

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#1

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - Mars 2016

TEMA



Det
uppblåsbara
själv



Ansvarig utgivare:
Hans-Peter Mofors



Huvudredaktör:
Tove Gunnarsson

sfbup

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3** Redaktionsruta
- 3** Redaktionell ledare, *Tove Gunnarsson*
- 4** SPF styrelseruta, Ledare. *Hans-Peter Mofors*
- 6** SFBUP styrelseruta, Ledare. *Lars Joelsson*
- 7** SRPF styrelseruta, Ledare. *Per-Axel Karlsson*
- 8** Kommande temanummer
- 17** Krönika enligt Tiger: Det uppblåsbara självet, *Mikael Tiger*
- 22** Senaste nytt från SPF's utbildningsutskott, *Alessandra Hedlund*
- 43** 10 frågor till Moses Frydman, *Stina Djurberg*
- 49** Remisser, *Tuula Wallsten*
- 71** Professorsrutan: Aktuella psykiatriska doktorsavhandlingar, *Ulf Rydberg*
- 79** Kalendarium
- 80** Bokrecension: Orolig och blyg i skolan, *Jörgen Vennsten*
- 81** Bokrecension: Klinisk barnpsykologi. Utveckling på avvågar, *Björn Wrangsjö*
- 83** Bokrecension: Narcissistens speglar. Om narcissister för anhöriga och vårdpersonal, *Hanna Edberg*

Aktuell information:

- 5** SLUP goes STP, *Jörgen Vennsten, Tove Mogren*
- 31** Fokus på heldygnsvård och tvångsvården, *Ing-Marie Wieselgren*
- 37** Svenska BUP-kongressen 2016 i Uppsala
- 40** Aktuella avhandlingar från BUP 2015, *Per Gustafsson*
- 70** Tredubblade stipendieanslag för Psykiatrifonden och ett aktivt arbete mot fördomar, *Martin Schalling, Maria Larsson*

Debatt, diskussion, annat:

- 24** Psykologutredning vid ADHD, *Margareta Granbom*
- 25** Tjuvheder, *Daniel Frydman*
- 28** Vad driver Markus Heilig? *Michael John*
- 36** Ett fantastiskt jobb, intervju med Linda Andersson, snart färdig specialistsjuksköterska, *Ullakarin Nyberg*
- 38** Professionsutveckling för sjuksköterskor, *Pia Sondell, Lena Forsroos och Jakob Svensson*
- 46** Professor Jussi Jokinen. Klok, integritetsfull och ambitiös med förmåga att se komplexa mönster, *Maria Larsson*
- 50** Om ett märkligt läkemedels fall - och uppgång. Om Clozapin, min alldeles egen historia, *Leif Lindström*
- 72** Alexander Samojlovitj Rosenbljum - en fotnot i psykiatrins historia, *Per Nettelbladt*
- 74** Att tro att man vet är inte vetenskap! *Jan Pilotti*
- 75** Psykiatrin och bristerna, *Mona Soholat*
- 76** Centralstimulantia har ingen bevisad effekt vid ADHD enligt Cochrane, *Jan Pilotti*

- 76** Centralstimulantia har ingen bevisad effekt vid ADHD enligt Cochrane, *Jan Pilotti*
- 77** Diagnosdiskussion, *Mats Adler, Peter Andiné, Åsa Hagberg, Carina Hellström, Jörgen Herlofson, Herman Holm, Lars Jacobsson, Lena Nylander, Michael Ioannou*

Psykiatriska nyheter

- 52** Landstingens policy för privatavtal väcker frågor, *Christina Ysander*
- 54** Aktuell forskning och mortalitet. Två studier på affektiv sjukdom och depression, *Cecilia Mattisson*
- 56** Vård och stöd vid missbruk och beroende. Nya nationella riktlinjer, *Anders Tengström, Stefan Borg*
- 57** Markörbaserad journalgranskning, Psykiatri. Sammanfattning av handboken, *Tuula Wallsten*
- 59** Internet addiction - vad är det? *Karin Helmersson Bergmark*
- 60** Djup transkranial magnetisk stimulering mot alkoholberoende, *Markus Heilig*
- 61** Pengar till psykisk hälsa 2016, *Ing-Marie Wieselgren*
- 62** Vad är en telepsykiater? Vad är en telepsykiater? *Christer Allgulander, Linda Jüris*
- 63** Framtida möjlighet att förbättra kognitiv funktion, *Tove Gunnarsson*

Rapporter från möten och resor

- 26** Möte med barnpsykiatrins verksamhetschefer och chefsöverläkare, *Lars Joelsson*
- 32** Från 3000 vårdplatser till cirka 100. Studiebesök i Bologna, *Hanna Spangenberg*
- 39** SLUP-konferensen 2016, *Jörgen Vennsten*
- 44** UEMS-möte i Berlin, 15-17 oktober 2015, *Maria Markhed*
- 64** Cullbergstipendiet: En unik möjlighet, *Anna Svensson*
- 66** Rapport från Riksstämman 2015, *Lars Joelsson*
- 67** Överfyllt på RIX igen, *Maria Larsson*
- 69** Hjärnan behöver riktiga läkare! *Tove Janarv*

Tema:

- 12** Den förste narcissisten, *Tove Gunnarsson*
- 13** Narcissism i tonären, *Björn Wrangsjö*
- 15** Den vackra ballongen, *Per Rosenqvist*
- 17** Det uppblåsbara självet, *Mikael Tiger*
- 18** Narcissismens insegel, *Daniel Frydman*
- 20** Är läkare mer narcissistiska än andra? *Tove Gunnarsson*
- 83** Bokrecension: Narcissistens speglar. Om narcissister för anhöriga och vårdpersonal, *Hanna Edberg*



Svensk Psykiatri

Tidskrift för

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

Ansvarig utgivare

Hans-Peter Mofors

Huvudredaktör

Tove Gunnarsson
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Redaktörer

Hanna Edberg
(hanna.edberg@sll.se)

Daniel Frydman
(daniel.frydman@icloud.com)

Per Gustafsson
(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/Svetlanamiku

Internet

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se

Spegel, spegel på väggen där...

... säg vem som skönast i landet är...

Snövits elaka styvmor var nog ganska så narcissistisk, även om hennes mordiska tendenser för tankarna till allvarigare problematik. Detta nummers tema är Det uppblåsbara självet och bidragen handlar om just narcissism i olika former. Ämnet torde vara långt ifrån uttömt, en Googlesökning på ordet ger 5 750 000 träffar. Så skriv gärna om narcissism, eller andra tidigare teman, i kommande nummer, vi i redaktionen tycker det är roligt när dessa lever kvar!

Som vanligt finns mycket annan läsning som t.ex. aktuella avhandlingar, telepsykiatri, intervjuer, rapporter från Riksstämman och psykiatrisk diagnostik.

När detta nummer dimper ner i din brevlåda är det bara några få dagar kvar till Svenska Psykiatrikongressen. Om du inte redan anmält dig så är det inte för sent – läs mer om detta på sista sidan!

Nästa nummers tema är *Psykiatrins byggnader*. Vi tänker att det ska handla både om den yttre och om den inre miljön. Hur har psykiatrins hus sett ut genom tiderna? Hur bygger vi idag? Hur är lokalerna beskaffade till utformning och innehåll? Är vi nöjda eller hur borde vi bygga?

Man kan också fundera över vilka signaler som våra byggnader och lokaler sänder till patienter, anhöriga, anställda, omvärlden.

Och vilka ideologiska överbyggnader och synsätt det är som avspeglas.

Vi hoppas att det ska finnas mycket att skriva om till nästa nummer: temat, tidigare teman, debattinlägg, recensioner, psykiatriska nyheter, kongressrapporter...

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Ett händelserikt år

Tiden hastar, ja ibland väl snabbt. Det har nu gått ett år sedan nuvarande styrelse valdes och sedan jag själv tillträdde som ordförande. Så här i verksamhetsberättelsetider vill jag berätta om vilka ärenden som har sysselsatt styrelsen mest under det gångna året.

I januari gjorde några av oss ett studiebesök i Berlin. Vi besökte där två kliniker, och blev närmast mållösa inför det enorma vårdutbudet, inte minst i heldygnsvården. Inspirerade av detta började vi resonera kring vad som kan göras annorlunda här hemma. Därför har vi nu påbörjat en nationell kartläggning av hur innehållet ser ut i vår egen heldygnsvård, för att senare förhoppningsvis kunna argumentera bättre inför beslutsfattare om vad vi uppfattar som god vård.

För andra året i rad arrangerades Svenska Psykiatrikongressen i Göteborg. Orsaken till denna lokala upprepning är att fler av er har valt att besöka tidigare möten när de arrangeras på västkusten. Lokalerna där är också något billigare att förhyra. Antalet besökare var fler än någonsin – en sann utmaning för SPK 2016!

Under Almedalsveckan representerades SPF både som seminariearrangör och i olika debatter. Många besökare, både allmänhet och politiker, kom till vårt arrangemang på Psykisk hälsa-kaféet, där suicidprevention var temat för dagen.

Riksstämman hittade en ny form, nu med fritt inträde på Stockholm Waterfront. Aldrig förr har psykiatrin haft så stort utrymme i schemat. Vi tilldelades därtill de bästa lokalerna. Glädjande nog drog våra punkter fulla hus.

Som del av det nordiska samarbetet (NPA) var vi medarrangör av den Nordiska psykiatrikongressen i Köpenhamn. Kongressen, som tidigare brottats med vikande besökssiffror, drog denna gång rikligt med besökare. Men märkligt nog syntes inte så många svenska kollegor bland besökarna.

Väljer vi måhända mer avlägsna möten eller har deltagandet



HANS-PETER MOFORS
ORDFÖRANDE SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE
Ordförande: Hans-Peter Mofors
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)
Vice ordförande: Ullakarin Nyberg
(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)
Sekreterare: Michael Ioannou
(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)
Skattmästare: Christina Ysander
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)
Vetenskaplig sekreterare: Tuula Wallsten
(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)
Facklig sekreterare: Alessandra Hedlund
(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)
Redaktör Svensk Psykiatri: Tove Gunnarsson
(redaktoren@svenskpsykiatri.se)
Ledamot: Michael John
(john@svenskpsykiatri.se)
Ledamot: Cecilia Mattisson
(mattisson@svenskpsykiatri.se)
ST-representant: Hanna Spangenberg
(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

Kansli: Svenska Psykiatriska Föreningen
851 71 Sundsvall
kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se
Webmaster: Stina Djurberg
(stina.djurberg@bornet.net)

på internationella kongresser minskat?

