

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#1

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

TEMA

TILLSTÅND



Ansvarig utgivare:
Lena Flyckt



Huvudredaktör:
Tove Gunnarsson

sfbup

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3 Redaktionsruta
- 3 Redaktionell ledare,
Tove Gunnarsson
- 4 SPF styrelseruta, Ledare.
Lena Flyckt
- 5 SFBUP styrelseruta, Ledare. *Lars Joelsson*
- 6 SRPF styrelseruta, Ledare.
Per-Axel Karlsson
- 7 Kommande temanummer
- 18 Krönika enligt Tiger: Trampa med ett leende,
Mikael Tiger
- 29 Professorsrutan: Psykiatrins pionjärer -
50 år efteråt,
Ulf Rydberg
- 63 Kalendarium
- 64 Bokrecension: En psykoanalytikers väg,
Tobias Nordin
- 66 Bokrecension: Marte meo och
samordningsamtal: MOS. Samarbete för att
stödja barn utveckling,
Björn Wrangsjö
- 68 Bokrecension: Alien Landscapes? Interpreting
disordered mins,
Joar Guterstam
- 70 Bokrecension: Du försvinner,
Lars Wahlström
- 71 Bokrecension: Transkulturell psykiatri,
Lars Albinsson

Tema:

- 8 Ankringstillstånd i en tryggande hamn,
Björn Wrangsjö
- 12 Har ni gått över till DSM 5 i Sverige?
Per Gustafsson
- 14 Att diagnosticera psykiskt lidande och samtidigt
uppmärksamma det unika i varje persons
svårigheter, *Anders Almingefeldt*
- 20 Ett gott skratt förlänger livet,
Per Gustafsson
- 22 "Att our best friend, our doctor, he won't even
say what it is they've got", *Daniel Frydman*
- 31 Heliga tillstånd, *Cecilia Mattisson*
- 34 Psykiatrisk diagnostik i Sverige - hur var det förr
och vart är vi på väg?
Jörgen Herlofson

Aktuell information:

- 17 Västsverige först med öppen online-redovisning
av psykiatrins kvalitet, *Charlotta Sjöstedt*

Rapporter från möten och resor

- 23 Senaste nytt från SPF's utbildningsutskott,
Alessandra Hedlund
- 25 Rapport från Riksstämman 2014,
Lars Joelsson
- 28 Omvälvande konsultpsykiatri i Europa,
Lars Wahlström
- 37 Möte i London. Rapport från UEMS
Olle Hollertz, Maria Markhed
- 42 Psykiatrins tid är här - köbildning till
programmet på RIX!
Maria Larsson
- 46 SPF på studiebesök i Berlin
*Hans-Peter Mofors, Lena Flyckt, Michael John,
Sofie Bäärnhielm, Astrid Lindstrand,
Alessandra Hedlund*
- 50 Kropp och Knopp. Nationell ST-konferens 2015,
*Hanna Spangenberg, Anna Malmqvist,
Tove Mogren*
- 54 Towards a Science of Consciousness,
20-årsjubileum
Jan Pilotti
- 60 Äldrepsykiatri i Berlin - en resa genom europeisk
samtidshistoria,
Anna Lindblad

Debatt, diskussion, annat:

- 21 Vad nytt finns att säga om svamp?
Per-Axel Karlsson
- 40 Teamverksamhet vid behandling av patienter
med funktionella symtom,
*Annika Rydgård, Amanda Rosengren-Blom, Karin
Hellström, Camilla Ekwall*
- 44 New public management inom psykiatrin
Lars Albinsson
- 52 1157 akademiska avhandlingar inom psykiatrin i
Sverige 1858-2012
Hans Ågren, Lennart Wetterberg
- 56 En ny gren av rättsmedicin, forensisk mykologi:
användningen av svampar i brottsutredningar
Per-Axel Karlsson
- 58 Medvetandeträning - en effektiv suicidpreventiv
metod
*Rigmor Stain, Vladimir Carli, Gergö Hadlaczy,
Danuta Wasserman*



Svensk Psykiatri

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

Ansvarig utgivare

Lena Flyckt

Huvudredaktör

Tove Gunnarsson
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Redaktörer

Hanna Edberg
(hanna.edberg@sll.se)

Daniel Frydman
(ps-frydman@comhem.se)

Per Gustavsson
per.A.Gustafsson@liu.se

Björn Wrangsjö
(bjorn.wrangsjo@gmail.com)

Teknisk redaktör

Stina Djurberg
stina.djurberg@bordnet.net

Foto/grafisk design

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

Omslagsbild

Shutterstock/Ollyy

Internet

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se



Tillåtelse, beskaffenhet, befinnande, skick...

... Tillstånd, som är temat för detta nummer, är ett begrepp som har flera betydelser. Detta avspeglas också i bidragen. När vi skulle bestämma oss för vilka artiklar som skulle ingå i temat var det faktiskt inte helt lätt. Som ni kommer att se kan ganska många av texterna ändå sägas handla om tillstånd på ett eller annat sätt.

Som en del av er kanske redan märkt så har vi ändrat våra författarinstruktioner något. Tidigare har vi bett om max 800 ord, men i praktiken ofta publicerat artiklar som varit betydligt längre än så. Vi har nu ökat antalet ord till 1200, men försöker i gengäld begränsa oss till detta i möjligaste mån. Längre artiklar lägger vi dock gärna på vår hemsida, med en kortversion eller en notis med hänvisning i papperstidskriften.

Extrem...

... det är temat för nästa nummer.

Utifrån det extrema våld som den senaste tiden dominerat nyhetsrapporteringen kom redaktionen en dag att diskutera vad som får en människa att ansluta sig till olika former av extremism, extrema rörelser, sekter osv. Kanske vore detta något att skriva om? Och vilka andra vinklingar skulle man kunna ge begreppet extrem? Ordet betyder kort och gott ytterlig, överdriven. Av vilket följer att i stort sett vad som helst kan ta sig extrema uttryck.

Bedömningen av vad som är extremt och vad som inte är det, är dessutom beroende av tid och plats. Det vi tycker är extremt kanske uppfattas på ett helt annat sätt någon annanstans i världen, och vice versa. Och det vi uppfattar som extremt idag kanske betraktas som fullständigt normalt om bara några år. Så ämnet måste behandlas med respekt. Vi tror det kan finnas många infallsvinklar på temat: psykiatriska, psykologiska, kulturella, historiska etc.

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Vi går mot nya tider...

Jag har haft tre fantastiska år i styrelsen för SPF, först ett år som vice ordförande och därefter två år som ordförande. Jag avgår vid årsmötet för att lämna plats för nya initiativ. Vi har ökat medlemsantalet och säkrat vår existens med en solid ekonomi.

Svenska Psykiatriska Föreningen har under de gångna tre åren givit ut nya kliniska riktlinjer inom tvångsvård, ECT och bipolära syndrom. Vi har arrangerat kongresser i mars årligen, deltagit i Almedalen och skapat kollegiala band med psykologförbundet och psykiatrisjuksköterskornas riksförbund. Därtill kommer den lovordade konferensen om "somatisk ohälsa vid psykisk sjukdom" som hölls i oktober i 2014. Vår medverkan i Riksstämman drog "fulla hus" och intresset för psykiatri tycks bara öka. Tidskriften Svensk Psykiatri blir alltmer välmatad. Vi har blivit medlemmar i EPA – ja listan är lång.

Psykiatrin kommer att möta stora utmaningar de närmaste åren. Den psykiska ohälsan ökar i vårt samhälle men antalet psykiatriker, psykiatrisjuksköterskor och primärvårdsläkare kommer att minska till följd av stora pensionsavgångar. Detta trots att intresset bland AT-läkare att välja psykiatri har ökat och disciplinen har blivit alltmer "evidensbaserad". I jämförelse med andra länder står sig dock Sverige rätt bra i läkartäthet och vi skulle kunna mobilisera en mer effektiv vård om vi satsar på teamarbete, konsultationsverksamhet och ökad samverkan med socialtjänsten.

Under de gångna åren i styrelsen har det framstått alltmer klart för mig att vi psykiatriker bör se oss mer som ledare och forskare än vad som är fallet idag. Vi har potential att leda ett teamarbete, en vårdavdelning, en klinik utifrån vad vi idag vet om "best practice". Visserligen är administrativa uppgifter viktiga för att tillförsäkra den psykiatriska basverksamheten rutiner och trygghet, men rutiner får inte stå i vägen för utveckling mot en mer effektiv och evidensbaserad vård och här har vi en viktig roll som ledare.

Vi som läkare har en, många gånger outnyttjad, naturvetenskaplig kompetens som lämpar sig för forskning. Att integrera forskning i den kliniska verksamheten underlättar implementering av verk samma metoder, är utvecklande och ger oss en stimulans i vardagen. Om man inte lägger ett "raster" av vetenskaplig metodologi över goda ambitiösa projekt i vården, utvärderar dem och skriver om dem kommer de att försvinna. Här har vi alla disputerade och/eller forskningsintresserade läkare en viktig roll – att fortsätta bortom disputationen med klinisk forskning. Idag går bara 0,1-0,2 % av kostnaden för den psykiatriska vården till forskning – att jämföra med 2 % av kostnaden för cancervården.



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

Ordförande: Lena Flyckt

(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Vice ordförande: Hans-Peter Mofors

(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

Sekreterare: Cecilia Mattisson

(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Skattmästare: Astrid Lindstrand

(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

Vetenskaplig sekreterare: Ullakarin Nyberg

(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Facklig sekreterare: Alessandra Hedlund

(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

Redaktör Svensk Psykiatri: Tove Gunnarsson

(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

Ledamot: Michael John

(john@svenskpsykiatri.se)

ST-representant: Olle Lidman

(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen
851 71 Sundsvall

kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

Webmaster: Stina Djurberg

(stina.djurberg@bornet.net)

Till sist är det viktigt att fortsätta antistigmaarbetet. Vi kan bota och rehabilitera våra patienter hur bra som helst men när ingen vart om det inte finns ett samhälle som tar emot på arbetsplatser och i sociala sammanhang. "Hjärnkoll"-projektet har gjort ett fantastiskt arbete som mätbart har minskat stigmat för de flesta patienter, utom för dem med psykossjukdomar. Dock hänger det kvar en fördomsfull inställning som manifesterar sig i utanförskap för våra patienter och en inställning till psykiatrin som i media ofta är negativ. Det bekämpas bara med motbilder av en god psykiatri.

Vi ses på Svenska Psykiatrikongressen 11-13 mars i Göteborg!

Lena Flyckt
Ordförande SPF

Hjälplös och skamsen

Ja, så kände jag mig när jag för fjärde gången var på hembesök hos en familj som sökt asyl. Familjen har flytt från en ohållbar livssituation där man varit förföljd på grund av sin etnicitet. Mamman har nu efter mycket vända vågat berättat att hon varit utsatt för sexuellt övergrepp vilket en av döttrarna varit vittne till. Det är för just denna dotter som jag är på hemsök hos familjen. Flickan gick i skolan den första tiden i Sverige men i samband med att familjen fick det första avvisningsbeslutet förändrades hon. När jag har träffat henne har hon tappat många av sina funktioner och har tydliga dissociativa symptom. Jag kan bara tolka det som att flickans minnen har återkommit på grund av rädslan att återvända till en för henne farlig situation.

Hjälplös känner jag mig för jag har så lite att erbjuda. Vi har försökt med att nå henne, ge henne medicin men den viktigaste delen av behandlingen kan vi inte erbjuda, nämligen trygghet. Skamsen känner jag mig inför att jag bor i ett land som trots sin humanitära självbild inte kan erbjuda denna familj ett skydd. Mamman har ingen att vända sig till förutom till oss som tar emot henne i Sverige och vi sänder henne tillbaka till förövarna. Att utsätta kvinnor för sexuella övergrepp, framförallt med vittnen, måste vara ett av de mest effektiva och avskryvbara brott som man kan begå.

På väg till arbetet lyssnade jag som vanligt på P1-morgon. Denna morgon intervjuade man Anna Jakobsson, chef för enheten för ensamkommande flyktingbarn i Örebro. Hon konstaterade att flera ungdomar jobbar extra på städbolag under tiden som de studerar och att flera utbildat sig till personliga assistenter på folkhögskola. Några ungdomar är på väg mot universitet eller läser redan där. Av 16 utskrivna ungdomar har 16 ordnat boende och 16 har haft en riktig anställning. I programmet intervjuades också Mohsen Nazari, 20 år, som kom till Sverige för 3,5 år sen. Han går på naturvetenskapliga programmet på gymnasiet och är tacksam för allt han fått i Sverige. Nu vill han ge tillbaka och hjälper därför nyanlända landsmän att lära sig svenska, det är mitt sätt att betala skatt säger han.

När jag hörde detta reportage blev jag glad, äntligen en positiv bild av att vi tar emot flyktingar. Ungdomar som är beredda att utbilda sig och arbeta trots att de fått permanent uppehållstillstånd och egentligen bara kunde leva på bidrag om man får tro vissa politikernas farhågor. Jag tror att Sverige vinner mycket på att få hit unga duktiga företagsamma ungdomar som hjälper oss att vända på befolkningspyramiden.

Danuta Wasserman från KI ansvarar för en forskningsstudie som nyligen publicerades i Lancet. Enligt denna studie kunde man reducera risken för självmordsförsök hos ungdomar genom en metod där eleverna genom korta föreläsningar,



SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

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

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

affischer i klassrumsmiljön och en mer omfattande broschyr att ta hem lär sig att känna igen psykisk ohälsa och främja psykisk hälsa. Eleverna fick också delta i handledda rollspel där de fick pröva sina känslor i och lära sig bemästringsstrategier för olika svåra livssituationer som kan leda till suicidala beteenden. Sammanlagt tog utbildningsinsatsen fem timmar under fyra veckor. Man hade två kontrollgrupper, en där en grupp av skolans personal fick lära sig att känna igen suicidalt beteende hos eleverna och motivera dem för vård och en där psykiatriker, psykologer och kuratorer scannade för psykisk ohälsa och sedan gav behandling. Ingen av dessa grupper minskade självmordsförsöken. Enligt Danuta Wasserman är det den effektivaste metoden att skolelever får lära sig upptäcka psykisk ohälsa hos sig själva och hos sina vänner, samtidigt som de får träning i att förstå och hantera svåra känslor.

Det här är forskning som vi kan dra direkt nytta av och som också väl passar in i dagens tankar kring olika vårdnivåer för psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. Här skulle elevhälsan tillsammans med skolans lärare kunna göra en stor insats genom att erbjuda ungdomar redskap som de kan använda när de mår dåligt.

Till slut: Du glömmer väl inte BUP-kongressen i Linköping 21-22 april?! Som en nyinsatt programpunkt kommer just Danuta Wasserman och presenterar sin forskning.

Lars Joelsson
Ordförande i SFBUP

Medan vi käbblar

Dagarna går och blir allt längre. Vi har passerat krönet. Allt som ska hinnas med gör att dagarna blir ändå längre, åtminstone känns det så. Nu handlar det inte om julstök, det handlar om ett ökat antal unga med problematik både i psykiatrisk sjuklighet och jag tycker de blir fler ... kanske är det för att de lokala kollegorna i psykiatri är så få till antalet. Vi borde ha fler psykiatrer, vi borde vara fler för att kunna bidra till att möta de stora problem som finns kring oss. Nu är vi för få.

Kanske inte i Stockholm, men uppe i norr är vi definitivt för få och jag tänker på att vi borde vara fler för att hantera problemet med alla unga med både missbruk och psykiska sjukdomar, som bara blir fler och fler, trots att det dör någon ung missbrukare varje månad. Under det gångna året 2014 har femton dött drogdöden här i lilla Piteå, som representerar en halv procent av Sveriges befolkning. Den som räknar snabbt i huvudet finner att det skulle motsvara 3000 unga drogdödsoffer i landet under 2014.

Det får inte fortsätta så här, det måste bli ett stopp på denna trend och vi kan inte vänta. Men hur ska vi bära oss åt?

Missbruksutredningen ligger på hyllan, ansvarsfrågan är oklar då det finns två huvudmän som ska agera här. Lagstiftningen dikterar samarbete, men vem ser till att det blir av? Jag är rädd att det inte kommer ändras så mycket och jag är rädd att fler unga dör. Jag håller med Lars-Håkan Nilsson som deltog i ett debattinslag i ett aktuellt reportage förra året, ett reportage som handlade om just drogproblemet. Hans argument var att det ofta blir otydligt vid delat ansvar och risken är stor att man å ena sidan anser att *den andra* sidan äger problemet, att dessa andra borde göra något, det är ju deras "bord". Man blir upptagen av gränsdragningsdiskussioner när man borde ägna tid och kraft åt att lösa problemet. Ungdomarna dör medan vi käbblar.

Kanske det inte finns någon patentrösning? Säkert inte, men det behöver bli bättre än vad det är just nu. Jag föreslår att lagstiftaren tar tag i frågan, använder sig av den gedigna dokumentation som finns i gjord utredning och genast skapar förutsättningar för bättre och långsiktigare vård av missbrukarna.

Lokalt uppe hos mig har vi stora problem med s.k. internetdroger; mest problem med amfetaminanalogerna MDPV (s.k. badsalt), PV8, PV7, PV6 mm. Ofta får den unge endokardit och pneumoni och i ett nyligt fall uppstod hjärnabscess.

Det blir mindre av de äldre och mer kända drogerna (t.ex. heroin, kokain och amfetamin) och många nya syntetiska medel har kommit ut.

LEDARE SFBUP



Per-Axel
Karlsson



SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Ordförande: Per-Axel Karlsson (ordforanden@srpf.se)

Vice ordförande: Kristina Sygel

Sekreterare: Margareta Lagerkvist

(sekreteraren@srpf.se)

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

Vetenskaplig sekreterare: Katarina Howner

(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

Facklig sekreterare: Erik Dahlman

(facklige.sekreteraren@srpf.se)

Ledamot och Kriminalvårdsrepresentant:

Lars-Håkan Nilsson

ST-representant: Hanna Edberg

Ledamöter: Sara Bromander, Harald Nilsson, Kosilla

Pillay

Hemsida: www.srpf.se

Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)

Patienten får tag på dem vanligen via internet. De ger ofta inte utslag på drogstickor, fastän användaren är tydligt påverkad.

2013 kom det ut en ny drog på marknaden varje vecka och vanligen är dom inte olagliga; men det blir kapplöpning med lagstiftningen, så fort drogen olagligförklaras, kommer en ny variant.

Jag vet efter kontakt med kollegor att flera allvarliga biverkningar och även dödsfall har skett över landet.

Substanserna tar sig även in till de slutna avelningarna, den nya lagen har inte hjälpt (att elektroniska kommunikationsmedel ska tillhandahållas av vårdgivaren till patienter med LRVsup) då vi har andra patienter, som vårdas enligt LPT eller LRVu, på samma vårdenhet.

Det blir svårare och svårare att upprätthålla säkerheten.

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

PS.

Den 23 okt kl. 10-16 ska det på Svenska Läkaresällskapet hållas ett seminarium om internetdroger, psykosjukdomar och s.k. dubbeldiagnos, internet, och aktuella problem. Preliminärt deltar rättskemist Robert Kronstrand och beroendepsykiatriläkare Tobias Eriksson. Seminariet arrangeras av bl.a. Svenska Rättspsykiatriska Föreningen.

SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2015

Skriv i

Svensk Psykiatri

NUMMER 2 2015

Tema: Extrem
Deadline 13 maj
Utkommer vecka 23

NUMMER 3 2015

Tema: Känsligt
Deadline 26 augusti
Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2015

Tema: Skäms!
Deadline 11 november
Utkommer vecka 49

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Författarinstruktioner för Svensk Psykiatri

Artikellängd: Texten bör vara max 1 200 ord.

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

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

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

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

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

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

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

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **13/05**
Tema Extrem





FOTO: SHUTTERSTOCK/MIKAEL SUNDBERG

Ankringstillstånd i en tryggande hamn

Att stå ut

Då familjebehandlingen på Barnbyn Skå för många år sedan utvärderades, gjorde en familj, på frågan vad som varit hjälpsamt, en formulering som tycktes sammanfatta resultatet. "Verksamt? - ja det var väl att dom stod ut med oss". Stod ut med vad kan man fråga sig? Det finns olika sätt att sätta ord på upplevelser av svår plåga som kan kännas omöjlig att orka med. Existentiellt kanske det kan sammanfattas som en outhärdlighet som gör att man inte står ut med sig själv och/eller sin kropp.

Hur står man ut med det outhärdliga? En av undertexterna i nära mänskliga relationer kan formuleras som "Bären varandras bördor" utifrån erfarenhet att detta kan

underlätta för oss att stå ut med våra plågor.

Men har detta något med psykiatrisk verksamhet att göra? Inte är det väl vår uppgift att bära våra patienters bördor. Vi sysslar med behandling av psykiska sjukdomar, inte med nån slags mental välgörenhet – "jag är väl inte din morsa heller!!"

Att dela ett lidande

Att dela en patients utsatthet och lidande under ett samtal behöver inte innebära att man fortsätter att dela bördan sedan samtalet är slut. Delandet under samtalet kan vara en förutsättning för att patienten ska orka axla sin börda. Men vissa patienter förmår inte bära sin egen börda sedan samtalet är slut och behandlaren kan då bli delaktig i detta bärande även efteråt.

Är inte detta något som man som behandlare kan välja? Jo, men inte helt och hållet. För att ett delande på en emotionell nivå över huvud taget ska bli möjligt måste behandlaren låta sig beröras av sin patients berättelse. Det kräver i sin tur att patienten kan forma en berättelse som har potential att beröra. Det kan sorgligt nog inte alla patienter. Berördheten av patientens plåga kan leda till att behandlaren upplever samma känsla eller känslor som fyller patienten; nedstämdhet, ångest, raseri, maktlöshet.

Affektmarkering

Att kommunicera dessa sina egna känslor tillbaka till patienten riskerar att bli kontraproduktivt. Det finns en risk att patienten förnimmer att behandlaren inte förmår "äga" de affekter som patienten "smittat" behandlaren med, utan att patienten måste klara av inte bara sina egna känslor utan också de motsvarande känslor som fyller behandlaren (alltför ofta har patienter burit sina föräldrars svåruthärdliga känslor).

Om behandlaren däremot gör en så kallad affektmarkering, transformerar sin egen emotionella upplevelse till en inlevelse i hur det kan tänkas vara för patienten att vara fylld av dessa plågsamma känslor, uttrycker sin medkänsla, sitt deltagande och sin omsorg om patienten som plågas av dessa känslor, blir delandet av plågan och de känslor den väcker konstruktivt för patienten. Det är skillnaden mellan "jag blir också väldigt ledsen när jag hör din sorgliga historia" och "jag förstår att det måste kännas mycket tungt för dig med de här känslorna". Patienten kan då känna "jag är inte ensam med detta, någon som bryr sig finns med mig på vägen, någon som orkar med mig". Men denna effekt i nuet kan som redan nämnts behöva stöd av en kontinuitet i kontakten för att få ökad varaktighet.

Att hålla ifrån sig

Man kan som doktor försöka att hålla sig utanför denna process genom att inte låta sig beröras av patientens berättelse. Man kan mycket väl lyssna på patienters lidande utan att låta sig beröras av det, likaväl som man kan läsa morgontidningen utan att låta sig beröras av de överväldigande katastrofer som skildras i texten. Berördheten regleras dock delvis bortom vår medvetna kontroll. Olika strukturer inom vården bidrar också till att minska möjligheterna till delaktighet. Ett sätt är att ge patienten så lite tid i mötet att patientens vända inte får någon plats, inom såväl psykiatri som somatik. På vissa vårdcentraler får man bara ta upp ett symptom per sammanträffande. Ett annat sätt är att tillbringa större delen av samtalsstunden fokuserad på datorn. Ytterligare ett är att inte erbjuda återbesök utan lämna helt till patienten att på egen hand bedöma om behandlingen eller åtgärden fungerat tillräckligt bra.

En annan omständighet som minskar, men naturligtvis inte helt utesluter, möjligheten till kontinuitet i kontakten är att erbjuda inhyrd personal typ "stafettläkare". Ett annat, paradoxalt, sätt är att lägga ansvar för så många patienter

på en behandlare att en kontinuitet i kontakten i praktiken blir nästan omöjlig. Behandlare inom psykiatri med ansvar för över hundra patienter i öppenvård kan klaga över att sällan kunna göra ett gediget professionellt arbete.

Gammal tradition

Att som behandlare, till exempel doktorer, ställa sig till förfogande i denna process av delaktighet anknyter till den uråldriga tradition i vilken shamaner och healers lät sig involveras i sin patients inre värld som ett sätt att bistå sina patienter i kampen mot deras lidande.

Men är detta inte ett gammalmodigt sätt att tänka, numera finns ju både psykopedagogik och psykofarmaka! Förargligt nog har människans affektiva och kognitiva djupstrukturer inte förändrats lika mycket som den kulturella ytan. Vi är fortfarande i vissa avseenden tämligen gammalmodiga. Men inte kan det vara sjukvårdsekonomiskt försvarbart med den kontinuitet som kan behövas? Säg inte det! Patienter med somatiska och eller psykiatriska svårigheter som inte orkar stå ut med sig själva driver inte sällan omkring i sjukvården som Flygande Holländare utan att finna den hamn där de kan finna den behandlare som kan bistå med en kontakt som ger det delande och den "bärhjälp" som är nödvändig både för att komma vidare i sitt liv och ibland för att orka överleva. Detta "irrande" registreras som besökspinna som ger inkomster för sjukvårdsenheten men medför inte tillräcklig hjälp till patienten.

