet om omgivningarnas påverkan på tillfriskningsprocessen, kulturinslag av många olika slag och ett i alla behandlingsprogram tydligt fokus på den relationella

aspekten av att vara människa. Att ingå i en grupp med vilka man delar de olika terapeutiska inslagen, men också åter tillsammans med och umgås med på kvällarna, är även det ett verksamt inslag i behandlingen. Ytterligare exempel är att varje patient får möjlighet att från ett artotek välja den tavla de vill ska hänga i deras patientrum under vistelsen och att det finns ett erbjudande om att i grupp träna på att använda sin röst både i form av tal och sång. För patienterna finns det när de har fritid stora möjligheter att utöva och ta del av olika kulturella uttrycksätt såsom att måla, skriva, spela instrument, sjunga, läsa, se på film och gå på konserter och föreläsningar. För att inte tala om den vackra naturen som finns precis runt knuten och ger möjligheter till rekreation och träning på många olika sätt. Det finns också en kyrka på området som alltid är öppen och där det hålls gudstjänster och andakter.

Denna syn på människan som en komplex varelse där de olika delarna påverkar varandra bidrar till öppenhet. Patienterna möts som de individuella människor de är med olika bakgrund, varierande styrkor, svagheter och intressen men också som människor som delar vissa grundläggande livsvillkor som behöver bli adresserade i tillägg till just de problem som har fått dem att söka behandlingen på Modum Bad.

### **VITA-behandlingens framväxt**

En behandling som är specifikt utvecklad för Modum Bad av psykologen Gry Stålsett, psykiatrikern Arne Austad och professorn i teologi Leif Gunnar Engedal är den så kallade VITA-modellen (Vita betyder på latin *liv* men Vita kan också ses som en förkortning av "Vita Integrative Treatment Approach"). Detta gjordes då man hade upptäckt ett behov av en behandling för patienter med terapirefraktär depression med en existentiell eller religiös frågeställning som del av problematiken, något ingen dåvarande behandling tillfredsställande hade kunnat möta och därför inte heller lindra.

Den första studien i Stålsetts doktorsavhandling (Stålsett, 2011), en avhandling som följer VITA-behandlingens framväxt, är en fallstudie om en man med depression, psykotiska episoder och flertalet tidiga suicidförsök samt en strikt religiös uppfostran. Under behandlingen arbetade han med sina rigida inre representationer av sig själv, sina föräldrar och gud och kunde genom det nå en ökad medkänsla med sig själv och förbättras från sin psykiatriska problematik.

Stålsetts doktorsavhandling beskriver vidare hur behandlingen i studier har funnits vara effektiv för patienter med terapirefraktär depression med kluster C personlighetsstörning och religiösa eller existentiella frågeställningar som en del av problematiken. Till exempel ser man en signifikant symptomreduktion mätt med BDI (Beck Depression Scale). Man ser också förbättringar dels i form av en ökning av patienter i arbete från 25 % innan behandlingen till 90 % efter behandlingen, dels att andelen patienter som medicinerade hade minskat från 77 % innan



behandlingen till 22 % efter behandlingen. Senare gjorde man en studie där man jämförde VITA-behandlingen mot en annan depressionsgrupp på Modum Bad och i VITA-gruppen sågs då en signifikant större symptomminskning

samt minskning av relationella och sociala problem än i den andra depressionsgruppen, både direkt efter behandlingen och vid uppföljning ett år senare.

#### **VITA-behandlingens teoretiska grund**

VITA-behandlingen är en psykodynamisk, grupporienterad, intensiv korttidsterapi som integrerar objektrelationsteori, affektteori, narrativ teori och existentiell teori. Ana-Maria Rizzutos utveckling av Donald Winnicotts objektrelationsteori, med förståelsen av gud som en inre objektrepresentation, i tillägg till andra primära relationer så som föräldrar, är central i VITA-modellen. Här ses gudsbilden som något som alla människor har, oavsett om man tror på gud eller inte. Även om man inte tror kan man ofta berätta vad det är för gud som man inte tror på. Vidare finns förståelsen för att en medvetet beskriven gudstro i konflikt med en omedveten gudsrepresentation kan leda till psykisk problematik. Irvin Yaloms beskrivning av existentiell psykoterapi är också viktig, till exempel hans förståelse av hur existentiella problematiska frågeställningar som inte adresseras kan leda till ångest och försvarsmekanismer, i analogi med den psykodynamiska konflikttriangeln.

Doktorand och psykolog Kari Halstensen forskar nu vidare på VITA-behandlingen för att tydligare kunna beskriva vad det är i behandlingen som leder till patienternas förbättring. Hypotesen är att det sker en förändring i anknytningsmönster och i mentaliseringsförmåga och att detta kan mätas med intervjuer (Adult attachment interview) av patienterna innan och efter behandlingen.

#### **En dag på Villa Vita**

Efter sommaren startade den 69:e patientgruppen på VITA, sju patienter som tillsammans med de fyra behandlarna ska

följas åt i ungefär tre månaders tid. En vardag på VITA börjar med en inre samling där mindfulness, att vara i nuet, tränas. Dagen fortsätter sedan med terapiinslag i form av bildterapi, narrativ terapi, gruppterapi och individuell terapi och avslutas med en träning i att känna och uttrycka vad det är för känslor som upptar en just nu, följt av en avspänningsövning. Under behandlingsuppehållet målar varje patient sin självbild, farsbild, morsbild och gudsbild tre gånger vardera samt skriver ner sin livsberättelse tre gånger. Detta är något som främjar insikt och möjlighet att medvetandegöra och förändra inre objektrepresentationer. Andra inslag är fysisk aktivitet, praktiska möten i gruppen och undervisning om bland annat känslors plats, funktion och betydelse i våra liv, terapeutisk kultur, forandret av människors gudsbild och vad vår egen livsberättelse gör med oss. Vid behov finns det möjlighet till kontakt med sjuksköterska och/eller läkare. Hela veckan avslutas med en övning i att metareflektera och försöka se vilka existentiella teman som har behandlats under veckan. Ofta är det många, så som ensamhet och tillhörighet, skuld och skam, frihet och ansvar samt liv och död. Men när behandlarna går hem för dagen och för veckan så finns patienterna kvar och fortsätter träningen i att ta hand om sig själva och varandra.

För en patient med undvikande personlighetsstörning kan bara det att i tre månader vara del av ett socialt sammanhang ge en ny emotionell erfarenhet som i fortsättningen minskar det undvikande beteendet.

Dagarna är späckade för både patienter och personal men att ta tid för reflektion ses som nödvändigt. Teamet ses både i början och i slutet av dagen för att gå igenom patienterna och diskutera olika observationer, vad som händer och om det finns något som behöver tas i beaktande. Vad gäller patienterna så uppmanas de att till del fortsätta arbetet på egen hand, kanske genom att skriva ner tankar och känslor i en så kallad loggbok. Men vikten av att ta ledigt från det terapeutiska arbetet diskuteras också, att känna efter, lyssna till kroppen och vila om det är det som behövs.



Alla patienter som kommer till VITA har någon slags depressiv problematik men det finns ofta också andra psykiatriska diagnoser i tillägg, t.ex. bipolär problematik, neuropsykiatriska syndrom, personlighetsstörningar, beroendeproblematik och tidigare trauman. Ibland är diagnoserna tidigare utredda och behandlade och ibland uppmärksammas de först under VITA-uppehållet och behöver då diagnosticeras och adresseras.

#### Avslutande reflektioner

Att människor får hjälp på Modum Bad är tydligt. Många patienter vittnar om att de mår bättre och psykiatriska diagnoser kan efter behandlingarna tas bort. Men vad är det som är verksamt?

Hur stor del av effekten kan tillskrivas de specifika terapimodellerna? Med andra ord, skulle till exempel VITA-behandlingen kunna bedrivas på liknande sätt med liknande resultat på ett annat sjukhus? Eller hur mycket är det som beror på kontexten – det vill säga att behandlingen sker på den vackra plats som Modum Bad är med den människosyn som här råder? Troligen är det en kombination av både specifika och generella terapeutiska faktorer, precis som i all terapeutisk behandling. Ett försök att komma frågans svar lite närmare är genom den forskningsstudie som startar nästa år, en socialantropologisk fältstudie för att se om Modum Bad-kontexten kan kartläggas och beskrivas.

En annan fråga som väcktes under mitt två veckor långa besök på Modum Bad är hur mycket man kan effektivisera behandlingar innan det blir ineffektivt? Visst kan tid sparas genom att minska tid för reflektion men lönar det sig verkligen i längden? Visst kan de mest tids- och kostnadseffektiva metoder vi har för de specifika diagnoserna vara bra när de fungerar, men ibland behövs kanske den individuella komplexiteten tas i beaktande för att problematiken ska kunna stävjas. Kanske sparar det tid och pengar i längden? Kanske är det här mer komplexa och långsiktiga behandlingsprogram har sin plats, för de patienter som

behöver just det för att kunna förbättras?

Något som blir uppenbart på Modum Bad är att det finns existentiella villkor i livet som vi alla delar. Med Yaloms ord (Yalom, 1980) är det döden, friheten, ensamheten och meningslösheten.

Hur vi ska förhålla oss till dessa villkor är allas våra frågor och gör det ibland svårt för oss att leva, kanske är det det som kan rubriceras som psykisk ohälsa och i vissa fall akutiseras till en livskris. Många söker då psykiatrin för att få hjälp, men vi kan inte, och ska kanske inte heller, hjälpa alla dessa inom psykiatris ramar. Men de med en psykiatrisk sjukdom måste vi försöka hjälpa inom psykiatrin, även de existentiella aspekterna av problematiken. Kanske är det en underliggande psykiatrisk sjukdom som gör det svårt att hantera de existentiella frågorna eller så har de existentiella frågorna lett till en psykiatrisk sjukdom. Precis som vid andra tillstånd är stress-sårbarhetsmodellen till hjälp för att söka förklara varför en del drabbas, och andra inte. Kan det inte vara så att i vissa av dessa fall så är det de existentiella frågorna som behöver uppmärksammas och hanteras innan någon förbättring av den psykiatriska problematiken ska kunna ske och sjukdomssymptomen ska kunna minskas? Många av de patienter som hade fått diagnosen terapirefraktära depressioner blev bättre med hjälp av VITA-behandlingen, en behandling som tog tag i de existentiella frågorna. Kan det vara det som behövs även i en del andra fall när våra vanliga behandlingar inte fungerar?

Psykiatri är en medicinsk naturvetenskap och det är viktigt med en neurobiologisk, evidensbaserad kunskapsbas för diagnostik och behandling. Men psykiatri är också en humanistisk, existentiell vetenskap.

Det är viktigt att på ett kvantitativt sätt kunna mäta att sjukdomssymptomen minskar men det är kanske inte alltid tillräckligt. Perspektivet att livet också ska levas och att det kan krävas hjälp för att kunna leva det lite bättre, att orka bära de existentiella livsvillkoren, är minst lika viktigt.

**Malin Ljungdahl, ST-läkare  
Psykiatri Sydväst  
Stockholm**

Foton hämtade på [www.modum-bad.no](http://www.modum-bad.no)

Resan genomfördes med stöd av Cullbergstipendiet

#### Referenser

Stålsett, G. (2011) Existential and Religious Issues in Psychotherapy: Development and evaluation of a new integrative treatment model (VITA) for comorbid depressive disorders, University of Oslo  
[www.modum-bad.no](http://www.modum-bad.no)  
Yalom, I. D. (1980) Existential Psychotherapy. NewYork: Basic Books.





## En annorlunda värld

Reseberättelse ifrån Rwanda 2013 baserat på personliga erfarenheter samt möten med patienter, traditionella medicinmän, präster och vårdpersonal

Jag vill börja med att tacka stipendiekommittén och stiftelsen Natur & Kultur för att jag fick ett Cullbergstipendium och möjligheten att göra denna resa in i den afrikanska kulturens hjärta.

När jag landade på flygplatsen i Kigali, Rwandas huvudstad, kom Gloria och mötte mig. Vi hade träffats i januari på en tillställning av en slump och hon var den som inspirerade mig att åka till hennes hemland. Vi tog en taxi till hennes hus och jag välkomnades med några små tilltugg. Jag skulle bo där i 2,5 månader. I huset bodde också Glorias 14-åriga dotter och en houseboy. Det är vanligt i Rwanda att man har en houseboy eller housegirl som hjälper till med matlagning, städning, omhändertagande av barn och trädgårdsarbete.



Jag fick det finaste rummet i huset och den finaste sängen, det är så man hedrar sina gäster i Afrika. Dagen efter besökte jag och Gloria en kristen kyrka där det pågick en predikan. Ljudvolymen under predikan var det mest påtagliga. Gloria hjälpte mig att tolka ifrån det lokala språket kinyarwanda; vi hade kommit överens om att hon skulle fungera som min tolk. En del av det pastorerna sade var på engelska, vilket räknas som officiellt språk i landet även om majoriteten av människorna har dåliga kunskaper. Pastorn vrålade ut sina budskap i församlingen och därefter blev det handpåläggning och sånger. Kvinnorna var klädda i mönstrade färgsprakande klänningar och männen i kostym. Såväl tutsier och hutuer befann sig i kyrkan, tillsammans.

Jag hade förstått redan innan jag åkte till Rwanda att det numera är ett fredligt land. Det var ändå svårt att förstå hur man kunde ha kommit till en försoning, när det kanske mest brutala folkmordet i mänsklighetens historia pågick bara 19 år tidigare. Jag hade sett filmen "Hotell Rwanda" innan jag åkte och läst om folkmordet. Det var en hutustyrad regering som iscensatte det hela. I likhet med andra folkmord i världshistorien handlade det om etnisk rensning. Man förde ut propagandan via radion och tränade människor i mördarteknik. Hemliga möten organiserades runt om i hela landet, där man integrerade folkmordsideologin och delade ut klubbor och machetes. Mina tankar cirkulerade: "En miljon tutsier dödades, med machetes och klubbor. Familjer blev levande begrävda och människor torterades innan de levande slängdes ner i utedassen för att gå sin förnedrande död till mötes. Herregud, det var ju de här människorna som dödade sina grannar och till och med sina egna makar och barn.