Föreningen får kontinuerligt en strid ström av remisser, främst från Socialstyrelsen och olika departement. Somliga är korta, andra hundratals sidor långa. Vi resonerar, fördelar och besvarar efter vad vi bedömer som rådande uppfattning bland majoriteten av er medlemmar.



ST-LÄKARE I
PSYKIATRI

SLUP goes STP

Utbildningsutskottet gör en viktig insats för föreningen. Utöver sin ordinarie verksamhet valde utskottet under året att fokusera på den nya föreskriften för ST-utbildningen och att revidera sina rekommendationer kring densamma.

Styrelsen strävar efter att både besvara och driva frågor om psykiatri i media. Det är lätt att ideligen hamna i försvarsläge, då mängden antipsykiatriska inlägg i media aldrig syns sina. Ibland besvarar vi, andra gånger låter vi bli. Föreningen vill framöver i högre utsträckning ta egna initiativ i den offentliga debatten.

Under året startade vi upp en Facebookgrupp, öppen för läkare i psykiatri. Sidan har nu omkring fyrahundra följare.

Parallellt med sedvanligt styrelsearbete för vi en dialog med olika aktörer i Psykiatrisverige, däribland Socialstyrelsen, Psykologförbundet, SKL, våra delföreningar och med representanter för akademien. Det pågår ett arbete med att skapa ett mer utvidgat samarbete mellan föreningen och verksamma forskare.

En arbetsgrupp har på styrelsens uppdrag arbetat med frågor kring psykiatrisk diagnostik, sedan behovet uppmärksammades på årsmötet i fjol. Arbetet ska redovisas i tidskriften och med flera punkter på SPK.

Styrelsen arbetar med både stora och små frågor. Glädjande nog är det en livaktig och engagerad grupp som träffas ungefär en gång varannan månad. Tillsammans har vi, med hjälp av er medlemmar, tagit fram en ny vision och handlingsplan för föreningen – Helhetssyn och samverkan. Tanken är att denna ska vara vägledande i vårt arbete under de kommande åren. Både vision och styrelse går att få tag i när vi ses på Svenska Psykiatrikongressen om ett par veckor!

Väl mött,

Hans-Peter Mofors

Ordförande, Svenska Psykiatriska Föreningen

Att bli förknippade med en båt är kanske inte fel, men för en ST-läkarförening i psykiatri inte helt rätt. De senaste åren har vi påbörjat en process att utveckla vår ST-läkarförening. Vi har aktivt arbetat för att synas mer t.ex. genom debattartiklar, deltagit i Almedalen för första gången och utvecklat vårt internationella samarbete.

För att kunna tillvarata våra medlemmars intressen och verka på det sätt vi önskar har vi behövt fundera över hur vi som förening syns, vad vårt namn står för och hur det tas emot. Många är de tillfällen då frasen "vi representerar Sveriges Läkare under utbildning i Psykiatri" lett till att den som lyssnat förlorat intresset efter de två första orden. Med ett nytt namn är vår förhoppning att det ska vara enkelt att förstå vilka vi är och vad vi står för. Inte minst önskar vi förknippas med en medicinsk specialitet snarare än ett segelsällskap. I Sverige är specialiseringstjänstgöring/ST vedertagna begrepp och vi verkar alla inom området psykiatri, oavsett vilken inriktning vi har. ST i Psykiatri säger vad vi är och inom vilken gren vi verkar. Specialiseringstjänstgöring i psykiatri är dessutom lättare att säga.

Namnbyte går naturligtvis hand i hand med att byta logga. Den nya loggan, som för associationerna till läkarvetenskapen, antogs tillsammans med det nya namnet på SLUPs årsmöte i samband med årets ST-konferens. Vi är glada och förväntansfulla inför det kommande året och kommer fortsätta med det utvecklingsarbete vi påbörjat.

Nytt namn, ny hemsida www.stpsykiatri.se och ny logga pryder redan denna sida.

Jörgen Vennsten, f.d. ordförande SLUP/STP
Tove Mogren, ny ordförande i STP

Har vi lärt oss något från historien?

För ett par år sedan läste jag Elisabeth Åsbrinks bok "Och i Wienerwald står träden kvar". I denna bok berättas om hur Otto, som en av 60-tal judiska barn, får komma till Sverige från krigets Österrike. Man får följa en brevväxling mellan Otto och hans föräldrar från 1939 till 1944, då brevväxlingen upphör på grund av att föräldrarna mördas i Auschwitz. Det är smärtsamt att följa brevväxlingen där det är tydligt hur föräldrarnas situation succesivt försämrats och hur de vädjar om att få komma till Sverige. Svenska myndigheter var dock helt kallsinniga till denna vädjan. Det är lätt att döma i efterhand men det är samtidigt svårt att förstå hur obevekliga och hårda som de svenska myndigheterna var fast det var tydligt hur svårt föräldrarna hade det. Under läsningen av boken går mina tankar till hur det är idag för alla de som tvingas fly från krig och svåra förhållanden.

Jag kan förstå att regeringen ville begränsa invandringen när så många kom under hösten och att det var svårt att hinna ta emot alla som kom på ett bra sätt. Jag har dock svårt att förstå varför regeringen lägger ett förslag på temporära uppehållstillstånd och begränsning av familjeåterförening för flyktingar som man har bedömt behöver asyl. För mig känns det bakvänt att man först bedömer att en person behöver asyl i Sverige men samtidigt skall man göra det svårt för dem att integreras i svenska samhället. Det är som att välkomna med ena handen och samtidigt avvisa med den andra handen. Regeringens förslag om temporära uppehållstillstånd och försvårande av familjeåterförening bidrar till människor som får asyl här får svårare att integreras och riskerar att få mer psykiatriska problem. I en debattartikel i SvD på nyårsaftonen redovisas studier som stöder detta.

Att det kommit många ensamkommande flyktingbarn under 2015 ställer allt mer krav på barnpsykiatri och kommunerna. Många nya HVB har startat upp i Sverige, flera av dessa har svårt att rekrytera kompetent personal med adekvat utbildning.Handledning och utbildning för denna personal är nu en av de viktigaste insatserna man kan göra i dagsläget, och att vi i barnpsykiatri måste rusta oss för att kunna ta emot flyktingbarn med svåra trauman.

Föreningen har som ambition att skriva riktlinjer för de fyra vanligaste diagnoserna: depression, ADHD, ångest och beteendestörning. Depressionsriktlinjerna finns redan på vår hemsida, ADHD-riktlinjen har varit ute på en sista remissrunda och kommer att presenteras på den kommande BUP-kongressen Uppsala. Riktlinjen för ångest kommer att påbörjas under detta år. För att behandlare på klinisk nivå skall utreda och behandla enligt riktlinjerna måste dessa implementeras. SFBUP och BUP Halland har tagit fram ett utbildningspaket där tanken är att de som utbildas i sin tur skall utbilda nya behandlare. En första utbildningsomgång är nu genomförd med ekonomisk hjälp av SKL.



SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

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

Vice ordförande: Sara Lundqvist

(sara.lundqvist@vregion.se)

Facklig sekreterare: Beata Bäckström

(beata.backstrom@skane.se)

Kassör: Valeria Varkonyi (valeria.varkonyi@lvn.se)

Vetenskaplig sekreterare: Maria Unenge

Hallerbäck (Maria.Unenge.Hallerback@liv.se)

Utbildningsansvarig: Gunnel Svedmyr

(gunnel.svedmyr@akademiska.se)

Medlemsansvarig: Ulrika Henriksson

(ulrika.henriksson@sll.se)

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

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

ST-representant: Therese Vestlund

(therese.vestlund@sll.se)

SFBUP:s hemsida: www.svenskabupforeningen.se

Webmaster: Stina Djurberg

(stina.djurberg@bornet.net)

Utvärderingen har varit mycket positiv och nu fortsätter utbildningen med nya kliniker. Se vidare på www.deplyftet.se.

En rolig del av styrelsearbetet är att arrangera och delta i möten med andra som också arbetar för barns och ungdomars psykiska hälsa. Nu i februari var vi värdar för vårt årliga möte med verksamhetschefer och chefsöverläkare. Mötet var välbesökt och gav deltagarna möjligheter att diskutera gemensamma spörsmål samt ta del av aktuell information och kunskap. På mötet gjorde vi en omvärldsspaning där det tydligt framkom att den största utmaningen som barnpsykiatri står för är bristen på personal och inte minst brist på läkare. Trots att det finns många utmaningar så går jag alltid från dessa möten med en positiv känsla av att det finns många bra initiativ och bra verksamhet ute på klinikerna. Nästa möte som vi arrangerar är att träffa representanter från akademien för att diskutera utbildningsfrågor, till detta möte har vi bjudit in Kerstin Evelius som är regeringens samordnare för psykisk hälsa. Sist men inte minst återstår nu att genomföra BUP-kongressen 2016 vilken vi arrangerar med BUP Uppsala. Kongressen har tema missbruk och äger rum mellan den 20-21 april. Kongressen har många intressanta programpunkter. Om du är intresserad av slutenvårdsfrågor så kan du också anmäla dig till en extra dag den 22 april. Gå in på vår hemsida där hittar du program och kan anmäla dig.

Jag hoppas att vi ses i Uppsala.

Lars Joelsson
Ordförande i SFBUP

Mycket att ta tag i



PER-AXEL KARLSSON
LEDARE SFBUP

SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

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

Med snön som stillsamt faller ackompanjeras överföringen av tankar till tangentbord.

Februari är inte bara VAB-månaden utan även mötesmånaden framför andra och det har blivit flera resor landet kring. Det är tydligt att det handlar mycket om granskningar och riktlinjer och jag hoppas att vi kan ta detta med tillförsikt – "kvalitetssäkring" och möjlighet att sprida idéer.