Inte så enkelt

Är inte detta en mycket tendensiös skildring? Jo, på sätt och vis. Naturligtvis finns inte en medveten avsikt att strukturera vårdverksamhet så att man håller patienterna och deras ångest ifrån sig, men medvetna val har som bekant en mer begränsad plats i mänskligt handlande än vi har lust att medge. Beteenden, inklusive strukturskapande och strukturupprättande förstärks som bekant i termer av sina verkningar. Alla patienter behöver dessutom naturligtvis inte "bärhjälp". Allt bärande av patienters bördor är som nämnts heller inte läkande. Men för vissa patienter kan det vara mer eller mindre avgörande för deras förmåga att stå ut med sig själva. Såväl kontinuitet som återbesök kan vara en "strukturell omsorgsmarkering" som har stor betydelse i patientens inre liv. Bärandet i sig är inte ett medvetet val, det är i grunden en aspekt av människors ohjälpliga delaktighet i varandras öden. Det är, som jag ser det, ett kännetecken på en djupt integrerad professionalitet att intuitivt känna på sig när detta "bärande" är viktigt/nödvändigt och inte. Att uppleva att detta är viktigt men inte kunna ställa upp kan vara mycket slitsamt för en behandlare och riskerar att upplevas som ett existentiellt svek. I sådana lägen är handledning ovärderlig.

Björn Wrangsjö

Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



Det finns många anledningar att vara medlem i SPF

Förutom Svensk Psykiatri har Du som medlem även tillgång till

Nordic Journal of Psychiatry online

CPD Online

The Nordic Psychiatrist

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

www.svenskpsykiatri.se

Du som är medlem i SPF:

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

Gå till vår hemsida

www.svenskpsykiatri.se

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

Svenska Föreningen för Barn - och Ungdomspsykiatri:

www.svenskabupforeningen.se

Sveriges Läkare under Utbildning i Psykiatri:

www.slpsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:

www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:

www.srp.se



ANNONS

Har ni gått över till DSM-5 i Sverige?

Hon kom hasande på tunnelbaneperrongen, stationen var Foggy Bottom/Silver Lane i Washington DC, barfota i flip-flopsandaler, trots att temperaturen denna kväll i början av november 2014 bara var strax över nollgradigt. Framför sig sköt hon en snabbköpsvagn av mindre format, en bag-lady som uppgraderat till en modernare förvaringslösning. Håret var långt, lite grånat och stripigt, jag funderade på om hon var indian eller mexikan. Hon gick bestämt fram till soffan där jag satt och frågade artigt om hon fick sätta sig. Jag drog mig instinktivt lite längre ut mot soffkanten och noterade att kvinnan som jag delat soffan med gjorde detsamma i sin soffända. När damen slagit sig ned frågade hon vart jag var på väg, jag svarade att jag varit och lyssnat på opera och nu var på väg till mitt hotell. Jag noterade att hon i alla fall inte luktade illa. Hon undrade om jag var på konferens, och lite överraskad över frågan svarade jag att javisst, jag var på psykiatrikonferens. "Intressant", sa hon, "Vilket land kommer ni ifrån?". "Från Sverige", svarade jag. "Vilken medicin är vanligast för behandling av ADHD i Sverige" blev nästa fråga. Än en gång överraskad svarade jag att Concerta är vanligast både för barn och vuxna. "Så är det i USA också, det är en bra medicin, många har glädje av den", blev svaret.

Här trodde jag att konversationen var avslutad eftersom damen tog upp ett par yllesockor, tog av sig flip-flopsen, och lite omständligt satte på sig sockorna på de blåfrusna fötterna, innan flip-flopsen kom på igen. Jag tittade lite oroligt upp mot tågdisplayen, för jag ville inte missa mitt tunnelbanetåg. Hon såg nog min oro och lugnade mig med att det alltid står på displayen vart tåget går, innan det kommer in. Efter en liten stund fortsatte hon: "Är det många självmord i Sverige?" "Tretusen på en befolkning av nio miljoner, tycker ni det är mycket eller lite?" svarade jag*. Hon tyckte att det lät ganska mycket, men hur många självmord det var i USA visste hon inte. Fast enligt hennes uppfattning var grunden för all psykiatrisk sjuklighet i USA att inaveln var så stor. "Inavel?" sa jag förvånad. Ja, det måste jag väl känna till att inavel inte var bra för hälsan, det ser man hos djur och så är det hos människor med. Jag medgav att det nog var sant, men försökte invända med att USA snarare väl är ett land med stor immigration och där folk från alla delar av världen blandats med varann. Därför borde inavel inte vara så stort problem, men det kunde hon inte gå med på.

Fick man bara stopp på inaveln skulle psykiatriken inte längre behövas. Och, tillade hon lite menande, också psykiatrikonferenser bli onödiga. Denna oortodoxa synpunkt la lite sordin på stämningen och diskussionen avstannade. Vi tittade på tunnelbanetåg som passerade på väg mot stationer som inte var vårt mål. Sen kom det plötsligt en sista fråga: "Har ni gått över till DSM-5 i Sverige?" Hon hade hört att många i USA var bekymrade över att DSM-5 skulle innebära att många fler personer fick psykiatriska diagnoser, och det tyckte hon inte var bra. Jag skulle just svara att vi inte gått över till DSM-5 i Sverige, eftersom den svenska översättningen inte var klar, men då kom rätt tunnelbanetåg in och hon hasade iväg med sin shoppingvagn och jag gick på i nästa dörr.

Men som står att läsa på annan plats i detta nummer av Svensk Psykiatri kan den som träffar henne nu berätta, "Javisst, nu finns DSM-5 på svenska!"**

Per Gustafsson

**Överläkare, professor i barn- och ungdomspsykiatri
Linköping**

* Tyvärr för professor Gustafsson med osanning, den aktuella siffran är ca 1600.

** Och också korrigera siffran om antalet självmord.
/Redaktörens anmärkning.

Kanske har du något att berätta?

Men tycker det känns övermäktigt att skriva en hel artikel?

Vi blir glada även för korta notiser!

Redaktionen



Deadline för bidrag till
nästa nummer: **13/05**
Tema Extrem

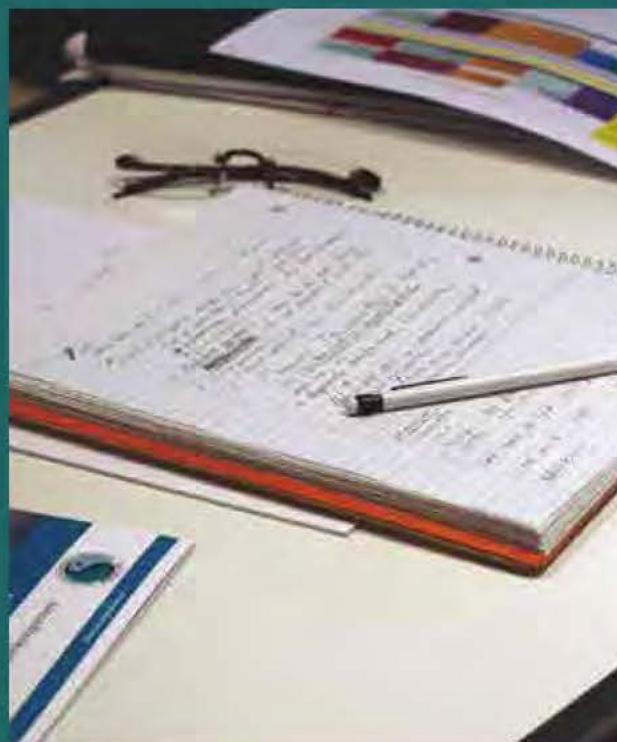


Ta del av våra remissvar!

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

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

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



Att diagnosticera psykiskt lidande och samtidigt uppmärksamma det unika i varje persons svårigheter



FOTO: SHUTTERSTOCK/OLLYY

Den psykiatriska diagnostiken kritiseras flitigt. Men det är lite som att slå in öppna dörrar. Det är som det är: ett hedervärt försök att katalogisera det psykiska lidandet och problemet med att vara människa med en uppsättning begrepp på beskrivande nivå. En vansklighets uppgift. Som att fånga fiskar med händerna. Inget fel med det. De som förväxlar det med kunskap löper dock risk att hamna fel, det är en överenskommelse kring beteckningar. En kartläggning, inget mer. En början. Men fortsättningen är inte nödvändigtvis att finjustera namngivningen in absurdum, istället bör en pendelrörelse införas. Inte bara identifiera det typiska, och föra en patient till en befintlig patientkategori, utan också uppmärksamma det atypiska – och till slut lämna nosologin bakom sig. Från det enskilda till det allmänna – tur och retur. Och bli sig själv, med allt vad det innebär. En dubbel rörelse. Det i sig skulle också förbättra psykodiagnostikens skamfilade rykte.

Någon sitter i kunskapens torn och pekar ut terrängen. Det skvallrar om kunskap. Någon vet. Vad som är galet, vad som är fel. Någon har överblick över själens geografi, och sitter

där likt en böneutropare, en stinsvakt, eller tennisdomare. Visar på gränsen, namnger skeendet, vad som är vad. Gott så. Man abstraherar ett specifikt skeende, eller för att tala vardagsspråk: ett unikt liv sätts i förhållande till skiljelinjen friskt/sjukt. Sorteras sedan in i redan befintliga kategorier, utifrån tidigare gjorda erfarenheter kring människors lidande. Hur det brukar se ut, förlöpa och vad en åkomma antas bero på. I det ideala fallet. Man för det enskilda ödet till olika kluster som särskiljt sig ur den stora gruppen psykiskt lidande.

Så skall det vara. En viktig uppgift. Vissa saker skall katalogiseras. För att veta hur man skall gå tillväga när man närmar sig ett specifikt bekymmer. Erfarenheter vid liknande tillstånd har samlat ihop sig under åren. Som vägledning.

Skiljelinjer skall alltså dras – men inte bara. Vi kan inte alltid avfärda människors lidande med svaret: vi vet. Vad det innebär att vara människa, på en viss plats, i en viss tid, med vissa förutsättningar och möta vissa utmaningar är aldrig givet. Vi måste vara lyhörda. Kanske ibland vända på kuttingen. Och premiera det unika personliga avtrycket, i

livets tjänst, men även då det säkerligen också påskyndar läkningen.

Människor tycker om att vara en person i sin egen rätt. Det bör uppmärksammas.

Uppgiften blir då den motsatta: att föra en människa från en enkel, endimensionell bild av sig själv till att transcendera den beteckningen och bli ett subjekt i sin egen rätt. Det borde också vara en uppgift. Att även ombesörja trafiken åt andra hållet, först från individ till grupp, och sedan tillbaka, från grupp till individ. Det borde vi vara skyldiga dessa människor i nöd. De som litar på oss och söker upp oss, där måste vi möta upp på ett konstruktivt sätt.

Det har de flesta förstått. Många kliniker lever för dessa möten, där det till slut inte handlar om att reducera ett människoöde utan om att delta i ett samtal där en människa fördjupar sin relation till sig själv, och i förlängningen tar sig an den omfattande frågan: vad det innebär att vara just den man råkar vara, och leva det liv man fått till skänks. På gott och ont.

Vi kan inte bara tråka ut människor, och göra dem mer ointressanta för sig själva. Något måste erbjudas. Särskilt i vår tid där folk hela tiden verkar navigera i förhållande till normalitet och sjukdom. Talar om sig själva på ett standardiserat och alltigenom tråkigt sätt: huruvida de är normala eller inte, huruvida de lider av någon psykisk sjukdom eller inte. Och där de beredvilligt etiketterar sig själva, ger en förenklad bild av sig själva och sin psykologi. Alla utsagor om dem själva redan tröskade genom ett vaneseende, där de ord de använder om sig själva skvallrar om att de redan distanserat sig från upplevelsen av att vara en unik människa. Det är en sorglig utveckling.

Nästan i linje med att människan är en vara, som skall fixas till, innan den åter erbjuds på den öppna marknaden.

Här måste det anläggas moteld. Det finns hjälp. Vi kan ta stöd i angränsande ämnen som behandlar vad det innebär att vara människa. I ett sammanhang. Hur det sett ut bakåt i tiden. Som inom historievetenskapen. Där är uppgiften att skissera det allmänna, men utifrån det teckna det särskilda. Hela tiden en pendelrörelse. Mellan detalj och helhet, mellan struktur och frihet, mellan det allmänna och det särskilda.

Där har vi ett och ett annat att lära.

Så borde också ett människoöde närmas, att utifrån några allmänna referenspunkter mejsla fram det särskilda. Detta kräver en ansträngning. Det första momentet är påbjudet överallt. Faller sig naturligt. Det andra kräver en känslighet. Ur varje ting, skeende, och händelse lyfta fram det som utgör det partikulära och singulära kräver ett alert öga – för att inte säga uppmärksam öra. Att ur det allmänt bekanta hitta fram till det förut aldrig hörda, det som stiger fram

först i det ögonblicket.

Där finns en uppgift. Som läkande handling, men också som en gest: för att fira att vi alla är olika. Och i den upplevelsen finns kraft. Är man unik behövs man för att färglägga världen. Med just sitt sätt att vara. En människas konturer överlappar aldrig helt med ett typiskt sätt att vara. De är inte ens sjuka på ett typiskt sätt.

Det är vår etiska skyldighet att peka på det.

Livet måste härska över vetandet, för att tala med den österrikiske filosofen Nietzsche. Livet kan inte reduceras i vetandets knappologiska små tråkiga lådor. Det var ju aldrig uppgiften. Den kritiska blicken måste hela tiden riktas mot det egna tänkandet, mot det egna vetandet. Som ju helt står i skuld till livet.

Det vet varje filosof, men inom psykologin saknas emellanåt denna ödmjukhet.

Vi måste hela tiden tvivla på vår position, på vårt vetande. Och ställa oss frågor, varför på detta sätt, varför nu, varför här. Vem formulerar frågorna, och vems syfte gagnar ett visst svar. En välgörande misstänksamhet bör införas. Varför är det särdeles viktigt att sitta still och koncentrera sig, vara lagom trevlig och social, vara jämn i humöret just här och nu? Varför är det saker som skall uppmärksammas i just vår tid?

Vi kan inte sitta i knät på någon annan. Om man inte vill bli hålldam, vill säga. Vårt tänkande måste alltid vara otidsenligt, för att se sprickorna, för att vara i kontakt med det tillfälliga i varje tids sätt att formulera lösningar på problemet med att vara människa.

Och varje tanketradition som är ett med tiden, som omfattar den rådande ideologin är den mest förrädiska. Det är maktens förlängda arm. Vi bör oroa oss. Det som vetenskapen just nu proklamerar som en odiskutabel sanning är bara ett lönlöst försök att stanna tiden och ett försök att göra sig större än livet.

Vetandet får alltid till slut stryka på foten. Livet triumferar ständigt. Till slut.

Så kanske behöver vi ändå inte oroa oss. Utan bara låta tiden göra sitt. Vetandet är tillfälligt, livet är evigt, är kanske inte ens beroende av en jord som går att bo på. Livet alltså. Det hittar alltid nya vägar.

Det är så lite man vet.

Anders Almingefeldt
Leg. psykolog
Specialist i klinisk psykologi
Alingsås

Välkommen till

BARNNEUROPSYKIATRISKA SEKTIONENS UTBILDNINGSDAGAR

16–17 mars 2015, Bonnierhuset i Stockholm

Problembeteende vid neuropsykiatriska funktionsnedsättningar -hur kan man upptäcka och vad kan man göra?

PROGRAM

MÅNDAG 16 MARS

10.00 – 10.15 Inledning och Introduktion, Kerstin Malmberg, Karolinska Institutet, Stockholm

10.15 – 12.00 The challenges of disruptive behaviour disorders for child and adolescent psychiatry, Hans Christoph Steinhausen, Ålborg, Denmark

12.00 – 13.00 Lunch

13.00 – 14.15 Neuropsykiatriska funktionshinder och antisocial utveckling. Vad vet vi om kausaliteten? Niklas Långström, Karolinska Institutet, Stockholm

14.15 – 14.45 Kaffe

14.45 – 15.30 Genetiska riskfaktorer för neuropsykiatriska funktionshinder MaiBritt Giacobini, Prima barn, Stockholm

15.30 – 16.30 Ylva Ginsberg (Prima vuxen, Stockholm) leder en diskussion med en person med ADHD och före detta kriminalitet.

16.45 – 17.45 Årsmöte

19.00 Middag Vasamuseets restaurang

TISDAG 17 MARS

09.00 – 10.30 Evaluation and treatment of OCD and related disorders in young people, David Mataix Cols, Karolinska Institutet och BUP, Stockholm

10.30 – 11.00 Kaffe

11.00 – 12.00 Differentialdiagnostik och behandling AST och psykos, Maria Unenge Hallerbäck, Karlstad

12.00 – 13.00 Lunch

13.00 – 13.30 Presentation av aktuella avhandlingar: Non-stimulant interventions in ADHD, Mats Johnson, BNK, Göteborg

Long-Term Health outcome of adolescent mood disorder: focus on bipolar disorder, Ajvar Päären, Uppsala

13.30 – 14.00 Läkemedelsverkets rapport om sömnstörningar, Kerstin Malmberg, Karolinska Institutet, Stockholm

14.00 – 14.30 Kaffe

14.30 – 16.00 Tourettes syndrom diagnostik, behandling och komorbiditet, Najah Khalifa, Uppsala universitet, Uppsala och Tord Ivarsson, i-bup, Norge

16.00 – 16.15 Avslutning och presentation nästa års utbildningsdagar

För mer information och anmälan besök hemsidan www.akademikonferens.uu.se/bnps2015

E-mail: bnps2015@akademikonferens.uu.se

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



Västsverige först med öppen online-redovisning av psykiatrins kvalitet

Efter många år av tekniska problem börjar nu de psykiatriska kvalitetsregistren leverera data. Den 19 januari öppnade webbplatsen Psykiatrikompassen. Här visas kvalitetsdata kvartalsvis ända ner på enhetsnivå för psykiatri i Västra Götaland och Halland. Resten av Sverige ska successivt komma efter.

Psykiatrikompassen ger långt ifrån en heltäckande bild av kvaliteten i de två regionernas psykiatri. För stora patientgrupper finns det inga kvalitetsregister och där det finns register är det långt ifrån alla patienter som finns med. Men detta är en början och visar vad som är möjligt att göra.

– Tidigare har verksamheter som registrerar i psykiatriska kvalitetsregister inte fått några utdata på flera år annat än i årsrapporter som är fördröjda 8-10 månader. Att man nu kan få den viktigaste informationen från flera register samtidigt varje kvartal är ett jättestort steg, säger Andreas Gremyr, projektledare för Psykiatrikompassen.

Förhoppningen är att fler enheter ska bli motiverade att använda kvalitetsregister när de ser vad man kan få ut av dem. Västra Götalandsregionen och Psykiatri Halland har tagit initiativet till att skapa Psykiatrikompassen och bekostar den. De har beslutat att den ska vara öppen för alla. Utvecklingsarbetet har haft ett starkt fokus på användarvänlighet. De som har skapat Psykiatrikompassen har intervjuat verksamhetsföreträdare om vad de behöver. De har också genomfört användartester för att kunna skapa en så funktionell design som möjligt. Arbetet med Psykiatrikompassen leds och samordnas av Registercentrum Västra Götaland.

I år fortsätter arbetet med inriktningen att alla landets regioner och landsting ska finnas med i Psykiatrikompassen. Regionerna och landstingen tillsammans kommer att bekosta den vidare utvecklingen. Arbetet projektleds av Tobias Edbom, biträdande registerhållare för BUSA som är ett kvalitetsregister för ADHD-behandling, och Claes Norring, registerhållare för Riksät, ett kvalitetsregister för ätstörningsbehandling.

Psykiatrikompassen innehåller till att börja med 14 indikatorer från 7 psykiatriska kvalitetsregister. Det handlar om psykosjukdom, bipolär sjukdom, ADHD, beroendevård, ECT, rättspsykiatri och ätstörningar. Målgrupperna är verksamhetschefer, behandlare och beslutsfattare.

– Om en verksamhetschef har nytta av Psykiatrikompassen och kan rapportera både nedåt i sin organisation och uppåt till beslutsfattare, då fyller den sin huvudfunktion, säger Andreas Gremyr.

Charlotta Sjöstedt
Kommunikatör
Registercentrum Västra Götaland
www.registercentrum.se
Foto: Västra Götalandsregionen

Besök Psykiatrikompassen på www.psykiatrikompassen.se!



Andreas Gremyr, Claes Norring



Trampa med ett leende

"Minns du Lasse liten, minns du gråten och all snor?" sjunger Stefan Sundström i en av sina skivor från småbarnsföräldratiden. Det går inte att föreställa sig hur mycket snor som ryms i en liten näsa utan att ha sett det på nära håll. Lillebror har varit snuvig i stort sett sedan september och vi förbrukar en större förpackning näsdukar ungefär varannan dag. Med småbarn hemma är man ständigt sysselsatt. Jag såg något cirkeldiagram över hur tiden fördelar sig i olika livsfaser. Under småbarnsföräldratiden är den egna tårtbiten försvinnande liten. Inte ens den egna tiden är riktigt ens egen. När barnen väl slocknat för kvällen väntar diskberget och tvätthögen, och andra vardagstroll. Vänner vars barn har hunnit upp i skolåldern berättar att de är nyförälskade, att de helt plötsligt har upptäckt sin partner på nytt: "var har du varit de senaste åren?".

Inte undra på att jag befarade det värsta när en av mina patienter efter en mestadels suicidal höst skulle in i detta ekorrhjul som småbarnsförälder, hela tiden med sikten på nästa pinne, på språng för att inte snurra iväg. Det gick dock bättre än jag väntat mig, och återbesöken kunde ske allt glesare. Vi kom så långt att det nästan var tveksamt om det ens tillförde något att patienten kom på årsbesök. Från att med nöd och näppe ha rymts inom en 60-minuterssession tog besöken nu en kvart. Patienten mådde bra på ett friskt sätt. Det visade sig att den stora skillnaden mellan den förfärliga hösten där vi fruktade för patientens liv och nuläget, var att patienten nu efter en giftig separationsprocess försonats med sin sambo, och att paret och familjen nu alla drog åt samma håll. Han tyckte nu också att även småbarnsföräldralunken hade sin charm, att man kunde trampa runt i ekorrhjulet med ett leende, med rätt sällskap.

Trots alla kraven på småbarnsföräldern verkar det som om småbarnsföräldrarna inte mer än andra blir utmattade. De blir snarare utsjadsade, ett i regel övergående tillstånd. Arbetet med småbarn ger en fysisk trötthet, ungefär som ett dagsverke i skogen, och man sover ovaggad, i den mån man inte blir väckt. Sedan håller barnen en i nuet, far man iväg i tanken drar barnen en i byxbenen och ropar: "Pappa! Pappa!" Vidare har man hela tiden något att kämpa för. Författaren Theodor Kallifatides far satt i ett tyskt fångläger under andra världskriget. Omständigheterna var vidriga och det var frestande för honom att helt sonika ge upp. Han tänkte dock på Theodor, då bara ett år gammal: "mina två stora pojkar klarar sig, men Theodor, han behöver mig". Fadern tog sig ur fånglägret och gick flera dygn i sträck för att ta sig till sin lille son.

Ändå kan man undra, varför utsätter man sig då egentligen för att bli småbarnsförälder? Är det någon form av masochism? Tränar man sitt tålmod för att se dess gränser? När storsysters "varför?" urartar till "varför är det lördag?" Ja, det är onekligen så att man kan fråga sig varför. Småbarnstiden är dock ändå ganska kort, det går över. Sedan kommer man nog att sakna att ens barn gärna ville vara med en. Redan nu säger storsyster: "pappa, idag vill jag leka med något annat barn, ett som är fyra år". Under min pappaledighet skrattade jag högt med mina barn minst en gång per dag. Sedan kan det också vara något av en vila att få vara i det lilla perspektivet. Storsyster försöker förklara ordet katastrof. "Det är när något riktigt hemskt händer, som när ens heliumballong går sönder". Så, varför vara småbarnsförälder? För att det är värt det.

Mikael Tiger
Överläkare, med dr
Psykiatri Nordväst, Stockholm

ANNONS

Ett gott skratt förlänger livet



FOTO: SHUTTERSTOCK/OLBY

En eftermiddag för ganska länge sedan blev jag kontaktad som dagjour, därför att man ringt från en närbelägen SiS-institution och önskade att jouren skulle göra en suicidbedömning. Det visade sig att det gällde en 15-årig flicka som skrivits ut från BUP-avdelningen samma morgon, och där det var avtalat med SiS-institutionen att de skulle öka sin bemanning så att de kunde ge henne adekvat tillsyn om hon uttalade mer självmordstankar. Det var flickan själv som önskade komma in till BUP, personalen menade nog att de kunde se till henne tillräckligt bra. Måttligt entusiastisk över tanken att flickan skulle agera sig till en återinläggning bad jag att få prata direkt med henne på telefon.

Hon berättade att så fort hon åkt från BUP-avdelningen hade suicidtankarna dykt upp igen och under hela bilresan till SiS-institutionen såg hon bilder framför sig där hon i sitt inre gick igenom olika metoder för att ta sitt liv. Skära sig, rymma iväg och hoppa framför ett tåg, gå ut och lägga sig i skogen efter att ha tagit tabletter etc. En uppräkningshandlingar hon gjort tidigare. Efter att bekymrat ha lyssnat på henne ett tag frågade jag hur det varit resten av dagen, sedan hon kom fram. "Likadant" svarade hon. Jag tolkade det som att deppigheten hade bestått och tänkte att det inte var så lyckat att fortsätta på det spåret. Eftersom jag visste att man på den här SiS-institutionen hade tillgång till hästar och att flickan var road av ridning frågade jag om hon varit i stallet något under dagen. Jo, det medgav hon. "Red du, eller var du bara där och skötte hästarna?" undrade jag. Hon hade både gjort rent i flera boxar och ridit. "Red du ut, eller red du i ridhuset?" "I ridhuset." "Gick det bra, var det så att du tränar på ett dressyrprogram?" Jo, hon övade inför en tävling som skulle vara om någon vecka. Ganska

nöjd med att jag fått samtalet bort från olika suicidplaner, och att vi i stället talade om trevliga aktiviteter och hur hon planerade för en framtid, som åtminstone sträckte sig ett par veckor fram i tiden, övervägde jag att fråga mer om hästarna, men bestämde mig för att se om hon också upplevt att suicidtankarna blivit mindre påträngande när hon gjort saker hon tyckte om. "Då har du i alla fall haft lite trevligt en ganska stor del av dagen och kanske inte känt dig så deppig då", sa jag.