Hur är det möjligt att de nu kan vistas i kyrkan tillsammans, sjunga, skratta och ge varandra gåvor"? Jag överväldigades av intryck.

Dagen efter infann jag mig på Ndera Neuropsychiatric

Hospital, det enda psykiatriska sjukhuset i landet, men ett par förgreningar i landet. Det såg oväntat snyggt och välorganiserat ut. Lummiga trädgårdar omgav sjukhusområdet och där kunde jag se att psykiskt sjuka människor fick visats när de blev förbättrade i sitt tillstånd. Jag fick träffa verksamhetschefen och blev tilldelad en sjuksköterska som skulle visa mig runt och svara på frågor. Det var fem eller sex psykiater som arbetade i landet och några allmänläkare som arbetade som psykiater även om de inte var specialister. "Det är inte mycket i ett land stort som Småland med 10 miljoner invånare", tänkte jag. I övrigt fanns det sjuksköterskor, skötare, socialarbetare med uppgifter som kuratorer. Jag informerades om att "Brothers of Charity" var de som finansierade sjukhuset.

Det fanns fyra vårdavdelningar och två stora akutavdelningar. Kvinnliga och manliga patienter vårdades på separata avdelningar. Avdelningarna hade 60-80 patienter i tältsängar som stod tätt inpå varandra. Vårdavdelningarna var belägna utomhus, i vackra naturmiljöer. Även akutavdelningarna var stora utomhusgårdar, dock ej lika naturvackra utan istället med fyra hus som skapade en gård i mitten. Inne på akutvårdsavdelningarna var det många nakna patienter som vandrade omkring planlöst och rastlöst. Man hade tillgång till moderna antipsykotika, antidepressiva preparat och anxiolytika. Det framkom tydligt i intervjuer som jag gjorde att man arbetar enligt den bio-psyko-sociala modellen. Jag tillbringade sammanlagt cirka tre veckors tid på sjukhuset och intervjuade vårdpersonal och patienter.

Varför gjorde jag intervjuer? Orsaken till att jag åkte till Rwanda var också att göra mitt vetenskapliga arbete. Jag ville ta reda på hur man beskriver och tolkar psykisk sjukdom i landet, alltså vilka förklaringsmodeller som finns. Dessutom ville jag ta reda på vilka roller traditionella medicinmän, präster och den psykiatriska vården har i behandlingen av psykisk sjukdom i landet. Till min hjälp hade jag ett validerat instrument, EMIC (Explanatory Model Interview Catalogue). Det är en semi-strukturerad kvalitativ forskningsintervju som jag under våren anpassat till att använda i Rwanda.

Jag intervjuade patienter, traditionella medicinmän, präster och vårdpersonal. Sammanlagt blev det 35 intervjuer. Efter sjukhusvistelsen åkte jag och Gloria runt i byar runt om i Rwanda. Vi träffade traditionella medicinmän, präster och patienter.

Kort fallbeskrivning av patient på Ndera Neuropsychiatric Hospital i Kigali:

28-årig man som beskriver en radio i huvudet. Rösterna säger att de ska döda honom eller sätta honom i fängelse. Han ser också saker som brinner ner och förklarar att han har en djup rädsla i sitt hjärta, vilket är det som bekymrar honom mest. Det framkommer att han tidigare träffat flera olika tjejer och han misstänker att det är någon av dem som nu gjort någonting (läs: gått till en witchdoctor) för att skada honom.

Ett citat från intervjun: "I think that somebody sent me demons. I had many girls and it was one of them. They went to someone. It was done through witchcraft. It was a witchdoctor. I suspect something like that. Maybe it was some spell".

Jag befann mig i en annorlunda värld där religion och tron på övernaturliga krafter var självklara. I princip har traditionella medicinmän, präster och vårdpersonal tre olika sätt att beskriva den här patientens upplevelse. Jag sätter här samman en påhittad dialog mellan traditionella medicinmän, en präst och en läkare för att försöka på dessa få rader symbolisera såväl deras idéer som dynamiken dem emellan:

Traditionell medicinman number 1: "It was his neighbor who caused this through witchcraft. Now he needs to take this herb from the forest and drink it, then wash himself with the rest of it".

Präst: "No, this was caused by the Devil and his demons. Only prayers and going to the church for exorcism can really help him".

Traditionell medicinman number 2: "I see through my spiritual eye that it was caused by his angry forefathers. He needs to bring a black goat and slaughter it on top of the hill".

Läkare: "You are wrong, this is a mental illness" He needs to be treated with Zyprexa".

Under flertalet av intervjuerna blev folkmordet omnämnt som en orsak till psykisk sjukdom.

Det är med stora svårigheter som jag försöker destillera fram en essens av det jag upplevde under min tid i Rwanda, två sidor är inte så mycket för att beskriva detta. Sedan jag kom tillbaka har jag känt att jag har en annan syn på mig själv. Det var en massa motgångar och svårigheter längs med vägen som jag lärde mig mycket av.

Min intention är att i forskargruppen med mina handledare Sofie Bäärnhjelm och Jerker Hanson samt Gloria Bugwiza fortsätta att med datorstöd bearbeta och analysera detta material och publicera en artikel i en internationell tidskrift. Mycket jobb kvarstår och det som jag skrivit här är ännu inte några resultat eller konklusioner.

Om någon önskar kontakta mig för frågor eller synpunkter går det bra på min email: henrik.schalen@sl.se.

**Henrik Schalen**  
ST-läkare  
Psykiatri Nordväst, Stockholm

# Vad är en barnpsykiater – idag?

Under de dryga fyrtio år jag varit verksam som läkare inom barn- och ungdomspsykiatri, har mycket förändrats. Det gäller såväl specialiteten som läkarrollen. Det kunskapsmässiga innehållet i specialiteten har i grunden utvecklats och förändrats, framför allt mot en ökad grad av vetenskaplighet men också på andra sätt. Också rollen som barn- och ungdomspsykiater har förändrats och genomgått olika skiften.

## En specialitet i stark utveckling

Hur specialitetens kunskapsinnehåll utvecklats kan avläsas på olika sätt. I början av min bana på 70-talet fanns ett fackligt program, antaget av föreningen, som beskrev vad barn- och ungdomspsykiatri borde vara. Det var ett litet dokument på runt tjugo sidor. Ett liknande dokument antogs 1989, *Barn- och ungdomspsykiatri inför 90-talet*, denna gång något

mer omfattande. 2008 gav föreningen på nytt ut en skrift med ett liknande innehåll, nämligen *Jubileumsskriften 50+*. Förutom att omfånget succesivt vuxit, är en annan skillnad tydlig. De två första dokumenten är sammanhållna som en slags markering av att "här står vi, detta är svensk barn- och ungdomspsykiatri idag" mens jubileumsskriften består av trettio olika röster utan tydligt gemensamt fokus eller synsätt. Så var boken upplagd och menad, och kanske speglar detta en förändrad och utvidgad syn på vad specialiteten är.

En liknande bild ges i den hearing som dåvarande Barnpsykiatrikommittén redovisar från sexton olika expertföreträdare för barn- och ungdomspsykiatri i delbetänkandet *Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa* (SOU 1997:8).



Foto: Shutterstock/Sergey Novikov

Det är en mångskiftande och rik bild av en specialitet i stark utveckling med växande vetenskapligt underlag. Samtidigt var det en specialitet med inre spänningar och motsättningar och en inte enbart kreativ utan ibland också konfliktladdad och potentiellt destruktiv dialog. Detta är kanske i och för sig en truism, vågorna har flera gånger gått höga inom specialiteten, och givetvis, som vi om några bör veta, all utveckling sker genom konflikt och är dialektisk, från tes till antites till syntes. Men jag har svårt att komma ifrån att vi inom barn- och ungdomspsykiatri har en tendens till att fastna och inte komma fram till syntesen. Så var står vi i så fall nu i denna dialektik? Jag har svårt att se att det är i den familjecentrerade, systemiska, socialpsykologiska tesen. Mer är det den positivistiska, individcentrerade, medicinska och kognitivt beteendevetenskapliga tesen.

Mycket av utvecklingen för svensk barn- och ungdomspsykiatri har varit starkt positivt. För några decennier sedan var specialiteten i vissa delar mer ideologi- än vetenskapligt styrd. Avideologiseringen har gjort att det blivit lättare att föra samtal om diagnoser och behandlingar på en rationell bas. Användandet av DSM-systemet har bidragit till att diagnoser ställs och förmedlas till barn och föräldrar på ett mer stringent sätt. Den neuropsykiatriska kunskapstillväxten har varit avsevärd och medfört stora diagnostiska och behandlingsmässiga framsteg. Den evidensbaserade barnpsykiatrien har inneburit en större tillgång till behandling som har förutsättning att hjälpa, med framför allt mer specifik farmakologi. Samtidigt finns fallgropar i detta. I rationalitetens namn kan emotionella, inteaktionistiska förhållanden glömmas bort. När neuropsykiatri tar plats kan psykologiska och sociala förhållanden med annan bakgrund förbises. Kunskapsområden utanför den konventionella skolpsykiatrien som genusteori, socialantropologi m.fl. riskerar att komma i skymundan. Risken för övermedicinering ökar ju fler "skarpa" farmaka vi får med gradvis växande indikationer.

I en artikel 1997 ställer den brittiske barnpsykiatern Robert Goodman den provocativa frågan *Who Needs a Child Psychiatrist?* Han beskriver den spännvidd som vår yrkesidentitet kan ha: från en psykiatriskt intresserad barnneurolog till en psykoterapeut som lämnat sitt läkaryrke. Idag är det färre barnpsykiatriker som utbildar sig till psykoterapeuter och fler som blir specialiserade inom neuropsykiatri och psykofarmakologi. Vi ser mer till individens än gruppens dysfunktionalitet, ser mer till biologins och mindre till samhällets effekter. Kanske är det den syntes som pendeln stannat vid. Är vi nöjda med det, är det vad som är mest adekvat utifrån vår specialistutbildning och specialitetens behov? Utifrån barnens och föräldrarnas förväntan och behov?

#### Läkarens roll

Frågan vad det är att vara barn- och ungdomspsykiater engagerar alltid oss som är det. Under ett flertal huvudhandledarutbildningar i Banyuls i Frankrike, som jag hade förmånen att vara med och leda, var detta ett

centralt tema. Det fanns oftast en konsensus om en bred barnpsykiaterroll, som innefattade ett multivetenskapligt synsätt och att barnpsykiatern hade en ledande roll i ett samverkande jämställt team i kraft av sin specialistutbildning och sin hierarkiska position som läkare inom sjukvården. Men vad händer om bredden och den tvärvetenskapliga kompetensen för doktorn minskar? Föreningen har i ett viktigt dokument, *Läkaransvaret inom barn- och ungdomspsykiatrien – vad är det som gäller?* från 2007, utifrån olika utslag i ansvarsärenden gett stöd för läkaren/barnpsykiatern som den ledande i det barnpsykiatriska teamet. Om läkarrollen blir mer begränsad till en neuropsykiatrisk och farmakologisk expert, kan denna auktoritet kanske med rätta komma att ifrågasättas av våra medarbetare. Kan vi då fortsätta att göra anspråk på vår naturliga ledarroll? Har vi förutsättningarna att då leda utvecklingen av kunskapstillväxt, av specialistarbete, av det respektfulla jämlika teamarbetet?

Samtidigt är det idag lättare att beskriva vad en barnpsykiater är. Det är den läkare som uppfyller målbeskrivningarna efter genomgången ST-utbildning. För mig känns detta dock fattigt och, menar jag, bortser från många dimensioner av roll och identitet som barnpsykiater.

Den som kanske mest djupgående diskuterat barnpsykiaterrollen och – identiteten är Björn Wrangsjö i en – vad jag vet – opublicerad men spridd artikel *Vem är jag och vad gör jag? Tankar om den barn- och ungdomspsykiatriska yrkesrollen och identiteten* från 2001. Det har gått några år och när jag läser skriften idag så känns det som många av de viktiga stimulerande tankarna där sprungits förbi eller ifrån. I en situation med få fastanställda barnpsykiater på klinikerna, hyrläkare som inte sällan är allmänpsykiater och med långa utredningsköer och mängder av medicinuppföljningar, som slukar läkarresurser, blir den rika och utvecklande, reflekterande barnpsykiaterroll och – identitet, som Björn beskriver, allt svårare att realisera.

Jag ser en risk att barnpsykiaterfunktionen blir mindre mångfasetterad, mer instrumentell och uppdragsstyrd, mindre utvecklingsinriktad, fattigare. Våra arbetsuppgifter blir tydligare och entydigare: medicinering, läkardelen i utredningar, suicidbedömningar, psykopedagogisk information. Inte minst blir detta en konsekvens, när fler och fler av våra kollegor är hyrläkare, fler och fler är icke-barnpsykiatriker.

Vår delaktighet minskar i det så centrala teamarbetet, där summan av representerad flervetenskaplig kunskap blir mer än delarna, vilket ju är själva kärnan i vår specialitet.

**Artikeln fortsätter på sidan 88**



## Andreas Carlborg

chef på Länsakuten S:t Görans sjukhus,  
med uthållig styrka mot målet

Andreas Carlborg är den inom suicidologi disputerade långdistanslöparen som haft topplaceringar på Marathons runt om i världen och som sedan 2012 varit chef för Sveriges största psykakut, Länsakuten på S:t Görans sjukhus i Stockholm. Nyligen har han i en insändare i Dagens Medicin stått upp för behovet av läkare inom akutpsykiatri. Han springer till jobbet varje dag, handlar lunch på krita i närheten av psykakuten och beskriver sig själv i grunden som en vanemänniska vilket i hans vardag på psykakuten innebär en daglig vana av många ovanliga händelser. Jag träffade Andreas för att diskutera hans syn på akutpsykiatriens uppgift och hans målsättningar för utvecklingen av densamma.