SPUREX-möte den 20 januari får inleda.

Det visade sig att primärvården blivit den mest aktiva och har genomfört många inspektioner. Psykiatrin har inte kommit igång ännu och det behövs utbildning av fler som kan hjälpa till i granskningen. Paketutbildning planeras via SPUREX.

Enligt förordning SOSFS 2015:18 4 kap. 2§

Vårdgivaren ska ansvara för att kvaliteten i specialiseringstjänstgöringen säkerställs genom systematisk granskning och utvärdering av om verksamheten uppfyller de krav som ställs i 3 och 4 kap.
Ingen psykiatrisk klinik har (januari 2016) genomfört SPUR-granskning. Jag vill härmed uppmuntra till att vi kommer igång. Det finns mer än 250 kliniker över landet där utbildning sker. Vi har bara 20 befintliga inspektörer i svensk psykiatri. Siffran behöver flerdubblas.

Framtidsfråga om **specialisters fortbildning** – yrkeskvalifikationsdirektivet – är ju nästa krav som byggs upp allteftersom.

Extern kollegial granskning SOSFS 2008:18 i princip inte uppfylld på någon klinik sedan länge efter alla "pudlar" men förordningen har inte upphört vad jag vet. Åren går. Inspektörer är även här mycket få till antalet.

Markörbaserad journalgranskning (MJG) görs numer vid samtliga akutsjukhus i Sverige. I ett projekt har nu metoden utvecklats och anpassats för användning i vuxenpsykiatrisk och rättspsykiatrisk vård. Handboken beskriver hur journalgranskning enligt MJG går till och hur resultatet kan utnyttjas för att förbättra patientsäkerheten.

Detta har ju startat och det är bra, hoppas vi snart får se hur frågorna och svaren förlöper.

Mycket att ta tag i.

Jag kan tänka mig ett rotationsschema men rättspsykiatrin ska granska rättspsykiatrin och vi är nu 25 platser i landet. Vi ska nog granska varandra förslagsvis fyra och fyra som turas om att hälsa på varandra.

Kanske som kollegiala team med läkare, sjuksköterska och administratör som åker till varandra och har en halv veckas idéutbyte.

Vid det senaste mötet med SKL, tema "Innehållet i den rättspsykiatriska vården", diskuterades en intern kvalitetschecklista (i Anders Miltons anda) som kan komplettera den som togs fram för kollegial granskning i psykiatrin, så får den ett ännu större rättspsykiatriskt innehåll med större värde. Vi får också möjlighet att skapa ett levande dokument om innehållet i den rättspsykiatriska vården.

Behovet av **förnyad medicinsk bedömning** skulle kunna kombineras med extern kollegial granskning. Vi tycker att det ska göras ny bedömning på *granskarens* initiativ och/eller på *den granskade klinikkens* initiativ och det borde sammanfalla med patientens önskan... att få sitt fall omprövat.

I vart fall hoppas jag på nytt SKL-möte under våren med lika god uppslutning som senast.

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2016

Skriv i Svensk Psykiatri

NUMMER 2 2016

Tema: Psykiatrins byggnader
Deadline 18 maj
Utkommer vecka 23

Nummer 3 2016

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

NUMMER 4 2016

Tema: Ej bestämt
Deadline 16 november
Utkommer vecka 49

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Författarinstruktioner för Svensk Psykiatri

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

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

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

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

Maila till
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **18/05**
Psykiatrins byggnader



ANNONS



Det finns många anledningar att vara medlem i SPF

Förutom Svensk Psykiatri har Du som medlem även tillgång till

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

www.svenskpsykiatri.se

Observera att möjligheten att använda CPD Online upphörde den 1 juli 2015.

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

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

ST-läkare i psykiatri:
www.stpsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srpf.se



ANNONS

Den förste narcissisten

Detta nummers temabidrag handlar alla om narcissism. Ordet härrör från den bildsköne ynglingen Narkissos (Narcissus på latin) som enligt grekisk mytologi blir så förälskad i sin egen spegelbild att det tar livet av honom. I ambitionen att återge denna myt konsulterade jag sju olika källor och fann lika många versioner.

I engelska Wikipedia får jag bekräftelse på att flera olika versioner bevarats från antiken, vilket förklarar saken. En kort sammanfattning av det sorgliga ödet går ändå att göra:

Narkissos var son till en flodgud och en najad. Han var stolt och vacker, och avvisade alla som älskade honom. Bl.a. ska han ha försmått nymfen Echo som förtvinade av olycklig kärlek så att bara rösten blev kvar.

En dag ser han sin egen spegelbild i en klar källa och förälskar sig handlöst utan att förstå att det är sig själv han ser. Enligt vissa versioner är detta ett straff för hans beteende, men uppgiften om vem som är den straffande varierar.

Han sträcker sig efter den vackre i vattnet men kan förstås inte nå honom, vattnet bara grumlas. Oförmögen att gå därifrån blir han sittande vid källan tills han tynar bort eller tar livet av sig. När han dött växer det upp en blomma på platsen, en narcissus poeticus, det vi alla känner igen som en pingstlilja.

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Foto: Shutterstock/ArtMari



Foto: Shutterstock/Loreanto

Narcissism i tonåren

Narcissism och psykoedukativa kartor

I mitt psykoterapeutiska arbete med tonåringar på 70-talet fann jag att de ofta tycktes ha nytta av att få en bild av hur deras symtom hängde ihop med hur man kan tänka sig att psyket fungerar, ett slags karta till hjälp för sin orientering. Det var då något kontroversiellt för det innebar ju att stödja försvar som intellektualisering och rationalisering snarare än att arbeta med inre konflikter. Numera är sådan psykoedukation en "konst" i sig med stor användbarhet för både behandlare, ungdomar och deras föräldrar, också inom psykodynamiskt orienterat behandlingsarbete.

Bra psykoedukation innebär att trovärdigt och teoriunderbyggt ställa samman och förmedla en bild av, eller en berättelse om, hur ett problematiskt förlopp kan ha utvecklats och vilka psykologiska och/eller neurologiska mekanismer som är verksamma. Den får gärna ha en normaliserande karaktär, vara förankrat i ett utvecklingspsykologiskt perspektiv och/eller kunna kopplas till kulturell bias.

Inte sällan möter vi i klinisk praktik ungdomar som visar tecken på narcissistisk problematik. Mötet med dessa

ungdomar kan få vuxna i deras närhet, föräldrar, lärare och ibland även kamrater, att känna sig både provocerade och hjälplösa. Dessa personer skulle kunna ha glädje av viss psykoedukation angående narcissism i tonåren, tonåringen själv brukar dock av naturliga skäl visa ett minst sagt måttligt intresse då det är omgivningen som anses problematisk, inte de själva.

Narcissistiskt beteende i tonåren

Vissa tonåringar kan vara lite kaxiga, tillsynes självsäkra och avvisar alla välmenade råd och synpunkter från vuxenvärlden. Helt i sin ordning! Lite mer komplicerat blir det när de, sett ur de vuxnas perspektiv, tycks befinna sig i påtagliga svårigheter till exempel vad gäller skolfunktion och relationer. De kan förneka dessa svårigheter eller bagatelliserar dem och kan uppträda samtidigt högdraget, arrogant, nedvärderande och avfärdande gentemot den som försöker vara hjälpsam. Som vuxen kan man känna sig både förnärrad, lite kränkt och irriterad samt möjligen, som förälder, värdelös och maktlös. Man kan få lust att vända tonåringen ryggen "ska det vara på det här viset så...".

Här kan man som behandlare ha användning för begreppet

narcissism i klinisk mening, enklast förstått som ett speciellt sätt att skydda en sargad självkänsla präglad av otillräcklighet, tomhet, ensamhet, vilket i sig kan kännas kränkande. Kanske man enklast kan beskriva skyddet som "anfall är bästa försvar" eller "vändning i motsatsen". Jag betar mig lika överlägset som jag känner mig underlägsen, lika självtillräckligt som jag känner mig ensam och beroende, lika osårbar som jag känner mig maktlös. Tonåringen får andra att känna sig som lika avvisade, värdelösa, ensamma och maktlösa som vederbörande själv känner sig innerst inne.

Här kommer dilemman. Om tonåringen för att få distans till sitt barnsliga beroende av föräldrarna, drar bort sitt intresse från dem och inte finner jämnåriga som kan ta emot och möta upp det intresse som riktas mot dem, vad händer då. Jo, då återstår för tonåringen att rikta intresset mot sig själv. Varför det? Jo, för utan ett föremål för ett levande intresse; ingen mening, ingen vitalitet utan bara tomhet, ensamhet, förtvivlan och kanske depression. För att detta intresse för sig själv ska rättfärdigas måste tonåringen överdriva, "blåsa upp" sin självbild. Hur ska ett intresse för en själv, som döljer saknaden av relationer till andra, kunna upprätthållas om man inte är Märkvärdig, Överlägsen och Viktig.

En tonårings narcissistiska dilemma kan ur utvecklingssynpunkt kanske beskrivas som att befinna sig i en läckande båt, utan roder i rum sjö - det vill säga man ser varken stranden på det barndomsland man måste lämna eller det vuxenland man måste styra emot. Dyker det upp en annan båt från vilken någon frågar "hur går det, behöver Du bogsering", kan man för sin självkänslas skull inte säga annat än ett avmätt "verkligen inte".

Hur kan det bli så

I en psykoedukativ berättelse till föräldrar behöver man sannolikt tona ner eventuella tillkortakommanden i föräldraskapet, till exempel bristande omsorg eller starka villkorade förväntningar på tonåringen och fokusera på den

utvecklingspsykologiska aspekten. Man kan prova bygga en berättelse av följande typ.