"Hör du du", sa hon, "tror du inte att jag förstår att du försöker avleda mig från mina jobbiga tankar genom att prata strunt om trevliga saker som jag gjort idag! Men jag är faktiskt kvinna, och kvinnor kan göra mer än en sak i taget. Jag kan både rida dressyr och känna mig jättedeppig samtidigt, så det så." Sen började hon fnissa och jag kunde inte heller låta bli att börja skratta. "Där fick jag så jag teg!", sa jag, "hur kunde jag missa det?" Jag sa att det väl fick bli så att hon kom in till sjukhuset för en suicidbedömning, men då svarade hon att det inte kändes riktigt så aktuellt längre.

Sensmoralen blev att även om kvinnor kan göra mer än en sak samtidigt, är det faktiskt svårt även för en kvinna att vara kvick och slagfärdig och leverera ett riktigt roligt skämt, och samtidigt känna att livet inte är värt att leva.

Per Gustafsson
Överläkare, professor i barn- och ungdomspsykiatri
Linköping



Vad nytt finns att säga om svamp?

Vid en snabb koll på nätet syns ganska många sidor som berättar om hallucinogena svampar, många vill sprida en positiv bild och försköna drogupplevelser. Man talar om helande effekt och möjlig bot av psykiska sjukdomar.

Jag har en helt annan uppfattning.

Som psykiater har jag fått se avigsidor av droganvändandet och den fullkomliga explosion av så kallade internetdroger som ägt rum det föregående året.

Här i lilla Piteå har under detta år femton personer dött, i droganvändning. Officiell riksstatistik talar om en tydlig ökning, nu "över 600 döda" och visst ser jag problemet i mitt jobb.

Det kan tyckas seriöst när man skriver positiva uttalanden om viss forskning i ämnet. Jag ser behovet av uppdaterad giftinformation som en motpol till drogromantiken.

Beskrivningar av drogtripperna på psilocybinsvampar varierar från skräckfyllda upplevelser till religiösa kataklymer, vilket talar för att den känsliga hjärnan inte borde utsättas för droger. Man skriver dessutom om att "psilocybin utlöser livfulla hallucinationer, gör upplevelser av färger övermättade och nedtonar visuella kontraster", samma har setts vid användning av LSD.

Känt är att psilocybin – och LSD – påverkar det centrala nervsystemet, hör till droggruppen hallucinogener där andra är:

dissociativa som ketamin, nitrösa gaser, lösningsmedel och PCP; *serotoninerga* med cannabis, LSD, meskalin, psilocybin och dextrometorfan; *antikolinerga* som atropin, skopolamin samt änglatrumpet.

Vad är det som händer när psilocybin drabbar hjärnan? Teoretiskt spekuleras att giftet åstadkommer "hyperledning" genom att förbinda hjärnområden som normalt inte har direktkontakt. Ur en psykiatrisk synvinkel ter sig drogen kunna åstadkomma fenomenet synestesi, man skulle kunna säga att man vid synestesi/korskopplingsfenomen "hör en färg" och "känner smaken av en bokstav". Fenomenet kan iaktas vid autism, även om inte alla med dessa upplevelser har detta handikapp.

Synestesi har förvisso sannolikt också genetiska orsaker men kan ses vid migrän och det finns fall som debuterat efter slaganfall – och vid droganvändning.

Min slutsats: psilocybin har påtagliga effekter på hjärnan, de är inte hälsosamma och vederhäftig information saknas eller är försvinnande litet på nätet. Drogromantiken däremot flödar över vilket får svåra konsekvenser på sikt. Jag tolkar synestesi som ett möjligt hjärnskadesymptom, det är inget eftersträvsvärt att framkalla.

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF
Foto: Per-Axel Karlsson

“And our best friend, our doctor, he won't even say what it is they've got”

Jag tänkte berätta om något jag var med om i vintras. Det har med den delen av mitt arbete att göra, som jag kallar *The never ending tour* (kan Bob Dylan så kan väl jag ge mitt arbete ett oändligt långt namn). Jag har kommit att ägna en mycket stor del av min tid åt att utbilda personal från alla möjliga verksamheter om suicidpreventivt arbete. Jag försöker att på en dag presentera så många olika perspektiv som det är möjligt, som alla kan bidra till att våra patienter, om de är suicidala, kan hjälpas att inte längre vilja dö. Det är nollvisionens grundläggande betydelse – varje patient ska vi försöka hjälpa att hitta nya perspektiv. Syftet och målet med allt vårt arbete, att hjälpa våra patienter att slippa vilja sluta leva. Det suicidpreventiva är arbete med livräddning, lika akut och angeläget som att minska skadorna av en hjärtinfarkt, stroke eller annat livshotande tillstånd.

Det tragiska inträffar ändå ibland.

Vid en föreläsning under hösten väcktes en mycket viktig fråga. *Hur bemöter man medpatienterna om en patient på avdelningen tar sitt liv?* Personalen hade en ganska klar idé om hur att ta hand om personalgruppen. Även förhållningssättet till patientens anhöriga var ganska tydligt inom personalen, att bjuda in till samtal, att gå igenom vad som gjorts och vad som hänt. Även beredskapen för den anhöriges begripliga ilska och besvikelse fanns där.

Inför mötet med medpatienterna på avdelningen fanns en större osäkerhet. Så många olika perspektiv krockar, problem på olika nivåer. Ska man kalla samman alla patienterna till ett gemensamt möte och berätta vad som hänt? Hur bör man förhålla sig till sekretessen i dessa fall? Vem har rätt att få veta vad? Det var en fråga som gjorde mig väldigt överraskad. Den bärande tanken i denna personalgrupp var att det kunde tänkas finnas hinder för att tala om en medpatients öde, eftersom patienten omfattades av sekretess. Jag försökte pröva tanken på olika sätt och möjligen kan en oklarhet finnas då själva sekretessdilemmat – eller snarare frågan om vad man har tillstånd att tala om – kommer sig av en sammanblandning av olika begrepp, olika nivåer.



FOTO: SHUTTERSTOCK/OLIMPIK

En person syns för att hon finns, också om hon befinner sig på en vårdavdelning där det samtidigt finns många andra medpatienter som alla har ett eget lidande. Vi kan nog anta att de flesta känner till varandra.

När någon kommer till avdelningen blir det noterat och uppmärksammat, likaså när någon försvinner därifrån. Om det tragiska händer, kommer det inte ha passerat obemärkt.

En gång i tiden fanns på sina ställen inom den psykiatriska vården ett kollektivt gemensamhetstänkande, man hade allmänna möten, där för avdelningen viktiga händelser och punkter togs upp. Det fanns en gruppterapeutisk ingång, allas frågeställningar och problem betraktades som tillgängliga för ett dynamiskt arbete och kunde i någon utsträckning tas upp. Förmågan att kunna lyssna på varandra och delge varandra tankar och idéer utsattes hela tiden för prövningar, vilket för somliga patienter var mycket utvecklande.

Den här sortens *delandets praxis* har i stort sett helt försvunnit från vården. Vi kan se flera olika förklaringar till varför det individualiserade perspektivet har brett ut sig. Det finns ekonomiska skäl – man har inte tid för aktiviteter som inte är direkt riktade till något särskilt problem.

Det finns skäl som har med sekretesslagstiftningen att göra – vid öppna samtal med alla patienter och medarbetare så kom vars och ens anamnes och erfarenheter att delas på ett sätt som inte alltid rimmar väl med tanken på ett



värnande om den enskildes behov.

I samtalsringen, där alla på gott och ont fick dela varandras öden, lärde man känna andra och genom dem också själv. I andra sammanhang, där gemensamma samtal inte längre organiseras av personalen, är det sannolikt att många av patienterna i alla fall vet ganska mycket om varandra. Lärdomen kommer från andra håll, samtal i rökrummet är vanliga.

Varje social kontext kommer påverka på sitt sätt. Gruppdynamikens öppna sociala kontroll har nu ersatts av individdynamikens slutna sociala kontroll.

Flera av de frågeställningar som jag nämnt hade haft ett helt annat svar på den tid då gruppsamtal hörde till rutinen. Det hade inte varit mindre smärtsamt eller skrämmande, men det hade möjligen tagits upp i ett forum som redan fanns etablerat. Man kan möjligen ha kommit att prata om personens historia och tänkta omständigheter, något som i dagens kommunikationskultur skulle ses som gränslöst eller integritetsöverskridande. Men man hade sannolikt talat om situationen och inte undvikit ämnet.

Vi vet att det finns risker med vissa sorters diskussioner efter någons självmord.

Vi vet också att det finns andra, uppenbara risker, med att inte alls nämna det som hänt. Om man tiger, eller inte tillsammans med berörda talar om vad som hänt, är det högst sannolikt att talet susar i säven istället, och att reaktionerna då är svåra att överblicka, just för att ingen vet vad som händer.

Kan själva undran, om man överhuvudtaget får berätta för medpatienter om att någon förlorats, hänga ihop med att man blandar ihop vad man ska eller kan prata om? Den enskildes svårigheter, symtom och överväganden är omständigheter som de övriga inte har anledning att få höra om. Det som hänt går däremot inte att dölja eller låta bli att nämna. Eftersom det alltid finns frågor och undringar om vad som lett till ett självmord, kommer det vara så även när det händer på en avdelning. Det kan gå att sära det gemensamma dilemmat från den enskildes öde. Man kan fokusera på det allmänna: *vi har varit med om en förlust, det påverkar oss på olika sätt men en förlust har ägt rum.*

Gör vi så har vi inte brutit mot någon sekretess och vi har troligen minskat risken i gruppen som befinner sig på avdelningen genom att funderingarna som var och en har inte behöver bli snurrande demoner.

Att tala om självmord blir ett skydd för livet.

Text i rubrik: Bob Dylan

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Senaste nytt från SPF's Utbildningsutskott

År 2015 började på bästa möjliga sätt för alla som bryr sig om ST-utbildningens kvalitet. Socialstyrelsens kompletterande remiss om den nya ST-föreskriften återinför krav på extern granskning och utvärdering av ST-utbildningen. Eventuella brister ska åtgärdas och jag hoppas att de goda exemplen kommer att lyftas fram och spridas. Den externa granskningen föreslås ske vart femte år, så att alla ST-läkare ska kunna vara med på en sådan under sin ST-tid. Beskedet i sig var mycket glädjande, dessutom var det roligt att se hur man faktiskt kan påverka när alla specialitetsföreningarna går samman kring en viktig fråga.

Apropå utvärdering! Läkarförbundet har arbetat fram "fortbildning i dialog", en modell för genomgång av hur specialisternas fortbildning fungerar på en klinik eller enhet. Modellen förutsätter att både chefen och läkarna aktivt deltar. Den har prövats på psykiatriska kliniken i Sundsvall och fallit väl ut. Håll utkik i kommande nummer för mer information om det!

Sist men inte minst vill jag slå ett slag för utbildningsspåret på SPK 2015 på eftermiddagen den 11 mars. Det kommer att handla om bedömning av ST-läkarens kompetens, sådant som vi alla handledare ska göra. Men hur gör man? Det speciella med just ST-utbildningen är att föreskriften kräver att vi gör bedömningar, men inte ställer detaljerade krav på *hur* det ska gå till. Många tycker att detta är luddigt och frustrerande. Själv tycker jag att det ger stora möjligheter att vara kreativ, göra formativa bedömningar, ge konstruktiv återkoppling och mer därtill... Kom, lyssna, pröva och låt dig inspireras!

Alessandra Hedlund
Facklig sekreterare SPF
Överläkare Norra Stockholms Psykiatri

En Pudel!

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

Foto: Shutterstock Roman Rybaleov

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **13/05**
Tema Extrem

Rapport från Riksstämman 2014

Varje år försöker SFBUP att ha minst ett symposium på läkarstämman. I år hade vi ett symposium som vi arrangerade tillsammans med skolläkarföreningen, barnläkarföreningen och vår neuropsykiatriska sektion. Symposiet hette "Är skolan anpassad till barnen?". Vår vetenskaplige sekreterare Maria Unenge Hallerbäck höll tillsammans med Åse Viktorin från skolläkarföreningen i symposiet. Det började med speciallärare Anna-Christina Strömberg som refererade till John Hattie och de faktorer som han kunde se som framgångsrika: Eleverna måste ha tydliga mål, ha resultatåterkoppling direkt och ha uppmuntran och stöd hemifrån. Lärarna måste ha pedagogisk förmåga och handledning. Slutligen måste alla ha studiero i klassen.

Barnläkare Elisabeth Fernell pratade om de svagbegåvade barnen. Hennes budskap var att skolan inte gör tillräckligt för de barn som är svagbegåvade men som inte tillhör särskolan. Hon menade att bristande exekutiva funktioner också är mycket viktigt att beakta och väl så handikappande som kognitiva svårigheter och att dessa svårigheter går också ofta hand i hand.

Skolverkets generaldirektör Anna Ekström visade på PISA-undersökningen. Hon kunde visa att när det gäller matematik så har alla elever från lågpresterande till högpresterande nu hamnat under medelvärdet för OECD. 2003 låg alla över genomsnittet. För läsförståelse ser det lite annorlunda ut. Här var Sverige tidigare mycket bra för de lågpresterande eleverna, de låg klart över OECD-genomsnittet medan de nu ligger långt under. Här har högpresterande hamnat bättre och ligger fortfarande kvar över genomsnittet.

Anna Ekström tog upp frågan angående den skarpa godkändgränsen. Hon refererade till att i tidigare betygssystem, där man hade relativa betyg, var det en viss procent som hade underkänt men som kunde kompensera med andra betyg. Den skärpta godkändhetsgränsen d.v.s. att alla skall vara godkända håller på att ge en förändrad undervisningsstil. Det blir mycket fokus på de barn som hamnar i gränzonen till att bli godkända medan man riskerar att försumma barn som ligger före och långt efter. Hon avslutade med att berätta att de flesta svenska elever trivs i skolan och att svenska elever är mycket duktiga i engelska, här ligger de i topp.

Professor Torkel Klingberg berättade om sin grups forskning om arbetsminne.



Han kunde visa på att det är en stor spridning, många 10-åringar har arbetsminne som en 12-åring och många som en 8-åring. För hela gruppen stiger dock förmågan till arbetsminne ju äldre man blir. Torkel menade på att man kan träna upp arbetsminnet med specialkonstruerade dataspel, och kunde visa många studier från hela världen som visade detta.

Statssekreteraren Helene Öberg på Utbildningsdepartementet berättade att regeringen oroar sig för att 13 % av eleverna som går ut grundskolan inte är behöriga att söka vidare till gymnasiet. Hon presenterade en lista på åtgärder som regeringen har ambition att genomföra:

1. Att man i skolan skall kunna kompensera det som saknas hemma.
2. Att man skall höja läraryrkets status, öka kompetensen och avlasta lärare administrativt arbete.
3. Att ge tidigare insatser och införa läs- och skrivgaranti.
4. Att skapa mindre kullar i förskolan, öka utbildning i neuropsykiatri och förbättra skolans lokaler till en mer stimulerande miljö.

På Riksstämman har man chans att gå på symposier som andra sektioner arrangerar. Först gick jag på ett symposium om funktionell mag-tarmsjukdom hos barn och ungdomar. Det var ett trevligt symposium där barnläkarna beskrev hur de tar god tid på sig för första besöket, gör en noggrann undersökning och pratar med barnet. De berättade hur de förklarar med bilder hur hjärnans och mag-tarmens nervsystem samspelar och hur tarmens genomsläpplighet ökar när man blir stressad. De redovisade en studie som visade att barnen som blev distraherade av mamman hade mindre buksmärter än de barn där mammorna gav mycket uppmärksamhet kring magbesvären. Bra att veta eftersom det ofta är mammor som distraherar som har dåligt samvete när de får barnen att gå till skolan trots lite magbesvär.

Ett symposium hade den uppfodrande titeln "Vad kan vi lära oss av Tomas Quick-fallet?" Niklas Långström höll i symposiet. Symposiet utmynnade i lärdom att man bör begära second opinion och vara noggrann när man skriver intyg samt att det inte är så bra med utredning och terapi samtidigt. Psykiatriker Ulf Åsgård reflekterade över hur det varit om han hade varit med i Quickutredningen. Han var inte säker på hur han skulle ha agerat eftersom det var svårt att ifrågasätta det som hände när man befann sig mitt i processen. En journalist ställde den relevanta frågan "Kan

det hända i dag?" Svaret blev "Inte sannolikt men man vet aldrig".

Folkhälsomyndigheten är en ny myndighet som bland annat bevakar barns och ungdomars hälsa. Vid myndighetens presentation på stora scenen redovisade man rapporten "Skolbarn mår allt bättre men psykisk ohälsa oroar". I denna rapport kunde man se att andelen 15-åriga flickor som upplever psykosomatiska problem fortsätter att öka och är den högsta sedan studien började. Man visade också resultat från Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning där man mycket glädjande kan se att årskonsumtionen av alkohol i årskurs 9 minskar för varje år. Konsumtionen 2014 var den lägsta sedan mätningarna började 1971. Maria Unenge Hallerbäck och jag avslutade stämman genom att besöka Folkhälsomyndighetens monter och knyta kontakter för framtiden. Något man kan göra på Riksstämman.

Bea Uusma avslutade Riksstämman med en mycket intressant och medryckande föreläsning om den medicinska deckargåta som hon ägnat 15 år åt att lösa. Hon har granskat allt som skrivits om ingenjör Andrées polarexpedition och kommit fram till att man inte kan lita på någon. Upprepar man en osanning tillräckligt ofta så blir det till slut en sanning. Bea Uusma berättade att hon började läsa medicin för att lättare kunna forska i vad som hänt männen. När hon avslutade sin föreläsning var den naturliga frågan "Vad dog männen av?". Hon avslöjade då att Nils Strindberg blev riven av en isbjörn men vill man veta hur de andra dog får man läsa boken.

Lars Joelsson
Ordförande i SFBUP





Omvälvande konsultpsykiatri i Europa

Konsultpsykiatri i Stockholm är i en expansiv fas. Den mest utvecklade konsultationsverksamheten i landet finns sedan femton år tillbaka vid Huddinge sjukhus där man har en enhet som arbetar proaktivt med *liaison* och subakuta konsulter för den somatiska vården, i tillägg till Journottagningen som sköter den akuta konsultverksamheten. Det finns mycket som talar för att liknande arbetsformer har framtiden för sig, exempelvis den höga psykiska sjukligheten bland somatiskt sjuka, psykiatriska patienters dåliga somatiska hälsa, problem med följsamhet, patientsäkerhet och patienttillfredsställelse. Nätverkssjukvård är det nya ledordet och är väl det konsultpsykiatri alltid handlat om.

Inom Stockholms läns landsting vill man utveckla konsultpsykiatri vid akutsjukhusen och överbrygga klyftan mellan psykiatri och primärvård. Under det sista året har därför jag och Anna Stenseth, samordnande chef för psykiatri i SLSO, tillsammans med utvalda personer från sjukvården i Stockholm gjort ett antal resor för att på plats studera hur konsultationspsykiatri kan utvecklas. Särskilt i Storbritannien och Nederländerna har mycket hänt de sista åren. Av allt som finns att se och alla inspirerande möten har jag valt ut några saker som kan vara extra intressanta för oss i Sverige.

Ett antal sjukhus i södra London hör organisatoriskt ihop i King's Health Partners och har även med engelska mått mätt kommit långt i integrationen av psykiatri och psykologi i den somatiska vården. Jag vill först lyfta fram konsultteamet vid St Thomas hospital. Man serverar den somatiska akutmottagningen och ineliggande patienter på somatiska avdelningar dygnet runt. I England har konsultsjuksköterskor, *liaison nurses*, en central roll inom konsultpsykiatri. Man arbetar direkt med patienterna för diagnostik och ångestreducering, indirekt med den somatiska personalen för att underlätta och förbättra omhändertagandet av patienter med psykiska besvär eller beteendestörning. Konsultsjuksköterskornas förening i London har helt nyligen färdigställt en utförlig kompetensbeskrivning som ska göra det lättare att identifiera utbildningsbehov och hålla hög kvalitet. De åtta sjuksköterskorna utgör stommen i bemanningen som för övrigt består av fyra underläkare, arbetsledare (sjuksköterska) och konsultpsykiater som chef.

Arbetet utgår från ett litet fönsterlöst rum där man har koll på remisser och pågående patientärenden via whiteboardtavlor och rapporter tre gånger per dygn. Teamet som helhet är certifierat enligt ett intrikat valideringssystem för konsultationsverksamheter som leds från Royal College of Psychiatry. Trots små fysiska utrymmen och inkompatibla omoderna journalsystem fick vi intryck av en härlig entusiasm och arbetsglädje.

Ett annat sjukhus i samma organisation är King's hospital, tvärsöver gatan från det för psykiatriker så välbekanta Maudsley's. En god förebild här är verksamheten för svårinställda diabetiker. Under ledning av professor Ismail arbetar man integrerat psykiatri – somatik, i *liaison*, med medverkan av psykiater, socialarbetare och frivilligorganisationer utöver sedvanligt diabetesteam. Intagning avgörs av HbA1c-nivån som också utgör ett av uppföljningsmått. Behandlingstid i genomsnitt är 6 månader. Effekt är visad i RCT-studier som minskat antal medicinska katastrofer och komplikationer med en effektstorlek på samma nivå som nyare diabetesläkemedel.

Sverige är ett uland på många av konsultpsykiatriens områden. Kanske är det mest illa när gäller den stora gruppen med s.k. medicinskt oförklarade symtom. Vid King's finns också ett specialteam med "neuropsykiatrisk" konsultverksamhet som globalt sett ligger mycket långt fram vad gäller forskning och behandling i organisk psykiatri och funktionella neurologiska besvär "utan kroppslig orsak", där man är remissinstans för hela landet. En avdelning med sängplatser är en del av verksamheten med vårdtider upp till 6 månader för de svåraste funktionella patienterna.

I Leeds, ett par timmars tågresor norrut, finns Europas äldsta "medpsych"-enhet. Peter Trigwell leder en avdelning på ett av akutsjukhusen med 8 sängar för patienter med komplicerad somatisk-psykiatrisk samsjuklighet och/eller andra närmast refraktära tillstånd. Behandlingsansatsen är intressant; första steget är att "step back" från den oftast somatiskt extremt välutredda patienten, med en trygghet i att inte överreagera på några som helst psykiska eller fysiska symtom (man har IVA några steg bort), genom observation och undersökningar formulera en mer komplex diagnos inefattande somatisk och psykiatrisk, i förekommande fall

psykodynamisk diagnos, för att i samråd med patienten göra en vårdplan som kan innefatta exempelvis fysisk träning, smärt- och ångesthantering, KBT, ACT, EMDR, medicinredtrappning och förstås social rehabilitering. Vårdtiderna är långa också här, patientgruppen är ju extremt funktionsnedsatt, men konceptet är så lyckat att man ska bygga en ny avdelning för 14 patienter.

Även i Holland har man viktiga erfarenheter av hur man kan ta hand om psykiatrisk-somatisk samsjuklighet. Vid sjukhuset i Maastricht finns en välutbyggd och forskningsintensiv konsultation-liaisonverksamhet. Intressant är hur man med hjälp av ny teknik förändrar maktbalansen vård-patient och även är på väg att omformulera och fördjupa våra konventionella diagnoser. Ta en titt på appen PsyMate som uppmanar en att vid 10 slumpvisa tillfällen per dag svara på vad man gör, med vem, hur man mår på olika sätt osv. Dessa data ger en kontextberoende bild av funktion, beteende och mående och kan användas direkt "självcoachande" och i samtal med vårdgivaren t.ex. som del i en ACT-behandling. Programmet har testats vid både psykiatriska tillstånd som depression eller psykos respektive på somatiska patienter med hypertoni eller gastroproblem.

Ett vanligt fenomen är att man får ett tapp av information och kontakter när somatiskt sjuka patienter med psykiska sjukdomar skrivs ut från det stora sjukhuset. Därför var det för oss intressant att höra om konceptet *translational care* i Maastricht. Vid sjukhuset finns en 20-sängars psykiatrisk avdelning som har reserverat 4 platser för somatiskt sjuka. Efter tre veckors ineliggande vårdtid då man utreder, motiverar, påbörjar behandling och knyter en care manager från primärvården till patienten, slussas patienten successivt ut via dagvård till reguljär psykiatri eller primärvård. Man har följt verksamheten ur både klinisk och ekonomisk synvinkel, en sällsynthet när det gäller konsultpsykiatri och resultaten är uppmuntrande.

Vår förhoppning är att dessa positiva erfarenheter ska få tillfälle att gro även i Sverige. I ett första skede måste kompetensen spridas och därför har SLSO i projektform nu inlett en ettårig vidareutbildning av psykiatriker och psykiatrisjuksköterskor i konsultpsykiatri utgående från Konsultenheten vid Karolinska Huddinge. Fortsättning följer!