**Vilket ser du som akutpsykiatriens viktigaste uppdrag?**  
Att erbjuda en lätt tillgänglig psykiatrisk bedömning akut och se till att patienten hänvisas till rätt vårdnivå. Vid behov även sätta in nödvändiga åtgärder.

**Länsakuten är landets största psykakut, hur många patienter söker per dygn?**  
Vi har drygt 50 konsultationer per dygn vilket inkluderar akuta besök såväl som akutremisser från vårdgrannar.

**Hur många remitteras vidare inom den specialiserade psykiatri och hur många till primärvård?**  
Jag har inga exakta siffror men skulle tro att det ligger runt hälften av de som remitteras vidare hamnar inom specialistvården och hälften inom primärvården .

### Hur många läggs in?

Ungefär en tredjedel av våra patienter läggs in inom psykiatrin.

Jag har hört från kollegor på andra sjukhus att Länsakuten kallas för "Vårdintygfabriken" och att det skrivs betydligt fler vårdintyg på Länsakuten mot de flesta andra psykiatriska akutmottagningar, stämmer det?

Vi har inga tillförlitliga siffror på antalet vårdintyg men med tanke på det stora patientgenomflödet så skrivs det onekligen ett antal vårdintyg här. Sen får vi även patienter hänvisade till oss där vårdintyg redan skrivits av andra vårdinstanser.



*Jag skulle vilja bygga en helt ny byggnad som i färg, form och strategisk placering skulle vara anpassad till akutpsykiatrisk vård inklusive akut beroendevård.*



### I så fall, vad tror du det beror på?

Om det är sant tror jag att det delvis kan bero på att vi har ett upptagningsområde på 2.2 miljoner människor och att de allra svårast psykiskt sjuka i Storstockholm ofta passerar Länsakuten innan inläggning även på övriga kliniker. Vi har ett tusental polishandtransporter till Länsakuten varje år. Vidare har vi ett stort genomflöde av läkare vilket gör att den personliga kännedomen om patienterna som söker inte är optimal vilket jag tror bidrar till ett ökat behov av tvångsvård.

### Hur hanteras tvångsåtgärder inom akutpsykiatrin?

Vår akutpsykiatriska vårdavdelning har deltagit i ett projekt finansierat av Sveriges Kommuner och Landsting om "Bättre vård – mindre tvång". Bland annat har det inneburit en översyn av vårdmiljön och till viss del förändring av inredningen för att skapa en "lugnare" miljö. Vidare har personalen vid tvångsåtgärder infört speglingar av desamma för att försöka hitta sätt att förebygga behov av användandet av tvångsåtgärder vid en liknande framtida situation. I största möjliga mån försöker personal både på akutmottaningen och på akutavdelningen att följa upp tvångsåtgärder även med patienten men det är svårt då patienterna ofta passerar Länsakuten relativt fort. Inget formaliserat finns för uppföljning av tvångsåtgärder med patienten i dagsläget men kan mycket väl bli aktuellt i framtiden.

### Vad anser du om människor som söker akutpsykiatri vid akuta kriser men utan psykiatrisk sjukdom?

Jag tror i grunden inte att det är rätt vårdnivå men samtidigt, vem är jag att döma det subjektiva lidandet. Om den enskilde individen känner att behovet finns så är han eller hon välkommen för en bedömning och vidare hänvisning.

### Vilka är de viktigaste utvecklingsområdena för Länsakuten och akutpsykiatrin enligt dig i dagsläget?

Att förbättra det akuta omhändertagandet av svårt psykiskt sjuka och minimera tvångsåtgärder, att öka kompetensen i första ledets psykiatri och att utveckla samarbetet med beroendekuten.

### Om du fick bestämma helt fritt, hur skulle du vilja att akutpsykiatrin utvecklades?

Jag skulle vilja bygga en helt ny byggnad som i färg, form och strategisk placering skulle vara anpassad till akutpsykiatrisk vård inklusive akut beroendevård.

### Vilken är din målsättning för Länsakuten 2014?

Att sjösätta vårt projekt med "Akutbilen" som ska åka ut på suicidlarm från SOS, att utveckla vårt forskningsprojekt med patienter som söker ofta på psykiakuten samt att vidareutveckla samarbetet med beroendevården.

### Låter som spännande projekt, kan du berätta mer?

Akutbilen ska fungera som del i den prehospitala sjukvården och ska primärt rycka ut på suicidlarm som inkommer via SOS. Tanken är att erbjuda hög psykiatrisk kompetens i det akuta omhändertagande ute på fältet.

Mångbesökarstudien är en randominerad studie där mångbesökare i den psykiatriska akutsjukvården (>3 besök under 6 mån) kan erbjudas en personlig vårdcoach. Syftet är att öka dessa patienters livskvalitet och minska konsumtion av akut sjukvård.

### Tror du att ni kommer nå målen för 2014?

Jag räknar med att vi kommer ro i land våra mål för 2014!

Maria Larsson

Redaktionen Svensk Psykiatri

Foto: Privat

# Masterclass Psychopharmacology med kunskap från London till Luleå



I slutet av februari samlades ett par hundra läkare och farmaceuter i Luleå för att delta i Sveriges första Masterclass i psykofarmakologi. Konferensen arrangerades av Norrbottens Läns Landsting i samarbete med Maudsley Hospital och Institute of Psychiatry/King's College i London.

För konferensen hade vi engagerat sju talare från Maudsley Hospital i London. Professor David Taylor, chef för världsledande Maudsley Drug Information Service och författare av Maudsley Prescribing Guidelines, med ett imponerande *h*-index av 39, satte samman programmet tillsammans med mig och bidrog med tre egna presentationer. Med Lipus-certifiering och Maudsley Prescribing Guidelines som kursbok gav konferensen även viktiga studiemeriter för ST-läkare.

David Taylor hade med sig farmaceuterna Delia Bishara, Siobhan Gee, och Eromona Whiskey från Maudsley Drug

Information Service och psykiatrikerna dr Fiona Gaughran och dr Oliver Howes från National Psychosis Service samt dr Zerrin Atakan från Institute of Psychiatry.

De brittiska talarna kompletterades med Urban Ösby från Karolinska Institutet, som satte in de brittiska presentationerna i ett svenskt sammanhang. Lena Flyckt presenterade i sin roll som ordförande för Socialstyrelsens prioriteringsarbete av nationella riktlinjer, de nya riktlinjerna för antipsykotisk läkemedelsbehandling. Anders Berntsson, chefsöverläkare vid vuxenpsykiatri Sönderby sjukhus och



verksamhetschef Prima vuxenpsykiatri, agerade moderator för att guida genom programmet.

Målet med konferensen var att deltagarna skulle få en "state of the art update" om forskningsläget inom psykofarmakologin och dess kliniska tillämpning. Tonvikten lades även vid patientinriktad psykofarmakologi - att hitta den bästa lösningen för varje enskild patient. Att se människans individuella profil och inte bara behandla sjukdomen, utan patienten i sin helhet.

Den första sessionen fokuserade på vad vi kan göra när vanliga läkemedel inte fungerar i psykos- och depressionsbehandling. I detta sammanhang diskuterades nya antipsykotiska läkemedel och depotbehandlingar, konsekvenserna av att fördröja klozapin, den framtida rollen av glutaminreceptorerna samt cannabisbruk som en predisponerande, utlösande och vidmakthållande faktor för psykos.

Ketamin, ett gammalt läkemedel, är på väg att bli ett nytt behandlingsalternativ vid terapieresistent depression, men vi får avvakta hur dess effekt förhåller sig till biverkningar. Talarna undersökte också "swapping and stopping", hur man bäst byter och utsätter antidepressiva läkemedel, för att undvika utsättningssymptom på den ena sidan och serotonin syndrom på den andra.

Den andra sessionen berörde hantering av svåra och krångliga läkemedelsbiverkningar. Här tog föreläsarna från Maudsley ställning till antipsykotiska läkemedel hos äldre, risken för förlängning av QT-intervall och sexuella biverkningar med antidepressiva läkemedel. Föreläsningen "Hellre fet än galen" tog upp klassiska dilemman vid neuroleptikainducerad viktökning.

Medan det är vanligt i Storbritannien att ha med en apotekare i behandlingsteam, så är det fortfarande ett undantag i Sverige. Under den avslutande sessionen beskrev experterna från Maudsley hur mycket det går att lära av varandra och hur man bäst arbetar tillsammans utan konflikter mellan professionerna.

Jag hoppas att Maudsleys arbetssätt kan inspirera oss till att utveckla vår psykofarmakologiska kompetens och förstärka det multidisciplinära behandlingsteamet med särskilt utbildade apotekare. I linje med detta var vi riktigt stolta över att vi under vår Masterclass kunde anordna en tentamen för Bristol University som två farmaceuter från Blekinge respektive Kalmar fick möjlighet att hålla med David Taylor.

Konferensen anordnades i det helt nybyggda Clarion Hotel Sense där även de flesta konferensdeltagarna hade logi och konferensmiddagen bjöd på många intressanta diskussioner. Istället för den milda vinterns underkylda regn och ishalka, kunde vi faktiskt bjuda på åtminstone lite vinter med kyla och snö precis under konferensdagarna, vilket gav tillfälle till en nattlig promenad på isen som var mycket uppskattad av våra långväga föreläsare.

Det lyckade konceptet med Masterclass har visat att trots att Norrbotten geografiskt sett ligger långt från storstadsregionerna, så gör det inte norrbottensk psykofarmakologi perifer. Redan från anmälningsstart var intresset för konferensen mycket stort från hela landet. Eftersom efterfrågan var så stor kunde inte alla som ville vara med ges plats. Ett stort tack till alla öppna och nyfikna konferensdeltagare som gjorde dessa dagar till en så positiv upplevelse.

Nu gäller det att fortsätta på den inslagna vägen med kunskapsutbyte i världsklass. Ambitionen är att Masterclass ska återkomma regelbundet. Vi har redan börjat jobba med Masterclass 2015 och engagerat nya talare från Maudsley Hospital. Nästa års upplaga äger rum 19 - 20 februari med ämnet *Neuroutvecklingstörningar/Begåvningshandikapp/Psykos*.

Det är även med stor glädje och inte så lite stolthet som jag kan berätta att Norrbottens läns landsting har fått klartecken från European Association of Psychosomatic Medicine (EAPM) för att arrangera den årliga internationella konferensen i konsultationspsykiatri för 2016. EAPM:s konferens har under de senaste åren hållits i Aarhus och Cambridge. Konferensen äger rum 16-18 juni 2016 i Luleå.

Boka redan nu in Masterclass 2015 och EAPM 2016 i din kalender så ses vi i Luleå!

**Ursula Werneke**  
**MD, MSc, FRCPsych**  
**Docent och överläkare**  
**Sunderby sjukhus, Luleå**  
**Norrbottens läns landsting**

**Bilder: John Sandström**



## Fortsättning från sidan 7

Standardnätverket består av flera hjärnområden belägna utmed hjärnans mittfåra som interagerar med varandra. Det man ville upptäcka när man i sina studier gav individen en aktiv uppgift att arbeta med var vilka delar av hjärnan som skulle aktiveras (*aktivering*). Men man såg att aktiviteten i de delar av hjärnan som ingår i standardnätverket minskade (*avaktivering*) när man sysslade med en aktiv uppgift. De hjärnområden som betraktas ingå i standardnätverket är "medial temporal lobe" (som har att göra med minnet), "medial frontal cortex" (som har med mentalisering att göra) och "posterior cingulate cortex" (som har med integrering att göra).

### Relation till psykiska störningar

Man har funnit att vid vissa psykiska sjukdomar förekommer det bristande avaktivering av dessa hjärnområden i standardnätverket när individen genomför aktiva uppgifter, en avaktivering man vanligen ser (Anticevic m fl 2012). Detta gäller till exempel schizofreni. Så när en person med schizofreni har kognitiva svårigheter med vissa uppgifter så behöver det inte bara handla om oförmåga till att aktivera de relevanta delarna i hjärnan, utan en bidragande orsak till detta skulle kunna vara oförmåga till avaktivering av standardnätverket.

Vid depression förekommer det också bristande avaktivering av standardnätverket, men här föreligger det oförmåga till avaktivering när individen har grubblerier med negativa tankar, inte när individen ska utföra aktiva uppgifter. Detta skulle kunna handla om automatiska tankemönster som har svårt att komma loss från det vanligen aktiva standardnätverket.

Hos personer med autismspektrumstörning (autism) har man funnit att de har något avvikande mönster i standardnätverket i vila, när de inte utför aktiva uppgifter, jämfört med personer utan autism. Vid Alzheimers sjukdom har man funnit att graden av sockeromsättningen är nedsatt framförallt i de hjärnområden för standardnätverket där sockeromsättningen i vanliga fall är hög. Förbindelser mellan vissa hjärnområden av standardnätverket har funnits vara försvagade vid Alzheimers sjukdom. Man har även sett vissa förändringar i hjärnans standardnätverk hos individer med Alzheimers sjukdom innan symtomen för Alzheimers sjukdom har blivit tydliga hos individen (Buckner, Andrews-Hanna & Schacter 2008).

### Relation till meditation och mindfulness

I en studie undersökte man hur standardnätverket i hjärnan påverkas av träning med meditation, som handlar om att fokusera på att leva i nuet (Brewer m fl 2011). Man bad försökspersoner att meditera en session. Man fann bland annat att erfarna meditationsutövare hade en högre grad av avaktivering av standardnätverkets komponenter under meditation, jämfört de som inte var tränade i meditation. Detta tydde på att tränade meditationsutövare kunde komma ifrån "mind-wandering" mer effektivt än de som inte praktiserade meditation i vanliga fall. I synnerhet påverkas "posterior cingulate cortex" av meditation och mindfulness-träning (Brewer & Garrison 2013).

Jayanti Chotai

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

### Referenser kan fås från författaren eller från boken:

Chotai J (2013). Holism och reduktionism: En populärvetenskaplig resa genom naturvetenskap och psykiatri. Recito förlag.



**ANNONS**

# Möte i Madrid

## Rapport från UEMS-möte 24-26 april 2014

Värdlandet Spaniens psykiatri var temat för mötets första dag.