"Varje barn måste när det kommit en bit in i tonåren, genomföra ett skifte beträffande sitt "intresse", från föräldrarna som de viktigaste personerna i livet, mot jämnåriga som ska bli de viktigaste följeslagarna in i framtiden. Intresset för jämnåriga måste ha fler bottnar än barndomens intresse för föräldrarna, till exempel modifierat anknytningsintresse, mer moget vänskapsintresse, eventuellt erotiskt intresse. ("Intresse" blir här det begrepp som teoretiskt sett brygger över mellan Freuds driftsteori och Tomkins affektteori). För detta behövs att tonåringen känner sig tillräckligt trygg, har hygglig självkänsla och hopp om att relationen till föräldrarna kan omvandlas till en vuxnare kontakt. Tonåringen kan då utan risk frigöra "intresse" i denna djupa mening och rikta det mot jämnåriga. Men någon eller några i kamratgruppen måste fånga upp tonåringens intresse och visa ett motintresse, annars blir det ingen relation vilket kan få svåra konsekvenser".

Hur kan man möta dessa tonåringar? Försök inte föreslå lösningar på problem som de inte själva formulerar eller få dem att "erkänna" hur de "egentligen" känner sig. Ta inte deras avvisande personligt, backa, men vänd dem inte ryggen. Medkänsla behövs men ska distribueras "droppvis" i undertexten, som "föda för uthungrade". Kom ihåg dilemman att växa upp som tonåring i världens mest självständighetsfixerade land vilket för många komplicerar utvecklingen.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



Foto: Shutterstock/Michele Paccione

Den vackra ballongen

Vår självkänsla (self esteem) varierar naturligt inom normalgränser. Vi mår bättre av uppskattning och bekräftelse och kan oftast stå ut med svackor efter motgångar med tvivel på vår förmåga. I sådana perioder kan vi "slicka våra sår" och så småningom återhämta oss. Kanske kan vi t.o.m. lära oss något av våra tillkortakommanden. Man får helt enkelt "bryta ihop och gå vidare" som någon sa. Det är när vi rör oss utanför dessa diffusa normalgränser som det blir besvärligt. När vi får svårigheter i våra dagliga funktioner, t.ex. i jobb och relationer.

Då kan det bli aktuellt att söka hjälp och kanske blir det t.o.m. så att en diagnos ställs. I så fall torde borderlinestörning (BPD) och/eller narcissistisk personlighetsstörning (NPS) ligga nära till hands. Kanske också någon form av bipolaritet (BP) bör övervägas?

Viktigt med noggrann diagnostik!

Vid de två förstnämnda (BPD och NPS) har vi inte tillräckligt stabil grund att stå på. Vi är inte nöjda med oss själva, tvivlar på vårt värde och vår förmåga etc. Ändå längtar vi – givetvis – efter uppskattning och bekräftelse, ja t.o.m. kanske beundran. Då gäller det att hitta sätt att imponera på omgivningen. Med utseende, någon talang, charmerande personlighet m.m. kan folk se mig och beundra mig. I brist på dessa egenskaper kan jag kanske berätta om spännande saker jag varit med om eller tänker göra. Risker är förstas att dessa planer inte realiseras och att jag blir konfronterad: "Nå hur går det med dina planer på att flytta till New York? Hur går det med sångkarriären?" osv.

Orealistiska planer kan man leka med – det kan kännas skönt att få drömma om något spännande särskilt när man tycker att man själv är ganska tråkig... Träffade en gång en ung flicka som var svartklädd, svartsminkad etc. som sökte hjälp för att hon mådde dåligt. Senare berättade hon att hon ville bli rockstjärna och vi pratade om detta en stund. Jag frågade om hon var med i något band eller så varvid hon sa att hon inte spelade gitarr men att hon kanske tänkte börja...

Ofta finns en ensamhet runt den som uppvisar en grandiositet. Dels för att man inte anser att man – i sig själv – är något attraktivt sällskap (och vill inte få detta bekräftat), men även pga. att det finns en rädsla att släppa någon annan för nära inpå: man löper ju risk att bli "avslöjad" som den tråkiga person man innerst inne känner att man är. Kärlek är därför farligt. Det man kanske längtar mest efter är samtidigt det farligaste. Blir man förälskad i någon måste den personen hållas på avstånd. Man vill för allt i världen inte bli lämnad eller övergiven (vilket kanske väcker mycket tidiga känslor). Jobbigt!

En vanlig metafor är en vacker ballong som man blåser upp



- men förr eller senare är det någon som sticker hål på den och den faller platt till marken. En elak kommentar om något personligt kan räcka för att min uppblåsta grandiositet skall spricka. Jag känner att kommentaren är sann och kan falla – likt den punkterade ballongen – ner i en tomhet med depressivitet ("tomhetsdepression"). Eller kan jag reagera med ilska och en känsla av kränkning och svara "den anfallande" med en projektion. Den förra reaktionen är – enligt mig – ett snäpp mera sann och mogen (och terapimottaglig) medan den andra är mera primitiv och därmed omogen.

Så – vad gör jag som terapeut? Många har beskrivit denna problematik. De mest kända är måhända Kernberg och Kohut som visade på två olika förhållningssätt. Personligen undviker jag för tidiga "sanningar" och rekommenderar att först försöka etablera en hållbar relation till patienten för att därefter försiktigt börja ifrågasätta vissa mönster.

Lite så är det ju med det omnipotenta och narcissistiska lilla barnet som älskas förbehållslöst av föräldrar tills vissa krav och frustrationer måste komma. Kallas visst uppfostran och anpassning... Alla önsknings omsätts inte i verklighet, man får inte bete sig hur som helst etc. Reaktionen av ilska och kränkning m.m. kan dock oftast hanteras framgångsrikt av stabila och kärleksfulla familjerelationer.

Det finns givetvis väldigt mycket att säga om "det uppblåsbara självet". Winnicott talade om det sanna och det falska självet där en personlig fundering är om det falska kanske i själva verket är det sanna...

En sista reflexion kring uppblåsbarheten är dess förekomst och funktion i den s.k. normalpopulationen. "Uppblåsbar" ger många – delvis roliga – associationer som vi kanske inte ska gå in på här... men antyder en medvetenhet. Kan man v.b. blåsa upp sig lite? Se till att man får en liten egokick. T.ex. få något publicerat i Svensk Psykiatri... ☺

Per Rosenqvist

Specialist i invärtesmedicin, allmän psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri

**Leg. psykoterapeut och handledare
Malmö**

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **18/05**
Tema Psykiatrins byggnader



Det uppblåsbara självet

Det är februari i Stockholm 2016 och allt handlar om kirurgen Macchiarini, nu liksom tidigare. Förut var han pionjär med en ny metod att transplantera luftstrupar. Nu har han skrivit in sig i historieböckerna som en bedragare, med fabricerade postoperativt glatta förlopp i fallbeskrivningarna av patienterna som fått en benmärgscellsmarinerad luftstrupe i plast. Om detta måste vi berätta, särskilt om de etiska övertrampen, med avsaknad av etikprövningar och desinformerat samtycke. Detta kommer att vara en av de skandaler man undervisar om i ämnet medicinsk etik. Särskilt den väsentligt friska ryska kvinnan Julia i Bosse Lindquists dokumentärserie om Macchiarini, Experimenten hemsöker mig. När hon innan operationen undrade om ingreppet verkligen var säkert fick hon översvallande bedyranden och försäkringar, trots att man visste att utgången var oviss. Luftstrupen i plast tog sedan Julias liv.

Machiarini var så säker på sin sak att omgivningen lät sig övertygas. Alla narcissister är dock inte lika övertygande som han. Många gånger märker omgivningen ganska snart att det bakom den självsäkra ytan gömmer sig en osäkerhet, den som inte kan visa sig svag är heller inte stark.

Detta illustreras tydligt i depressioner med narcissistiska symtom. Som underläkare hade jag hand om en man som verkade oförskämt självupptagen. Han var förvisso också deprimerad, rentav psykotiskt så. Över ena handleden satt ett Hoffmaninstrument, behandling av en fraktur patienten ådragit sig under sin suicidala vandring på tågspåret. Patienten var övertygad om att instrumentet hade ett chip som styrde hans tankar. Märkligt nog handlade avdelningsronderna många gånger om vilken skitstövel patienten var, vilket spädde på med rapporter från frun, som ville separera. Från patientens kollegor fick vi dock fram att han inte var så här. De uppfattade honom snarare som en vänlig och omtänksam person, som nu i takt med de depressiva symtomen blivit som förbytt. När han sedan förbättrades blev han mindre självupptagen och slutade att se ned på sin omgivning. Det var som om han lyftes ur ett svart hål och kunde blicka över kanten, för att se något annat än sitt eget armod.

En annan av mina patienter var medveten om att han försökte dölja sitt dåliga självförtroende, bakom ett berg av muskler. Timmar på gymmet och allehanda steroider fick honom att se ut som en nypumpad tredimensionell luftmadrass. Han beskrev ett närmast livslångt självförakt



Foto: Shutterstock/wimammoth

och tyckte att omgivningen sneglade dömande på honom. Kontaktpersonen föreslog att han skulle få pröva ett SSRI. Jag var skeptisk. Patienten tedde sig inte deprimerad och symtomen kunde ju knappast beskrivas som episodiska. Efter en öppen diskussion med patienten enades vi ändå om ett behandlingsförsök med SSRI. Nästa gång jag såg patienten i väntrummet var det som att luften hade gått ur honom, och han var nöjd med det. Efter insättningen av SSRI hade han slutat att tvivla så mycket på sitt eget värde. Han upplevde inte längre att omgivningen dömde honom. Den minskade muskelmassan kom av att han slutat med steroider, som han inte upplevde att han behövde längre. Patienten kände att han var redo för att träffa någon livspartner, "en bra tjej den här gången".

Det kostar att blåsa upp sig. Bläsfisken kan göra det när den känner sig hotad, men den klarar det inte hur många gånger som helst. För den mänskliga motsvarigheten är risken störst om blåsan spricker. Det finns många historiska exempel på narcissistiska personer som tagit sitt liv när det inte längre går att hålla fasaden uppe.

Ett narcissistiskt högdjur kan vara framgångsrikt i näringslivet och i underhållningsbranschen. För oss i vården blir dock narcissisten en extra utmaning. Till oss kommer ju människor när de är som mest sköra. Det kan hjälpa att tänka på Selma Lagerlöfs ord om prästen Gösta Berling, som var "starkast och svagast bland människor".