Lars Wahlström
Med dr, specialist i psykiatri
Medicinsk sakkunnig i konsultationspsykiatri Stockholms läns
sjukvårdsområde (SLSO)
och överläkare vid Konsultenheten Psykiatri Sydväst vid
Karolinska Huddinge



Psykiatrins pionjärer – 50 år efteråt

Det var inte bara professorer som förde utvecklingen framåt. Jag känner en viss press på mig att intyga vad jag själv upplevt.

Som född 1940 har jag bara diffusa minnen av andra världskriget – jag minns mörkläggnings-gardinerna i Stockholm, "Hesa Fredrik" och vedtravarna på Valhallavägen där stora rättor trivdes.

Jag har aldrig besökt platsen för läger från andra världskriget, men jag har andra förstahandsminnen. När jag arbetade på Karolinska Institutet på 60-talet kom en "arkivarbetare" som skulle förstärka arbetsstyrkan. Det befanns vara en man, Meir R., född 1916 som läst medicin i Warszawa, men eftersom han var jude hamnade han i stället i Auschwitz. Jag lärde känna honom väl och blev hans arbetsledare, och vi delade också tjänsterum ett antal år. Vi samarbetade dels med bibliotek och dokumentation, dels med statistik, också andra forskare, och han är varmt avtackad i min doktorsavhandling.

Med åren fick jag höra en hel del om vad han upplevt, men det var aldrig något vi fastnade i. Han berättade om den morgon i Auschwitz då han trodde att han skulle föras till gaskammaren, men halvvägs beordrades gruppen att vända. Ännu mindes han att soluppgången var vacker. Det var precis då som det vände för den tyska övermakten. Han hade då en spridd lungtuberkulos men plockades upp av "de vita bussarna". Han ska ha vägt 39 kg då han bars över till en färja. Hans liv klarades delvis genom att släktingar hade tagit streptomycin i ett amerikanskt militärlager. På hans svenska sjukjournal stod "Prognosis pessima!". Likväl fann han en hustru och de fick en son.

Jag har själv sett hans underarm där numret från koncentrationslägret var inristat, och han blev nära vän till mig och mina föräldrar. Senare flyttade Meir med hustru och son till Israel. Sedan har vi tappat kontakten, och han lever troligen inte längre.

Vi som haft personliga kontakter med andra världskrigets hemskheter blir allt färre. Därför anser jag att mitt "vittnesbörd" har sitt värde.

Ulf Rydberg
Professor emeritus Karolinska Institutet
Stockholm



Svenska BUP-kongressen

med huvudtema BUP och Skola, 21-22 april, 2015, Konsert & Kongress i Linköping

Plenarföreläsare

Ross Greene

- Helping behaviorally changing students

Torkel Klingberg

- Hjärnans utveckling och den moderna skolan

Sven Bölte

- Från diagnos till funktion: autism i DSM-5, ICD-11 & ICF

Ata Ghaderi

- Ätstörning. Riskfaktorer & effektiv prevention

Exempel på seminarier

Oro, rädsla och klimat i skolan

Ändra skolan eller polyfarmaci eller både och?

Elever med inlärningsproblem

Mobba, mobbas och stå bredvid

Utagerande inom slutenvården

Posterutställning

Vi gör en extra satsning på posterutställning! Vetenskapliga arbeten för ST, doktorander, steg 2-uppsatser samt exempel på generella förbättringsarbeten inom Barn- och ungdomspsykiatri välkomnas!

OBS! ST-seminarium den 20 april eftermiddag med tema ledarskap.

BOKA in Kongressen i ditt kalendarium redan nu!

Varmt välkomna!

Elisabeth Kristiansen



www.svenskabupkongressen2015.se

www.regionostergotland.se

 Region
Östergötland

Heliga tillstånd

Carola Häggkvist gjorde en mindre skandal när hon medverkade i Allsång på Skansen och kastade en blomkruka med jord på en kvinna. Carola verkade ha varit mycket intensiv med brinnande blick, i en kraftig känslostorm. Efteråt lär stjärnan ha uttalat att hon var ett redskap för gud. Kanske kan man spekulera i att Carolas tillstånd i samband med den s.k. "allsångsattacken" är släkt med de tillstånd som uppnås efter ett livligt dansande runt lägerelden eller kanske jojkan på kallare breddgrader. Nåjden fick ju slå på sin trumma eller jojka för att komma i trans så att han kom i kontakt med de heliga andarna.

I nutid kan nädroger användas för att komma i egendomliga tillstånd, dock kanske inte av det mer heliga slaget. Dessa drogutlösta gränsöverskridande tillstånd kan vara farliga och livshotande, medan man kan tillfriskna utan men ifrån andra störningar. Här följer en liten exposé över tillstånd som ibland betraktats som "heliga tillstånd".

Psykotiska tillstånd

Äldre psykiatrer kan säkert erinra sig uttrycket "angst-glück" som anspelar på en typ av cykloid psykos. Många har säkert sett kvinnliga patienter som varit djupt inne i ett psykotiskt glücktillstånd med lyckliga, skinande, inåtvända leenden och madonnaliknande uttryck i sina ansikten, och män som predikat för förvånade lyssnare.

Psykostillstånd med lyckokänslor är mycket sällsyntare än de psykosers symptom mest innebär ångest. Vid glück-tillstånden kan patienterna känna sig kallade eller utvalda av gud och de kan vara övertygade om att de är kallade till högre uppgifter. Patienterna kan berätta om religiösa känslor och rapportera om möten med gud eller helgon. De är ofta altruistiska i sin psykos, vill alla väl och kan ge bort sina tillhörigheter till främmande personer. "Angst"-tillståndet med undergångstankar, mardrömslika upplevelser och visshet om annalkande katastrof är den motsatta polen som kan plåga patienter svårt. Det är i dessa fasansfulla tillstånd som tragiska händelser kan inträffa. I en postpartumpsykos av cykloitt slag, kan modern försöka döda sitt barn för att undvika en ännu värre katastrof. Man kan hitta kasuistik på nätet som beskriver detta tillstånd t.ex. Frau B som upplevde att hennes nyfödde son var djävulen. Hon ville bränna inne sin man och sedan ta sitt eget liv för att undkomma, och komma till himlen. Det blev ett polisingripande och höga doser Haldol och Tavor (lorazepam) för att behandla Frau B och rädda familjen.

Ett exempel ifrån filmvärlden är filmen *Equus* som beskriver en psykos med extatiska inslag. Richard Burton spelar barn- och ungdomspsykiater som behandlar en ung man som utvecklat en privatreligion, med extatiska barbackaritter naken i månskenet, där hästar blivit gudomliga och föremål för hans dyrkan. Det slutar i kaos och elände när den unge mannen blir psykotisk och förstör synen på sex hästar efter att en ung kvinna försökt intressera honom för sex. Roten till det onda är den fanatiskt religiösa modern, som bringat oreda och fanatism i den unge mannens tankevärld. Även psykiatern blir lite omskakad och verkar tycka att hans liv är i avsaknad av spänning jämfört med hans patient som verkat ha så intensiva upplevelser.

Epilepsi

Epilepsi har räknats som ett heligt tillstånd, på grund av uppfattningen att man hade kontakt med de högre makterna. Många berömda personer har i efterhand misstänkts ha epilepsi. En av dem var den heliga Birgitta som hade uppenbarelser som i efterhand har misstänkts vara epileptiska anfall.

Ett annat exempel är fd nunnan Karen Armstrong som gick i psykodynamisk terapi i tre år pga svimningsanfall innan diagnosen temporallobsepilepsi ställdes. Karen Armstrong hade svimmat i klostret på grund av sin epilepsi, vilket hade tolkats som att hon gjorde sig till. En svimning betydde där känslomässig slapphet och bedömdes som hysteri.

Även de postiktala tillstånden efter epileptiska anfall kan finnas i psykiatri och ta sig både dramatiska och speciella uttryck. Patienterna kan vara aggressiva och paranoidea och bete sig på högst oväntade sätt. Jag har personligen stött på dessa tillstånd några få gånger och det verkar märkligt med patienter som ser vakna ut men som svarar på de mest besynnerliga sätt och också kan vara rejält aggressiva så att psykiatrisk intensivvård krävs.

Religiösa känslor har också förknippats med postiktala tillstånd och den ryske författaren Fjodor Dostojevski ansågs ha haft extatisk epilepsi. Han ville inte ha någon behandling eftersom han ansåg att det var en nådegåva ifrån gud. Furst Mysjkin som var en av författarens romanfigurer hade denna ovanliga form av epilepsi och var en vänlig, trevlig karaktär som till slut gick under.

Helig anorexi eller anorexia mirabilis

Askes och självplågande har också tidvis betraktats som heliga sysselsättningar och Katarina av Siena (1347-1380) har betraktats som en person med helig anorexi, anorexia mirabilis. Katarina sades inte ha ätit på flera år, men ändå mirakulöst överlevt. Liksom den heliga Birgitta hade hon uppenbarelsen (utlösta av hunger?) och hon fick under en sådan uppenbarelse erbjudande att välja en törnekrona eller en guldkrona. Hon var ett riktigt helgon och valde törnekronan. Katarina var glödande i sin tro, arbetade hårt som själasörjare och försökte ena kyrkan. Hon dog redan vid 33 års ålder efter ett liv med späkning, försakelser och hårt arbete. Man kan diskutera om en uppenbarelse är ett heligt teologiskt tillstånd, en del i en psykosjukdom, eller kanske tecken på epilepsi.

Frågan är om det inte är lite heligt att också idag vara smal och helst vältränad. Definitivt är det oheligt att vara överviktig och lite "skämmigt" att inte klara att säga nej till bordets frestelser, vilket kan tolkas som tecken på bristande själsstyrka.

Transtillstånd

Pythian var ett orakel i Apollons tempel i Delfi. Denna institution var verksam i hela 1200 år, vilket kanske kan ses som ett uttryck för att det fanns starka önsningar om att kunna förutsäga framtiden. Pythian blev extatisk och i sitt transtillstånd siade hon om händelser som skulle inträffa i framtiden tex att Oidipus skulle gifta sig med sin mamma och ta sin pappa av daga vilket ju också skedde. Pythians transtillstånd skulle enligt nutidens normer betraktas som frivilligt och därmed inte en psykisk störning.

DSM och ICD beskriver transtillstånd och besatthet som övergående ofrivilliga tillstånd av dissociation som är orsakade av stress. I en översiktsartikel av Doring et al. hittade författarna i tidsperioden 1988-2011 402 fall av dissociativt transtillstånd, 56 % av dessa hade hallucinationer och 20 % hade amnesi. En av dessa personer blev efter initiationsriter schaman, vilket låter som en både kreativ och intelligent lösning. Författarna skriver vidare att man kan ha hallucinationer i en religiös kontext, vilket inte behöver vara sjukdom och att man ska vara försiktig med att diagnosticera psykotiska störningar hos personer som har en stark tro, å andra sidan ska man inte tro att hallucinationer är normala för att de innehåller symboler och andar. Tokoloshin har jag själv stött på vid patientarbete och jag hittade på nätet att det var en endemiskt förekommande ande i Afrika. Det verkade vara en mycket otrevlig ande som våldtog kvinnor och som kunde bita av intet ont anande sovande människors tår.

I vårt land har vi haft schamaner som var samernas trollkarlar (nåjder), och de som skulle ha kontakt med den andliga världen med hjälp av övernaturliga krafter och sina trolltrummor. Schamanen kunde också vara läkekunnig och försökte bota sjuka personer. Med hjälp av trolltrummans rytmer försatte sig nåjden i trans och besökte andra världar där gudarna vistades. På så sätt kunde han få hjälp och råd. De kristna svenskarna bekämpade dessa sedvänjor och trummorna beslagstogs tyvärr.

Avslutningsvis kan man fundera på föränderligheten i hur man under olika epoker betraktat olika tillstånd. Vad som kan vara heligt vid en tid kan betraktas som ett uttryck för sjukdom vid en annan tid. Hippokrates var tidigt ute och betraktade psykiska sjukdomar som emanerande ifrån hjärnan och ansåg att patienterna inte var besatta av onda andar eller demoner. En nykter inställning som antagligen var bra för patienterna som kanske slapp bli utsatta för exorcism. Uppfattningen att uppenbarelsen eller epileptiska tillstånd är nådegåvor ifrån gud kanske dock kändes trevligare för en person än att ha epilepsi. Å andra sidan kan man behandla både psykostillstånd och epilepsi tämligen effektivt idag, så det positiva överväger säkert med minskat lidande.

Cecilia Mattisson
Överläkare
Lund

Källor:

Karen Armstrong, Spiraltrappan, min väg ut ur mörkret, Forums förlag

Wikipedia

Emmanuel H Doring, Fanny M Elahi, Olivier Taieb, Marie-Rose Moro, Thierry Baubet. 2011. A critical review of dissociative trance and possession disorders: etiological, diagnostic, therapeutic and nosological issues.

Karl Leonhard, The classification of endogenous psychoses. Irvington publishers. 5th edition

Kasuistik B überwiegend Angst-Glücks-Psychose Dr med Stephen Gerke

ANNONS

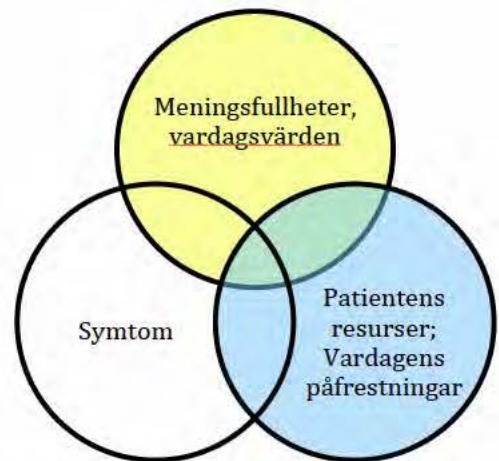
Psykiatrisk diagnostik i Sverige – hur var det förr och vart är vi på väg?

Efter att DSM-5 kommit ut i maj 2013 började jag få fler och fler förfrågningar från vuxenpsykiatri, BUP och rättspsykiatri i alla delar av landet om att hålla halvdags- och heldagskurser. Önskemålet var att uppdatera medarbetare från de flesta yrkeskategorier om förändringar och nyheter. Gissningsvis har jag varit på minst 30 platser sedan dess och mött mellan 1500-2000 medarbetare från psykiatri. Mina samlade intryck från alla dessa möten ligger till grund för den här betraktelsen.

Den här figuren illustrerar tre viktiga grundperspektiv i kliniskt tänkande. *Den vita cirkeln* handlar om sjukdomen som sådan. Här är vi i professionen på vår hemmaplan. Här är det våra kunskaper som gäller.

Den blå cirkeln inkluderar dels patientens styrkor och resurser och dels alla de omständigheter som bidragit till symtomutvecklingen och som även försvårar återhämtningen. Det här är patientens område. Det är bara patienten som med lämpligt stöd kan mobilisera sina resurser och själv ta itu med det som behöver tas itu med.

Den gula cirkeln rör det personligt meningsfulla för patienten. Vad betyder något, vad är viktigt att bereda utrymme för, med vilka aldrig så små vardagliga byggstenar kan patienten börja lägga grunden till en mer meningsfull tillvaro? Här handlar det om det existentiella perspektivet, vilket knappast allt ryms i vården i den nu rådande sjukdomsinriktade vårdkulturen.



När jag började i psykiatri i slutet av 1970-talet utgick vi från sjukdomstänkandet. Patienten var sjuk, sjukdomen gav symtom och vårduppdraget bestod i att ta hand om patienten tills vi med hjälp av läkemedel kunnat mildra symtomen tillräckligt mycket. Det var alltså till den vita cirkeln som uppmärksamheten riktades.

I början av 1980-talet genomfördes en sektorisering av psykiatri. Tanken var att utveckla en samhällsbaserad psykiatri med bättre tillgänglighet för sådan psykisk ohälsa som inte nödvändigtvis krävde sjukhusvård. Kristänkandet lyftes fram. Synen på psykisk ohälsa som en reaktion på svåra livsomständigheter blev vanligare. Uppmärksamheten riktades i högre grad till den blå cirkeln, ibland på bekostnad av symtomanalysen.

Fickutgåvan till DSM-III översattes till svenska och kom ut i slutet av 1984. Möjligheten att identifiera ohälsa och kommunicera diagnostiskt via allmänt accepterade symtomkriterier väckte stort intresse. Utrymmet för personliga uppfattningar och rent spekulativt tyckande i diagnostiska frågor hade tidigare varit stort och givit psykiatri dåligt rykte. Nu erbjöds möjligheter att uppnå en helt annan stringens i diagnostiken, vilket var mycket välkommet och välbehövligt.

Erfarna kliniker utfärdade emellertid varningsord. Att reducera diagnostiken till att enbart handla om kliniska syndrom baserade på mer eller mindre ögonblickspräglade analyser av symtombilden skulle bli förödande för vår syn på psykisk sjuklighet. En otillbörligt förenklad symtomriktad diagnostik minskar uppmärksamheten på den komplexa och individuella utvecklingshistoriken bakom den enskilda patientens manifesterade kliniska bild. I stället för en personcentrerad psykiatri med följsamhet mot individen och respekt för den individuella särarten riskerade vi nu att få en opersonlig psykiatri med standardiserade program kopplade till standardiserade diagnoser.

Mitt eget intresse för psykiatri var fast grundat i en individbaserad och personcentrerad syn på hur psykiatrisk vård borde bedrivas. Samtidigt var jag övertygad om värdet av strukturskapande stödverktyg för diagnostiken, och i med DSM-III hade psykiatri äntligen fått tillgång till just ett sådant hjälpverktyg. Jag kunde inte föreställa mig att den goda kliniska kunskapen skulle riskera att tunnas ut. Min tanke var att kriteriestödd diagnostik enbart var av godo för det kliniska arbetet.

Därför har jag också ägnat mycket av min yrkestid under 30 år till att verka för spridningen av systemet. Men kan jag vara tillfreds och nöjd nu när även merparten av första tryckningen av den svenska översättningen av DSM-5 på kort tid har distribuerats över landet?

Nej för mig är det hög tid att problematisera situationen. Jag har fått en allt tydligare bild av hur psykiatrisk diagnostik tillämpas idag, och jag är orolig för vad det kan tänkas innebära för våra patienter.

Från 1990-talet och framåt har bruket av strukturerande verktyg gradvis fått ökad spridning inom psykiatrin. Den utvecklingen har accelererat i och med att datajournaler blivit standard och gjort hanteringen av dokument avsevärt mycket lättare och dessutom så gott som eliminerat problemet med alltmer omfattande dokumentarkiv.

Från 1970-talet då strukturstöd för diagnostik och symtomskattning var så gott som okänt i klinisk psykiatri, befinner sig psykiatrin nu i en situation där tilltron till värdet av hjälpverktyg vid diagnostik och bedömning är alldeles för stor. Pendeln har slagit över för långt åt andra hållet.

Själva termen "diagnos" används utan att vare sig innebörden eller syftet preciseras tydligt, vilket skapar allvarliga missförstånd. Jag tänker på tre olika sammanhang där diagnos ska anges, men där syftet skiljer sig åt, och där hjälpverktygen spelar olika roll:

1. Diagnos noteras för statistiska syften.
2. Diagnos ställs för att avgöra om personen ska kunna ingå i forskningsstudie.
3. Diagnos ställs för kliniska syften, inkluderat patientens förståelse av sitt lidande.

Statistiska syften. I datajournalerna finns rubriken diagnos med rullmenyer och allt. Den allmänna uppfattningen är att syftet är att klinikern ska ange den övergripande psykiatriska problematik som patienten huvudsakligen lider av och konsulterar vården för. Men så är det inte alls. Här noteras det diagnostiska underlaget för Socialstyrelsens statistik över vårdbesökens innehåll, vilket varierar beroende på vad besöket huvudsakligen handlat om. Symtomdiagnostiska hjälpverktyg förenklar arbetet. Patientens kliniskt relevanta huvudproblematik ska anges i fritext i journalen, vilket gör att den kliniska nyckelformuleringen faktiskt hamnar i skymundan.

Urval till forskningsstudier. Behandlingsforskning utgår allmänt sett från selekterade, diagnostiskt homogena patientgrupper. Dels vill man kunna identifiera vilka personer som har den diagnos studien avser att belysa, dels vill man exkludera personer som antingen inte har den diagnosen eller som har en komplex problematik med en eller flera ytterligare diagnoser. För att snabba upp och säkra noggrannheten i processen använder man

symtomdiagnostiska hjälpverktyg som MINI eller SCID. MINI levererar enligt verktygets anvisningar inga diagnoser alls, det ger enbart en översiktlig kartläggning av symtombilden. Men genom att använda SCID får man åtminstone fram DSM-diagnoser. Bägge verktygen är vanligen tillräckligt användbara och opersonliga för att kunna avgöra inklusion och exklusion, men sådana intervjuer har bara begränsat värde i en personcentrerad, klinisk diagnostisk process.

Klinisk diagnos. Ett personcentrerat arbetssätt förutsätter en lika grundlig fördjupning inom såväl den vita, som den blå och den gula cirkeln. Här krävs det att klinikern lämnar sin trygghetszon och möter patientens personliga livserfarenheter och upplevelser. För att åstadkomma en rollfördelning som tydliggör såväl vårdens bidrag som patientens bidrag till dennes ambition att förbättra sin tillvaro, krävs det en rimlig samsyn rörande problemens art, sannolikt orsaksbidragande faktorer och vilka faktorer som sannolikt motverkar förbättring. För att åstadkomma en sådan rimlig samsyn krävs av klinikern lyhördhet, inlevelseförmåga, kompromissvilja och förhandlingsförmåga. Sådan är den kliniska verkligheten. Den kliniska diagnosen är en formulering som belyser de dominerande dragen i problematiken, inte en uppräkningslista av klassificerade diagnoser enligt ICD-10-SE, vilket tyvärr är regel snarare än undantag i dagens psykiatri.

Kliniskt arbete är till sitt innersta väsen osäkerhet. Är du inte osäker i dina bedömningar så har du inte inkluderat den person du har framför dig. Sjukdomsperspektivet har tvärtom ett ouppnåeligt ideal där rätt och fel dominerar våra föreställningar. I det personcentrerade perspektivet är verkligheten alltid osäkerhet. Men krav och förväntningar på att ha kontroll i arbetet genomsyrar vården till den grad att respekten för osäkerhetens betydelse är allvarligt hotad.

Den falska trygghet som våra hjälpverktyg tycks erbjuda är en frestande väg till professionell ångestlindring för vår egen del. För patienten innebär det beklagligtvis en mindre personlig kontakt och en risk att sjukförklarar i onödan.

Jörgen Herlofson
Psykiater, leg psykoterapeut, handledare
Stockholm



ANNONS



Möte i London Rapport från UEMS

9-10 oktober 2014

Det var dags för nästa UEMS-möte i London och för mig var tåget det självklara alternativet. Som så många gånger förr steg jag ombord på CityNightLine kl. 18.50 från Köpenhamn, som förbinder Skandinavien med Centraleuropa. Det är en speciell känsla att vaggas till sömns när tåget rullar fram genom Danmarks och Tysklands jordbruksbygder. Nästa morgon är det dags för frukost på trappan till Kölnerdomen, som mäktigt reser sig mot skyn i gryningsljuset. Sedan rusar tåget via Bryssel under Engelska kanalen för att landa vid St Pancras station i London. Tyvärr var det sista resan med CityNightLine, eftersom Deutsche Bahn av oklara skäl och politiskt helt inkorrekt beslutat att lägga ner linjen.

Höstens UEMS-möte hölls i Royal College of Psychiatrists (RCP) lokaler, som tidigare varit ett sjukhus för prostituerade i Londons östra stadsdel, nära Tower Bridge. Denna byggnad är nu tillhåll för RCP som förvärvat huset och genomfört en totalrenovering. Huset innehåller idag eleganta möteslokaler, bibliotek, RCPs administration, tidningsredaktion och en restaurang. Verksamheten finansieras via medlemsavgifter, utbildningar och bokutgivning.

Professor Stuart Carney, Associate Dean, Royal College of Psychiatrists, inledde mötet med att presentera ett förslag på ny specialistutbildning i England.

I Storbritannien finns idag ca 65 specialiteter. Tidigare var specialistutbildningens kvalitet mycket beroende av vilka kontakter den enskilda läkaren hade, vilket man nu försöker råda bot på.

Av många engelska psykiatriker upplevs idag arbete inom slutenvården som, "being a physician in a hospital is like being in hell on earth".

30 % av slutenvårdspatienterna bedöms ha annan psykiatrisk samsjuklighet, vilket komplicerar vården. En åldrande befolkning utgör utöver detta ett växande problem.

Man efterlyser ett flexibelt utbildningssystem där utbildningsinsatserna kan anpassas efter behovet under en yrkeskarriär.

För närvarande sker en arbetskraftsutvandring av läkare till fr.a. Australien och Nya Zeeland där lönerna är högre.

Dr Wendy Burn, Dean, Royal College of Psychiatrists, redogjorde för den nya utbildningsstrukturen för specialister. Grundutbildningen i England är 5 år, varefter följer 2 år i ett s.k. Foundation Program under vilket läkarna randar sig inom 6-8 specialiteter.

Under denna period sker den största rekryteringen till psykiatriska specialiteter.

Specialty Training utgörs av 3 år "basutbildning" med 6-månadersblock. Efter dessa 3 år avlägges en examination. Man söker därefter i konkurrens till "higher specialist training" för ytterligare 3 eller 4 år. Någon av följande specialiteter kan väljas:

General Adult, Forensic, Psychotherapy, Child and Adolescent Psychiatry, Learning Disability, Old Age Psychiatry. Samtliga subspecialiteter leder till CC Qualification.

Utvärdering sker med s.k. workplace assessment och utifrån kunskapskriterier fastställda av RCP.

Första dagen avslutades med debatt om behovet av Europe wide exam in psychiatry.



Debatten skedde i sann underhusanda efter att vi först fått en regelrätt introduktion i konsten att debattera på engelskt vis, med skärpa och humor.