Delegaterna var inbjudna till Universidad Autonoma de Madrid, Departamento de Psiquiatria, där föreläsningar hölls om spansk psykiatri i allmänhet och specialistutbildning i synnerhet.

Sjukvården i Spanien finansieras via allmänna skattemedel sedan 1986, då "General Health Care Act" infördes. Fördelning till de 17 autonoma "communities" i landet sker via den av spanska parlamentet beslutade statsbudgeten. Patientavgifter utgör en betydande del av sjukvårdskostnaderna och privata sjukförsäkringar blir allt vanligare.

Psykiatrisk vård är integrerad i det allmänna sjukvårdssystemet.

Brist på koordination mellan communities utgör dock ett problem nationellt liksom att det på lokal nivå inom communities finns en uppdelning mellan allmän sjukvård, psykiatrisk vård och missbruksvård. Detta leder till stora brister för beroendepatienter menade professor Marta Torrens (Barcelona) som uttryckte det med orden "best treatment is parallel, not sequential".

Specialistutbildning i psykiatri sker på 80 olika enheter i landet.

Utbildningsprogrammen anpassas till lokala förhållanden. För att bli antagen till en utbildningsplats genomgår alla examinerade läkare en central examination där de med bäst resultat får välja specialitet först. Varje år söker ca 16 000-20 000 läkare till 1000 ST-block i psykiatri. I Spanien har man således inga svårigheter att rekrytera till specialiteten!

Specialistutbildningen omfattar 4 år varav 1 år utgörs av eget val t.ex. psykoterapi, äldrepsykiatri, BUP, eller beroendepsykiatri. Av alla ST-läkare i psykiatri påbörjar ca 20 % en doktorandutbildning men endast 3-4 % fullföljer till disputation.

Spanien är ett av få länder inom WHO som ej har en egen ST-organisation.

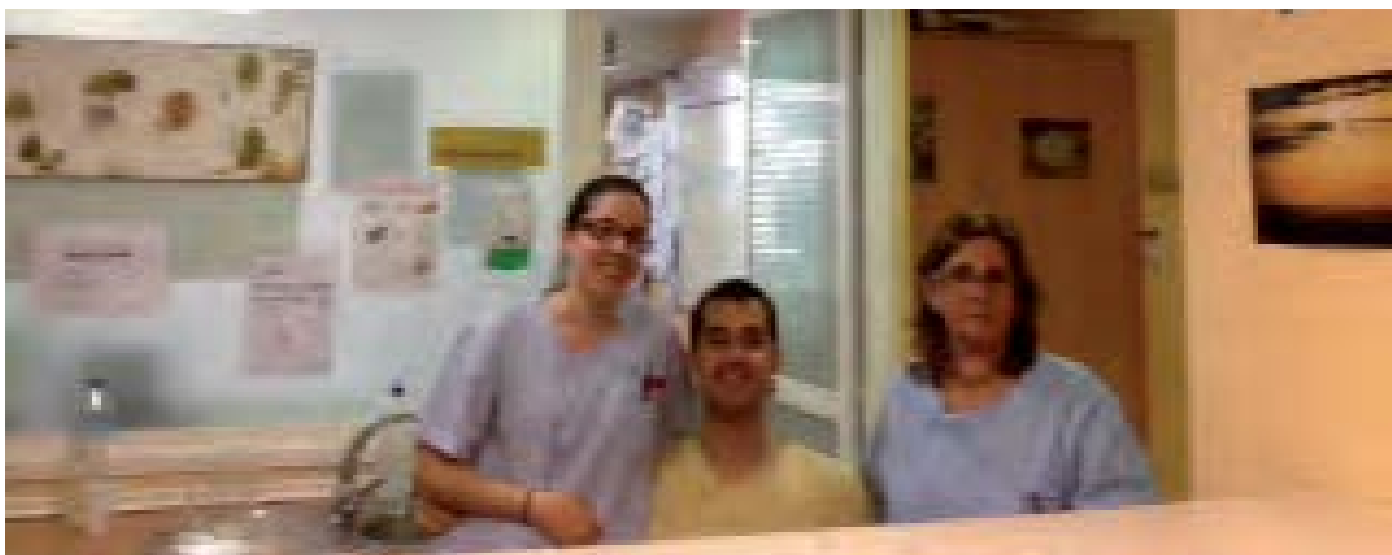
**Maria Markhed**  
**UEMS-delegat**  
**Akademiska Sjukhuset, Uppsala**  
**Foto: Maria Markhed**



Mitt i centrala Madrid, med Pradomuséet tvärs över gatan, i Socialministeriets lokaler, ägde vårens UEMS-möte rum. Representanter från 17 nationer var samlade, av 24 möjliga. Mötet inleddes med en rapport från den danske representanten angående hur sektionen ska hantera länder som inte vill vara med (Frankrike), länder som inte betalar (Italien), samt vilka länder som kan vara lämpliga kandidater (Ryssland, Vitryssland, Armenien, Cypern, Bulgarien, Rumänien).

Lite nedslående var det att höra att det kommer direktiv från UEMS centralt att ekonomifunktionen ska centraliseras till Bryssel. Av skattemässiga skäl ska nu medlemsavgiften från ex. SPF döpas om till donation, för att anpassas till belgiska skatteregler. Inget rationellt skäl till denna förändring presenteras, förutom central styrning och kontroll. Subsidiaritetsprincipen verkar vara död och begraven.

Andrew Brittelbank, Storbritanniens representant, är ansvarig för en uppdatering av Chapter 6, som är ett ramverk för specialistutbildningen inom psykiatri. För 18 månader sedan lanserade UEMS centralt ett nytt format för Chapter 6. Psykiatrisektionen ansåg det då lämpligt att göra vissa förändringar och kommer att presentera det nya förslaget vid UEMS-sektionens nästa möte i London. Detta följdes av en diskussion angående vilken typ av kunskapsprov som är bäst, initierat av att man på flera håll lanserar MCQ-test.



En tydlig åsikt på mötet var att MCQ testar kunskap, men inte skicklighet och överhuvudtaget inte utförande.

Universitetet i Sheffield har skänkt en digital plattform till UEMS. Det kommer att hållas ett möte i Strasbourg om hur denna plattform bäst skall användas.

Andra dagen inleddes med en genomgång av samarbetet med andra organisationer. Det blev en lång uppräknning av förkortningar och akronymer; EPA, EPA Early Career Psychiatrist Committee, EFPT, UEMS CAP Section, WHO, ROAMER och MJC. Här kan vi lyfta fram WHO som menar att UEMS dokument har stort inflytande på global psykiatrisk vård. Den andra intressanta organisationen är ROAMER som har som uppdrag att utveckla forskningen på europeisk nivå.

Det spontana intrycket från mitt första möte är att det har en anglo-sachsisk prägel, vilket skulle kunna förklara fransmännens ovilja att delta. Det är många nya medlemmar från Östeuropa och det är oklart hur de ställer sig till engelskans dominans. Likaså är det oklart i vilken utsträckning vi i Europa delar samma syn på psykopatologi. Vissa länder tar t.ex. klart avstånd från att använda DSM. Liksom i så många andra europeiska sammanhang ställs enhet mot mångfald

och centrum mot periferi. Det kan exemplifieras av frågan hur många olika terapiformer kan rymmas inom begreppet psykoterapi. En annan intressant fråga att undersöka är om det finns samma möjligheter till substitutionsbehandling vid ett opiatberoende oavsett var man bor.

UEMS section of psychiatry har höga och lovvärda ambitioner, men det är oklart hur direktiv ska implementeras på nationell nivå. Det är svårt att nå ut med budskapet.

**Olle Hollertz**  
**UEMS-delegat**  
**Psyk mott, Oskarshamn**  
**Foto: Maria Markhed**



# Levnadsvanor i teori och praktik

Tiden går fort när man har roligt och det har vi verkligen i arbetet med att främja goda levnadsvanor. Själva projektet är inne på sitt sista år, men självfallet så är inte arbetet med att implementera riktlinjerna mer än i sin linda!

Riktlinjerna från Socialstyrelsen om sjukdomsförebyggande metoder och Svenska Psykiatriska Föreningens *Kliniska riktlinjer - Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom* är båda en grundbult i all psykiatrisk vård. Vårt arbete med att sprida kännedom och kunskap om dessa och även det utbildningsmaterial som framställts kommer året ut att ha samma form som hittills, det vill sägas som ett projekt. Nästa år vid den här tiden hoppas vi på att en subsektion som förvaltar frågorna ska vara verklighet. Ett beslut har fattats i styrelsen att arbetet från årsskiftet fram till årsmötet i mars nästa år får bedrivas som en grupp och att det formella beslutet att bli en subsektion tas i mars 2015.

Men till dess, kära kollegor i slott och koja, finns vi som fria förmåner, jag och Yvonne, för att förse er med material, komma och informera och föreläsa när ni vill sprida kunskap om goda levnadsvanor på hemmaplan!

I början av april var vi på en turné i Dalarna och jag kan förstås inte veta, men jag förstår att artisters kuskande på vägarna inte är en dans på rosor. Vi slet med hårt arbete från morgon till kväll, med en föreläsning på 3 timmar som vi gav förmiddag och eftermiddag, på olika ställen och lunchen gick

åt att snabbt som ögat förflytta oss! Lokaler, tekniken och komforten var varierande. Fika fanns ibland och ibland inte... Men det vi kom för var ju att dela med oss och det gjorde vi till runt 150 personer av olika yrkeskategorier. Tyvärr så var det inte så många kollegor som dök upp och synd tycker vi förstås att det är. Psykiatriskt arbete är ju teamarbete och vi får vara nöjda med att kanske 80 % var från psykiatrin och att sjuksköterskor och distriktsköterskor var i klar majoritet.

## SPK 2014

Vi syntes och hördes på SPK i år med, men det var ingen succé precis. Några enstaka själar kom på vårt symposium om levnadsvanor där både fysisk aktivitet, tobak och ett spännande projekt i Västra Götalandsregionen belystes. Yvones föreläsning om sitt arbete på psykosmottagningen i Nyköping lockade fler och det är vi så klart glada för.

## Värmland

Här pågår arbetet med att implementera i projektet Bättre Levnadsvanor och den särskilt intresserade får gärna kontakta mig, så berättar jag mer.

Som en knorr på arbetet deltog jag både som arrangör och föreläsare och dansinspiratör under en heldag för landstingsanställda med dans i teori och praktik, Håll hälsan med dans, som gick av stapeln på den internationella dansdagen 29 april.



### Framåt då?

Projektet sjunger på sitt sista år som nämnts ovan. Vår ambition är att bilda en subsektion där våra patienters hela hälsa hamnar i fokus. Här behövs det nya och flera krafter. Du som vill jobba med det, som kanske redan är vår ambassadör eller bara är intresserad, hör av dig pronto!

Till sist! Missa inte årets viktigaste kongress:

**Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa - helhetssyn för god och jämlik vård!**

För program och anmälan klicka på länken:

<http://www.jamlikvard2014.se>

**Vid tangentbordet:**

**Jill Taube**

**med varma hälsningar från Yvonne Lowert**

## Beskow, fortsättning från sidan 49

**Försvar.** Amygdalas funktion är att blixtnsabbt aktivera kroppens försvar, flight eller fight, samt att göra det utan störande hämningar från pannloberna, LeDoux 1998. Denna starka generella aktivering, arousal, åstadkoms genom en ökning av kortisol, adrenalin och noradrenalin (sympaticus). Triggers för sådana explosioner är större eller mindre informationsbitar, mikroinformationer uppfattade som ett hot nära i rummet eller aktiva minnen av sådana hot.

Blockering av framloben vid stark stress skyddar hjärnan från alltför stora skador. En biverkan är svårigheten att efteråt skapa en detaljerad och sammanhängande berättelse, eftersom man inte var kognitivt närvarande och inte medvetet registrerade vad som hände. Behovet att skapa en sammanhängande berättelse yttrar sig också i mardrömmar och flash-backs, Vasterling 2005. Posttraumatiska stressyndrom, PTSD, är en viktig orsak till suicidalitet.

**Problemlösning.** Tanken är snabb, men det är även variationerna i generell aktivering, arousal, utlöst av svängningar i kortisolnivå och adrenalin/noradrenalin. Vanligen fungerar vi med en väl avpassad arousal. När det fungerar riktigt bra befinner vi oss i flow, Ogden 2006. Det känns bra, men om arousalnivån stiger bara lite till passeras gränsen till kaos, vid ytterligare arousal följt av splittring, försämrad perception, generaliserad till upplevelsen av dimma och för vissa människor även dissociation. Tidigare utarbetade suicidplaner kan då aktiveras och självmordet utföras mer eller mindre automatiskt. Det är därför det kan gå så fort med att verkställa suicidala planer, Deisenhammer 2009, Beskow 2008.

**8. Hippocampus.** Genom hippocampus, denna sjöhästliknande kärna, kommer *tiden* in i det mänskliga medvetandet. Här skapas minnen, så centrala för all fantasi och skapande verksamhet men också för problemlösning, Williams 2001. Senare lagras de på andra ställen, framför allt i de båda hemisfärerna. Hippocampus har också betydelse för återkallandet av minnen. Tyvärr är hippocampus stresskänsligt, för många och för starka stimuli gör att cellerna svullnar och dör.

De minnen vi ofta förlitar oss på är händelseminnen, episodiska minnen. De upplevs ofta med alla sinnen, går därför djupt in och kan bli normbildande. Vi fäster emellertid för stort avseende vid enstaka upplevelser. Vad vi försummar är att fråga oss hur representativ denna enstaka upplevelse egentligen är, vilket ofta leder till felslut, Kahneman 2013. Att basera sitt tänkande på enskilda händelser blir opålitligt bl.a. på vår tendens att särskilt minnas våra starkaste men också våra senaste upplevelser.

Detta gäller inte minst för suicidala patienter med deras starka fokuserande och brist på kringsyn.