Mikael Tiger
Överläkare, med dr
Psykiatri Nordväst, Stockholm

Narcissismens insegel

Slutligen kommer verkligheten ikapp oss. Det finns ingen chans att man missar det oundvikliga, hur gärna en vill slippa. Själva faktum att du ska dö är en ofantlig förolämpning mot din självbild. Att jag ska dö en förolämpning mot min.

De flesta av oss förstår att det som gäller gäller, att vi inte har en chans att komma undan, hur vi än bär oss åt.

Människan har nog aldrig varit bättre eller sämre rustad än nu, var och en av oss är fånge i den idé om en odödlighet som kanske själva genomet är ett exempel på. Evolutionsteoretikern Richard Dawkins bok "Den själviska genen" är ett fint försök att skapa en historia kring odödlighetens princip. Tesen är att varje gen för sig inte har något annat syfte än att finnas kvar. Att reproduceras blir här ett sätt att finnas kvar, den enskilda genen går upp i *genens uttryck* som inte upphör förrän genen inte längre producerar sitt protein, eller vad den nu har för uppgift i organismen.

Det är en formidabel "evolutionens narcissism" som föreslås här. Ingen altruism, ingen relationsform, inget yttre sammanhang är viktigare än att det egna ska uttryckas, att det egna ska fortsätta uttryckas. Om förutsättningen för att få fortsätta finnas (i reproducerad form) är att samverka med andra celler, att olika cellkolonier för det egna uttryckets skull måste fås att samverka i ännu större anhopningar, är denna samverkan ett medel för att målet *reproduktion av genen* ska nås, för att syftet *odödlighet* ska uppnås.

För de flesta cellanhopningar som tillsammans skapar organismen "människa", är den här idén inbakad i själva upplevelsen av livet. Eller idén om livet. Vi vet att vi ska dö. De flesta av oss vet att vi ska dö. Enstaka av oss accepterar utan alltför mycket protest att döden är en del av livet, att den är själva förutsättningen.

Wisława Szymborskas dikt "bidrag till statistiken" avslutas på hennes sedvanligt lätt ironiska men alltid lika superallvarliga sätt:

de som är värda att tyckas synd om
– nittionio av hundra,
de dödliga
– hundra av hundra
En siffra som hittills har stått sig.

Det är inte alla givet att acceptera detta. Sanningen kommer att ta oss med våld, om vi inte har accepterat den,

inget annat kan vi veta att den som inte är född är den enda som slipper dö.

Är läkare undantagna från fasan? Eller är vi läkare för att överkompensera för den i sanning narcissistiska skräcken att förlora makten över liv och död? En läkare som får en diagnos som gör att den makten omedelbart förflyttas bort från en själv och till någon annan, eller något annat, vad gör den med oss. Är frågan om dödligheten, som jag börjar med, den enda där det narcissistiska förhållningssättet till livet påverkar oss?

Dödligheten är en sak för sig, potentiellt dödliga tillstånd innebär en livskris för alla (med reservation för de enstaka som faller i normalfördelningens svansfält), det kan vi förstå. Alexander Solzjenitsyn låter i "Cancerkliniken" en kvinnlig onkolog få bröstcancer. Hon löser sitt "dilemma" genom att bestämt säga till kollegan att fråga och med det ögonblicket behandla henne som en patient, det vill säga att inte säga något till henne om detaljerna utan behandla henne som ovetande. Så behandlades patienter möjligen i Sovjetunionen och hon kunde genom den strategin måhända klyva diagnosen från sitt medvetande, och med den också våldet mot hennes livsviktiga narcissistiska självbild.

När man arbetar som läkare utanför landstingets regi, händer det att kolleger konsulterar en. Ibland är problemen väldefinierade och det finns en önskan om behandling som patienten önskar.

Notera de två meningar som inleder detta stycke. De gestaltar hur ett narcissistiskt insegel bryts. I mening ett står *kolleger* och i nästa mening *patienten*. Innan detta insegel bryts har tid gått.

Att acceptera att symtomen kräver en undersökning, kan för somliga vara det första inseglet.

Att avbryta den kollegiala jämlika relationen och växla ut den mot läkar-patientrelationen, kan vara nästa. Vi vet att vi oftast kan växla mellan nivåerna, ibland är du min kollega, ibland är du min doktor, men brottet påverkar.

Att få en diagnos blir med den här tanken i fokus ytterligare ett sigill att bryta. *Sjukdomsinsikt* är ett knepigt ord. Patienter kan ha eller sakna sjukdomsinsikt. Sjukdomsinsikten kan vara bjärt växlande. Acceptansen för konsekvensen av en diagnos kommer osvikligt få insikten att ha större eller mindre grepp om en patient, oavsett om hen är läkare eller svetsare eller handläggare på något kreditföretag.

För den som har till uppgift att lindra, trösta och kanske bota, tror jag det i vissa avseenden kan bli svårare.

Ibland kommer som sagt patienter med en diagnos och en behandlingsönskan. Ibland kommer patienter med ett lidande som kräver ett diagnostiskt arbete innan behandlingen ska till. Läkarens kunskap är ibland ett skäl till försening av diagnosen. Tanken "det här vägrar jag acceptera som något som jag ska ha" är inte ovanligt.

Den som har levt med ett ryckigt humör, en växlande förmåga att ta in information, ofta varit nedstämd för att man inte riktigt klarat av att prestera på topp fast förutsättningarna verkligen har funnits för att man är smart nog, kan genom åren tänkt (och av andra fått höra) att det inte är så konstigt, så ryckig, ointresserad och halvlyckad som ens mamma eller pappa varit.

Symptomkombinationen är vanlig också vid ADHD. Om det finns anamnestiskt underlag för den diagnosen är det ändå inte ovanligt att reaktionen hos *kollegan-patienten* är att *Nej, inte jag*.

En egen bild av diagnosen, som man förknippar med patientgrupper som har det svårare i samhället, kan påverka självbilden våldsamt. Likaså är själva konceptet kring funktionsnedsättningar komplicerat.

Jag tänker att reaktionen till sitt väsen kan vara besläktad med Solzjenitsyns cancerläkares. Självbilden måste på något sätt räddas, om man inte ska skakas om för mycket. Texten jag skrivit är ett försök till överblick. More studies required, eller hur en studie nu ska avslutas.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm



Deadline för bidrag till
 nästa nummer: 18/05
Tema Psykiatrins byggnader

Är läkare mer narcissistiska än andra?

För en tid sedan delade en vän på Facebook en artikel som bl.a. handlade om narcissistiska personlighetsdrag hos sjukvårdspersonal, och jag tänkte att det var ett bra uppslag till en artikel i detta nummer.

Publikationen som fångade mitt intresse var Bucknall V et al. *Mirror mirror on the ward, who's the most narcissistic of them all? Pathologic personality traits in health care. Canadian Medical Association Journal 2015; 187(18): 1359-1363.*

Författarna inleder med att konstatera att det finns många stereotypa beskrivningar av hur läkare inom olika specialiteter beter sig. Att uttrycka sådana fördomar är något som sjukvårdspersonal gärna roar sig med på arbetet, men det kan också få negativa konsekvenser vad gäller allmänhetens förtroende för sjukvården.

I den aktuella studien har man intresserat sig för den "mörka triaden": machiavellianism, narcissism och psykopati. (En person med machiavelliska drag är bedräglig, egenlystig och når framgång genom att utnyttja andra).

Hypotesen var att dessa "mörka" personlighetsdrag finns hos sjukvårdspersonal och särskilt så inom vissa discipliner.

Studien omfattade 248 personer med sjukvårdande yrken (199 "medical" och 49 "nursing professionals") som jämfördes med 159 personer från den allmänna befolkningen.

De personlighetsinventorier som användes var Narcissistic Personality Inventory, MACH-IV och Levenson Self-Report Psychopathy Scale.

Bland resultaten noterades särskilt att sjukvårdspersonal hade lägre grad av den mörka triaden än befolkningen i allmänhet. Bland läkare befanns kirurger ha en högre grad av narcissism än andra, allra högst poäng hade kärllkirurgerna, medan neurologer hade högst poäng vad gäller psykopatiska drag. Jämfört med läkarna hade "nursing professionals" en högre grad av sekundär psykopati som beskrivs som en anpassning till miljöfaktorer, och kännetecknas av impulsivitet och emotionell instabilitet.

Några psykiatrer tycks inte ha funnits med bland de undersökta, och visst undrar jag hur vi skulle ha placerat oss.

Hela artikeln finns på nätet och utgör en stunds lättsam läsning. I avsnitten "Interpretation" och "Limitations" är formuleringarna humoristiska, närmast uppsluppna, på ett sätt som man inte förväntar sig att finna i en vetenskaplig tidskrift.

Ett exempel:

"Anesthesiologists expressed less narcissism than expected. Is this the effect of overexposure to surgeons who are better looking, more intelligent and physically superior?"

Tove Gunnarsson
Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm

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 psykiatrins och våra patienters intressen.