Argument för en europeisk examen framfördes av Marc Hermans (ordförande för UEMS Section of Psychiatry), vilka i huvudsak gick ut på att kunna harmonisera utbildningen i Europa, vilket kan leda till verklig mobilisering av arbetskraft över nationsgränserna.

Argument mot en gemensam examen framfördes av Torsten Jacobsen (sekreterare i UEMS Section of Psychiatry), vilka tog sin utgångspunkt i Europas mångfald. Mångfalden kan vara berikande och får inte ersättas av enfald. Under debattens gång vände opinionen från att initialt ha varit emot en gemensam europeisk examen till att bli för en sådan.

Dag 2 fick delegaterna ta del av en presentation av ordförande Marc Hermans, som redogjorde för vad UEMS är och vad organisationen står för. UEMS Section of Psychiatry är ej en "legal body" och har inga formella möjligheter att påverka beslut utanför organisationen.

I Europa finns idag 50 specialiteter vilka snart utvidgas till att bli 53.

UEMS främsta uppgifter är att arbeta med frågor som rör utbildning, där chapter 6 är en viktig del (se nedan), och CPD (fortbildning för specialister). Dessutom görs ackreditering av utbildningar.

Relationen mellan UEMS Section of Psychiatry och de vetenskapliga organisationerna, EPA, håller på att förbättras.

A. Brittelbank (UK) redogjorde för arbetet i "Standing committee on training" och den projektplan som tagits fram. European Framework for Competencies in Psychiatry skall revideras till 2016. Revidera "standards for training" (old chapter 6) och ta fram nya verktyg för "new standards".

Enhet och mångfald när det gäller psykoterapiutbildning är en viktig fråga.

Ordföranden kunde informera om att det i Europa finns 160 st olika psykoterapiformer, vilket gör det svårt att ta fram "standards" som kan accepteras av alla länder i Europa.

Rachel Sullivan-Elliott från Irland redogjorde för "Paper on involuntary treatment." Frågeställningen var hur arbetet med tvångsvård kan harmoniseras i Europa? Hon kunde konstatera att det finns stora skillnader när det gäller användandet av tvångsåtgärder i Europa. Svårigheter vid rapportering är emellertid bl.a. att definitioner om vad tvångsvård är ser olika ut i olika länder och den statistik som ligger till grund för analyser i olika länder är osäker. Ett modest förslag från undertecknad i detta sammanhang var att börja med en rekommendation att neuroleptikainjektion ges i m. deltoideus istället för m. gluteus.

Dag 3 fick vi en genomgång av EFPTs (European Federation of Psychiatric Trainees) arbete av Mariana de Pinot (Chair of EFPT) från Portugal. "The Brain Drain Survey" presenterades, där det framgår hur psykiatriker flyttat mellan olika länder i Europa och här har Sverige bidragit med data.

Mer information i detalj för varje land kan erhållas från Mariana de Pinot, som kan kontaktas via EFPT:s hemsida.

EFPT har tagit fram en del information om sin organisation för att ge en positiv bild av psykiatri, bl.a. finns ett klipp på YouTube där man bl.a. ställer frågan "What is the profile of a psychiatrist?".

Mötet avslutades med rapportering angående vad som händer i respektive delegaters hemländer. Från Sverige rapporterade vi bl.a. om e-journalen som ger patienterna direktåtkomst via nätet, vilket innebär en maktförskjutning när det gäller tillgång till information.

Nästa UEMS-möte planeras till Mechelen 17-19 april 2015.

**Vid pennan
Olle Hollertz
med stort stöd av Maria Markheds
minnesanteckningar och foto
UEMS-delegater**

ANNONS

Teamverksamhet vid behandling av patienter med funktionella symtom

Funktionella symtom beskrivs av neurologen Jan Fagius som "funktionsavvikelse som till synes är av neurologisk art men som saknar organisk förklaring"(1). Sjukdomstillståndet betingas av ett förändrat beteende hos patienten, som inadekvat utnyttjar sina intakta funktioner. Det förändrade beteendet sker hos patienten utan att hen är medveten om att dennes funktioner består intakta. Sjukdomstillståndet består av psykologiska och somatiska symtom och beskrivs av Amerikanska psykiatriska föreningen som "ett avbrott i den normala integreringen av medvetande, minne, identitet, känslor, perception, kroppskänedom, motorisk kontroll och beteende"(2). Uppkomstmekanismen kan bero på en underliggande emotionell stress som patienten omedvetet försöker undvika (2,3). Vår kunskap kring funktionella symtom är bristande men tillståndet är förmodligen lika vanligt förekommande som multipel skleros och schizofreni (4). Idag vet vi inte på vilket sätt man bäst behandlar denna patientgrupp. Vi vet dock att de patienter som inte får behandling har ett fortsatt avvikande rörelsemönster i över 80 % av fallen (5). Dessa patienter riskerar även att utveckla Münchhausens syndrom, vilket betyder att patienten medvetet, upprepade gånger, agerar som om han eller hon har en fysisk eller psykisk sjukdom (6,7). Ett multimodalt arbets sätt som inkluderar flera olika behandlingsåtgärder via ett flertal yrkeskategorier rekommenderas starkt enligt ett flertal studier (8,9,10).

Funktionella teamet

I januari 2013 bildades en unik teamverksamhet vid Akademiska sjukhuset, Uppsala, för mottagande av patienter med funktionella symtom i öppenvård. Teamet kom att kallas "det funktionella teamet" och riktade sig mot patienter med somatiska besvär. Verksamheten bestod av läkare, fysioterapeut, arbetsterapeut, psykolog, kurator och fysioterapeutbiträde. Riktlinjer för teamet var att hjälpa patienter med funktionell störning till bättre funktion, aktivitetsförmåga och livskvalitet, att ge stöd till patienternas närstående, att hjälpa de vård- och stödinstitutioner som övertar kontakten med patienterna med så bra underlag och rekommendationer som möjligt samt att bedriva undervisning och forskning. Läkaren hade det övergripande ansvaret för behandlingen, psykiatrisk diagnostik, remisser, eventuell farmakologisk behandling samt kommunikation med neurologer och andra läkarspecialister. Fysioterapeutens uppgift var att motverka komplikationer i rörelseapparaten och att ge stöd, motivation och coaching. Arbetsterapeuten ansvarade för bland annat handfunktion, hjälpmedel och

andra anpassningar. Psykologen och kuratorn ansvarade för psykologisk diagnostik, hantering av stressorer, strategier och anhörigkontakter. På grund av organisatoriska skäl lades tyvärr verksamheten ned i juni 2014.

Studien

Grunden för denna studie var att undersöka vad de olika yrkeskategorierna, inom det funktionella teamet, hade för erfarenheter och upplevelser av behandlingsformen. En deskriptiv kvalitativ design med innehållsanalys användes. Studien baserades på fem semistrukturerade intervjuer med de olika yrkeskategorierna i teamet. Studien visar på vikten av denna typ av behandlingsform för patienter med funktionella symtom. Teamverksamheten beskrevs som "absolut nödvändig" och informanterna beskrev att de inte kunde se något alternativ till denna behandlingsform. Resultaten visar både svårigheter och underlättande faktorer det funktionella teamet upplevde vid behandlingen av patienterna. Studien belyser även områden teamet önskat utveckla i hopp om att förbättra värden för denna patientgrupp samt områden för framtida forskning.

Fynden i korthet

Resultat av studien visar att informanterna anser teamarbete vara nödvändigt vid behandling av denna patientgrupp. Det framkom att det var mycket positivt att de olika yrkeskategorierna hade olika perspektiv på patienternas problematik och att de sedan hade möjlighet att individuellt anpassa behandlingen utefter patienten då patientgruppen beskrevs som "enormt heterogen". Varje yrkeskategori beskrevs som viktig och de beskrevs vara viktiga vid olika steg i behandlingen. Informanterna var eniga om att värden kring dessa patienter varit bristfälliga och spretiga, och att patienterna ofta känt sig åsidosatta och vilsna i vården.

Svårigheter vid behandling

I resultatet framkom att det varken funnits någon samsyn eller tydlig målsättning för det funktionella teamet vid bildandet. Orsaken till detta beskrevs vara bristande evidens för hur man bäst behandlar patienter med funktionella symtom. På grund av den bristande evidensen beskriver informanterna att man utgått från individen och försökt behandla patienten på bästa sätt utifrån dennes symtom och besvär. På grund av den stora spridningen på uttryck de funktionella symtomen kan ta har det funktionella teamet inte kunnat följa någon tydlig

modell för hur behandlingen bäst bör ske. Problematiken har emellertid berott på att samtliga yrkeskategorier individanpassat behandlingen var och en för sig istället för att de gemensamt diskuterat och formulerat en målsättning för varje patient och dess specifika problematik.

Ingen av informanterna kunde redogöra för på vilket sätt eller vilken förklaringsmodell de övriga yrkeskategorierna arbetade efter. Informanterna kunde endast beskriva hur någon av yrkeskategorierna arbetade, ofta den yrkeskategori som de arbetade närmst. Det berättades att de inte känt de övriga teammedlemmarna så väl som de eventuellt behövt för att bland annat kunnat ha kunskap om hur de övriga yrkeskategorierna arbetar. Detta har förmodligen varit en bidragande orsak till att teamverksamheten inte fungerat optimalt.

En annan faktor informanterna upplever kunnat försvåra behandlingen av patientgruppen är en misstro flera funktionella patienter har till vården. Informanterna berättar att det är vanligt att patienten inte riktigt har fått ett gott bemötande, ett professionellt förhållningssätt eller att patienterna inte fått sin diagnos förklarad på ett bra sätt. Det har tidigare påvisats att en ordentlig utredning och förklaring av symtomen är av yttersta vikt för ett gott resultat av behandlingen (11).

Det framkom ytterligare att det har funnits ett behov av stöd inom arbetsgruppen vid behandling av funktionella patienter "Med en del patienter, ja det är lätt att det blir missförstånd och konflikter i en personalgrupp med en viss typ av patienter inom psykiatri." Vikten av stöttning inom teamverksamheten visas ur en annan synvinkel då en patient själv väljer att agera ut mot en viss behandlare inom personalgruppen. "Patienterna kanske blir arga, utser en till syndabock och att man då får stöttning från teamet är ju jätte viktigt, och att alla kör på samma linje."

Ett gott resultat av behandlingen

Det beskrevs att patienten måste ha en vilja att bli bättre för att behandlingen ska lyckas. Behandlingen bör bygga på ett samarbete och en ömsesidig respekt mellan patienten och de olika yrkeskategorierna för att patienten i sin tur ska kunna bli frisk. Detta kan jämföras med studien av Turner J. et al (35) där han beskriver risken för försämring då patienten inte accepterar sin diagnos och därmed inte kan gå vidare i behandlingen. Detta förnekande hos patienten beskrivs ofta kunna ske omedvetet.

Det beskrevs en vikt av att patienten får sin diagnos relativt tidigt under behandlingsperioden i ett samtal där han/hon har möjlighet att ställa frågor och att kontakt med närstående är en viktig del i behandlingen för funktionella patienter.

Informanterna uttryckte att det var viktigt att följa upp patienterna en tid efter avslutad behandlingsperiod. Denna

återfallsprevention skulle vara viktigt utifrån flera aspekter: patienternas höga återfalls- samt suicidalitetsrisk, för att kunna utvärdera och för att kunna utveckla behandlingen av denna patientgrupp. Detta går i enighet med de tidigare studier som publicerats inom området (2).

Utvecklingsmöjligheter

Det framkom att ett arbetssätt där yrkeskategorierna gemensamt träffar patienten, sätter upp mål och efter avslutad behandlingsperiod gemensamt samtalar med patienten vore det allra mest gynnsamma. En informant uttryckte en önskan: "Ja, hur kommer man fram till målen? Ja, utefter att var och en i teamet träffar patienten och gör en bedömning och sedan sammanfaller det på konferens. /.../ Det är ju meningen att patienten ska ha samma mål vilken personalkategori den än träffar." En annan informant uttryckte två anledningar till varför teamet gemensamt bör träffa patienten: "...man träffar patienterna tillsammans så att patienten vet att alla i teamet har hört samma sak, och att dom också hör att vi tycker likadant."

Teamet arbetade med att minska den funktionella patientens stressnivå genom att arbeta med sociala stödåtgärder så som att samordna med utomstående kontakter som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Företagshälsovården och arbetsgivare. Denna typ av samordnarfunktion visade sig vara något det funktionella teamet önskat utveckla.

För att kunna starta upp en liknande teamverksamhet och uppnå större framgång krävs en tydlig och gemensam målsättning, att samtliga yrkeskategorier känner sig delaktiga och viktiga, får avsatt tid för teamarbetet och möjliggör frekventa teamträffar. Det krävs också att patientgruppen blir mer erkänd bland läkare och genom detta säkerställa att det finns någon som vill ta det medicinska ansvaret.

Resultatens betydelse

På grund av den bristande forskning som råder inom det studerade fältet är det av yttersta vikt att ta vara på de erfarenheter och upplevelser som finns vid behandling av patientgruppen. Denna verksamhets uppbyggnad och arbetssätt kan utgöra en modell för hur man kan arbeta med att behandla patienter med funktionella symptom såväl i Sverige som internationellt.

Annika Rydgård, nyexaminerad fysioterapeut

Medförfattare

Amanda Rosengren-Blom, nyexaminerad fysioterapeut

Karin Hellström, docent i fysioterapi vid Uppsala universitet

Camilla Ekwall, fysioterapeut, specialist i neurologi, universitetsadjunkt vid Uppsala universitet

Referenser: www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html



Psykiatrins tid är här - köbildning till programmet på RIX!

Riksstämman har moderniserats och har sedan 2013 en ny "kostym", delvis via nya lokaler i form av Stockholm Waterfront Congress Centre. För att ge SPFs medlemmar och övriga medicinska specialiteter en möjlighet till ökat utbyte i denna nya form av Riksstämman valde styrelsen därför att under 2014 satsa på ett ännu större psykiatriskt program än tidigare. Satsningen blev lyckad då fyra av de sex programpunkterna var överfulla med deltagare och alla mycket uppskattade.

Psykiatri i tiden

Det psykiatriska programmet inleddes med olika representanter från psykiatri i Sverige idag, modererade av ordföranden Lena Flyckt. Mikael Landén inledde med att prata kvalitetsregister och om vikten av att förenkla administrationen för genomförande av klinisk forskning. Om "Konsten att rädda liv" föreläste sedan Ullakarin Nyberg bland annat om det viktiga med mänsklighet i svåra möten samt hur vi kan lära ut användandet av densamma på bästa sätt. Programpunkten fortsatte med att Johan Franck lyfte den vanliga komorbiditeten av skadligt bruk av alkohol eller droger och gick igenom nya mätmetoder och de vanligaste medicinerna med effekt mot skadligt bruk av alkohol. Slutligen delade Simon Kyaga med sig av tankar om hur "big data" kommer kunna påverka utvecklingen av psykiatri i framtiden och avslutade med att visa ett dataspel som

använts på ungdomar med psykisk sjukdom i psykoedukativ anda.

Konsultationspsykiatri gav mersmak

Den andra programpunkten, med titeln "Den psykiatriska och somatiska patienten - en och samma", inleddes med att moderator Marie Bendix tillsammans med Lars Wahlström presenterade olika komplexa fall från den konsultationspsykiatriska verksamheten på Huddinge. Därefter presenterade Thomas Eklundh en del av sitt arbete som konsultativ psykiater inom primärvården. Programpunkten avslutades med att psykolog Reecka Andersson tillsammans med barnpsykiater Ulrika Järpemo Nykvist, som arbetar med beteendemässig smärtbehandling presenterade sitt arbete.

Värme och generositet i stigmadiskussion

Första dagen avslutades med att Ullakarin Nyberg modererade Martin Schalling från Psykiatrifonden och Kjell Bergfeldt från Svensk Onkologisk Förening kring stigma vid olika sjukdomstillstånd. Förstås lyftes stigma kring psykisk sjukdom upp men även att det finns olika "status" kring andra sjukdomar. Publiken deltog generöst i debatten och goda exempel från andra länder lyftes fram om stigmabearbetning för att uppnå en förändring.



FOTO: SHUTTERSTOCK/MATEJ KASTELIC

Inspirerat om övervikt och psykiatri

Andra dagen inleddes med en programpunkt som samordnades med Levnadsvaneprojektet och modererades av Jill Taube kring den vanliga samsjukligheten mellan övervikt och psykiatri och vad vi kan göra. På tal om stigma kan man verkligen säga att den blir dubbel för patientgrupper med denna samsjuklighet. Yvonne von Hausswolff-Juhlin inledde med en presentation om det tilltagande problemet och följdes av Signy Reynisdottir som beskrev hur viktigt det är att ta hand om psykiatrisk samsjuklighet för att få god effekt av behandling av fetma - samt även förstås på att tänka på vilka mediciner man väljer när man behandlar psykisk sjukdom. Yvonne Lowert avslutade med att berätta om lyckade satsningar på psykossjuka med fetma som samsjuklighet genom stort engagemang och olika hälsobefrämjande program som hon nu börjat jobba med att sprida till fler orter.

Dramatisk debatt om Quick

Att diskutera fallet Quick med ett framåtriktande perspektiv på vad vi kan lära om när rättsväsende och psykiatri möts trodde jag skulle bli en givande men inte fullt så dramatisk debatt. Niklas Långström modererade Ulf Åsgård, Ing-Marie Wieselgren och Eva-Marie Laurén i ämnet med den äran. Flera viktiga och konstruktiva delar lyftes upp för att blicka mot framtiden.

Emellertid inleddes programpunkten vid genomgång av bakgrund av fallet med att en i publiken börjar ifrågasätta faktabeskrivningen till den grad att moderatorn var tvungen att be henne avvakta med frågorna eller lämna salen. Sammanfattas nog bäst med att det är oerhört spännande med psykiatri och att fallet Quick engagerar.

Överfyllt på psykiatrisk filmfestival

Det psykiatriska programmet på RIX avslutades med att "den psykiatriska filmfestivalen" som varit en del av programmet på SPK de senaste åren kom till RIX. Det var den guldbaggebelönade filmen "Ångrarna" om svåra livsval som vi tar och ångrar, påtagligt beskrivet i denna film om två män som bytt kön till kvinnor och sedan ångrat sig. Cecilia Dhejne modererades av Axel Haglund och beskrev även aktuell forskning och behandling vid könsdysfori. Tankeväckande och fin avslutning även om popcornet från SPK:s filmvisningar saknades.

Planering för 2015 redan igång

Efter ett program på RIX 2014 med en ännu större mötesplats för oss medlemmar i SPF samt som också möttes av att andra specialiteter undrade om de fick komma på SPK för att få mer psykiatri är nu planeringen för Riksstämman 2015 redan i full gång. Sätt av datumen 3-4 december 2015 redan nu! Ett samarbete med SFAM har inletts kring vissa punkter och vidare planeras bland annat en uppföljning av *Psykiatri i tiden* med nya representanter från psykiatrin idag. Förhoppningsvis kommer vi även ha en ny debatt under programmet och definitivt ett nytt filminslag. Välkommen då!

Maria Larsson
Riksstämmosekreterare SPF
Överläkare Norra Stockholms Psykiatri



New public management inom psykiatrin

En sketch

En patient har fått ett nybesök till en läkare och sitter i väntrummet. En sekreterare kommer in med ett stort antal A4 papper.

"Ursäkta mig är det Erik Karlsson. Här är fem självskattningsformulär. Fyll i dem och ta med dem in till doktorn".

Patienten sitter en stund och fyller i.

"God dag är det Erik Karlsson. Var så god och kliv på", säger doktorn. "Varför är du här?"

"Jag mår så dåligt" säger patienten.

"Kan jag få formulären?" säger doktorn. Sedan sitter doktorn och läser och räknar. 15 poäng, 25 poäng, 32 poäng...

"Jo, jag är så orolig, det kryper i kroppen, Jag kan inte sova. Vaknar hela tiden och har otäcka drömmar." säger patienten medan doktorn sitter och räknar.

"Ja men då skall du få två mediciner mot ångest. Den ena heter Sertralin. Börja med en halv tablett dagligen i fyra dagar Sedan 1 tablett dagligen. Sedan får du 10 tabletter Imovane för insomning".

"Jag förstår inte riktigt varför jag är så orolig?" säger patienten.

"Ja, det finns många anledningar till det, men ta medicinerna. De hjälper. Om du vill kan du höra av dig efter tre månader. Receptet finns nu på apoteket." Doktorn sitter vid datorn och skriver ut recepten samtidigt som han pratar med patienten. Tittar inte på patienten.

"Ibland får jag som panik i kroppen och tror jag skall få hjärtinfarkt" säger patienten.

"Din husläkare som skrev remissen säger att du är fysiskt frisk. Så prova medicinen. Vi kommer inte längre för närvarande. Adjö." Sägar doktorn.

När patienten har lämnat rummet tar läkaren fram mikrofonen och dikterar följande:

Patienten visar på formuläret mot depression 15 poäng, för personlighetsstörning 25 poäng och på ångestformuläret 32 poäng. Det två övriga formulären inte relevanta.

Patienten får recept på Sertralin 50 mg 100 tabletter och Imovane 7,5 mg 10 tabletter. Diagnoserna blir Anpassningsstörning F43.9. Ångesttillstånd ospecificerat F41.9. Osjälvständig personlighetsstörning F60.7. Icke organisk sömnstörning F51.0 och Mardrömmar F51.5.

Åtgärderna är följande. Klinisk bedömning psykologiska funktioner AU 002. Klinisk undersökning psykiskt tillstånd AU009. Självordsriskbedömning AU012. Anamnesupptagande AV018. Haft ett stödande samtal DU007. Ordinerat ett läkemedel DT026 och skrivit ut ett läkemedel XV008.



FOTO: SHUTTERSTOCK/ANDREY_POPOV

En kommentar

Denna sketch skrev jag till ett möte i ABF-huset den 22 november 2014 inför en debatt om ersättningsystem och new public management inom psykiatrin arrangerat av nätverket för Gemensam välfärd. Tyvärr är sketchen inte så absurd som man skulle kunna tro.

Sketchen bygger på vad jag dessvärre sett ett antal gånger från olika mottagningar. Jag har exempel på där man trots allvarliga psykiska besvär inte fått någon återbesöks tid förrän efter tre månader, naturligtvis på grund av kömiljarden. Då kan man ju strunta i nybesöket, om man vill ha kvalitet. Ett skydd finns ju att patienten kan bli akut intagen i slutenvård. Jag har exempel på patienter som fått medicin utan förklaringar, men apotekspersonalen kan ju lämna information. Jag har också exempel på där patienter fått självskattningsformulär att fylla i hemma och inget återbesök eller uppföljning då patienten inte legat på. På en del mottagningar sätter man en mängd diagnoser utan att man från journalen kan se hur man fått dem och på journalsystemet Cosmic kan du om du är duktig sätta åtminstone 5-10 åtgärder på ett besök. Jag hjälpte en bekant som behandlats illa (ingen kan säga vilket landsting det gällde). Då fick mottagningen fart och skärpte sig. Jag tror människor med allvarliga psykiska störningar skall försöka skaffa en bekant som är psykiater och går inte det får man försöka lära patienterna som är i underläge att bli tuffare och vilja ha tid hos enhetschefen eller adressen till Patientnämnden.

Ett bättre sätt är naturligtvis om psykiatrin kan ta tag i det som inte fungerar, t.ex. att prioritera de svårast sjuka framför de friska. Strunta i massa skräpåtågärder och försöka få en bra

samtalsrelation till patienten. Jag kanske är för gammal men min bild är att om jag har en bra klinisk relation till patienten kan jag också använda min naturvetenskapliga kunskap t.ex. att patienten tar den medicin jag skrivit ut. Ett problem i många landsting är att det är ekonomiska neddragningar, brist på personal inom många yrken, dåligt teamarbete och brist på samverkan med vårdgrannar. Då måste psykiatrin tydliggöra för de politiskt ansvariga att man får inrätta en typ av "krigspsykiatri" eller "U-landspsykiatri" och endast ta hand om de mycket svårt psykiskt sjuka. Resten får klara sig utan psykiatrin då det fattiga Sverige inte har råd med mera insatser.

Ja det här blev kanske lite för elakt. Det finns många inom olika yrken inom psykiatrin som gör mycket stor nytta och fungerar bra. Det är inte dem jag skriver om. Det är självklart lätt för mig som nu blivit pensionär att vara tuff. Hur kan en nybliven överläkare som köpt en dyr villa våga säga ifrån i det administrativa system som nu pågår? Jag känner flera exempel där chefer idag utan kunskap i psykiatri, försöker bli av med psykiatrer som säger ifrån och som då påpekar att man inte kan garantera en patientsäkerhet. Det är tungt att nästan varje vecka hitta artiklar om hur illa den psykiatriska vården fungerar i Sverige. Hur förbättrar man den psykiatriska sjukvården? Jag tar gärna emot kommentarer!

Lars Albinsson

Med.dr. Specialist i psykiatri

lars.albinsson@hotmail.se



SPF på studiebesök i Berlin

I slutet av januari besökte SPFs styrelse två psykiatriska kliniker i Berlin i syfte att studera likheter och skillnader mellan svensk och tysk psykiatri och för att utveckla kontakterna med den tyska psykiatrin. Vi blev mottagna av ordföranden för den tyska psykiatriska föreningen, dr Iris Hauth. Trots den geografiska närheten, endast en dryg timmes flygresa, slogs vi av skillnader i utövandet av sjukvård mellan våra två länder.