### Storhjärnan

Under de senaste decennierna har fokus på bestämda lokaliseringar för olika hjärnfunktioner övergivits till förmån för ett systemtänkande. Lokaliserade neuron eller neurongrupper som reagerar på stimuli finns fortfarande men de är mindre och samspelar med stora system inom hjärnan. Så har tal om höger- och vänsterhjärnan ersatts av beskrivningar av system 1 och 2, Kahneman 2013.

**9. System 1.** Detta system är miljökänsligt, automatiskt, snabbt och livligt, McGilchrist 2009. Det fungerar spontant och utan större ansträngningar. Det tar emot olika sinnesintryck och omfattar alla fem faktorerna i Padeskys fem-faktormodell, Kuyken 2009, dvs. kroppsörnimmelser, emotioner, kognitioner och beteende, alla omslutna av yttervärldens fysiska men framför allt sociala relationer. De förmågor som ligger bakom system 1 är medfödda och av det slag som vi delar med andra djur. En medfödd känslighet i nervsystemets sensitivitet kan förstärka de negativa effekterna av traumatiska händelser i barndomen, Aron 2005 och 2013.

Stern 2005 har fäst uppmärksamheten på den oerhörda snabbheten i detta tänkande. Varje ögonblick rymmer en hel värld. Genom att stanna upp vid snabba intryck, som kan kallas *blänk*, och utveckla deras innehåll till en lång sammanhängande historia kan ögonblickets innehåll men framför allt tänkandets struktur och funktion fångas upp och en mer ingående kunskap erhållas om de psykiska fenomenen. En ökad förståelse för dessa snabba inre flöden anvisar vägar för en mer flexibel samverkan mellan S1 och S2.

Personer med ett speciellt känsligt nervsystem reagerar häftigare på trauman under barndom, Aron 2005 och 2013. Dessa personer kan lätt hamna i konflikt med omvärlden, varvid arousaln stiger brant i en allt mer okontrollerad situation. Denna blir till slut psykiskt smärtsam och kräver avlastning, t.ex. genom skärningar eller andra destruktiva handlingar ända till suicid.

**10. System 2.** Detta system rymmer jag-upplevelse och medvetande och är till för specifika problemlösningar. Det är långsammare än aktiviteten i system 1 och kräver ofta stor ansträngning, som snabbt ger stressymtom. Att använda system 2 är tröttsamt och ger ofta upphov till känslor av vanmakt samt ökad irritabilitet.

Upplevelsen av den begränsade tiden är av avgörande betydelse. När man känner att orken och tiden snart är slut, pressas arousaln upp till ännu högre nivå av smärta och

förtvivlan, vilket kan övergå i dissociation och automatiska suicidhandlingar. Detta ligger nära Riskinds begrepp *sense of looming anxiety*, som innebär att ångesten intensifieras när känslan av ett hot snabbt kommer närmare och/eller eskalerar. Den exakta betydelsen av *looming* är hägring.

Genomförandet av en självmordshandling i det verkliga livet kräver vanligen en extra stor ansträngning för att bryta genom kroppens starka motstånd mot att dö. Genomförs inte handlingen kan personen i stället utveckla improduktiv oro och ältande. Liksom tvångsreaktioner ger ältandet en omedelbar ångestlindring. Man har i alla fall tänkt på saken. På sikt ökar dock ångestnivån eftersom det problem som triggar suicidaliteten fortfarande är olöst.

Starkt fokus på problemlösning med hjälp av kognitioner inom system 2 avlägsnar personen från det känslomässigt mer levande system 1, vilket leder till en social isolering, som ytterligare kan förvärras av rigid tvångsmässighet. Avståndet till andra människor ökar med depression och ökad suicidalitet som följd.

**11. Samspel mellan hjärnhalvorna.** Varje dag fattar vi mellan 2000 och 10 000 beslut, Vetenskapens värld 2014. Ofta sker det automatiskt utan att vi är medvetna om det. Ett smidigt samspel mellan system 1 och 2 är nödvändigt för god anpassning till en snabbt föränderlig omvärld, framför allt när det gäller nära relationer. Brister i detta samspel försvårar smidig anpassning och kan därigenom öka suicidaliteten. Hjärnans kapacitet är dock möjlig att öka. Ett sunt levnadssätt samt kroppslig och mental träning ger en ökad produktion av *brainderived neurotropic factor*, BDNF, som ökar hjärnans intellektuella kapacitet, Karlsson 2013, vilket rimligen ökar den problemlösande förmågan.

*Inbyggda tankefel.* System 2 med sitt långsamma tänkande är egentligen bara tjänaren och lösaren av specifika problem, medan det tror sig vara härskaren, Mc Gilchrist 2009, Kahneman 2013. Det övervakar system 1 så gott det går, men utan någon vidare framgång. Människan är nämligen utrustad med en lång rad inbyggda tankefel. Flera av dem har utvecklats evolutionärt tidigt och är därför svåra eller omöjliga att ändra på. Såväl byggandet av vårt samhälle med dess inbyggda fysiska och psykosociala fel som den enskilda personens svårighet att lösa sina problem tycks således kunna hänföras till samma grundorsak, en obalans mellan system 1 och 2. Ökad kunskap om hur vår hjärna fungerar ger oss större möjligheter att förändra vår yttre miljö så att den blir bättre anpassad till hur vi evolutionärt är gjorda, Kahneman 2014. Sådana förändringar blir förhoppningsvis allt viktigare inslag i framtidens suicidprevention.

### Slutsatser

Den varsamma genetiska anpassningen under årmiljoner har under de senaste 250 åren ersatts av mänsklig teknik och kultur som skapat ett differentierat och komplicerat samhälle, som är svårt att hantera. Bristande språkförmåga och stigande individualisering bidrar ytterligare till att påfrestningar ibland övergår människors problemlösningförmåga och resulterar i suicidalitet.

Den neurofysiologiska utvecklingen visar också flera inbyggda svagheter av betydelse för problemlösning och suicidalitet. Även om det finns ytterligare kapacitet att utveckla människans medvetenhet måste därför huvuddelen av ansträngningarna inriktas på att förändra den av Homo sapiens skapade världen med alla dess tillkortakommanden så att den bättre motsvarar hur vi evolutionärt är utvecklade.

**Jan Beskow**

**Professor, Sahlgrenska akademien och Suicidprevention i Väst, Göteborg**

**Anna Ehnvall**

**Med.dr., Sahlgrenska akademien, överläkare vid Psykiatriska kliniken i Varberg**

**Gunilla Klensmeden,**

**Med.dr., forskare och överläkare vid St. Olavs Hospital i Trondheim**

**Ullakarin Nyberg,**

**Med.dr., Karolinska Institutet, överläkare, Norra Stockholms psykiatri, Stockholm**

Referenser finner du på hemsidan

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



## MiniPsykiatri

Jörgen Herlofson  
Natur & Kultur, 2014

## Generaliserat upplysningssyndrom UNS

Jörgen Herlofson har mutat in en plats i den svenska psykiatrins allmänna medvetande som har med diagnostik att göra. Han har stått för översättningarna av de senaste DSM-upplagorna och därigenom påverkat på vilket sätt det psykiatriska arbetet, och framför allt diagnostiserandet, bedrivs.

### Problemet med bokstavstroende

DSM-manualerna har bitvis använts på ett sätt som inte alls varit avsett, och det har lett till en hel del konstigheter. Tanken med ett kriteriebaserat diagnossystem har ju varit att man som kliniker, genom att använda manualen, dels ska få hjälp att inte glömma bort väsentliga aspekter kring de diagnostiska resonemangen, men framför allt att man som kliniker ska kunna använda de strukturerade diagnostikverktygen som referens till den egna kliniska bedömningen. I förorden till DSM-manualerna har Herlofson genomgående betonat den här aspekten – manualen ska ses som ett hjälpmedel.

I realiteten har såväl kriterierna som sådana som de strukturerade intervjumanualerna SCID och MINI brukats för att utan annan information ge patienter psykiatriska diagnoser. Detta har lett till att diagnostiken i värsta fall blivit grumlig, osaklig eller felaktig. Det har hänt att en person uppfyllt kriterier för ett tillstånd men att personen ändå inte kliniskt bedömts ha t.ex. en egentlig depression eller ett psykotiskt tillstånd.

### Psykiatri för dummies, nej lekmän

Den lilla volymen MiniPsykiatri är en bok som inte är riktad till psykiaterkåren utan till personer som arbetar där man kan träffa på psykiatrisk ohälsa. Den ger en introduktion till det psykiatriska fältet, med relativt kortfattade beskrivningar av de flesta områden som psykiatrin omfattar.



Boken har tre delar, där Herlofson först ger en fin överblick över ett mer filosofiskt perspektiv på psykisk hälsa, där de humanistiska och de naturvetenskapliga perspektiven diskuteras. Den största delen av boken är sedan en genomgång av de stora grupperna av tillstånd. Slutligen finns en övergripande beskrivning av synsätt vid psykoterapi, där ett kapitel behandlar beteendearterade behandlingar och ett psykodynamiska. Herlofson är själv leg psykoterapeut med KBT-inriktning, detta kapitel är också av begripliga skäl mer utförligt då hans kliniska vana och erfarenhet ligger där. Att alla människor är olika och att olika typer av behandlingar behöver finnas, är dock en inställning som syns genom texten, även om de psykoterapeutiska interventioner som föreslås vid de olika tillstånden oftast hör till KBT-metoderna, med hänvisning till att de är tydligare utprovade.

### Natur eller kultur?

I inledningen av boken beskrivs hur världen under vissa perioder haft en tyngdpunkt i ett mer humanistiskt synsätt, med patientens subjektiva lidande i centrum, där frågan om sjukdom och diagnos kunnat vara mindre intressanta för professionen. Under andra perioder har ett striktare naturvetenskapligt perspektiv upprätthållits och patienten har då på ett annat sätt kunnat ses som objektet för undersökningen och behandlingen.

Att de olika perspektiven båda är nödvändiga är en utgångspunkt som Herlofson trycker på. Det humanistiska perspektivet - med dess intresse för den enskildes historia och erfarenheter såväl som det naturvetenskapliga, med dess ansträngning att se till övergripande strukturer och system, bidrar till att klinikern får information som leder till behandlingsrelevant kunskap.

Inledningen belyser också perspektiven kris/sjukdom som en slags illustration av spänningen mellan det humanistiska och det naturvetenskapliga perspektivet.

### Många diagnoser eller en?

Som kliv över till kapitlet om de olika diagnosgrupperna tar Herlofson upp frågan om samsjuklighet och differentialdiagnostik. Svårigheten att skilja ut olika tillstånd från varandra har kunnat leda till att patienter ibland fått många diagnoser istället för att man sett svårigheterna som konsekvenser av ett huvudsakligt tillstånd. De flesta med en djup depression har ju samtidigt en påtaglig ångest, om den ångesten skulle komma att benämnas som ett ångesttillstånd per se istället för som en del av depressionen hade vare sig bidragit till bättre förståelse för tillståndet eller till bättre behandling.

Den person som har en bipolär sjukdom men som har ett yvigt och impulsivt beteende oavsett var i förloppet hen är, kan å andra sidan få bättre hjälp om det visar sig att växlingarna i beteendet inte bara hänger ihop med bipolariteten utan också med t.ex. ADHD.

Huvuddelen av boken beskriver de olika grupperna på ett snabbt och tydligt vis. De olika perspektiv som introduktionen diskuterar, med en allmän del om tillståndet och sen en klinisk beskrivning och därefter ett stycke med tips och tricks, "Att tänka på i mötet med patienten". Herlofsons långvariga relation till DSM-systemet har gjort att hans beskrivningar också har många formuleringar som är bekanta från manualtexten.

Rent allmänt illustrerar de olika delarna väl tillstånd och behandlingar. Att olika behandlingar finns i arsenalen, att ett förtroendeinbjudande bemötande är centralt för att många

gånger överhuvudtaget få till en fungerande behandling, betonas tydligt. Likaså att läkemedelsbehandling vid vissa tillstånd är fundamentalt och vid andra tillstånd en metod som övervägs jämte andra.

### Invändningarna

Kapitlet om autismspektrum tycker jag är, om inte för ytligt så för svepande. Den heterogena gruppen beskrivs på ett övergripande sätt och resonemangen om bemötande tycker jag inte bottenar på samma sätt som de gör i övriga delar av boken.

Ett område som helt saknas i boken, men som berör alla i befolkningen, är frågan om självmord, som inte nämns mer än en aning och då i relation till olika tillstånd. Ett av de få faktafel jag råkar på gäller just suicidalitet.

Herlofson säger att han uppfattar att användningen av antidepressiva läkemedel starkt har bidragit till en minskad suicidalitet i Sverige, med hänvisning till att självmordstalet minskat så tydligt under de senaste tio åren. Möjligen har bruket av läkemedel påverkat självmordstalet men idén om att det varit en "tydlig minskning av självmordsfrekvensen under den senaste tioårsperioden", som han skriver i kapitlet om läkemedelsbehandling, stämmer tyvärr inte. Självmordstalet är ju nu ungefär hälften av vad det var 1980, men den största minskningen av antalet självmord ägde rum under de första femton åren, fram till mitten av 90-talet, då också SSRI-preparaten fick en allt större plats i förskrivningen.

I en bok som vänder sig till myndigheter och andra utanför psykiatrin hade det också varit på sin plats med en liten diskussion om juridiken, då de flesta inte vet vad LPT egentligen innebär.

Men även med dessa små invändningar är MiniPsykiatri en bok som jag tycker man kan sätta i händerna på folk som undrar om vår specialitet. Jag kan tänka mig att den får en läsekrets, så med tanke på att den kanske blir en ingång till ämnet för många kan det vara till nytta att ha läst den själv. Och det går fort och lätt.