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

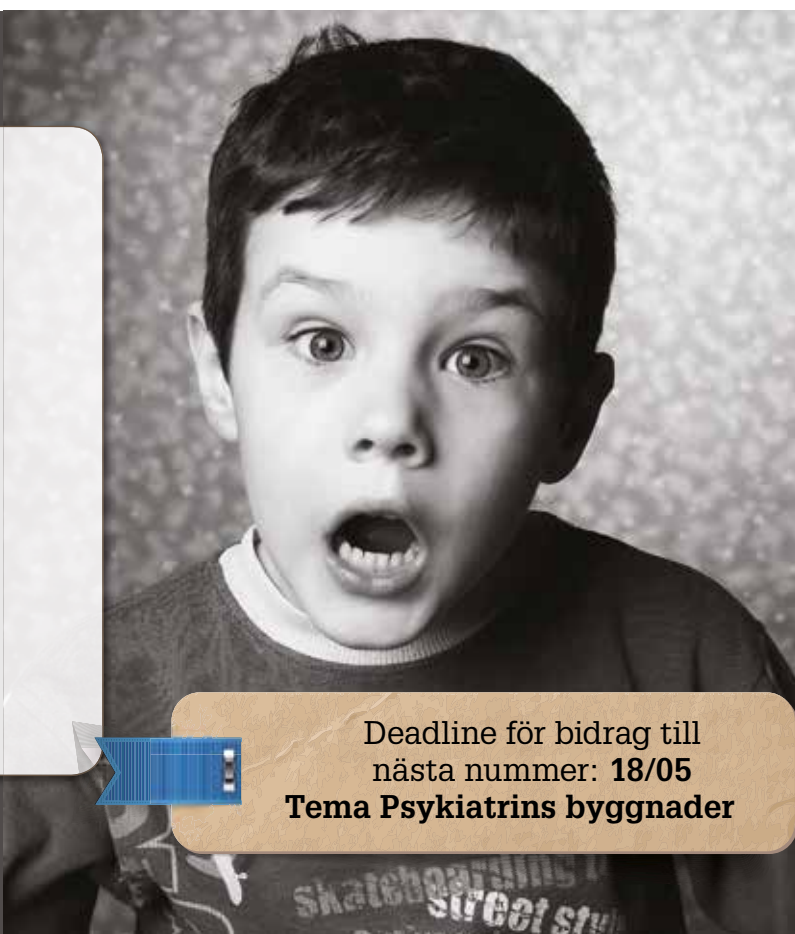
Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



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: **18/05**
Tema Psykiatrins byggnader

Senaste nytt från SPF Utbildningsutskott



Vad ska en färdig specialist i psykiatri kunna? Och hur kan vägen dit se ut? På dessa och många andra frågor om ST hoppas jag att ni hittar svaret i SPF:s reviderade rekommendationer! De finns på SPF:s hemsida, tillsammans med den nya föreskriften och två lathundar som innehåller jämförelser mellan de gamla och de nya ST-delmålen. Den ena lathunden avser alla delmål, den andra sammanfattar vilka delmål som uppfylls av befintliga METIS-kurser. Rekommendationerna är resultatet av ett gediget arbete som Utbildningsutskottet har prioriterat under hösten 2015. Det kändes angeläget att göra rekommendationerna tillgängliga så fort som möjligt.

Den som använder rekommendationerna kommer att lägga märke till att de innehåller mer text och fler detaljer än Socialstyrelsens delmål. Kompetensbeskrivningen i Socialstyrelsens författning lämnar utrymme åt oss som specialistförening att förtydliga och konkretisera formuleringarna, så att målen blir praktiskt användbara och kraven rimliga i relation till psykiatrins kliniska verksamhet. Där har vi som specialistförening en viktig roll att även lyfta vad vi tycker en nybliven specialist i psykiatri ska kunna. Socialstyrelsens delmål avser att beskriva en miniminivå på var kompetenskraven ska ligga. För vissa delmål har vi därför medvetet valt att höja den nivån. Att våra rekommendationer inte är bindande ser vi inte som en nackdel, utan som en möjlighet att sikta högt.

När det gäller kurserna börjar METIS nya struktur verkligen landa i någonting konkret och bestående. Det är otroligt roligt att se hur Sveriges alla sjukvårdsregioner jobbar med METIS-kurserna. Tillsammans har vi under 2016 kompletterat Socialstyrelsens kursutbud med avgiftsfinansierade METIS-kurser. Resultatet blev att vi aldrig tidigare haft så många kursplatser över hela landet som i år. Inte på IPULS tid. Inte under METIS tid som projekt. Aldrig någonsin. Tillsammans har vi klarat det! Ett par kurser har ställts in – men vad gör det? Våldigt lite, om det är det som krävs för att samordna ett utbud som motsvarar efterfrågan. Jag drömmer om ett upplägg där man som ST-läkare går lagom mycket kurser i rättan tid och kommer in på de kurser man behöver, och i år har vi kommit ett steg närmare det målet.

Vi ses på SPK 2016!



Alessandra Hedlund
Facklig sekreterare SPF

ANNONS

Psykologutredning vid ADHD

Syftet med en psykologutredning, oavsett frågeställning, är att ge ett underlag för insatser i patientens livssituation

När det gäller en så komplex och heterogen grupp som vuxna ADHD-patienter med bestående funktionsnedsättningar under livet, är detta underlag avgörande.

Beskrivningen av patientens specifika funktionshinder, som manifesteras i olika livssituationer, formuleras utifrån ett grundligt intervjuförfarande med hjälp av relevanta instrument tillsammans med patienten och andra uppgiftslämnare. Undersökning av kognitiva funktioner i varierande omfattning från fall till fall ger ofta ytterligare information och framför allt möjlighet till en kvalitativ bedömning i en standardiserad situation. Utvecklingsanamnes inkl. tidigare journalmaterial ingår givetvis i underlaget liksom differentialdiagnostiska överväganden.

Avgörande för planeringen av fortsatta insatser är beskrivningen av patientens personlighet, tillgångar, färdigheter och intressen, inte minst pga. att en betydande andel av patienterna är extremt motivationsberoende. De fortsatta insatserna måste bygga på denna helhetsbild. Av stor vikt är också att kartlägga de kompensatoriska möjligheterna i patientens omgivning.

För att en psykologutredning ska vara meningsfull, måste den alltså leda till en konkret beskrivning, direkt relaterad till patientens vardagsliv, arbete, studier, familjeliv etc. En vanlig uppgift för psykologen är därmed att översätta utredningen i kontakterna med olika aktörer i omgivningen, t.ex. anhöriga, AF, FK, arbetsledare, skola m.fl., som behöver få en bild av patientens specifika svårigheter, resurser och behov.

Eftersom det kan ta tid för patienten att ta in och acceptera all den information, som utredningen inneburit, kan det röra sig om återkommande återbesök i varierande intervall vid behov.

Allra mest kostnadseffektivt vore förmodligen att patienten direkt eller via sin kontaktperson kunde återknyta till utredande psykolog för att resonera om ytterligare eller alternativa insatser i en förändrad livssituation, ett nytt arbete etc. Eftersom flera internationella studier visar att en majoritet av patienter med ADHD-diagnos inte fortsätter med CS-läkemedel, behöver vi fokusera på andra insatser. Gruppbehandling finns på många håll, men utvärdering har visat sig komplicerad med stora bortfall och bristande uppföljning.

Aktuella studier pekar t.ex. på behovet av långsiktiga, återkommande kontakter med insatser av olika slag under livets varierande skeden och med kontinuitet i kontakterna. Ett team för utredning och uppföljning, där inte bara en person har kännedom om patienten, vore förmodligen optimalt.

På många håll tillämpar man också olika nivåer av utredningsförfarande, dvs. mer eller mindre omfattande utredning beroende på ärendets komplexitet, problematisk differentialdiagnostik, omfattande komorbiditet osv. Även resursstarka personer, där diagnosen relativt snabbt kan ställas, kan dock visa sig ha betydande behov av uppföljande insatser på grund av svårigheter att acceptera funktionsnedsättningarna och dessas konsekvenser vid förändringar i livssituationen.

I ett betydande antal studier har dokumenterats de omfattande kostnader, som de livslånga konsekvenserna av ADHD genererar för samhället i form av sjukvård, socialhjälp, missbruksvård, kriminalvård etc. och självfallet också för patienten själv och anhöriga. Att avsätta resurser för att inte "bara" ställa diagnosen utan även följa upp med skraddarsydda insatser, är därmed en mycket lönsam investering.

Margareta Granbom

**Leg. psykolog. Specialist i klinisk psykologi
Psykiatriska mottagningen, Falun**

Litteratur

Gudjonsson G et al (2009) The relationship between satisfaction with life, ADHD symptoms and associated problems among university students. *J Atten Disord* 12: 507 – 515

O'Callaghan P (2014) Adherence to stimulants in adult ADHD. *ADHD Atten Def Hyp Disord* 6:111-120

Stern A et al (2013) The relationship between executive funktion and quality of life in adults with ADHD. *J Atten Disord* doi:10.1177/1087054713504133

Torgersen R et al. (2008) Treatment of adult ADHD: is current knowledge useful to clinicians? *Neuropsychiatr Dis Treat* 4:177-186

Tjuvheder

Snarare skamlös än driven av skam, tänker jag om filmen "Tjuvheder". Filmen är skriven och regisserad av Peter Grönlund, som tidigare framför allt gjort dokumentärfilmer.

Den handlar om Minna (Malin Levanon), en kvinna som "gillar amfetamin" och som försörjer sitt missbruk genom att sälja knark. Just när filmen börjar blir hon vräkt från den lägenhet hon haft via socialen. Pengarna som skulle gått till hyror har istället gått till drogerna, och när hon förstår att hennes socialsekreterare denna gång menar allvar med att hon inte får respit med hyran utan kommer vräkas, blir hon desperat och försöker samma dag sälja så mycket knark att hon ska kunna köpa sig lite tid.

Det går förstås inte, när hon kommer hem efter att ha försökt sälja droger är socialen där tillsammans med polisen. Hon hade under dagen också råkat på en man som har åtskilliga tusenlappar på fickan, pengar hon lurar av honom genom att förespegla honom att hon ska skaffa honom väldigt bra amfetamin. Det visar sig vara en mycket dålig affär för Minna, pengarna kommer från hantlangaren till en direkt livsfarlig langare, som när han förstår vem som lurat av hans kille pengarna, ger sig av efter henne.

Som lök på laxen är hon efterlyst efter att hennes lägenhet utrymmts och man där hittat droger, en våg och små fyllda påsar, allt bevis för både innehav och försäljning av knark.

Genom större delen av filmen ekar filmtiteln i mitt huvud som en fråga, "var är hedern filmens titel utlovar egentligen?" Finns det ens någon tjuvheder längre? Är titeln ironisk eller vad kan rymmas i ordet heder?

Det är en genomgående avskalat sunkig historia Grönlund presenterar för oss. Den är gjord med endast enstaka professionella skådespelare, resten av rollerna spelas av amatörskådespelare som Peter Grönlund träffat då han arbetat på Stadsmissionen. De personer som gestaltar de hemlösa missbrukarna har erfarenhet av det liv deras roller har, men med det lugnt framdrivande manuset och den fina regin finns aldrig känslan av amatörism utan iscensättningen sitter som en smäck.