Tyskland är som bekant ett betydligt större land än vårt. Här arbetar drygt 13 000 psykiatriker. En nästan lika stor yrkesgrupp är läkare med en grenspecialitet som nära nog är unik för landet, nämligen Psykosomatik och psykoterapi. Denna specialistgren innebär mer utbildning i internmedicin. Det stora flertalet av dessa läkare träffar patienter med lindrigare psykiatrisk problematik och utövar framför allt psykoterapi. Även i utbildning till psykiater ingår sedan 1998 en fullständig psykoterapeutisk utbildning.

Sektorspsykiatri på kristen grund

I Berlin är den psykiatriska vården organiserad i geografiska upptagningsområden, något som överensstämmer med den svenska modellen. Dock noterade vi en del avsevärda skillnader. I tre av de stora upptagningsområdena bedrivs psykiatri av en katolsk stiftelse, Alexianerorden. Den kristna grundvärderingen är uppenbar i dessa vårdinrättningar.

Några nunnor skymtar lite här och där. Andliga symboler, ofta i form av krucifix, pryder väggarna.

Att den offentliga vården har en religiös värdegrund verkar inte uppfattas som problematiskt av personalen eller patienter, som inte på något vis behöver dela trosuppfattning. Enligt uppgift är detta inte heller föremål för medial debatt. Man strävar efter att förena sedvanlig sjukvård med existentiella inslag. Patienterna erbjuds bland annat samtal med själasörjare. Detta kan exempelvis avse en katolsk eller protestantisk präst men också en imam.

Som besökare från Sverige var det inte utan att vi kände oss en smula underlägsna. Genomgående möttes vi av vacker arkitektur. Den psykiatriska vården förefaller präglas av hög grad av struktur och med ett stort vårdutbud. Antalet slutenvårdsplatser är också betydligt högre än i Sverige. Generellt uppfattade vi att detta är organisationer skapade för patienten i centrum – och med stor respekt för individens behov.

Det stora vårdutbudet är som sagt slående. Som svensk undrar man hur det kan finnas medel till allt detta? Vi mötte mängder av avdelningar och öppenvårdsmottagningar med inriktning på olika vårdbehov: nyförlösta mödrar, depressioner, dagavdelningar, vårdformer för patienter med



olika former av samsjuklighet (bland annat verksamheter för psykiatriska patienter med sänkt kognitiv förmåga).

På sjukhuset finns verksamheter från såväl akut vård till mer rehabiliterande dito och med aktiva stödprogram för rehabilitering i arbete. Även beroendevården är integrerad i samma organisation, även här med såväl akut som rehabiliterande vård.

Öppenvård för patienter med olika vårdbehov

Det finns tre former av psykiatrisk öppenvård som läggs upp beroende på vilka behov patienten har. Största delen av den psykiatriska öppenvården bedrivs av privatpraktiserande psykiatrer. En växande grupp av patienter får vård i s.k. *Ärztelhäuser* (Läkarhus). Det är vårdcentraler där läkare med olika specialiteter samarbetar under samma tak. Psykiatripatienter med stora vårdbehov som kräver multiprofessionella insatser kan få vård i specialmottagningar som bedrivs i nära samarbete med psykiatriska slutenvårdsinrättningar.

Vi besökte en sådan psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Överläkaren hade för dagen fjorton patienter bokade. Hon dokumenterade själv i dator, men betydligt kortare anteckningar jämfört med vad vi är vana vid. Två timmar varje dag hade man öppen mottagning, för patienter som missat sina tider, behövde recept eller sjukskrivning. Generellt ville man hellre träffa patienterna, snarare än att behandla via telefon. Detta har dock inte med ersättningssystem att göra, eftersom ersättning är fast per patient, förutsatt att man träffas minst två gånger per kvartal.

Kollegan uttryckte sig i positiva termer om sitt arbete, och sa att hon sällan arbetade övertid, men generellt är det

mycket vanligare än i Sverige att arbeta mycket övertid. Tillsvidareanställningar är i Berlin ovanliga under de första yrkesåren. Lagstiftningen tillåter tre förlängningar av tidsbegränsade anställningar under de första nio åren en läkare är anställd på ett sjukhus. På landsorten blir det tydligt med en tilltagande läkarbrist även i Tyskland, dock märks nästan inget av det i huvudstaden än. Någon större brist på psykiater finns inte, hyrläkare finns inte i psykiatri (med däremot inom kirurgin).

Slutenvård – inte förvaring

Den slutna psykiatriska vården kännetecknas av allt annat än förvaring. Vi besökte en avdelning med inriktning på behandling av depression. Patienterna deltar i schemalagda aktiviteter från åtta på morgonen till tre på eftermiddagen. På programmet stod bland annat morgongymnastik, läkarsamtal, gruppterapi, IPT, dansterapi, arbetsterapi, drama, kognitiv träning, arbetsterapi och sjukgymnastik. På ett av sjukhusen fanns ett fitness center, en stor gymnastiksal och ett vackert samlingsrum att använda för teater och dans.

Psykotering är en betydligt större artikel i Tyskland, även i slutenvården. Första veckan ägnas åt att finna fokus i behandlingen, därefter påbörjas en mer aktiv individutformad behandling.

Den tyska sjukvården kännetecknas av mindre centralstyrning jämfört med den svenska. Detta märks genom att klinikchefen ges möjlighet att skapa olika former av vårdutbud, där många insatser hos oss nog inte skulle klassas som tillräckligt evidensbaserade (dansterapi, musikterapi, tai-chi, själsoörjare mm). Även om graden av evidensbaserad vårdutbud varierar, uppfattade vi att miljön var väldigt läkande.



Den fysiska miljön i form av lokaler, färgval och ljussättning är utformad för att skapa lugn och ro och bidra till trygghet.

Vid ett sjukhus besökte vi en avdelning med Soteriainriktning. Tanken med detta är att behandla patienter mellan 18 och 35 år med psykossymtom i en mer hemlik miljö, där patienterna deltar i måltidsplanering, tillagning och diskning. Allt detta i en lugn och vacker miljö. Vården är således utformad med tydliga miljöterapeutiska inslag. Genom samverkan med andra patienter (även i idrottsaktiviteter) och deltagande i praktiskt arbete stimuleras kognitiva processer i positiv riktning.

Reflektioner – jämförelser med den svenska vården

Med detta pluralistiska vårdutbud uppkommer förstas frågan – hur kan det vara så stor skillnad mellan våra länder? Är det en ekonomisk fråga? Eller är det synen på vilken vård som är evidensbaserad? Har vi i Sverige kastat ut barnet med badvattnet när vi har utmönstrat diverse behandlingar? Hur kan vi utveckla vården vidare?

Tvivelsutan är detta inte billigt. Klinikchefen Iris Hauth berättar att den tyska psykiatriska föreningen har varit pådrivande i att påverka makthavare att avsätta mer medel för behandling av psykiatriska patienter. Ändå finns det i Tyskland en kritik mot psykiatrin – något som vi här tycks dela.

Tyska psykiatriska föreningen

Den tyska psykiatriska föreningen, DGPPN, är stor, med över 8000 medlemmar. Styrelsen består av arton personer, som träffas fem gånger per år och har flera telefonmöten. Man uppfattar att föreningens uppgifter är att stimulera forskning, arrangera fortbildning, bedriva lobbyverksamhet

för psykiatrins utveckling och minska stigma kring psykisk sjukdom. I likhet med SPF arrangerar man en stor konferens varje år, DGPPN-mötet, som alltid äger rum i Berlin, med över 9000 deltagare från 52 olika länder. Dr Hauth uttryckte förhoppning om ökad samverkan mellan våra psykiatriska föreningar och vi överenskom att bjuda in henne till ett kommande SPK-seminarium för att gå vidare med detta.

Studiebesöket i Berlin kombinerades med ett sedvanligt styrelsemöte.

Vi tar med oss hem starka intryck om en annan klinisk approach i vårt grannland i söder. Förhoppningsvis leder detta till fortsatt samverkan och kunskapsutbyte.



Hans-Peter Mofors (foto)

Lena Flyckt

Michael John

Sofie Bäärnhjelm

Astrid Lindstrand

Alessandra Hedlund

Samtliga från styrelsen SPF

ANNONS



Kropp och Knopp

Nationell ST-konferens 2015

Att psykiatri och somatik är något som hänger ihop kan vara lätt att glömma mitt i natten när man fastnar i konflikter om på vilken klinik en patient hör hemma.

“Medicinkliniken såklart, hen har ju hjärtsvikt!” “Nej, geriatriken, hen är ju jättejättegammal.” “Ingen avföring på flera dagar, hen måste först frias kirurgiskt!” “Men såg hen inte lite ledsen ut, psykkliniken såklart!”

Kanske var det liknande erfarenheter som inspirerade en av deltagarna i fjol att föreslå “psykiatri och somatik” som tema för årets nationella konferens för ST-läkare i psykiatri. Under namnet “Kropp och Knopp - om själens kroppsliga uttryck och kroppens själsliga yttringar” gick denna av stapeln i Stenungsund utanför Göteborg, 28-30/1. Att ämnet är högaktuellt har märkts då temat uppmärksammats också på andra håll; inte minst under höstens konferens “Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa” som SPF var medarrangörer till.

De 155 platserna till årets konferens fylldes upp snabbt. En ambition från SLUPs styrelse har varit att ta fram ett program som tilltalar ST-läkare i såväl vuxen- som barn- och ungdomspsykiatri men också beroende- och rättspsykiatri.

Därför var det extra glädjande att antalet anmälda BUP-kollegor var större än någonsin och att flera ST-läkare i rättspsykiatri och beroende fanns bland deltagarna.

Konferensen invigdes med en föreläsning av professor Marie Åsberg, där åhörarna bjöds på en medicinhistorisk exposé över synen på kropp och själ. Professor Åsberg firade snart 50 år inom psykiatri (!) och hennes deltagande var något som flera medlemmar efterfrågat och föreläsningen motsvarade gott och väl allas våra högt ställda förväntningar. Det fortsatta programmet uppvisade en bred spännvidd med föreläsningar inom bland annat konsultationspsykiatri, farmakologi, somatiseringssyndrom, akut internmedicin för psykiatriker och EKG-tolkning. Flera moment gavs som interaktiva “workshops”- ett inslag som var mycket populärt och kommer att bibehållas till nästa års konferens. Flera deltagare påtalade att det var extra roligt att utöver föreläsningar av psykiatriker få träffa och lyssna på kollegor från andra specialiteter - föreläsarna inkluderade bland annat kollegor inom geriatrik, internmedicin och anestesi.



För andra året i rad anordnades en postersession, där den nyblivna specialistläkaren Pauliina Ikonen (Stockholm) och ST-läkaren Josefine Forssell (Sundsvall) presenterade sina respektive forskningsområden. Postrarna visade två inspirerande exempel på vad man kan göra som vetenskapligt arbete under ST och vi hoppas och tror på fler bidrag till nästa år!

Årets Cullbergstipendiater presenterades sedvanligt i närvaro av professor Johan Cullberg. I år fick åhörarna ta del av stipendiaterna Sanam Rads (Sundsvall) och Karima Assels (Stockholm) berättelser om sina erfarenheter i Hongkong respektive Quebec.

Konferensens andra dag avslutades med den traditionsenliga galamiddagen. Kvällens toastmastrar Isak Sundberg och Hanna Spangenberg bjöd gästerna på en resa via amerikansk rap-musik till äventyr i Paris; och längs vägen väntade spex, tal, spel på såg och det traditionella quizzet som i år hade filmtema. En avtackning av ordförande Olle Lidman hanns också med innan kvällen fortsatte med dans långt in på natten...

Jörgen Vennsten, ST-läkare i barn- och ungdomspsykiatri i Göteborg, valdes vid årsmötet till ny ordförande för SLUP. Jörgen höll ett kort anförande vid årsmötet, där han presenterade sina visioner för arbetet i föreningen. Övriga styrelsen och medlemmar gratulerar Jörgen till ordförandeskapet och ser fram emot ett spännande och produktivt år!

SLUP-styrelsen vill tacka alla föreläsare, utställare och deltagare som bidragit till den fantastiska stämningen på konferensen och hoppas på återseende vid nästa konferens!

Hanna Spangenberg
Anna Malmqvist
Tove Mogren
SLUPs styrelse
Foto: Tove Mogren



1157 akademiska avhandlingar inom psykiatrin i Sverige 1858-2012

Sjukligheten i psykiatriska sjukdomar kostar Sverige minst 75 miljarder kronor per år enligt beräkningar av Kungliga Vetenskapsakademien (KVA). Anslagen för psykiatrisk forskning utgör endast 0,1-0,2 procent av vad dessa sjukdomar kostar landet. Svensk cancerforskning får 2 procent av landets kostnader för cancervård, dvs. över 10 gånger mer.

Psykiatrisk forskning är således försummad, vilket präglar utbildning och vård. KVA föreslog att svensk psykiatri skulle stärkas med 90 miljoner per år för forskning och forskarutbildning [1].

Men hur aktiv har svensk akademisk forskning inom psykiatrin varit genom åren? Psykiatrin är en jämförelsevis ung specialitet. Termen psykiatri myntades först 1808 av Johan Wolfgang von Goethes livläkare Johan Christian Reil. Den förste läkaren i Sverige som anställdes för att endast behandla psykiskt sjuka var Georg Engström som 1829 utnämndes till överläkare vid det då nyupprättade centralhospitalet i Vadstena.

Den första avhandlingen i psykiatri i Sverige "Bidrag till den psykiska aetiologien" försvarades 1858 av Johan Leonard Dahlberg i Uppsala. Den fjärde avhandlingen försvarades fem år senare 1863 av Nils Gustaf Kjellberg, också i Uppsala, "Om sinnessjukdomarnas stadier. Utkast till en psykiatrisk diagnostik" där han tog hänsyn till hela sjukdomsförloppet och inte bara till huvudsymtomen. De psykiska sjukdomarnas "aetiologi" – orsaker – och en mer exakt diagnostik är fortfarande i forskningens centrum. Översikten av de 1157 avhandlingarna visar att psykiatrin utvecklats under de senaste 150 åren men att vi ännu inte kan sägas ha alla svar som vi önskar.

Vi har sammanställt de 883 avhandlingar som försvarades mellan 1858 och 2012 vid de svenska universitetens psykiatriska avdelningar. Dessutom har vi samlat ytterligare 274 akademiska avhandlingar med anknytning till psykiatrin, men försvarade vid sektioner utanför den kliniska psykiatrin. Vi vill passa på att tacka alla som hjälpt till med insamling av materialet; samtliga universitet i Sverige har deltagit.

Informationen visas nu på webbsidan för Svensk Psykiatri. För att underlätta framtida forskning om akademisk forskarutbildning, har varje avhandling tilldelats ett nummer («P» för psykiatriska avhandlingar och en «PX» för psykiatrinära titlar), följt av det år då avhandlingen försvarades, namn på universitet och institution, forskarens namn och yrke, avhandlingens titel, och det språk som den publicerades på (oftast engelska). En liknande sammanställning är inte tillgänglig vid något bibliotek eller någon svensk organisation. Enligt önskemål skall en kopia av varje avhandling finnas vid en särskild psykiatrisk sektion vid Medicinhistoriska museet vid Uppsala Universitetet [2].

Den första kvinnan som disputerade i psykiatri var Anna-Lisa Annell, Uppsala 1953, på "Pertussis in infancy as a cause of behaviour disorders in children" (P34), och den första icke-läkaren var psykolog Anna-Lisa Myrsten vid Karolinska Institutet, som 1971 försvarade sin avhandling «Effects of alcohol on psychological functions: Experimental studies on non-alcoholic subjects» (P91).



Foto: Uppsala-Bild. Upplandsmuseet

Anna-Lisa Annell försvarade i Uppsala 1953 sin avhandling om beteendestörningar hos barn efter infektion av bakterien Bordetella pertussis med titeln "Pertussis in infancy as a cause of behaviour disorders in children". På fotot omgiven av från vänster förste opponenter Sven Ahnsjö, tredje opponenter Ingvar Nylander och andre opponenter Stig Sjölin.



Foto: Privat ägo, med tillstånd av Anna-Lisa Myrsten

Psykolog Anna-Lisa Myrsten försvarade vid Karolinska institutet 1971 sin avhandling "Effects of alcohol on psychological functions: Experimental studies on non-alcoholic subjects".

De senaste 10 åren har i genomsnitt 35 doktorer försvarat avhandlingar årligen. Under 2012 disputerade 34 för doktorsgraden – 12 var läkare, varav 7 arbetade inom vuxenpsykiatri (20 %). Den minskande andelen läkare är ett växande problem.

Hans Ågren, professor emeritus
vid Sahlgrenska akademien, Göteborg,
hans.agren@gu.se

Lennart Wetterberg, professor emeritus,
Karolinska Institutet, Stockholm,
lennart.wetterberg@ki.se

Mer information om avhandlingarna:
www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

1. Ågren H, Wetterberg L. Upprop: 883 avhandlingar inom psykiatri i Sverige 1858-2012. Läkartidningen 2013; 110: 1110.
2. Wetterberg L. History of psychiatry in Sweden during a millennium. Nord J Psychiatry 2012; 66 Suppl 1: 42-53.

SSBS SVENSKA
SÄLLSKAPET FÖR
BIPOLAR SJUKDOM

SSBS, Stockholm 24 april, 2015
Tidig upptäckt av Bipolär sjukdom
differentialdiagnostik och samsjuklighet

ur programmet
Emerging Mood disorders –
Professor Jan Scott,
Newcastle University, U.K.

Läs mer på www.svenskpsykiatri.se

Svensk Psykiatri överallt.....

I boken *Stalker* av Lars Kepler, kan man läsa:

"Nelly sätter sig i Eriks soffa medan han talar med läkaren och möter leende hans blick när han talar de avslutande artigheterna och uppger att överläkarens artikel i Svensk Psykiatri var strålande innan samtalet avslutas"

Towards a Science of Consciousness

20-årsjubileum

"There is nothing that we know more intimately than conscious experience but there is nothing that is harder to explain" (David Chalmers 2010).

Towards a Science of Consciousness är en årlig tvärvetenskaplig konferens för medvetandeforskning.

"The hard problem"

Vid starten 1994 satte den då unge okände filosofen, numera filosofiprofessor, David Chalmers fokus på medvetandeproblemets kärna.

"The easy problems" rör främst olika kognitiva funktioner och beteenden, som av allt att döma kommer att kunna förklaras med hjärnan.

"The hard problem" är att förklara själva den *medvetna upplevelsen*. Även hjärnforskare som, liksom de flesta, är övertygade om att även den medvetna upplevelsen ska kunna förklaras med hjärnan skriver 2003:

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

Enligt Chalmers är the hard problem unikt genom att det går bortom beskrivning av hur vi utför funktioner (beteende), då frågan kvarstår varför dessa funktioner åtföljs av upplevelser. Därför kan inte de vanliga metoderna i kognitiv vetenskap och neurovetenskap förklara medveten upplevelse.

Filosoferna oense

Chalmers fick hård kritik av filosofen Daniel Dennett som menar att the hard problem är en illusion och att det på 20 år inte tillfört något nytt. Dennett har "förklarat medvetandet" och påstår även att det är en illusion genom att det räcker att förklara funktioner. Men Dennetts lista på "upplevelser" innehåller bara funktioner och utesluter medvetna upplevelser, så enligt Chalmers är hans "förklaring" snarast en bortförklaring.

Filosofen John Searle tar som axiom:

1. att medvetandet existerar och alls inte är en illusion,
2. att alla medvetna tillstånd orsakas av neurobiologiska processer (men han förklarade inte *hur*)
3. att han kan bevisa att epifenomenalismen är falsk då han genom en mental viljeakt kan lyfta sin arm.

Det första håller de flesta med om. Det tredje är dock inget bevis mot epifenomenalismen för det kan hävdas att det är en och samma hjärnprocess som orsakar *både* den mentala

upplevelsen av viljan och armens rörelse. Även Searles andra påstående är tveksamt.

Chalmers menar att reduktionistiska förklaringar inte håller och föreslår därför att medveten upplevelse ses som en fundamental egenskap hos verkligheten i paritet med massa, laddning och rum och tid. Chalmers tror att lösningen på the hard problem antingen är dualism eller panspsykism.

Dualismens problem är växelverkan medvetande-materia. Problemet att den fysiska världen redan verkar kausalt slutet kan enligt Chalmers lösas genom att kvantmekanikens vågkollaps skulle kunna påverkas av medvetandet. Panspsykismen, t.ex. i Russells monism där materians innersta kvalitet är fenomenell eller protofenomenell (förstadier till medvetande), har problemet hur många "små medvetanden" kan bli ett sammanhängande medvetande. Deepak Chopra menar att detta problem kan omvändas, och kanske göras lättare, genom att utgå från den Vediska synen som antar att medvetande är tillvarons grund och att individuella medvetanden skapas top-down från ett djupare kosmiskt medvetande.

Nödvändigt med teoretiska ansatser

Den mest utarbetade teorin presenterades av psykiatern Giulio Tononi tillsammans med hjärnforskaren Christof Koch. Trots alla stora framsteg som gjorts med moderna avbildningsmetoder av en levande hjärna ger detta enbart korrelationer mellan medvetna upplevelser och hjärnprocesser. De menar att detta inte räcker, det kan inte ens förklara varför storhjärnan kan alstra medvetande medan lillhjärnan som är minst lika komplex i sin neurologiska uppbyggnad inte gör det.

De menar också att medvetandet inte kan härledas från hjärnan så man måste utgå från medvetandet. Via fem fenomenologiska axiom: existens, komposition, information, integration och exklusion, härleds fem postulat för egenskaper som krävs av fysiska mekanismer för att inrymma medvetande. Teorin, Integrated Information Theory (IIT) är formulerad i logiska och matematiska begrepp och de menar att den i princip kan beskriva både kvantitet och kvalitet hos ett individuellt medvetande.

Filosofen Ned Block ansåg dock att IIT är en teori för kognition och inte för medvetna upplevelser. Jag tror ändå att IIT är ett viktigt bidrag till en vidare utveckling av medvetande-forskningen. Det finns nu så mycket data men ingen sammanhängande teori för medvetandet och för detta tror jag att den axiomatiska metoden är nödvändig. Den

visar också tydligt på implicita antaganden, dvs. något som tas för självklart sant, så det inte ens behöver formuleras som axiom, men som kan ifrågasättas och därför bör formuleras som axiom.

Koch och Tononi skriver

"I know I am conscious: I am seeing, hearing ... something here inside my own head". När det gäller sinnesupplevelser talar data direkt mot detta, se Externalism. Tonneau argumenterar tydligt för detta i "Conscious outside the head".

Men om nu sinnesupplevelser inte är i huvudet utan i kroppen eller rummet omkring oss, var är då minnet och tankar lokaliserade? Inte i rummet nu! Utifrån en realistisk syn på verkligheten kan man visa att rumtiden är ontologiskt fyrdimensionell, dvs. allt som hänt och ska hända finns redan i rumtiden. Tonneau menar också att dessa mentala upplevelser är "in temporally extended environment outside the brain".

Koch och Tononi gör också, som nästan alla, det implicita antagandet att alla medvetna upplevelser har neurofysiologiska korrelerat. Detta kan naturligtvis tas som ett rimligt axiom, men det är inget empiriskt faktum. Det enda vi vet är att det för vårt vanliga medvetande finns korrelationer med hjärnprocesser. Men de betonade själva att korrelationer inte räcker.

Om det går att göra en axiomatisk teori med antagandet att alla medvetna upplevelser är korrelerade till hjärnan tycks det klart att det även går att pröva ett annat axiom: en viss mängd av upplevelser skapas av hjärnan men en annan mängd kan existera skilt från hjärnan.

Skandinaviska bidrag

Svensken Max Tegmark, nu fysikprofessor i USA, framförde hypotesen att medvetandet kan förstås som ett tillstånd av materia, "perceptronium", i en generalisering av Tononis ITT till godtyckliga kvantsystem.

Även den finlandssvenske filosofen Paavo Pyllkanen tog i ett föredrag upp kvantmekaniken men utifrån David Bohms ontologiska tolkning. Där antas den kvantmekaniska vågfunktionen beskriva ett objektivt verkligt fält som guidar partiklar genom att fältet innehåller aktiv information. Bohm skissade på en teori där kvantteorin generaliserades så att den även kan förklara hur den mera subtila mentala informationen aktivt kan påverka den mer manifesterade fysiska nivån. Detta kan belysa det mentals kausala kraft,

men Pyllkanen framhåller att det inte enkelt kan förklara medvetna upplevelser.

Posters presenterades av Börje Peratt "The origin och Consciousness", Kersti Wistrand "Transpersonal experiences among women during childbirth" och undertecknad "Conscious spacetime. A possible connection between phenomenal properties and six dimensional spacetime".

Vid den avslutande plenardiskussionen togs upp problem för den fortsatta medvetandeforskningen förutom the hard problem. I fysiken är den fyrdimensionella rumtiden statisk, "allt är redan färdigt", men vi upplever ändå ett nu och förändring. Professor Jonathan Schooler menar att det måste finnas ytterligare en tidsdimension, en subjektiv tidsdimension som beskriver hur vi rör oss i den objektiva tiden. Här har nog hjärnan sin viktiga funktion som en "tidsmaskin" som begränsar oss till nuet och möjliggör upplevelsen av förändring i vår resa genom rumtiden.

Vi kan också resa bakåt i tiden, när vi minns, och snabbare framåt när vi planerar och fantiserar om framtiden. Platons definition av tid som en rörlig bild av evigheten förefaller spegla denna subjektiva tid.

Kanske närmar vi oss svaret på medvetandets gåta? Enligt hjärnforskaren och nobelpristagaren Roger Sperry har svaret också en vidare betydelse:

"Sociala värden beror direkt eller indirekt på om vi t.ex. tror att medvetandet är dödligt, odödligt, reinkarnerat eller kosmiskt och om vi uppfattar medvetandet som lokaliserat och bundet till hjärnan eller väsentligen universellt, etc..." (min övers.)