**Daniel Frydman**

**Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker  
Stockholm**

## Empati: Teoretiska och praktiska perspektiv

Red. Henrik Bohlin och Jakob Eklund  
Studentlitteratur, 2013

### Frukostförsvaret

Vi sitter vid frukostbordet och ögnar i morgontidningen. Jordbävning i Kina, tusentals personer har dött och mångdubbelt fler har blivit hemlösa. En färja har sjunkit utanför Filippinerna, hundratals personer har drunknat. Vi bläddrar vidare. En treåring har blivit utelåst och stått och gråtit hela natten, hittad på morgonen nerkyld och utmattad. Så smärtsamt det måste ha varit. Vi blir upprörda, så här får det bara inte gå till, var finns föräldrarna, stackars unge! Min kollega Magnus Kihlbohm myntade för många år sedan begreppet "frukostförsvaret" för att beteckna den mekanism inom oss som slår av och på vad gäller inläggande och inlevelse i andra människors liv och olycka. Denna mekanism tycks leva sitt eget liv som kognitiv och emotionell regulator av såväl empati som sympati.

### Bred översikt

I *Empati: Teoretiska och praktiska perspektiv* har redaktörerna Henrik Bohlin och Jakob Eklund, docenter i filosofi respektive psykologi samlat en väl balanserad forskargrupp som belyser empatibegreppet ur filosofiska, psykologiska och empiriska infallsvinklar. Texten är genomgående innehållsrik, intressant och väl komponerad, pedagogisk utan att bli platt.

Författarna ger inledningsvis en ingående, bred och delvis spännande översikt över såväl historiska perspektiv med huvudsaklig utgångspunkt i den engelske filosofen David Hume som i det aktuella filosofiska kunskapsläget. Vid sidan av detta presenteras en genomgång av samtida psykologisk forskning om empati bland annat utifrån texter av Carl Roger (bekant utifrån triaden autenticitet, empati och värme) och Heinz Kohut samt utifrån bidrag mer baserade på experimentell empiri.

### Empati, kognition, emotion - och omsorg?

Både filosofer och psykologer är såväl inom sina discipliner som mellan dem oense i den meningen att de ger begreppet empati olika innebörd, men mer ense om vilka

mekanismer och funktioner som opererar i praktiken. Man kan urskilja en kognitiv aspekt, förmågan att tankemässigt sätta sig in i en annan persons situation, en emotionell aspekt som handlar om att emotionellt kunna uppfatta den andres känslor utan att dessa upplevs som ens egna. Slutligen kan dessa aspekter vara kopplade till handlingar av omsorg om den andre. Begreppet sympati används mestadels för positiva känslor som riktas mot den andre, ofta utlösta av dennes trångmål.

Begreppet "enkännande" i motsats till empatins inläggande syftar på en sammansmältning med en annan, en upplevelse av radikal enhet mellan det egna och det främmande.

### Empati och moral

Ett viktigt fynd är att empati är nödvändig för att upprätthålla ett moraliskt beteende men inte tillräckligt som bas för en genomtänkt etik. För en sådan krävs mer eftertanke och förmåga att kompensera för subjektivitet och bias, till exempel att nedprioritera sådant beteende man inte förstår. Modern forskning har kunnat bekräfta att människor (liksom vissa djur med starka omsorgskänslor inom "familjen") kan handla av altruistiska motiv, det vill säga utan egen vinning. För människors del skulle man kanske kunna invända att om man har en självbild som inrymmer altruistiska handlingar så innebär dessa handlingar att man "helt egoistiskt" stärker sin självbild, dvs. handlingen är delvis kognitivt "top down-styrd" och kommer inte "bottom up" från hjärtat. Å andra sidan kanske man inte ska tillmäta apor och råttor, vilka också visat sig kunna handla altruistiskt, så komplexa själsförmögenheter.

### Empati och neurobiologi

Neurovetenskapen bidrar bland annat med urskiljande av tre nätverk inom hjärnan kopplade till empati: ett för ställföreträdande emotioner, ett för mentalisering kring abstrakt förståelse av vad den andre tänker och känner och ett för motorsimulering av andras rörelser och bakomliggande intentioner. Spegelneuronen pekar här mot en möjlig mekanism som kan förklara den synkronisering

av egna och andras känslor, tankar och beteende som kännetecknar såväl empatiska processer som den "emotionella smitta", som fungerar som förutsättning för empati. Man kan här urskilja mer eller mindre omedvetet initierade, reflektiva processer som kräver minimal kognitiv bearbetning och mer medvetet initierade, reflexiva, kognitivt krävande processer.

### Empati i kliniken

För kliniskt verksamma är avsnitten om empati och brott av särskilt intresse liksom empati och professionellt förhållningssätt. Vid akuta psykosor och uttalade autistiska drag är samtliga aspekter av empati reducerade, vid psykopati huvudsakligen den emotionella, nödvändig för omsorg.

Förmågan till balanserad empati är en utmaning för alla som är verksamma i kliniskt arbete där behandlarens känslor får tjäna som vägledning till såväl kreativ fantasi som kognitivt fokus. Häri ligger att våga låta sig beröras av klientens/patientens berättelse utan att "agera". Affektillstånd som vrede och skräck minskar den empatiska förmågan, vilket även höga nivåer av stress gör då stressen medför ett automatiskt självfokuserande som reducerar behandlars förmåga till adekvat empatisk närvaro i relationen. Då denna förmåga minskas av stress borde det ligga i arbetsgivarens intresse att för patienternas skull skapa en god arbetsmiljö – vilket vissa forskare menar skulle vara den åtgärd som skulle vara det mest effektiva sättet att förbättra outcome för patienterna.

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



Foto: Shutterstock/Monticello

## Psykosomatik i teori och praktik

Red. Walter Osika  
Studentlitteratur, 2013

Walter Osika, forskare med bred klinisk profil bland annat inom kardiologi, psykiatri och stressbehandling har tillsammans med ett tjugotal kollegor, kliniker och forskare, sammanställt en bred antologi som rymmer det mesta inom den traditionella psykosomatiken. Dessutom ingår spännande okonventionella tillägg, dels om Natur som terapi, dels om Komplementär alternativ och integrativ vård.

### En holistisk ansats

Antologins bas är den bio-psyko-sociala modellen. Författarna behandlar inom denna ram inte bara ett antal organspecifika aspekter som kardiovaskulära, gastroenterologiska, dermatologiska, endokrinologiska, gynekologiska och ortopediska, utan också bland annat stress, smärta och sömn med infallsvinklar från psykologi, neurovetenskap, immunologi och endokrinologi. De sociala kontexterna omfattar såväl migration, arbetsliv som livscyelperspektiv. Forskningsläget redovisas och kliniska vinjetter levandegör framställningen.

Den inledande *historisk/teoretiska bakgrunden* och genomgången av modellen är ingående och fyllig – från epigenetik till religion. Bland annat påpekas att man försummat "icke biologiska" faktors betydelse för sjukdomsorsak och behandling. I antologin har man som nämnts tagit ett brett grepp. I ett avsnitt om *intersektionalitet* anläggs till exempel bland annat ett genusperspektiv, liksom hur diskriminering, ojämlikhet, maktfördelning, ekonomisk otrygghet kan påverka psykosomatisk ohälsa.

### Läkarens grundhållning

Ett av de i mitt tycke mest läsvärda avsnitten handlar om ett *allmänmedicinskt perspektiv på psykosomatisk medicin*. Detta berör bland annat symtompresentationens komplexitet, hur den vidare kliniska utvecklingen påverkas av psykologiska och sociala faktorer och inte minst vikten av en väl fungerande patient-vårdgivarrelation. Här framgår att läkarens förmåga att skapa ett samtalsklimat i vilket patienten känner sig fri att uttrycka sig, tänka om sina symtom, kan vara avgörande. Det gäller att undvika "den biomedicinska reflexen", det vill säga att tidigt i processen

bli upptagen av differentialdiagnostiska överväganden och därmed överge sin patientcentrerade kliniska metodik och det lyssnande, empatiska förhållningssätt som präglar den.

### Inåtvända och utåtvända symtom

Om symtomet är "vänt inåt", akut och allvarligt och en primär kroppslig sjukdom tycks mest sannolik, präglas patientens attityd mest av behovet att få hjälp att stå ut. Om symtomet däremot tycks "vänt utåt", vill patienten framför allt bli lyssnad på och förstörd. De kroppsliga symtomen har ett relationellt budskap. De känslor som patienten uttrycker kan tyckas irrationella men även de har ett budskap och bör därför aldrig avvisas, inte oreflekterat följas men alltid utforskas.

Ett "utåt vänt" kroppsligt symtom uttrycker en emotionell konflikt som inte kan formuleras. Att tillsammans med patienten ta sig från fixeringen vid de kroppsliga symtomen till den psykosociala domänen kan kräva fingertoppskänsla, tålmod och förmåga att upprätthålla sin empati. Ett systemiskt tänkande hjälper läkarens att ringa in de relationer som bidrar till att ge det utåtriktade symtomet dess innebörd och förstå spänningsfältet mellan livssituationens krav och patientens fysiska och/eller mentala förmåga.

### Brett behandlingstänkande

Avsnittet om Natur som behandling vidgar perspektivet eller kanske snarare framgångsrikt för in en djupt folkligt förankrad intuitiv visshet om att upplevelse av naturen kan vara djupt läkande på den akademiska arenan där allt ska vara evidensbaserat – det är på en gång enligt min uppfattning både djupt tillfredsställande och tragikomiskt. Människan är ett lustigt djur som inte kan låta bli att mäta allt som går att mäta! Näväl, den socio-ekologiska synen på hälsa har säkert kommit för att stanna. I avsnittet pekas på en lång rad positiva hälsoeffekter. Vikten av utrymme att växla mellan spontan och fokuserad uppmärksamhet betonas. Den fokuserande drar och den spontana ger energi. Naturen har en potential att bidra med det senare. Till detta kan komma en evolutionärt baserad trygghetskänsla som aktiveras i viss typ av natur.

## Lätta bördan på vägen

Sven-Erik Petersson

Eget förlag, Skövde  
andra reviderade upplagan, 2013

## Minnen av ett psykiaterliv

Vi befinner oss i matsalen, Kärnsjukhuset, Skövde (KSS) omkring år 1980. Plötsligt vänder sig hela kön ut mot de ätande lunchgästerna och innesluter dem i en ljudlig och taktfast sång. I kön står psykiaterkollegan Sven-Erik Petersson, som förutom att vara överläkare också var inspiratör och drivande kraft i genom åren hela tio KSS-revyer, och som nu tillsammans med sin ensemble påminner om årets premiär.

Nu har Sven-Erik samlat sina visor, sina goda citat och lite av det han brukar lära ut om psykiatri. Han delger läsaren sina minnen från ett yrkesliv i vuxenpsykiatri men också som mångårig konsult inom barnpsykiatri med neuropsykiatri som specialområde. Jag läste boken med eftertanke och glädje, särskilt då författarens personliga berättelser och reflexioner. Men även visorna, citaten och övrigt om psykiatri var intressant att ta del av och delvis känna igen sig i. Här finns gripande små berättelser från psykiatrins vardag ofta med underfundigt formulerade reflexioner, t ex:

*"Fast det är ju så att de flesta av oss 'arbetare' inom psykiatri inte faller inom normalitetsramar. För vissa av utbildningarna måste man ju ha maxpoäng och redan vid urvalsprocessen så faller man bortanför den sjuttiofemte percentilen. Och i sitt jobb har man ju en bra nytta av att inte bara IQ utan även EQ ligger lite högerförskjutet.*

*Och har man dessutom en liten dos ADHD så blir det mycket gjort och en skvätt Asperger så strävar vi på i rätt riktning när de flesta sedan länge tappat målet ur sikte."*

Boken går att köpa genom att mejla förfataren, svenerik.pskonsult@telia.com. Gör det!

Jan Beskow

Professor, Sahlgrenska akademien och Suicidprevention i Väst  
Göteborg

I avsnittet *Komplementär alternativ och integrativ vård (KAM)* ges en väl underbyggd och balanserad översikt över detta ytterst heterogena fält som består av hundratals metoder som förs samman till ett koncept. Bland de mest anlitade (och förmodligen minst kontroversiella) är örtmedicin, akupunktur, kiropraktik och massage.

Fördelar och nackdelar med KAM redovisas. KAM tycks vara bättre än den konventionella vården på att förverkliga vissa av den vårdens egna kärnvärden vad gäller helhetssyn och kvalitet på patient-vårdgivarrelationen. Bland nackdelarna framhålls risken för att annan verksam behandling missas eller fördröjs genom att patienten väljer bort en metod med väl dokumenterad effekt. Spännande om man inom en svensk medicinsk disciplin, i enlighet med WHO:s rekommendationer, insett värdet av samarbete med KAM, vilket man har gjort i många andra länder. Patienters egna erfarenheter måste tillmätas ett visst värde som tentativa "single case studies" då evidensstudier trots allt bara kan ge ledning på gruppnivå, aldrig entydigt på individnivå.

Vad gäller psykologiskt orienterad behandling förövrigt beskrivs bland annat mindfulness relativt utförligt. Konstnärliga terapiformer presenteras också. Den teoretiska bakgrunden är väl underbyggd, men metodbeskrivningarna av dans-, bild-, och musikterapi väl knapphändiga. Kanske kunde det också ha framgått att musikterapi är evidensbaserat t.ex. för behandling av smärta.

Saknar jag något i denna angelägna och välskrivna översikt? Det framgår bland annat att oförlösta handlingar och känslor höjer tonus i muskulatur och vegetativa funktioner: Därför skulle det ha varit intressant med en anknytning till det kroppsterapeutiska fältet till exempel utifrån Wilhelm Reich, Alexander Lowen, Nic Waal och George Downing, både vad gäller teori (andning) och behandlingsmetodik (grounding).

Boken är läsvärd och har många förtjänster. Det kan dessutom vara av intresse för psykiatriker att sätta sig in i hur andra medicinska specialiteter hanterar det holistiska perspektivet i ett läge där psykiatri huvudsakligen tycks inriktad att konsolidera sig inom en mer strikt medicinsk modell. Kanske kommer det ta ytterligare ett decennium i god Hegelsk dialektisk anda innan psykiatri i sin helhet återkommer i motsvarande holistiska balans.