Klart sevärd ger den oss en trovärdig bild av det liv många lever. Flera av dem våra patienter, ännu fler utanför den vård som eventuellt skulle kunna hjälpa till ett bättre liv.

Eventuellt skriver jag, eftersom det nästan alltid är så mycket svårare att bryta ett missbruk än att hindra någon att inleda det. Snarare än att det är lättare att hindra folk från att gå in i missbruk, är det tydligt att de ansträngningar med att göra så barn och ungdomar går andra vägar, har mer beständiga effekter.

Filmen väcker en del frågor.

Filmens berättelse görs än mer trovärdig tack vare de skådespelare han valt.

"Tjuvheder" inrättar sig, trots att den är en spelfilm, i en tradition med trådar till Stefan Jarls och Rainer Hartlebs många dokumentärfilmer om modsen och Jordbrobarnen gått i bräschen för, hur man kan låta individens historia ta plats i det allmänna. Frågan om var gränsen mellan att *anlita* en person och att *utnyttja* personen för sina egna syften går finns ändå med. Jag undrar om Peter Grönlund inför rollbesättningen brottats med frågorna eller om han faktiskt inte ser det som ett problem.

Frågan om skammen och skamlösheten blir också viktig. Den som fallit ur systemet – som Katja (Lo Kauppi), en sjuksköterska som hamnat i ett missbruk – bär på misslyckandet. Den som likt Minna aldrig kommit in i systemet och upplever sig som utstött och chanslös har begått en annan sorts synd. När filmens historia vänder och hedern träder in, är det just i spannet mellan de här två sorternas skämmig tillvaro som utväxlingen äger rum.

Jag har försökt locka Peter Grönlund till ett samtal men fick konkurrera med hans ärofyllda uppdrag som jurymedlem för Stockholms filmfestival. Mina frågor blir istället filmens eko i mitt huvud.

Se den!

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Möte med barnpsykiatrins verksamhetschefer och chefsöverläkare

Sedan många år har SFBUP samlat verksamhetschefer inom barnpsykiatri till ett årligt möte. I år hade 55 verksamhetschefer och chefsöverläkare kommit till Bergendals konferens i Sollentuna. Årets tema var ensamkommande flyktingbarn.

Mötet började med att vi gjorde en omvärldsspaning där alla fick skriva ner två av de viktigaste utmaningarna som barnpsykiatri står inför. Frågorna delades sedan in i olika kategorier. Den kategori som fick överlägset flest röster var *kompetensförsörjning*. Hur kan vi rekrytera fler medarbetare till barnpsykiatri? Andra kategorier var *gränsdragningen och samarbetet med första linjen*, *ökade behovet av neuropsykiatriska utredningar*, *flyktingbarns behov av behandling, kvalitet och evidens*, *ökat inflöde av remisser kopplat till resurser samt hur de svårast sjuka skall få vård inom slutenvården*.

Varje år kommer Ing-Marie Wieselgren från SKL. Hon redogjorde för den nya överenskommelsen 2016 mellan Socialdepartementet och SKL. Stimulanspengar som inte är bundna till prestation annat än att landstingen och kommunerna senast sista oktober skall redovisa vad man gjort med pengarna. 150 miljoner kommer att användas till att stimulera nya initiativ till att nå unga med psykiatrisk ohälsa och 130 miljoner för att utveckla eller starta nya ungdomsmottagningar.

En viktig fråga som vi diskuterade var vårdhierarkin, dvs. behovet att kunna remittera till en annan vårdnivå med mer resurser och specialkompetens. Närmast finns behov att kunna vårda speciellt vårdkrävande patienter som man inte klarar av på en vanlig akutavdelning. En annan fråga var det ökade trycket på barnpsykiatri. Det gäller nu för landstingen att tillsätta och anställa så många ST-läkare som man kan. SFBUP har föreslagit att vi bör vara en specialist per 5000 barn i befolkningen, något som Ing-Marie tyckte var ett minimum.

Vi i SFBUP har vid detta möte en chans att redovisa vilka frågor som vi arbetar med och som vi tycker är viktiga. I år lyfte vi framför allt fram behandling och utredning av ungdomar med depression. Vi har skrivit en riktlinje som finns på vår hemsida. BUP Halland har tagit fram ett utvecklingspaket med finansiellt stöd av SKL. Fyra pilotkliniker har nu genomgått utbildningen, alla har varit mycket nöjda då den höjt kompetensen och arbetstillfredsställelsen hos medarbetarna som varit med. Tanken är nu att utbildningen fortsätter och att de som har utbildat sig i sin tur utbildar andra. Vill du läsa mer gå in på www.deplyftet.se



Den andra dagen ägnades åt flyktingbarns situation. Överläkare Björn Ramel från Teamet för krigs- och tortyrskadade föreläste. Han betonade att de flesta som kommer har varit utsatta för mycket stress under flykten men även här i Sverige. De svåraste trauman är de som sker inom familjen. Björn redogjorde för en norsk studie där 40 % av de ensamkommande uppvisade en psykiatrisk diagnos. En viktig behandling är traumamedveten omsorg som innebär att man har ett så normalt och bra liv som möjligt under asylprocessen. Här är boendena viktiga liksom de gode männen. Tyvärr är det stor skillnad på kvaliteten nu på HVB-hemmet där de flesta inte har någon vård att tala om och där det behövs mycket handledning. Björn vände sig mot påståendet att man inte kan behandla trauma under asylprocessen och menade att liksom för svenska barn skall vi varken under- eller överbehandla utan ensamkommande barn måste betraktas som individer och behandlas därefter.

Nationalekonom och professor Eskil Wadensjö avslutade mötet med att redovisa en studie som han med medarbetare gjort utifrån statistikdatabaser. Ensamkommande barn och barn från samma länder har mindre ofta arbete jämfört med de som kommer från Sverige. Bäst går det för de som kommer från Afghanistan och det går bättre för pojkar än för flickor. Ju tidigare man kommit desto bättre går det och det går bättre om man bor i Stockholm.

Mötet var mycket trevligt och gav deltagarna en möjlighet att få diskutera gemensamma frågor med sina kollegor. Nästa februari blir det ett nytt möte.

Lars Joelsson
Ordförande i SFBUP

ANNONS

Vad driver Markus Heilig?

Markus Heilig har sedan våren 2015 varit professor i psykiatri vid Linköpings universitet. Michael John, psykiater i Linköping frågar honom: vad driver Markus Heilig? Under en timme ger Markus ett fylligt svar.

Ibland kan det se ut som om det finns ett konsekvent spår i ens liv från punkt A till punkt B. Och det kanske det gör, men det behöver ju inte betyda att man själv medvetet valt riktningen. Ibland tror jag att det blir lite som Braunska rörelser: om man tittar i makroperspektivet så ser människopartikeln ut att röra sig åt ett visst bestämt håll. Men det är mest för att den hela tiden stöter emot saker på vägen, kolliderar med andra partiklar.

Jag föddes i en judisk familj i Polen. När jag var 10 tvingades vi fly, Vi satt först i ett flyktingläger i Italien, och sedan på ett invandrarboende i Småland. Efter det hamnade vi i Lund, i ett stökigt område där det var mycket droger, missbruk och sociala problem. Det gjorde två saker, tror jag: Mina föräldrar hade fullt upp att orientera sig i samhället, så de kunde inte precis vara vägvisare för mig och min syster. Vi fick upptäcka världen på egen hand. Och så konfronterades jag med saker jag nog inte annars hade stött på under en skyddad uppväxt i en akademikerfamilj. Då väcktes ett intresse för människor och deras problem. Jag upptäckte att det fanns en värld utanför naturvetenskapen. Det ledde mig till litteraturen och humaniora, något min pappa civilingenjören inte värdesatte särskilt högt. Det började med Dostojevskij och Kafka och sedan vet jag inte om jag nånsin kommit mycket längre än Camus. Det är fortfarande Camus jag alltid återvänder till, jag läste om Pesten i somras och blev påmind om det fundament jag alltid kan vila mot. Sen upptäckte jag psykoanalysen - Freud, Reich och sådant där. Då tänkte jag bli psykolog, för det var väl det man skulle bli för att förstå själen, konsten och litteraturen?

Det blev förstås inte så. Med hjälp av min pappa och några gymnasielärare kom jag på omvägar tillbaka till naturvetenskapen. Först läste jag matte och fysik, som någon slags ytterlighet åt andra hållet. Men så småningom insåg jag att medicin är det ämne som förenar naturvetenskap och humanism. Och inom medicin är det framför allt psykiatri som gör det.

Rätt tidigt började Markus Heilig på en forskarutbildning inom neurofarmakologin, och blev intresserad av ångestmekanismer, amygdalafunktion och neuropeptider.

Läkarutbildningen – och då menar jag utbildningen

i vid mening, den som pågår hela livet – är så enormt rik på möjligheter. På vägen var det så himla mycket som var skoj. Efter jag hade disputerat på en avhandling om ångestmodeller fastnade jag på medicinkliniken i Lund. Där fick jag under en tid en underbar mix av eftertänksamhet på endokrinmottagningen, och "action" på akuten. Det var otroligt kul, inte minst tack vare kamratskapen i ett gäng hårt arbetande unga kollegor. Men sedan tänkte jag att om man verkligen vill "make a difference", då är det ändå inom psykiatri man har störst chans att göra det. Det är där de stora, icke-tillgodosedda patientbehoven finns.

Efter avslutad psykiatriutbildning flyttade Markus till Stockholm.

Jag hade på de tio åren jag jobbade på KI och inom Stockholmssjukvården egentligen inte något akademiskt jobb förrän alldeles på slutet. Först var jag vanlig överläkare med forskning vid sidan om, sedan verksamhetschef för en storklinik. Det var först med jobbet som FoUU-chef för psykiatri på Huddinge Sjukhus som den egna forskningen till sist fick mera utrymme.

Det är kanske preskriberat nu, men tiden som chef i beroendesjukvården var fylld av intensiv debatt. Det var så mycket som var tokigt inom beroendevården där jag var verksam. Vi hade patienter som dog medan de stod i kö för att få metadon-underhållsbehandling, eftersom politiska beslut begränsade tillgång till behandlingen. Eller så sparkade man ut patienter ur behandlingen för att de inte följde reglerna. Om man var för sjuk skulle man inte kunna få behandling... Det var rena övergrepp.