Jan Pilotti

**Pensionerad ungdomspsykiater,
Fil.kand. matematik, teoretisk fysik**

Referenser finner du på hemsidan www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

En ny gren av rättsmedicin, forensisk mykologi: användningen av svampar i brottsutredningar

Jag hittade en översiktsartikel i *Forensic Science International* av David L. Hawksworth och Patricia E.J. Wiltshire från 2011. Det är den första översikten över kriminalteknisk mykologi. Den är baserad på all tillgänglig information i litteraturen, tillsammans med tretton exempel från polisiära ärenden.

Bakgrundskunskap om svampar behövs i studiet av mykologi i brottsutredningar. Det handlar om att uppskatta tiden när döden inträtt, fastställa tidpunkten för deponering (av en kropp), utreda dödsorsak genom olyckor efter hallucinationer eller förgiftningar, lokalisera nedgrävda lik och kroppsdelar och även utföra utredningar inom biologisk krigsföring.

Man tittar på svampar av alla slag, inklusive röt-, mögel-, mjöldaggs-, slem-, rost-, sot- och jästsvampar samt storsvampar och lavar.

Användning av mykologiska bevis i brottsutredningar har framS till de senaste åren till stor del begränsats till fall som rör giftiga arter och hallucinogena arter. Men under de senare åren har man funnit andra situationer där svampdata givit avgörande bevis. Ett exempel gäller fastställandet av tidpunkten för när en friherrinna i Belgien mördades. Svamputväxter hittades på den döda kroppen, prover på ett ögonlock och från ljumskhud isolerades. Man inkuberade svampisolaten i samma temperatur som den där kroppen hade funnits (konstant termostatstyrt 12 °C i ett rum), och mätte svampkoloniens tillväxt dagligen. Man uppskattade då att kvinnan hade legat död minst 18 dagar innan hennes kropp upptäcktes och därför kunde mördaren ganska snart hittas.

Ett annat fall: När kroppen av en man hittades i tunnelbanan i nordvästra London ansåg rättsläkaren att döden inträffat högst 48 timmar tidigare... Det fanns inga tecken på djurpåverkan eller insekter. Men en stor rund svampkoloni under hakan indikerade att kroppen legat "in situ" mellan tre och fem veckor. Nedbrytningen hade försenats eftersom vädret hade varit ovanligt kallt, och den låga temperaturen hade hämmat koloniseringen av flugor.

Lavar

Historiskt finns mycket gamla rapporter om lavar som växer på mänskliga skallar. I synnerhet skallav (*Parmelia saxatilis* och några besläktade arter) sades vara "värda sin vikt i guld" som ett botemedel för epilepsi. År 1640 uppgavs i gammal litteratur att den "växer upp på kala skalper av män och kvinnor som har legat döda lång", och för störst effekt "ska laven tas från skallarna på dem som har hängts eller avrättas

för brott". Men i brottsutredningar är det nyare data som gäller.

En fläderkvist med lavar hittades på marken under en kroppsdel av ett lik. Den aktuella laven har olika färger i solbelysning, i skugga, i mörker och fukt. Ett enkelt experiment konstruerades, varvid lav från samma ort täcktes över av plast och jämfördes med ett intilliggande men oövertäckt prov. Laven ändrade färg - från gul till grön - inom fem dagar. Detta visade att kroppsdelens på brottsplatsen nog inte varit där mer än en vecka.

Giftsvampar

Svampförgiftning kan vara oavsiktlig eller avsiktlig, och kan vara dödlig. I de flesta fall beror förgiftningen på intag av felaktigt identifierade svampar av oerfarna plockare som ofta tillhör offrets familj. I de flesta fall är förgiftningen inte dödlig. Resultatet varierar beroende på den förbrukade mängden och individuell tolerans. I vissa fall kommer symptomen snabbt, medan det i andra - som ofta omfattar njurskador - kan dröja flera dagar. Mest giftiga är de svampar som producerar amanitin (t.ex. vit flugsvamp), gyromitrin (stenmurkla), muskarin (t.ex. vissa arter av *Conocybe* och *Inocybe*), och orellanin (t.ex. toppig giftspindling) där endast små mängder kan visa sig ödesdigert.

Antalet verkligt giftiga svamparter är litet. Olyckligtvis är dock några av de giftiga arterna ganska vanliga och kan förväxlas med ätliga arter av oerfarna plockare. I fallet med misstänkt svampförgiftning ska återstående svampar säkras, och maginnehåll analyseras. Det finns många böcker om svampidentifiering, men regionala guider är sällan heltäckande eftersom det finns så många arter. Detta är ett uttryck för behov av en större litteratur!

Det är intressant att läsa om rättsmykologi och med litet tur åker jag på kongress i London och träffar artikelförfattarna.

Per-Axel Karlsson
Chefsöverläkare
Psykiatri länsregionen, Öjebyn

Fotnot: Jag körde "Google translate" för att titta närmare på artikeln inför en översättning och då hittade jag roliga detaljer. Exemplet "lurviga bläckklocket (*Coprinus comatus*)" tog nog priset.

ANNONS

Medvetandeträning – en effektiv suicidpreventiv metod

I Sverige är självmord i åldersgruppen 15-24 år den vanligaste dödsorsaken för båda könen. Till skillnad från i äldre åldersgrupper, där självmorden blivit färre under det senaste decenniet, visar de en stigande tendens bland unga. Även bland de allra yngsta (10-14 år) har självmorden ökat under 2000-talet jämfört med under tidigare år. I åldersgruppen 15-24 år är det årliga antalet registrerade självmordsförsök omkring 20 gånger fler än antalet självmord. Dessutom sker sannolikt lika många oupptäckta och oregistrerade fall. Ett självmordsförsök är den enskilt starkaste prediktorn för framtida självmord.

Även om stress och omvälvande livshändelser kan utlösa självmordsbeteende i alla åldersgrupper, så är sannolikt psykisk ohälsa den starkaste riskfaktorn. Allvarliga psykiska sjukdomar är sällsynta hos ungdomar, men många ungdomar mår inte psykiskt bra. När svenska ungdomar själva får beskriva hur de mår psykiskt visar deras uppgifter, enligt Statistiska centralbyråns ULF (Undersökningar av levnadsförhållanden 2012-2013), att mer än 20 % av ungdomarna har besvär som ångslan, oro, och ångest. Psykiska störningar under tonåren ökar risken för allvarlig psykisk sjukdom och självmordsbeteende som vuxen samt ger en förkortad livslängd (1,2). Flera studier bekräftar att merparten av unga människor med psykiska problem och självmordstankar inte söker hjälp utanför sin egen krets av jämnåriga och sociala nätverk (3). Ett vanligt hinder för att söka hjälp ifrån vuxna är att man inte vet hur man skall berätta om sina problem och sina självmordstankar samt att man är rädd för att det man berättar inte skall behandlas konfidentiellt. Men att berätta för en jämnårig eller andra i sitt sociala nätverk leder sällan vidare till hjälp. Ofta får den som får förtroendet att höra om den drabbades självmordstankar lova att inte berätta för någon. Endast ett fåtal ser till att vederbörande söker vård eller alternativt vidarebefordrar informationen till en vuxen som skulle kunna hjälpa. Psykiska besvär och självmordsbeteende innebär ett stort lidande inte bara för den drabbade individen, utan även för anhöriga och den närmaste omgivningen samt stora kostnader för samhället. Följaktligen är det ytterst angeläget att utveckla och implementera självmordsförebyggande åtgärder som är speciellt utformade för de yngre åldrarna.

Svenska forskare från NASP vid Karolinska Institutet presenterade nyligen tillsammans med europeiska och amerikanska kollegor en studie i Lancet, som visade att man genom medvetandeträning (the Youth Aware Mental Health Programme;YAM) kan stärka den psykiska hälsan och

minska självmordstankar och självmordsförsök hos unga (4). Den suicidpreventiva interventionen utvecklades specifikt till studien, som genomfördes inom det multinationella forskningsprojektet SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) rörande ungdomars psykiska hälsa och självmordsbeteende (5). Studien är den första europeiska, multinationella, randomiserade kontrollerade prövningen av suicidpreventiva interventioner för ungdomar som gjorts. 11 110 ungdomar mellan 14-15 år från 168 skolor deltog i studien.

YAM har som målsättning att göra ungdomar medvetna om vad psykisk hälsa är och hur den kan vårdas och att göra ungdomar intellektuellt och emotionellt medvetna om psykiska problem samt ge dem kunskap om friskvård och sunda livsvanor. Programmet beskrivs i en pedagogiskt utformad och lättläst 27-sidors boklet som ges till varje elev och där 6 specifika ämnesområden tas upp: Medvetenhet om vad psykisk hälsa är, råd om självhjälp, stress och kriser, depression och självmordstankar, hur man bäst hjälper en vän som mår psykiskt dåligt och hur man söker råd och hjälp (6). 6 postrar, som skildrar de 6 olika ämnesområdena i manualen hängs upp i klassrummet och får hänga där under de fyra veckor som interventionen pågår. Under sammanlagt 5 timmar under de fyra veckorna sker en vuxenledd undervisning i manualens 6 ämnesområden i kombination med rollspel. I rollspelen får ungdomarna tillfälle att spela upp vanliga motsättningar och konflikter i en tonårings liv och sociala umgänge. Innehållen i rollspelen är hypotetiska och det finns olika exempel att välja ibland. Ungdomarna behöver aldrig visa sin egen utsatthet och spelar aldrig upp en situation de själva har upplevt exempelvis föräldrars skilsmässa eller arbetslöshet. Deltagandet i rollspelen är frivilligt, men alla deltar aktivt eller passivt i små grupper. Allt sker under överinseende av en tränad instruktör som tillsammans med en assistent ger eleverna träning i att hantera konflikter. Genom ömsesidig påverkan, i det här fallet från elev till elev, får ungdomarna lära sig betydelsen av att vårda sin psykiska hälsa samt tränas i att tala om personliga känslor och problem samt pröva olika bemästringsstrategier.

YAM (www.y-a-m.org) är inte ett behandlingsprogram utan ett förebyggande program som syftar till att förhindra självdestruktiva handlingar innan något har hänt. Ungdomar som identifieras med akut psykisk sjukdom eller självmordsbenägenhet hänvisas direkt och diskret till professionell bedömning.

Resultaten visar att antalet självmordsförsök efter ett år var hälften så många för ungdomar som genomgått YAM-programmet jämfört med i kontrollgruppen, där ungdomarna inte fått någon medvetenhetsträning (4). Några av orsakerna bakom programmets effektivitet är sannolikt att medvetandeträning ger ungdomarna ett verktyg att hantera kriser och stress samt tränar dem att uttrycka sina känslor med egna ord och sätta dem i ett begripligt sammanhang samt ger dem mod att öppet diskutera psykisk ohälsa, självmordstankar och att söka hjälp. Det är inte ovanligt att vuxna anser att det är obehagligt och skamligt att tala om självmord. Många tror på den felaktiga myten att tal om självmord skulle stimulera till självmordsbeteende. Sådana åsikter påverkar naturligtvis ungdomarna, vilka därför drar sig för att söka hjälp av vuxna. Ungdomarna uppskattade programmet och rollspelen uppfattades som en omtyckt utgångspunkt för diskussioner. Medvetenhetsträningen påverkade och förändrade ungdomarnas tidigare generella uppfattning att det inte finns någon man kan tala med när man mår psykiskt dåligt.

En god psykisk hälsa ger en god fysisk hälsa. Ohälsa i barn- och ungdomsåren påverkar hälsan hela livet ut liksom inläring och beteenden i klassrummet. Studien visar att vi med programmet medvetenhetsträning har ett verktyg vi kan införa i våra skolor som kan hjälpa våra ungdomar till en bättre psykisk hälsa.

Rigmor Stain, Dr Med Sci, docent

Vladimir Carli, Dr Med Sci, lektor

Gergö Hadlaczky, PhD, adjunkt

Danuta Wasserman, professor i psykiatri och psykologi

Samtliga vid NASP (Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa), Karolinska Institutet, Stockholm

Referenser: www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html



**Deadline för bidrag till
nästa nummer: 13/05
Tema: Extrem**



Äldrepsykiatri i Berlin - en resa genom europeisk samtidshistoria



Spårvagnen skramlar fram genom ett slitet industriområde i Lichtenberg, Berlin. Graffiti och krossade rutor, en asiatisk marknad med kulörta lyktor. Jag dubbelkollar linjekartan. Jo, det här är rätt väg. En tvär kurva och sceneriet ändras. Mellan höga träd skymtar spetsen av ett torn. Där är det. Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH). Huvudbyggnaden i rött tegel står bakom grindarna. Det är som att bli förflyttad till en annan tid, när fontäner och rosenblom var en självklar del av varje sjukhuspark. När en sjukhuspark var en självklar del av varje sjukhus. Full av förväntan letar jag mig fram till Haus 9. Fyra veckor äldrepsykiatri som Cullbergstipendiat kan börja.

Auf die Plätze, fertig, los.

Den psykiatriska kliniken vid KEH omfattar ett upptagningsområde om 300 000 personer i stadsdelarna Lichtenberg och Hohenschönhausen i före detta Östberlin. Kliniken har åtta slutenvårdsavdelningar, varav två äldrepsykiatriska, en akutmottagning och en begränsad öppenvård inriktad framför allt på de allra sjukaste patienterna. Den "vanliga" öppenvården bedrivs av privatpraktiserande läkare, s.k. niedergelassene Ärzte. I Lichtenberg och Hohenschönhausen, stadsdelar med en mindre bemedlad befolkning, är det långt mellan de psykiatriska mottagningarna.



Men varför i hela fridens namn ansöker man om ett stipendium för att åka hit? Inte bara för att njuta av arkitekturen vid en före detta Irrenanstalt från 1890-talet väl? Nej. För en äldrepsykiater i vardande erbjuder KEH långt mer än så. Klinikens bägge avdelningar har under ledning av Prof Dr med Torsten Kratz utvecklat en egen profil med fokus på terapi, utredning och farmakologisk behandling. Utöver slutenvårdsuppdraget försöker man inom ramen för det snäva systemet (som bl.a. regleras av vad försäkringskassorna, die Krankenkassen, kan tänkas betala för) erbjuda även förebyggande åtgärder. Här ingår bland

annat ronder på särskilda boenden.

Mina första två veckor tillbringar jag på avdelning P6, med inriktning mot patienter med demenssjukdom och beteendestörning. Psykotiska symtom och affektiva tillstånd komplicerar inte sällan bilden. Utredning och farmakologisk intervention är en del av arbetet, men utöver detta erbjuds ett digert terapiprogram. Varje patient har en individuell utformad terapiplan. Musik- och dansterapi, trädgårdsterapi, arbetsterapi, sjukgymnastik och ljusterapi är en del av utbudet. Varje morgon träffas frukostgruppen för en gemensam måltid i ljusterapirummet. I trädgården utanför avdelningen finns förutom utemöbler och planteringar den s.k. demenspromenaden med olika typer av underlag – gräs, sten, sand, jord för stimuli av sinne och balans.

En viktig del av den äldrepsykiatriska vården är vårdplaneringen. På kliniken finns en anställd Sozialarbeiterin, vars uppgift närmast kan beskrivas som en kombination av kurator och biståndsbedömare. Det handlar om att föreslå boenden och lotsa patienter och närstående genom välfärdssystemet, finnas med på ronderna och medverka i planering av utskrivningar. Utskrivningsdatum planeras långt i förväg. Att "närma sig utskrivning" kan betyda 1-2 veckors ytterligare slutenvård.

De sista två veckorna tillbringar jag på avdelning P5, en allmänpsykiatrisk avdelning för äldre. Majoriteten av patienterna lider av affektiva tillstånd och ångestsjukdomar. Den farmakologiska behandlingen känns välbekant, men MAO-hämmare och litium har en mer framträdande plats än vad jag är van vid. ECT används i undantagsfall, men betraktas enligt personalen fortfarande med viss skepsis. Under min tid på avdelningen får jag en vag känsla av att denna skepsis kanske är mer utbredd i personalgruppen än bland patienterna. Även här har patienterna individuella terapiplaner. Utöver de redan nämnda terapierna erbjuds depressionsgrupp enligt KBT, depressionsseminarium och poesigrupp. Jag reflekterar över att tvn aldrig är på och att doserna anxiolytika är minimala mot vad jag är van att se.

Som praktikant, eller Hospitant som det så vackert heter, får jag inte arbeta självständigt. Likt en förvuxen kandidat smyger jag bakom sjuksköterskor, läkare, terapeuter och psykologer. Jag deltar i grupper och seminarier. Provgår demenspromenaden. Lusläser journaler. Fascineras av patienternas livsöden. De är alla födda under Weimarrepubliken, eller nationalsocialismen, eller mitt under brinnande krig. De har levt sina vuxna liv i DDR och åldrats i det återförenade Tyskland. En del är offer för diktaturen, andra förövare. Några är bägge och. Jag cyklar upp till Stasis undersökningsfängelse i Hohenschönhausen för att förstå bättre. En tidigare fånge guidar genom anläggningen. Jag påminns om att DDR är mer än kitschig nostalgia på Berlins loppmarknader. På en tur till ett av ålderdomshemmen vi ska ronda pekar överläkaren dr Kratz ut ett övergivet kontorshus med gultonade fönsterrutor. De där fönstren säger han,



de fanns på Stasis fastigheter. De var DDRs motsvarighet till spegelglas. Och plötsligt ser jag dem överallt på mina cykelturer genom Lichtenberg. Diskreta hus, gula fönster, allseende ögon.

Hur kan man fånga essensen av en sådan här vistelse i ord? Jag reser hem med nya perspektiv på nästan allt som har med mitt arbete att göra. Reflektioner kring tvång, självbestämmande, och beslutskapacitet, nya farmakologiska kunskaper, vikten av meningsfull aktivitet såväl på sjukhus som hemma, reflektioner rörande det svenska välfärdssystemet – och det tyska förstås, idéer kring hur äldrepsykiatrisk vård kan organiseras. Och kanske viktigast av allt: nya vänner och ny inspiration.

Stort TACK till Cullbergstiftelsen för möjligheten att genomföra denna resa, till dr Kratz och kollegorna vid KEH för att jag fick vara där, och till patienterna för deras öppenhet och förtroende.

Anna Lindblad
Överläkare, med dr
Mobila Akutenheten Karolinska/Äldrepsykiatriska
mottagningen
Psykiatri Nordväst

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



PSYKIATRIFONDEN
för bättre mental hälsa

Kalendarium

11-13 mars 2015

Svenska Psykiatrikongressen, Göteborg
www.svenskpsykiatri.se

28-31 mars 2015

23rd European Congress of Psychiatry
Wien, Österrike
www.epa-congress.org/

21-22 april 2015

Svenska BUP-kongressen, Linköping
www.svenskabupforeningen.se/kalender_2015.html

22-24 april 2015

56th Annual Congress of the SCNP (Scandinavian College of Neuropsychopharmacology)
Köpenhamn, Danmark
<http://www.scnp.org/>

16-20 maj 2015

168th APA Annual Meeting
Toronto, Canada
<http://annualmeeting.psychiatry.org/>

28-31 maj 2015

5th World Congress on ADHD, Glasgow, Skottland
<http://www.adhd-congress.org/>

14-18 juni 2015

12th World Congress of Biological Psychiatry
Aten, Grekland
<http://www.wfsbp-congress.org/>

20-24 juni 2015

16 th International ESCAP Congress, Madrid, Spanien
www.escap2015.com/

29 augusti-1 september 2015

28th ECNP Congress (European College of Neuropsychopharmacology)
Amsterdam, Nederländerna
<http://www.ecnp.eu/>

20-23 september 2015

31st Nordic Congress of Psychiatry
Köpenhamn, Danmark
<http://www.ncp2015.dk/>

24-26 september 2015

5 th European Conference on Schizophrenia Research
Berlin, Tyskland
<http://www.schizophrenianet.eu/>

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

En psykoanalytikers väg

Per Magnus Johansson

Göteborgs förening för filosofi och psykoanalys

Per Magnus Johansson är 64 år och har i sitt yrkesliv arbetat hårt. Han har förvärvat en plats inom många kunskapsfält och framstående yrkesföreträdare lovordar honom. Han är psykolog, psykoterapeut, psykoanalytiker och docent i idé- och lärdoms historia. Johansson har en unik förmåga att arbeta över gränser och har erhållit flera prestigefyllda utmärkelser, nu senast invald i KVVVS (Kungliga Vetenskaps- och Vitterhets-Samhället). Han har sedan början av 1980-talet haft en nära relation till sjukvården och speciellt till psykiatrin. Han undervisar och handleder såväl psykologer, läkare som chefer. Han har också haft en speciell integritet vilket idéhistorikern Edda Manga framför i "I kulturen – en vänbok till Per Magnus Johansson", utgiven 2010. Där framgår att hon önskar ta del av Johanssons personliga uppfattningar inom de områden han behandlar. Vi som följt Per Magnus Johansson förstår precis vad hon menar. Johansson har författat åtta böcker och ett hundratal texter. I skrifterna presenterar han respektabla personers slutsatser och analyser sedan de ämnen han avhandlar genom att bryta det historiska perspektivet mot den samtid vi lever i.

Nu har en första bok om honom och hans liv publicerats. *En psykoanalytikers väg* fyller en viktig pusselbit och som titeln antyder får vi följa Per Magnus Johanssons väg genom livet. Att boken publicerats har olika förklaringar. För det första har de som tagit initiativ till boken, det vill säga Emil Asbjörnsen, Rebecca Vinberg och Tormod Johanssen, ett genuint intresse av att få veta mer om människan och psykoanalytikern Per Magnus Johansson. Man kan i boken se hur de närmar sig psykoanalysen utifrån en rad olika frågeställningar. Hur ser dess historia ut? Vilken plats har den i Sverige? Kan man tillämpa den som behandlingsmetod idag? Boken spänner över så vitt skilda områden som filosofi, litteratur, konst, film, idéhistoria, psykiatri och sjukvård men den behandlar även samhället i stort. Johansson lyckas på ett mycket fint sätt redogöra för hur dessa ämnen kan berika varandra och han beskriver även hur han använder sig av sina kunskaper inom dessa fält för att hitta just sin väg.

För det andra tror jag att intervjuarna vet att deras intresse delas av många som tagit del av Per Magnus Johanssons arbete. Man har hört honom föreläsa, läst hans texter, sett honom i tv eller hört honom på radio. Det finns de som arbetat nära honom i olika projekt och flera har låtit sig handledas i sitt arbete som psykolog, läkare eller chef. Det är även många som genom åren gått i analys på hans mottagning på Erik Dahlbergsgatan i Göteborg. Man önskar veta mer om honom som person och hur han på djupet tänker kring alla de frågor som avhandlas.

Det har hitintills inte varit möjligt om man inte arbetat mer tätt ihop med honom. Men även för oss som gjort det innebär det nu skrivna ordet att mycket nytt tillförs. För egen del har Per Magnus Johansson och jag haft flera samarbeten utifrån min position som verksamhetschef och chefsöverläkare vid psykiatrin på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg och även jag berörs och upplyses mycket av läsningen.

För det tredje, och kanske det mest viktiga, är de mer avancerade reflektioner som boken tillför. Inom läkarkåren i allmänhet och bland psykiatriker i synnerhet behöver vi återta det bildade perspektivets anslag. Vi har blivit kunnigare inom medicinens avgränsade områden vilket på ett sätt varit nödvändigt för att kunna ge en bra och specialiserad vård. Men det har också skett på bekostnad av vår förmåga att ta in fler perspektiv i arbetet med psykiatrins patienter. Statens kulturråd har uppmärksammat denna utveckling och har därför valt att storsatsa på kultur och hälsa. Centrumbildningar har skapats, exempelvis den som Ola Sigurdsson företräder på Göteborgs universitet. Johansson förstod i ett tidigt skede värdet av att ha ett öppet sinnelag till många olika kunskapsdomäner.

I boken flyter ämnen in i varandra utan att det blir rörigt. En fråga kan besvaras genom utvikningar och exemplifieringar från olika områden. Ändå får man en känsla av att svaren är sammansatta och präglade av koncentration och eftertänksamhet. Till sin karaktär byggs svaren upp på samma sätt som Per Magnus Johansson arbetar.

Han tar sig an nya ämnesområden, nya bekantskaper och nya institutionella sammanhang på ett öppet och nyfiket sätt. Han har känt sig utmanad av att samtala med olika personer som i grunden haft en avvikande uppfattning än han själv. När det varit konstruktivt så har han varit kvar i ett gott samarbete men när det varit destruktivt så har han valt att lämna. Det var bland annat det som låg bakom att han 1979 begav sig till Paris för att utbilda sig. Han fann sin plats på universitetet där idéhistoria och konst var några av de ämnen som han läste in betyg i. Samtidigt startade han en egenanalys hos juristen, rättshistoriken och psykoanalytikern Pierre Legendre. Dessa två har under drygt 30 år arbetat ihop och arbetet pågår alltjämt.

Läsaren får följa hur Per Magnus Johanssons inre vilja lett honom till den väg som blivit just hans väg och vad det är som fört honom till de sammanhang som han idag befinner sig i. Asbjörnsen, Johansen och Vinberg tycks förvånade över att han inte haft ett utstakat mål utan snarare följt sitt inre begär för att använda ett psykoanalytiskt begrepp.

Just begrepp är något Per Magnus Johansson använder sparsamt. Han menar att det är bättre att tala och skriva med ord som berör och som ligger närmare människans vardagliga språk än att tala på ett teknifierat sätt. I ett möte med en annan människa är det hindrande att på förhand tänka hur denne förhåller sig till det ena eller andra begreppet. Nu ska detta inte missförstås. Psykoanalysen är förankrad i teorier och i erfarenheter som byggs upp till en kunskapsbas med tillhörande och utmejslade kategorier. Men att vara i vetenskapliga sammanhang är något annat än att vara i kliniska sammanhang. Att förutsättningslöst lyssna till någon innebär att man även kan höra något som inte finns uppenbart närvarande. I de fall som sådana möten har kunnat konstitueras så har det varit givande och för många människor en förutsättning för förändring.