Björn Wrangsjö

Docent i barn- och ungdomspsykiatri  
Stockholm

**ANNONS**

## Lisa - ett liv

Lars Wilklund  
Eget förlag, 2013

Jag brukar aldrig läsa baksidan på böcker. Oftast tycker jag att de berättar för mycket om bokens innehåll och ibland kan vara rent dåligt skrivna. Inte heller brukar jag läsa förordet till en bok, delvis för att man även här kan ge för mycket information om boken men också för att jag tycker förorden ofta är för insmickrande på något vis. Istället brukar jag läsa de första meningarna i boken och om de fångar mig fortsätter jag, om inte lämnar jag boken åt sitt öde. Jag tycker livet är för kort och det finns för mycket god litteratur för att läsa sådant som inte fångar mig direkt. När jag läste "Lisa ett liv" gjorde jag likadant, och läste de första raderna i boken där författaren Lars, som är pappa till 37-åriga Lisa, precis får ett samtal där han får veta att hans dotter är död och har tagit livet av sig. Jag blev fångad direkt.

### Barnår, skolor och ungdomstid

Efter den starka inledningen går boken tillbaka till en del om Lisas barnår. Den nya texten blandas med dagboksanteckningar från författaren från förr och frågeställningar direkt riktade till Lisa som tillsammans ger en mycket levande text. Det talas om en dramatisk förlossning samt om lycka, kärlek, oro, segling och om värme. Därefter följer ett kapitel om skolorna där texten är skriven på samma sätt och Lisas utanförskap blir allt tydligare. Texten handlar om teater, bad, mobbing och om försök för föräldrar att hitta rätt väg för sitt barn som står lite vid sidan om andra barn. Sedan följer ett kapitel om ungdomstiden och Lisas svårigheter och sociala avvikande blir tydligare. Det handlar om skola, ungdomsförälskelse, resor, relationssvårigheter samt om svårigheterna i att älska och om när kärleken inte räcker till för att den älskade ska må bra.

### Sjukdomstid

Det sista, och längsta, kapitlet handlar om Lisas sjukdomstid som slutar med att Lisa sorgligt nog tar sitt liv till sist på en psykiatrisk avdelning efter flera suicidförsök. Åren är tyngda av oro hos familjen för dottern, av önskan hos Lisa bort framför allt till England, av nedsatt funktionsförmåga hos Lisa som tillsammans med låg självkänsla ger syskonavund till en mer "lyckad syster". Texten präglas av försök hos föräldrarna att hjälpa, att acceptera och om deras vanmakt när Lisa bara mår allt sämre oavsett vad de gör.

I den psykiatriska vård som Lisa får under dessa år beskrivs ingen tydlighet kring utredning, uppföljning och behandlingsplan, där samverkan saknas och anhörigas inkopplande stundtals är önskvärd och stundtals inte.

Slutligen, strax innan Lisa dör får hon en diagnos inom autismspektrat som återges på tveksamt sätt. Det finns försök till förståelse i texten av hur det gick som det gick och, tror jag, egen förlåtelse för att Lisa tog sitt liv efter lång tids svår sjukdom.

### Lisa en berättelse om kärlek

Jag brukar som sagt aldrig läsa baksidan av böcker eller förord men skillnaden när jag läst klart "Lisa ett liv" mot vanliga böcker var att jag ville, och jag läste då både baksida och förord, där det första är utdrag ur det senare. Efter att ha gjort det skulle jag helst valt att inte skriva en recension om boken själv utan helt enkelt låta Susanne Bejerots förord vara er guide där hon på ett imponerade sätt fångar historien om kärlek, psykiatrins svårigheter, misslyckande, ökad vidsynthet samt hur vi i vården ska och inte ska göra och om förlåtelse. Det finns ett judiskt ordspråk som handlar om att om man räddar en människa räddar man världen, en bra grund för humanistiskt tänkande tycker jag. Den behandling vi inom psykiatri kunde erbjuda Lisa kunde inte rädda hennes "värld" men kanske kan vi inspireras till att rädda andra genom att läsa denna starka skildring?

Jag vet inte varför jag relativt okritiskt bara vill sluta med att rekommendera er att läsa boken? Kanske är det för att den som vidareutveckling av psykiatri är inspirerande, och som en berättelse om kärlekens svårigheter stark, eller kanske för att den så tydligt berättar historien om en människa, om Lisa, och om vikten av att göra allt vi kan för varje enskild individ vi möter.

Maria Larsson  
Överläkare Norra Stockholms Psykiatri

Boken ges ut på eget förlag och kan beställas mot ersättning av tryckkostnad och frakt från [larwik@telia.com](mailto:larwik@telia.com)



## Konsten att rädda liv - om att förebygga självmord

Ullakarin Nyberg  
Natur & Kultur, 2013

Varje tid ställer sig i en viss vinkel till den helt avgörande frågan kring vad det innebär att vara människa, vad det innebär att leva och dö – och allt däremellan. Förhållandet särskilt till döden är en vattendelare. Där avslöjar sig den rådande ideologin, vad vi värderar, vad som är viktigt, och vad som är påbjudet. "Och döden är också ett liv", som vår vän Hölderlin påminner oss om. Som ett prisma för ett samhälles förhållande till sig själv. Allt tal om döden är egentligen tal om livet. Det har Hölderlin lärt oss. Det vet också Ullakarin Nyberg. Hon närmar sig frågan kring självmordet med stor känslighet.

Hennes text fångar något väsentligt. Den befinner sig mitt i vår tid.

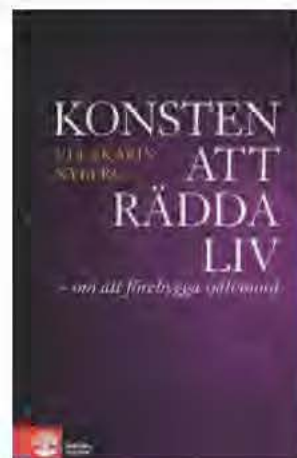
En generös text. Gott så, det är också varje läroboks uppgift att orientera läsaren inom ett område, och visa på lämpliga interventionspunkter. Där man kan göra skillnad. Vad gäller självmord är detta helt avgörande. En handling, ett ord, en gest kan göra skillnad – mellan liv och död. Det förmedlar Nyberg med ett tydligt patos.

För den som inte följt med kring suicidfrågan det senaste decenniet ges här en god överblick av kunskapsområdet och det aktuella tilltalet. Författaren placerar sig mitt i fältet. Och förfäktar inga radikala åsikter. Nyberg för oss med fast och vänlig hand genom de olika aspekterna av självmordsfrågan: synen på självmord, fakta, existentiella aspekter, depression och psykisk sjukdom, anhörigperspektivet, suicidal kommunikation, att leva nära en självmordsbenägen person, vårdens insatser, och kampen mellan livskraft och dödslängtan. För att nämna ett axplock. Boken spänner över ett stort område.

Särskilt när hon tar upp anhörigperspektivet kommer hon till sin rätt.

Författarens ambition med boken är tydlig, och är även explicit uttryckt: "Rädsla och tystnad skall bemötas med kunskap och dialog." Texten vill därmed vara ett stöd i svåra situationer, för privatpersoner, medmänniskor, och professionella.

Några kritiska anmärkningar först, för att därefter bana väg för en mer uppskattande läsning.



Min allvarligaste invändning mot texten är hur alla berättelser från levande livet, och kliniska vinjetter, alltid utmynnar i något nästan gulligt. Majoriteten av dessa små berättelser avslutas med rådiga ingripanden, eller behandlingar som snabbt får avsedd effekt. Som att livet tvingas in i formen av en berättelse med lyckligt slut. Trots ämnets inneboende komplexitet och sorglighet. Som sämst blir det en exposé över mänsklig snällhet, och hur människor alltid till slut fördjupar sitt förhållande till livet och blir lite visare.

Där befinner man sig långt från de traditionella fallbeskrivningarna, där ambitionen varit att tänka igenom svåra, komplicerade och många gånger misslyckade fall. Här handlar det om ett helt annat syfte, att exemplifiera det man redan vet. Men också, och det är inte det sämsta – ge hopp.

Och paradoxalt tycker jag ändå att Nyberg lyfter sig i dessa avsnitt, hon kommer mer till sin rätt som stilist. Ett öga för detaljer. Detta mer än när hon annars lite pliktskyldigast tvingas redovisa allt påbjudet material, här framskyntar en mycket uppmärksam och känslig kliniker. Bättre än materialet hon redovisar. Här finns ju t.ex. de vanliga tankefigurerna, stress-sårbarhet och så vidare, ett allmänt kognitivt och ödmjukt anslag, som alltid verkar återkomma i ett psykiatriskt språkbruk. Men hon fyller dem med liv, och gör något bra av de ganska torftiga teoretiska ingångarna.

Det hela vägs upp av något mer angeläget. Författaren förfogar över ett rikt eget empiriskt material, som hon generöst delger läsaren. Med ett personligt tilltal. Även alla exempel och råd på mellanmänniskt samspel, som så lätt lånar sig till stelhet och förnumstighet, fungerar på ett opretentiöst sätt. Och det är väl också syftet: att vara en enkel handbok för de som möter människor i svår nöd. Utan att hemfalla åt för mycket klokskap och patenterade lösningar.

Enkelheten, det direkta tilltalet och generositeten: det är textens styrka.

Den vill något angeläget, att människor inte dör som effekt av ett "psykologiskt olycksfall". Där Nyberg med sin term explicit anknyter till nestorn inom svensk suicidforskning, professor Jan Beskow.

Detta är en författare som vill berätta något. Motkraftens evangelium. Som säger ja till livet.

Det är alltid befriande med en röst som vågar vara enkel, och inte gömmer sig bakom sitt vetande. Utan mer vandrar omkring i sitt ämne, och förmedlar hur terrängen ser ut. Med stor värme. Texten i sig förmedlar hopp. Och författarens ibland nästan naiva tilltro till rationalitet och andra människors avgörande ingripande smittar. Det är bra.

Ett hopp förmedlas. Det i sig utgör ett bidrag. Det är ingen död text, den vill något. Redan där finns ett berättigande; där legitimerar texten sig själv.

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

Foto: Shutterstock/Jaromir Chalabala





# Psykiatriöverenskommelser banar väg

Sveriges Kommuner & Landsting och regeringen har sedan 2008 haft överenskommelser för att främja utvecklingen av en förbättrad vård och omsorg för barn och unga med psykisk ohälsa och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. Vi har sedan dess på olika sätt arbetat för att stödja kommuner och landsting i förbättringsarbetet, samtidigt som frågan om psykisk hälsa uppmärksammats allt mer i den allmänna debatten och media.

För att främja en fortsatt utveckling anser Socialdepartementet att det behövs en kombination av stödande funktioner och kravställande. Överenskommelsen består därför av både utvecklingsprojekt och prestationsmedel som fördelas till de kommuner och landsting som uppfyller olika krav. Det finns tecken som tyder på att innovativa projekt som driver utvecklingen framåt, tillsammans med prestationskrav som lyfter lägstanivån, är en bra kombination.

Under föregående år har vi deltagit i många samråd med myndigheter, utredningar och andra nationella sammanhang för att berätta om våra erfarenheter från arbetet i kommuner och landsting.

Vi har haft en omfattande dialog med framför allt verksamhetsföreträdare, yrkesverksamma och brukare om hur myndigheterna kan bli ännu bättre på att främja utvecklingen inom psykisk ohälsa. Genom omfattande internationella kontakter har vi också sett till att utvecklingsarbetet ständigt befinner sig i dialog med den internationella fronten inom policy- och verksamhetsutveckling inom psykisk hälsa och ohälsa.

#### Barn och unga

Våra utvecklingsprojekt riktar sig främst till två grupper: barn och unga samt personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. Gällande barn och ungas psykiska hälsa finns en önskan från såväl politisk nivå som från verksamheterna att vi ska kunna erbjuda rätt hjälp, i rätt tid och på rätt nivå. Därför har vi satsat mycket kraft på att hjälpa till med utvecklingen av en första linjens vårdnivå där barn, unga och deras familjer kan söka hjälp så fort ett problem framkommer. Vi har därför utvecklat metoder för att förebygga, identifiera och behandla psykisk ohälsa hos målgruppen. Vi har tagit fram ett dokument om Samordnad Individuell Plan (SIP) för att stötta kommunerna och landstingen för att nå prestationsmålet om SIP och framförallt förbättra synkroniseringen.

För att kunna mäta effektiviteten hos första-linjeinsatser genomförs under 2014 en utvärdering med avsikt att säkerställa att insatser i första linjen är effektiva i sitt mål att stödja barn/unga. Utifrån den tillströmning av besökare som nybildade första linje-mottagningar haft tror vi dock att första linje-insatser fyller ett behov i vårdkedjan. Det är också viktigt att insatser ges i rätt tid. Under 2013 genomfördes pilotstudier för att pröva möjligheten att följa och mäta ledtider till första linjens vård och omsorg för barn och unga med psykisk ohälsa. Utifrån kartläggningarna skapades en nationell modell. Under 2014 kommer minst en enhet i varje landsting rapportera in sina ledtider.

Skolan är en viktig skyddsfaktor för psykisk ohälsa. Under 2013 har vi haft fokus på förskolan som arena för tidig upptäckt av barn som behöver stöd i sin utveckling och sitt lärande. Likaså efterfrågas kunskap om skolsköterskornas hälsosamtal som redskap i skolornas hälsofrämjande och förebyggande arbete. Filmen för nyanlända familjer om hälsoundersökningarna finns nu och vi arbetar också med att upprätta en nationell elevhälsodatabas. Vi har även tagit fram ett systematiskt arbetssätt för att vända frånvaro till närvaro i skolan.

Självskafe projektets mål är att antalet unga med självskafe beteende ska minska. För att vård och omsorg

ska få tillgång till bästa tillgängliga kunskap och bidra till att förstärka kompetensen bland personal, har projektet skapat en hemsida där utvecklingsmaterial samlas och utbildningsaktiviteter initieras. Det finns nu en stabil och effektiv nätverksorganisation i Sverige som samverkar med brukarorganisationerna. Alla landsting är med i projektet som också lyckats skapa en samsyn kring vad som är god vård för personer med självskafe beteende.

#### Personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik

Samtliga landsting deltog 2013 i genombrottsprogrammen som projektet "Bättre vård mindre tvång - del 2" erbjöd. Bland landstingen har effekten på vissa håll blivit ett minskat behov av tvångsåtgärder och förbättrade patientupplevelser inom den psykiatriska heldygnsvården. En ökad insikt och förståelse för patientens upplevelse i samband med tvång har lett till bättre bemötande och tankar om hur det dagliga arbetet kan förändras. Utvecklingsarbetet har också visat sig främja inrapporteringen i PAR-registret.

Insatser till personer med sammansatta behov av vård, stöd och service på grund av psykisk sjukdom blir mer effektiva om de ges som ett integrerat erbjudande. I-nod-projektet arbetar därför för en ökad användning av beforskade integrerade arbetssätt.

För att se vad som behöver göras för personer med psykiska funktionsnedsättningar, och bland dessa personer med omfattande och komplicerad problematik, behöver kommuner och landsting veta hur många personer och med vilka behov det rör sig om. En av prestationerna i 2013 års överenskommelse var därför att kommunerna skulle inventera och rapportera in data. Ett mindre projekt har ägnat sig åt att ge stöd till kommunerna i deras arbete med att uppfylla målet.



Under 2013 kom det stora lyftet när det gäller antal registreringar i de psykiatriska kvalitetsregistren. 70 000 patienter finns det sammantaget data för i registren. En flytt till ny teknisk plattform har stressat en hel del men verkar nu fungera utmärkt. Alla register kommer att göra årsredovisningar som kommer i september 2014 där ni kommer att få tillbaka bra data för 2013 men även bakåt i tiden

### Prestationer

Socialdepartementet anser att prestationsbaserade ersättningar är ett effektivt sätt för att öka fokus på psykisk hälsa i kommuner och landsting. Det första grundkravet i överenskommelsen med SKL är att det i varje län ska finnas överenskommelser om samverkan kring personer med psykiska funktionsnedsättningar. Andra grundkravet innebär att kommuner och landsting ska ha webbaserad information om var i landstinget och kommunerna barn och unga med psykisk ohälsa och deras familjer kan vända sig för att få vård, stöd och hjälp.

De kommuner och landsting som uppfyllt de olika prestationerna, som 2013 handlade om att beskriva antalet upprättade SIP och behovet av SIP, att registrera i kvalitetsregister, att minska behovet av tvångsåtgärder i psykiatriska tvångsvården och att göra inventeringar av personer med psykiska funktionshinder i kommunerna, fick dela på 630 miljoner kronor.

### Resultat för 2013

På vår hemsida kan ni läsa mer om utvecklingsarbete och prestationskrav och se resultaten av vårt gemensamma arbete. Det finns en delrapport för 2013 och rapporter om vilka kommuner och landsting som klarade olika prestationer och hur mycket pengar just ert län fått.

Från nedanstående hemsida kan ni komma vidare till alla övriga hemsidor för olika ingående projekt.

### Framtiden

För 2014 finns en överenskommelse som liknar överenskommelsen från föregående år när det gäller grundkrav och prestationskrav men där ribban är lagd lite högre för godkänt. Som föregående år är det Socialstyrelsen som bedömer om målen är nådda. SKL som ansvarar för att det finns ett inmatningsverktyg att lägga in resultat i. Alla landsting och kommuner har kontaktpersoner med inloggningsuppgifter. Inmatningsverktyget är öppet nu från och med mitten på maj. Resultaten ska lämnas in 1 november 2014 och Socialstyrelsen läser av 15 november. Sedan fattas beslut i december av regeringen.

Även utvecklingsarbetet löper på som tidigare men lite mer intensivt. Alla projekt avslutas under 2014. Vi räknar med att allt som fungerat bra ska leva vidare på olika sätt. Det finns en vilja från Socialdepartementet att göra en överenskommelse för 2015 men den kommer formellt inte kunna fattas förrän i slutet av året. Vår inriktning är att vi envist håller fokus på vad vi vill uppnå och räknar med att det kommer finnas lösningar som möjliggör att vi uppnår detta. Det arbete som är gjort och det som pågår ska tas till vara och vi ska öka utvecklingstakten framöver. Det behöver Sverige, alla medborgare och framför allt människor som har eller riskerar att få psykiska sjukdomar och funktionsnedsättningar.

[www.skl.se/psykiskhalsa](http://www.skl.se/psykiskhalsa) och [www.skl.se/psynk](http://www.skl.se/psynk)

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



Foto: Shutterstock/conrado

# ÄR DET DAGS ATT SLUTA FORSKA INOM PSYKISK OHÄLSA?

Absolut inte. Faktum är att det aldrig har varit mer angeläget. Som du säkert vet ökar den psykiska ohälsan i vårt land, framförallt bland unga tjejer. Vad det kommer att betyda om 30 år vet ingen, men vi har bestämt oss för att kämpa för att framtiden för alla som drabbas ska bli ljusare. Inte mörkare. Vi har på allvar bestämt oss för att samla in medel till forskningen om psykisk ohälsa och att göra det vi kan för att motverka stigmatisering och diskriminering. Var står du? Vid vägs ände eller i början på en lång spännande resa?

SMS:a "PSYK (mellanslag) belopp" (50, 100, 200 eller 500) till 72970 eller sätt in ditt bidrag på BG 900-7501 alternativt PG 900 750-1 så hjälper du forskningen framåt. Om du vill bli månadsgivare skickar du "PSYK (mellanslag) P100" eller P500.

Vill du veta mer om Psykiatrifonden? Gå in på [psykiatrifonden.se](http://psykiatrifonden.se)



PSYKIATRIFONDEN  
*för bättre mental hälsa*

Vår roll i behandlingskonferenser och i klinikers utvecklingsarbete riskerar att marginaliseras om vår kunskapsbas blir ensidigare och om vårt arbetsområde mer och mer tas över av tillfälliga gäster, som kommer och "gör sin grej" utan djupförankring vare sig i den specifika barn- och ungdomspsykiatri eller den specifika kliniken.

#### Utarmning?

Kanske är detta att måla fan på väggen, men jag är oroad för en utarmad barnpsykiatri, som blir mer själsdödande och mindre lockande för nya specialister. Att vara barnpsykiater har för mig alltid framstått som ett kreativt yrke. Denna kreativitet är en sammansmältning av det praktiska kunnandet om psykoterapeutiskt förhållningssätt, den uppövade förmågan till inlevelse och nära emotionell kontakt med den andre, inte minst med barnet, friheten att tänka utanför ramarna, pröva infall och följa intuition och att använda mig själv, min humor, mitt mod, min glädje, min sorgsenhet. Frågan är om den barnpsykiaterroll, som utvecklas med fokus på det instrumentella, det strängt evidensgrundade, det avgränsat medicinska gör framväxten av sådan kreativitet möjlig och har bruk för den, ser den som en tillgång, en nödvändighet.

#### Barn – familj - samhälle

För barn- och ungdomspsykiatri är mer än sitt vetenskapliga innehåll, vilket inte får förglömmas, när evidens och DSM 5-diagnoserna står i centrum. Att vara barnpsykiater är också att ha ett barnperspektiv och stå på barnets sida, dvs. ett etiskt åtagande att se barnets situation, att värna barnets rättigheter och verka för barnets optimala möjligheter. Vi skall ha kunskap inte bara om barnets psykiatri utan om vad det innebär att vara barn, vad barn behöver och värdesätter och vi skall kunna leva oss in i hur det är för ett barn i just denna situation, hävda dess synsätt, vara barnets/barns talesperson. Då måste vi också ha kunskap om och förståelse för familjens villkor, samspel och behov och vi måste se att de sociala sammanhang, som barn och familjer lever under, är av den mest centrala betydelse för deras psykiska hälsa och att dessa psykosociala förhållanden samspelar med barnets och familjens övriga – genetiska, biologiska, djuppsykologiska och personlighetsmässiga – förutsättningar.

Att vara barnpsykiater kräver alltså också ett samhälleligt engagemang, att identifiera och påverka risk- och skyddsfaktorer för barn och att verka för barnets delaktighet, medbestämmande och rätt att bli hört. Dessa mycket viktiga etiska och inlevelsemässiga aspekter av yrket barnpsykiater går inte att evidensmätas men går inte heller att undvara inom barnpsykiatri i en välfärdsstat. I grunden innebär det att se hela barnet i hela sitt sammanhang i varje möte. Vi får inte se på barn som att varje beteende, varje känsla, resurs eller begränsning, varje diagnos ligger i sitt enskilda lilla fack likt i gamla köpmansdiskar med lådor, där salt och mjöl, russin och makaroner aldrig fick blandas, utan vi måste se barnet som helhet där alla de psykiska delarna ständigt utvecklas

och interagerar, påverkar, befruktar, förändrar varandra och står i ett ständigt pågående samspel med omgivningen,

den fysiska såväl som den sociala och psykologiska. När antalet möjliga psykiatriska diagnoser hela tiden ökar, är risken för partikularisering av individen överhängande. Då, menar jag, måste det vara en barnpsykiaters uppgift inte bara att se till att barnet får rätt diagnos, rätt psykiatriska behandling och rätt insatser, utan än mer att se barnet som en dynamisk individ i ett dynamiskt psykosocialt sammanhang. Då kanske vår uppgift också måste bli att söka och utveckla behandlingsmöjligheter som påverkar barnets psykosociala situation.

#### Behovet av en tydlig yrkesroll

Frågan om vad det är att vara barn- och ungdomspsykiater idag är angelägen. Kan vi beskriva och precisera detta, så har det ett flertal fördelar. En barnpsykiater med stabil förankring i vetenskaplig specialistkunskap, med tvärvetenskaplig bredd och kännedom om kunskapsinnehåll och arbetssätt inom de olika vetenskapliga disciplinerna som ingår i barnpsykiatri och som dessutom har kompetens och engagemang i samhällsfrågor, som har kunskap och intresse för etiska och filosofiska frågor och ett djupgående barnperspektiv, en sådan barnpsykiater får auktoritet och respekt. På så sätt blir vi som kår starkare, vilket behövs. Som det nu är ersätts vi av vuxenpsykiater i det kliniska arbetet, representeras av vuxenpsykiater inom SKL och när massmedia vill ha kommentarer om psykosociala missförhållanden vänder man sig oftast till barnläkare.

Skulle vi barnpsykiater vilja och kunna enas om en sådan beskrivning av vad vår yrkesroll innebär eller är det att föredra att var och en är barnpsykiater på sitt eget sätt? Kanske är det svårt att hitta enighet om kunskapsinnehåll, grannvetenskapernas roll, hur disciplinens plats inom medicinen och i samhället ser ut, än mer om värderingar och professionella förhållningssätt. Risken är dock att om vi inte gör det själva, så blir det andra som definierar oss, arbetsgivaren, Socialstyrelsen, de icke-specialister som allt mer mäter och väger våra insatser. Med ökad tydlighet, bredare identitet och en unik kompetens blir vi sannolikt attraktivare för unga doktorer, som söker sin framtida specialitet. I samhälle och sjukvård blir vi viktigare och mindre utbytbara, vårt egenvärde stiger och identiteten känns rikare. Detta är något jag önskar att vi alla verkar för och föreningen sätter fokus på.

**Torgny Gustavsson**  
Specialist i barn- och ungdomspsykiatri  
BUP Kalmar  
torgny.gustavsson@ltkalmar.se

**ANNONS**



Redaktionen för Svensk Psykiatri önskar alla sina  
läsare en god sommar!



# Kalendarium

22-26 juni 2014

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

26-29 juni 2014

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

14-18 september 2014

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

9-10 oktober 2014

Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa -  
helhetssyn för god och jämlik vård  
Stockholm  
[www.jamlikvard2014.se/](http://www.jamlikvard2014.se/)

18-21 oktober 2014

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

4-5 december 2014

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

11-13 mars 2015

Svenska Psykiatrikongressen, Göteborg

20-23 september 2015

The 31st Nordic Congress of Psychiatry in Copenha-  
gen 2015 – "Psychiatry works"  
Köpenhamn, Danmark

Fler kongresser hittar Du på

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

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

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

**B**

Nu är det  
dags att  
anmäla sig!

## Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa - helhetssyn för god och jämlik vård

9-10 oktober 2014, Münchenbryggeriet, Stockholm

## Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa - helhetssyn för god och jämlik vård

9-10 oktober 2014, Münchenbryggeriet, Stockholm

Som ett samarbete mellan Svensk Förening för Diabetologi, Svenska Psykiatriska Föreningen, Svensk Förening för Allmänmedicin, Socialdepartementet och med stöd av Läkaresällskapets Levnadsvaneprojekt bjuder vi in till detta höstmöte.

Rubriken för mötet är "Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa - helhetssyn för god och jämlik vård". Vi har valt detta tema eftersom helhetssyn och god samverkan mellan vårdgivare förbättrar möjligheten att förebygga och handlägga metabola sjukdomar och annan somatisk ohälsa hos psykiskt sjuka. Syftet är också att dela med sig av kunskap om hur psykisk ohälsa, bl a depression och ångest, behöver upptäckas och behandlas för att kunna erbjuda god somatisk vård. Mötet vill förmedla kunskap och konkreta arbetsmetoder som underlättar vård och behandling ur ett helhetsperspektiv. Vi har mycket att lära av varandra! Föreläsningarna kommer att dels vara plenara och dels följa olika fördjupningsspår. Programmet är valt för att stimulera alla som arbetar med somatiska och psykiatriska sjukdomar såväl inom primärvård som specialiserad vård.

Vi hoppas på givande diskussioner, trevlig samvaro och mycket kunskapsutbyte under mötesdagarna i ett förhoppningsvis höstfint Stockholm.

Kostnad för mötet är 1995 SEK vid anmälan fram till 31 augusti, därefter 2995 SEK.

Varmt välkommen till mötet i Stockholm 9-10 oktober 2014!



SFAM Svensk Förening för  
ALLMÄNMEICIN



För anmälan och mer  
information  
[www.jamlikvard2014.se](http://www.jamlikvard2014.se)