Det leder oss in på frågan om psykoanalysens plats inom psykiatrin. Under lång tid har den psykoanalytiskt präglade behandlingen varit den som dominerat och många patienter har vittnat om vilken betydelse behandlingen haft för dem. Idag finns det dock de som hävdar att psykoanalysen inte längre har eller bör ha en plats inom psykiatrin. De hävdar att andra behandlingsmetoder trängt undan behovet av psykoanalytisk terapi. Per Magnus Johansson är sällan kategorisk och intar ofta en försiktigare hållning. Han menar att det finns många faktorer att beakta. Ett ämnesområdes giltighet behöver sättas i ett historiskt och institutionellt sammanhang. Det behöver analyseras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och först därefter kan man dra genomtänkta slutsatser. Johansson underkastar även psykoanalysen denna granskning. Han kommer kanske lite överraskande fram till att psykoanalytisk terapi varken är möjlig eller lämplig för en del av psykiatrins patienter.

Men han vill samtidigt poängtera att psykoanalysen för vissa människor och i vissa situationer faktiskt är betydelsefull. Johansson anser därmed att psykoanalysen har en plats i samhället och inom psykiatrin. Men det behöver tydliggöras på vilket sätt. Psykoanalysen kan bidra till en ökad förståelse av människor och av de patienter som finns inom psykiatrin. Med kunskap om psykoanalytisk teori kan man använda sig av den i mötet med patienter. Några saker kan tydliggöras, några ord på vägen kan hjälpa en människa på rätt väg. Men det innebär inte att det per automatik är möjligt att bedriva en regelrätt psykoanalys. För vissa av psykiatrins patienter kan psykoanalytisk terapi dock ha en central plats och den kan bidra till att de får ett bättre liv. Detta är ett viktigt konstaterande.

En psykoanalytikers väg är inte bara ett personporträtt. Boken innehåller även ett mycket nyanserat och beläst förhållningssätt till de svåra frågor som finns inom psykiatrin. När denna recension skrivs har boken redan recenserats i fem sammanhang och omdömena har genomgående varit mycket positiva. Även min recension följer samma mönster. Bokens karaktär genomsyras av ett allvar, en seriositet och ett respektfullt förhållningssätt till skilda kunskapsfält och till olika auktoriteter. Boken uppmanar oss till reflektion och till ett tänkande som inte hör hemma inom stridens låsta positioner. Jag kan inte annat än rekommendera *En psykoanalytikers väg* och jag hoppas att boken kan utgöra utgångspunkten för konstruktiva samtal om psykiatrins historia och framtid.

Tobias Nordin

**Verksamhetschef/Chefsöverläkare
Psykiatri Affektiva I**

**Sahlgrenska universitetssjukhuset
Västra Götalandsregionen**



Foto: Marie Ullnert



Marte meo och samordningsamtal: MOS. Samarbete för att stödja barns utveckling

Ingegerd Wirtberg, Bill Petitt och Ulf Axberg

Palmkrons 2014

Barns utveckling i fokus

Barnen är vår framtid. Att ge dem förutsättningar för att i samspel med andra förverkliga sina utvecklingspotentialer i olika avseenden samt upprätthålla sin psykiska och kroppsliga hälsa är en av samhället mest centrala uppgifter. Forskning och erfarenhet visar entydigt vikten av att barn med svårigheter att fungera i skola och förskola tidigt får stöd att utveckla sin förmåga till inläring och till samspel med lärare och andra barn. Ett sådant utvecklingsarbete kräver en samordning av insatser mellan skolan och barnets familj.

Det borde vara upplagt för en resursmässig kraftsamling kring en uppgift som ytligt sätt inte verkar så komplicerad - att samordna skolans/förskolans och familjers insatser för att stödja barns utveckling när denna sviktar. I praktiken är läget inte alls så enkelt. Det avsätts ingalunda resurser som står i paritet med uppgiftens angelägenhetsgrad, dels är samordningen av de nödvändiga insatserna ofta en komplicerad och grannliga process.

I boken *Marte meo och samordningsamtal: MOS. Samarbete för att stödja barns utveckling* av Ingegerd Wirtberg, Bill Petitt och Ulf Axberg, forskare och psykoterapeuter, beskrivs en metod för hur bristerna kan förstås, bemästras och förebyggas.

Boken är först och främst en manual som i detalj beskriver hur samarbetet för att stödja barnens utveckling kan genomföras. Den rymmer också en utförlig beskrivning av Marte meo-metodens dialogprinciper, hur de är förankrade i utvecklings- och kommunikationsforskning och hur de kan tillämpas i praktiken. Därtill förs klagande resonemang om en i mitt tycke allt för lite beaktad process, nämligen implementering. Varje lovande metodik blir i praktiken värdelös om inte implementeringen sköts tillräckligt omsorgsfullt inom den organisation där den ska tillämpas.

Familjen och skolan/förskolan är barnens viktigaste livs- och utvecklingsarenor. Ofta kan pedagogen i samverkan med andra krafter inom skola/förskola hantera de svårigheter som uppstår. Men när dessa resurser är uttömda står pedagogen ensam med en ohanterlig arbetssituation och stökiga/olyckliga barn. Här kan finnas ett vägval: delvis, men inte enbart, beroende på svårighetsgraden och karaktären av problematiken. En psykiatrisk riktning kan vägas mot en mer systemisk/relationell. Väljs den senare kan pedagogen söka hjälp hos ett MOS-team att stödja barnet i att lära sig de färdigheter vars bristfällighet tycks ligga bakom det problematiska beteendet. Detta kräver dock att föräldrarna inte bara accepterar, utan också medverkar i arbetet.

Ramar för arbetet

Det kan tyckas som om ett gemensamt arbete borde vara självklart och relativt okomplicerat, alla parter vill ju barnets bästa. Men erfarenheten visar att ett sådant samarbete kan vara ytterligt sårbart och ställa stora krav på parterna. I manualdelen av sin bok presenterar författarna hur denna process kan genomföras. Genom noga uttänkt beskrivning steg för steg ger de redskap för hur processen ska styras. De beskriver först hur en implementering av MOS-modellen som arbetsmodell i berörda organisationer kan gå till. Det kan ta två till fyra år innan den har blivit en självklarhet. Då den är på plats finns en MOS-representant för pedagogen att kontakta. Representanten undersöker om de preliminära förutsättningarna för att aktivera ett MOS-team är uppfyllda. Om så är fallet kontaktar representanten pedagogen som behöver stöd för sin insats samt barnets familj, beskriver MOS-metoden och hur samordningsamtalen fungerar. En utsedd samordnare bjuder in parterna till ett första möte för att bli överens om vari uppdraget består. Om föräldrarna så önskar kan problem som rör sig i hemmet bearbetas tillsammans med en separat Marte meo-terapeut.

Det kan vara svårt att få förutsättningarna på plats då

metoden bygger på guidning utifrån videobandade samspelsprocesser i skolan/förskolan och eventuellt i hemmet. De inspelade banden redigeras till korta sekvenser av framgångsrika men även mindre framgångsrika samspelssekvenser för att kunna visas för pedagog respektive familj som underlag för inläring och diskussion.

Nyckelbegrepp vad gäller processerna på alla nivåer är bekräftelse, tydlighet, lyhörddhet, noggrannhet i uppföljning av hur utsagor uppfattats och tolkats, utrymme för olika reaktioner och berättelser. Det enskilda barnets behov är arbetets utgångspunkt och mål. Denna detaljerade manual upptar ca hundra av bokens totalt 188 sidor.

Dialogpedagogiken

Manualdelen av boken är hårt strukturerad och ganska krävande att läsa som löpande text. Men den är genomtänkt, logisk och lätt att förstå. Den är intressant därför att den som har arbetat med sådan problematik inom skolans eller förskolans ram kan känna igen sig och uppskatta detta systematiska arbete att kartlägga fallgröpar i processen samt lagt ner möda på att både förebygga dem och visa hur Marte meos dialogpedagogik som tanke- och metodram kan användas. Centrala begreppet är medvetenhet om var barnet har sitt fokus, benämning, turtagning, matchning/reglering av tempo samt inte minst inledning och avslutning av samspelssekvenser. I den senare delen av boken

utvecklar författarna denna dialogpedagogiska modell med illustrativa vinjetter. Slutligen beskrivs också utbildningskrav och utbildningsgång för dem som vill engagera sig som samordnare respektive terapeut.

Bra prototyp

Boken är intressant inte bara för att denna variant av Marte meo-metodik skulle kunna ha en bred tillämpning, utan också för att manualen kan tjäna som en prototyp för hur ett systematiskt arbete skulle kunna läggas upp där olika parter ska samarbeta om komplexa problem som rör barns utveckling. Den blottlägger också många av de fallgröpar som finns i sådant arbete. Inte minst illustreras vikten av att implementering av en ny metod kräver både genomtänkt, engagemang och väl tilltagen tid. Några invändningar? Nja, inga allvarliga, möjligen tror jag att ett begrepp som mentalisering skulle vara användbart då det är väl känt och till en del kan tjäna som "paraply" för processaspekter av arbetet.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm





Alien Landscapes?

Interpreting disordered minds

Jonathan Glover

Harvard University Press, 2014

Jag har sällan sett fram emot att läsa en bok lika mycket som denna. Vad annat kan man göra när en av samtidens främste tänkare för första gången på bred front tar sig an ens favoritämne?

Jonathan Glover arbetar sedan många år som professor i moralfilosofi vid King's College i London. Han är kanske mest känd för sin bok "Causing death and saving lives" från 1970-talet, ett verk där han klarsynt identifierade och analyserade några av den moderna medicinens svåra etiska dilemman. För några år sedan publicerade han den uppmärksammade boken «Humanity» om den moralfilosofiska och psykologiska bakgrunden till 1900-talets krig och folkmord. Tyvärr är ju avhumaniseringens mekanismer ett ständigt aktuellt ämne och det är få böcker jag i tanken återvänder till lika ofta som just «Humanity».

Det var därför med höga förväntningar jag kastade mig över Glovers nya bok, som behandlar psykiatrins filosofi. Psykiska störningar kan förstås aktualisera en rad klassiska filosofiska problem inom både moralfilosofi, kunskapsteori och metafysik. Men Glovers utgångspunkt i den här boken är någorlunda avgränsad: han vill undersöka om, och i så fall hur, vi kan förstå de psykiskt sjukas inre värld. I de flesta fall är svaret självklart jakande: nedstämdhet, ångest m.m. är ju erfarenheter som åtminstone i viss utsträckning delas av alla människor. Att leva sig in i hur livet är för någon med exempelvis social fobi framstår knappast som problematiskt. Men hur mycket kan vi förstå av hur en person med svår schizofreni eller autism upplever tillvaron?

Historiskt sett har många varit pessimistiska inför dessa fall. Glover citerar bland annat Karl Jaspers, som menade att många schizofrena patienter befann sig bortom en «obeskrivlig avgrund» dit vår inkännande förståelse aldrig kunde nå. Glover hävdar dock att denna slutsats ofta är förhastad och definitivt inte bör accepteras som en allmän sanning om personer med vissa diagnoser.

Efter att på så sätt relativt tydligt ha formulerat sitt syfte, inleder Glover sin bok med en ingående skildring av en kvalitativ studie av antisocialt personlighetsstörda individers moraluppfattning. I ett samarbetsprojekt med en rättspsykiatrisk klinik har han själv intervjuat en rad kriminella män med denna störning. I intervjuerna framkommer att de i allmänhet hyser en ytlig uppfattning om vad som är rätt och fel, baserat på egenintresset av att inte straffas snarare än empati för andra. För den som träffat en och annan antisocial patient är detta knappast någon förvånande slutsats. Glover försöker också utröna bakgrunden till informanternas antisociala beteende och urskiljer det framför allt i den utsatthet för våld och andra kränkningar i barndomen som många patienter vittnar om. Tyvärr övertolkar han dock betydelsen av dessa intervjuvar: en studie av detta slag kan ju aldrig fastställa några kausala samband och Glover nämner inte ens att ärftliga faktorer skulle kunna ha betydelse i sammanhanget.

Efter denna tveksamma första del av boken lämnar dock Glover det egna intervjuandet och återknyter till sitt uttalade syfte med boken. Fortsättningsvis utgår han dels från psykiatrisk forskning, men också från en rad självbiografiska texter skrivna av personer med olika former av psykiskt lidande. I vissa avsnitt tar han även upp «sjukdomskonst» och ger flera fascinerande exempel på hur psykiatriska patienter funnit målarkonsten som ett sätt att uttrycka erfarenheter de inte kunnat formulera i ord.

Med skiftet av fokus och källmaterial får boken en tydligare riktning och den analytiska skärpan vässas när olika diagnoser avhandlas. I diskussionen om autism poängterar han på ett klokt sätt att gruppen med denna diagnos är mycket heterogen. Skillnaderna i funktionsnivå mellan olika individer med autism bidrar till de kontroverser som omger diagnosen. Vissa relativt välfungerande personer motsätter sig bestämt att autism skulle vara en psykisk störning, utan ser det snarare som en normalvariant, ett sätt att vara som

borde respekteras av omvärlden och inte motarbetas eller försöka botas.

För anhöriga till svårt autistiska patienter som inte kan tala och ångestfyllt utför repetitiva beteenden kan dessa resonemang dock framstå som världsfrånvända.

Glover argumenterar för att ett tillstånd för att räknas som en psykisk störning måste innebära en tydlig inskränkning i personens möjlighet att leva ett gott liv. I de fall där autistiska symtom utgör en sådan inskränkning är det fel att kalla det för en normalvariant. Den knepiga följdfrågan är förstas vad som utgör ett gott liv, en fråga som Glover besvarar inspirerad av Aristoteles, samtidigt som han erkänner att dessa värden kan komma i konflikt med patientens autonomi.

Ett intressant kapitel ägnas åt beroendetillstånd. Här analyserar Glover bland annat i vilken mån beroende kan anses vara tvångsmässigt och vilket utrymme det i så fall finns för individen att ändra sina vanor. En slutsats blir att man bör vara försiktig med populära metaforer som att den beroende patientens hjärna är "kidnappad" av drogen. Sådana liknelser är värdefulla när det gäller att förklara delar av sjukdomsmekanismen vid beroende. Men om de övertolkas kan de leda till en ogrundad fatalism, som om patienten vore helt och hållet i drogens våld, utan egen vilja. I det enskilda fallet är det förstas svårt att avgöra i vilken mån patienten har förmågan att avstå från återfall. Men det är mer fruktbart att utgå från att viljestyrkan och förmågan att avstå är något man kan träna upp genom övning, ungefär som en muskel. I bästa fall blir detta en självuppfyllande profetia.

I andra kapitel tar Glover upp filosofiska dilemman kopplade till bland annat ätstörningar och posttraumatisk stress. Han tar också upp för- och nackdelar med så kallad medikalisering och argumenterar övertygande för att vi som psykiatrer bör vara återhållsamma med vad vi klassar som sjukdom. Historiskt finns ju många exempel på hur psykiatrin kommit att användas i repressivt syfte för att kontrollera avvikande individer, inte sällan på ett kränkande sätt. Även om gränsdragningarna kan vara svåra, bör vi se upp så att vi inte ytterligare minskar utrymmet för mänsklig normalvariation.

Glover har ett klart och enkelt skrivsätt. Hans bakgrund inom analytisk filosofi märks bland annat i det tydliga sätt på vilket han väger olika argument och försöker precisera viktiga termer. Till skillnad mot vissa andra analytiska filosofer undviker han dock fantasifulla tankeexperiment och alltför abstrakta resonemang, utan ger istället rikligt med exempel på vad han menar. Detta jordnära sätt att resonera sig fram lämpar sig utmärkt för ett ämne som psykiatrin, där de kategoriska generaliseringarna sällan är övertygande. Glover presenterar inga banbrytande slutsatser, men däremot får man som läsare med sig nya perspektiv på en lång rad psykiatriska ämnen man trodde var välbekanta.

Emellanåt skulle jag dock önskat att Glover haft en mer aktiv redaktör som sållat lite vassare i den ganska brokiga samling essäer som boken format sig till. Avsnittet om antisocialitet tillför exempelvis inte mycket till helheten. Jag skulle också önskat att han gått i djupare dialog med andra filosofer och forskare som tänkt på dessa frågor tidigare. Visserligen citeras Platon och Aristoteles återkommande, men samtida tänkare lyser i stort sett med sin frånvaro. På någon rad nämns Jerome Wakefields inflytelserika tankar om «harmful dysfunction» som minsta gemensamma nämnare för psykiska störningar. Det hade varit intressant att höra Glover diskutera detta närmare.

Men samtidigt är det orättvist att önska sig en annan bok än den författaren skrivit. Glover tycks medvetet ha avstått från det teoretiskt fackfilosofiska och istället försökt närma sig en förståelse för patienternas inre värld genom att hålla sig nära sina förstahandskällor. Och mot slutet av boken framträder hans övergripande budskap allt tydligare: att vi inom psykiatrin aldrig får ge upp försöken att förstå "the view from inside", hur psykiskt lidande ter sig för den drabbade personen själv. För att nå detta måste vårt biologiska perspektiv kompletteras med ett empatisk och nyfiket frågande efter patientens egna upplevelser. I detta sanningssökande kan Glovers bok fungera som en stark inspirationskälla.

Joar Guterstam
ST-läkare och doktorand
Stockholm



Du försvinner

Christian Jungersen

Nordstedts, 2014

Neuroforskning och den fria viljan – en thriller

Läkarstudenterna vid KI får varje termin en skönlitterär bok till skänks. Läsningen ska uppmuntra den blivande läkaren till att öva upp sin förmåga till introspektion och att bli intresserad av hur människor upplever sina liv, också som patienter. Kanske kan de också bli beredda att ta till sig kultur i vid mening så att de lättare kan förbli människor trots läkaryrkets nötningar och frestelser. Av lite andra skäl än dessa vill jag rekommendera en skönlitterär bok. Varför ska man som läkare läsa just Christian Jungersens *Du försvinner*?

Handlingen i korta drag är att Frederik, en framgångsrik ledare för en privatskola, under en semester på Mallorca råkar ut för ett EP-anfall vilket leder till upptäckten av ett långsamt växande meningiom. Till en början är Frederik gravt handikappad och snart upptäcks också att han under ett par år innan diagnosen har bedragit skolan på stora penningbelopp. Bokens stora tema är den personlighetsförändring som tumören åstadkommit, eller snarare, det som gör boken viktig är diskussionen om hjärnans funktion för vilja, kärlek, ärlighet, generositet.

Bokens jagperson är Frederiks hustru Mia som tvingas ut i omstörtande kaos när hon allt djupare läser in sig på nyare neuropsykologisk forskning. Är vårt medvetande bara uttryck för neurobiologiska processer? Vad är fri vilja, och vad är eget ansvar om orbitofrontala sjukdomsprocesser leder till fullständigt förändrat beteende? Vilken är den riktige Frederik – den promiskuöse arbetsnarkomanen som låter hustrun sköta markservicen men har en "frisk" hjärna, eller den humoristiske kärleksfulle äkta mannen som visar sig ha en hjärntumör?

Är framgångsrika skrupellösa karriärister egentligen sjuka i hjärnan?

Boken problematiserar nutidens tilltagande sjukförklaring av alltfler mänskliga tillstånd och kommenterar på så sätt direkt vår psykiatriska diagnosdiskussion.

Mia dras allt djupare in i neurologisk determinism och känslomässig upplösning. Boken är brutalt uppriktig i åskådliggörandet av vad en anhörigs sjukdom kan göra med en människa. Det här är en thriller, både i språklig enkelhet och sin komposition, men underskatta den inte för det. Läsaren får en provocerande spark in i gränssnittet hjärnforskning – psykologi, i förlängningen filosofi. Hur kommer vetenskapens nya bild av människan att förändra vår självuppfattning, meningskapande varelser som vi är? Jungersen är för skicklig för att skriva oss några definitiva ställningstaganden på näsan, men jag kan avslöja att som en riktig deckare har handlingen också en överraskande twist som tar diskussionen till en högre nivå.

Den som därefter blir tillräckligt tänd kan gå vidare med Sally Satels och Scott O. Lilienfelds *Brainwashed: The Seductive Appeal of Mindless Neuroscience* (Basic Books 2014) som fokuserar på (van)tolkningarna av betydelsen av funktionell MR av hjärnan på alla upptänkliga områden.

Lars Wahlström
Med dr, specialist i psykiatri
Stockholm

Transkulturell psykiatri

Sofie Bäärnhjelm
Natur och Kultur, 2014

Den första läroboken på svenska om transkulturell psykiatri. Innehållsrik, klinisk, idégivande och med många konkreta råd till den som arbetar med människor från andra kulturer. Boken är inte bara nyttig för oss i vården utan bör också läsas av dem som arbetar inom socialtjänst, försäkringskassa, arbetsförmedling och skola.

Om författaren

Sofie Bäärnhjelm är medicine doktor, psykiater och enhetschef vid Transkulturellt centrum i Stockholm. Hon har varit internationell rådgivare kring kulturella frågor vid utvecklingen av DSM-5. Förutom forskning är Bäärnhjelm en erfaren kliniker, vilket också tydligt framgår av boken.

Om innehållet

Boken startar med ett fundament i vården (citat):

”Som professionell i vården är det ditt ansvar att se hela människan som du har framför dig - försöka förstå hennes livsvillkor, historia och kulturella sammanhang oavsett vilket land och vilka erfarenheter patienten kommer med”

Läroboken har en mycket tydlig och enkel indelning genom att börja brett och sedan successivt närma sig det mer psykiatriska.

I första kapitlet ges en idéhistorisk bakgrund och en diskussion om bl.a. begreppen kultur, psykisk sjukdom, etnicitet mm. Det blir en bra start för övriga kapitel.

I kapitel 2 diskuteras migration, minoritetsstatus och psykisk hälsa. Man behöver inte ha särskild livlig inlevelseförmåga för att förstå att flytt till ett annat land med många andra kulturella regler, ibland traumatiserad och med osäkerhet om att få stanna och anhöriga som dött eller dör i hemlandet, kan leda till svår psykisk stress. Kapitlet ger också en övergripande bild av migrationens olika faser. Bäärnhjelm tar upp Antonovskys begrepp, KASAM (begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet) som kan användas i behandlingssteg.

Kapitel 3 t.o.m. kapitel 5 är (enligt recensenten) de viktigaste kapitlen. Kapitlen vänder sig till alla som har en invandrare framför sig oavsett om man arbetar inom vården, arbetsförmedling eller andra områden. Hur skall man kunna kommunicera med varandra och förstå varandra; verbala uttryck, kroppsspråk och bemötande. Interkulturell kommunikation innebär att försöka komma bakom ordens yta för att förstå vad den andre menar. Språkets ord t.ex. att beskriva känslor, vad är sjukdom, olika kulturers syn på sjukdom och mycket annat. Författaren beskriver utförligt hur man bör arbeta med tolk. Hon ger minst 13 konkreta råd om tolkarbete. I kapitel 5 ges ett antal exempel på hur man kan ställa frågor till patienter med annan kulturell bakgrund än behandlarens.

Kapitel 6 handlar om trauma och exil. Här får man inte bara synpunkter på hur man diagnosticerar utan också på hur en bra behandling kan läggas upp.

Kapitel 7 och 8 ger kulturella aspekter på schizofreni, andra psykossjukdomar, depression, ångest och bipolära sjukdomar. Det är viktigt här att vi som lärt oss från svenska läroböcker får en bild av hur man ser på dessa sjukdomar också utifrån andra kulturer. Förstår vi det här lyckas vi bättre i vår behandling. En intressant punkt är om vi rätt kan skilja på psykossymtom och dissociation.

Kapitel 9 är ett mycket viktigt kapitel som handlar om kropp och psyke ur kulturella perspektiv. Här kan det skilja sig en hel del med vad vi lärt oss från svenska förhållanden. Hur skiljer man t.ex. mellan kroppsliga och psykiska symtom i olika kulturer? Hur förstår man patientens kroniska värk?

Avslutande kommentarer

Under årens lopp har jag haft en del flyktingar och immigranter som patienter. Det här gör att jag känner igen många av bokens frågeställningar. Vid några tillfällen vid min läsning har jag fått en Aha-upplevelse! Ja, nu förstår jag bättre!

Bäärnhjelm tydliggör och fördjupar boken med en rad fallberättelser. Det teoretiska innehållet blir mycket lättare och snabbare förståeligt om man kan illustrera med bra fall.

Vi måste på alla mottagningar i psykiatri bli bättre på att möta den mångfald av immigranter och tidigare flyktingar som vi nu har i Sverige. Tyvärr finns det mottagningar som till och med är dåliga på att utnyttja tolkar. Dagens Nyheter skrev för ett tag sedan att antalet asylsökande för 2014 hade ökat med 58 % jämfört med föregående år. För år 2015 beräknar man att kanske mellan 80 000 och 105 000 personer väntas söka asyl. Väntetider för traumatiserade människor beskrevs som alldeles för långa. Även om man förstärker speciella enheter för trauma, så måste varje psykiatrisk mottagning och alla vårdcentraler bli bättre på att ta emot våra immigranter med allvarlig psykisk ohälsa. För att klara det arbetet bättre bör man börja med att läsa läroboken Transkulturell Psykiatri!

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

B



Psychiatry works

Copenhagen, Denmark
20th-23rd September 2015

31st Nordic Congress of Psychiatry

organised by:



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

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

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

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

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

welcome!



www.ncp2015.dk