Det jag känner mig mest stolt över från den tiden är inte någon av debattartiklarna jag skrev. Det är att vi med hårda data bidrog till en genomgripande förändring. Buprenorfin var nytt som underhållsbehandling då. Vi försökte att på ett genomtänkt sätt introducera det i Sverige som ett sätt att bryta upp metadonmonopolet, och kunde i en Lancet-artikel visa vilka fantastiska resultat man kunde få med ett behandlingsupplägg som helt avvek från alla principer den svenska narkomanvården hade utvecklat. När man nu drygt 10 år senare tittar på de nationella riktlinjerna för beroendevård från SoS så står i princip alla de rätta sakerna där, som t.ex. att varje patient som behöver behandling har rätt att få det. Det är svårt att tänka sig hur kontroversiella dessa ståndpunkter var för 10–15 år sedan. Det finns förstås mycket kvar att göra, framför allt när det gäller att utbilda



som i princip sade: "Hej! Vill du bli Clinical Director hos oss?" Det dröjde ett tag innan Markus förstod att det inte var ett skämt, utan en allvarligt menad inbjudan från dåvarande chefen för alkoholinstitutet inom NIH, Ting-Kai Li.

Tanken var att det skulle bli 2 år. Det blev 11. Det gav mig möjligheten att bygga upp någonting jag inte tror hade varit möjligt någon annanstans i världen. Det vi gjorde gick hela vägen från odlade celler, via genetiskt modifierade möss, molekylärfarmakologi i råttmodeller, beteendegenetik på rhesusapor och hela vägen till experimentell medicin, tidig testning av mekanismer på människor. Där lärde jag mig också använda funktionell hjärnbildning. I kombination med farmakologi, genetik, och beteendeanalys blev det nästan som att dirigera en symfoniorkester. Programmet blev ju rätt så framgångsrikt. Det kom ut många intressanta publikationer. Ett antal medarbetare växte, och kunde starta egna forskargrupper.

Men vi hade väl inom familjen aldrig bestämt oss för att bli amerikaner för gott. Det där med att flytta tillbaka till Sverige förblev alltid ett samtalsämne vid middagsbordet. Och medan forskningsmöjligheterna på NIH var fantastiska tog med tiden administration och tuffa ledningsuppdrag alltmer tid och kraft från forskningen.

Markus blev hade genom åren blivit ombedd att söka, och fick förord till flera professurer i Sverige, men länge var dessa inte tillräckligt lockande.

På NIH hade man fördelen att kunna jobba långsiktigt och ta vetenskapliga risker, därför att man har en budget och inte ständigt behöver söka nya forskningsanslag. Jag såg den ökande pressen på universitetsforskarna i anslagssystemet utanför. Även exceptionellt kunniga och kreativa kollegor tvingades ofta bli rätt så konventionella i sina projektval och sina forskningsstrategier ju mer konkurrensen hårdnade.

Så han blev kvar på NIH, men blev knuten som gästprofessor i Linköping. Där träffade han medicinska fakultetens dekanus, Johan Söderholm. Johan föreslog att Linköpings universitet skulle nominera honom för ett program som vetenskapsrådet då just hade startat. Det nya VR-programmets syfte var att möjliggöra för svenska universitet att rekrytera internationellt.

Jag tänkte tyst för mig själv att utsikterna att hävda sig i den här konkurrensen inte kunde vara särskilt stora, men Johan styrde det hela med en otrolig vision. Ett halvår senare fick vi besked om VR-finansieringen. Paketet blev i slutänden en samproduktion mellan VR, som står för omkring 60 %, Linköpings universitet och Region Östergötland. Tillsammans omfattar paketet 200 000 kr på 10 år. I och med den långsiktigheten tänkte jag att jag fortsatt skulle ha frihet att göra "high risk – high gain"-forskning. Att jag skulle ha kvar möjligheten att göra de saker som känns viktiga utan att

behandlare, men jag tror att vi till sist kanske är på rätt väg.

Jag är väl inte religiös, men om sankte Pär frågade mig vad jag har att säga till mitt försvar när jag står inför honom så är det detta jag känner mig mest glad och stolt över. Det var forskning som hade ett konkret positivt inflytande på patienters liv.

Så där har du kanske en illustration till det du frågade: Du frågade vad som driver mig. Det är det som driver mig.

Efter Markus bytt slitet som chef för en storklinik mot en betydligt behagligare tillvaro som FoUU-chef på Huddinge fick den egna forskningen mer utrymme. Där hade han mycket väl kunnat bli kvar, men ödet – och de Braunska rörelserna - ville annorlunda. Inspirerad av sin post-doc-handledare gav Markus sig då och då iväg till ställen där han trodde att han skulle kunna plocka upp nya, användbara forskningsmetoder. En av dessa resor gick till amerikanska National Institutes of Health, där han försökte göra ett litet musprojekt och lära sig ny metodik att ta med hem till den egna forskargruppen. Efter en föreläsning han höll under NIH-vistelsen kom så ett mail

snegla på vad som just nu är gångbart i en anslagsansökan. Och så hade jag ju tagit i hand med Johan på att om vi fick VR-stödet så skulle jag ta jobbet.

Sommaren 2015, när äldsta dottern hade tagit studenten i USA, var vi redo att flytta. I Sverige var alla på semester. Jag kom bokstavligen talat till en tom korridor mitt i den svenska sommaren, och kunde knappt gå på toaletten utan att gå vilse på vägen tillbaka. Just då var det inte utan att jag undrade vad jag hade gett mig in på. Men det blev också en gyllene möjlighet att sätta mig ner och tänka: vad är det egentligen jag vill göra vetenskapligt framöver?

Redan inför flytten väcktes tanken på att starta ett centrum, som inte bara skulle vara "min" forskning, utom mera ett kollektiv, en kibbutz av folk med angränsande intressen som kan lära av varandra.

Ett viktigt steg var när Markus, på inrådan av dekanus, träffade Linköpings nya professor i klinisk neurofysiologi, Håkan Olausson. Han upptäckte då en hel forskargrupp som höll på med den sociala beröringens neurofysiologi. Den sortens beröring är prototypen för affiliativa beteenden. Här fanns en möjlighet att brygga över det gap som finns mellan psykiatrisk neurovetenskap, och hela sfären av sociala processer, sociala riskfaktorer och social epidemiologi.

Vi har ju i stort sett bara studerat en hjärna i taget. Hur känner man och processar i hjärnan andra människors beröring, det som kommit att kallas "social touch"?

En annan fantastisk grupp som jag upptäckte var neuroekonomerna, ledda av Daniel Västfjäll och Gustav Tinghög. De sysslar med hur sociala processer och emotioner påverkar beslutsfattande. En miljö som samlar dessa olika grupper tror jag skapar unika möjligheter att integrera det sociala sammanhangets roll med hjärnans neurobiologi. Det är en uppgift som borde vara högt upp på psykiatris lista av forskningsprioriteter. Social marginalisering och social exklusion är så viktiga komponenter vid psykiatriska sjukdomar, särskilt vid beroende. Vi har hur mycket epidemiologiska data som talar om detta som helst. Ändå har vi mycket dimmiga begrepp om vad det gör med människors hjärnfunktion.

Markus Heilig driver förstås även projekt med de traditionella psykiatrikollegerna.

Det talas t.ex. inom psykiatrin mycket om tidiga livstrauman som riskfaktor för psykiska sjukdomar och beroende, men vi har väldigt dåliga begrepp om hur sådana händelser långsiktigt påverkar hjärnans funktion. I Linköping finns en lång klinisk tradition inom barn- och ungdomspsykiatrin som

ger oss en unik möjlighet att närma oss de frågorna, genom en mottagning som heter BUP Elefanten och sedan länge tar hand om barn som är traumatiserade. Många av dessa barn är nu unga vuxna, och tillsammans med professorn Per Gustafsson och flera kollegor inom BUP har vi påbörjat ett projekt baserat på den populationen.

Och sedan finns det i centrat också docenterna David Engblom och Annika Thorsell. De arbetar med mus- och råttmodeller. Dessa kan låta oss besvara mekanistiska frågor som blir för komplicerade att studera på människa.

En avgörande fråga för om centret ska kunna bli framgångsrikt är om det kommer att kunna rekrytera internationellt framstående medarbetare till ett ställe där det ännu inte finns så mycket och som inte är lika namnkunnigt som t.ex. Karolinska Institutet eller NIH. Så här långt ser det väldigt bra ut, faktiskt. Flera av grupperna inom centret har framgångsrikt kunnat rekrytera exceptionellt duktiga medarbetare från USA, Tyskland, Italien, Australien och andra delar av världen.

Men sedan är det viktigt för Markus att också ha en stark förankring i den kliniska verksamheten. Han försöker att själv träffa patienter, men kanske framför allt engagera sig i att akademisera den kliniska miljön. Han har tillsammans med medarbetarna startat en klinisk journal club, försöker engagera kliniskt verksamma kollegor i forskningen, och håller hela tiden utkik efter att skapa kopplingar mellan akademi och klinik.

På frågan hur han får ihop samarbetet på så många olika plan svarar han:

Jag tror faktiskt inte att jag är en särskilt duktig forskare. Men jag är rätt duktig som doktor, en bra administratör och framförallt är jag duktig på att se möjligheter till att sätta ihop bra lag. Att se synergier, beröringsytor och kopplingar som kanske inte är uppenbara för andra. Det roligaste som finns är möten med folk i angränsande forskningsfält som man kan lära sig saker av. Det skapar möjligheter att koppla ihop forskning som tidigare levt i olika fack. Många duktiga forskare blir ju väldigt nischade för att de är så duktiga i sin nisch, och det är väl kanske rätt för dem. Min nisch är att se andra människors nischer och bygga små broar mellan dem... Det är rätt så naturligt för en doktor. Vårt jobb är ju att integrera med utgångspunkt från patienten.

**Michael John
Psykiater, Linköping**

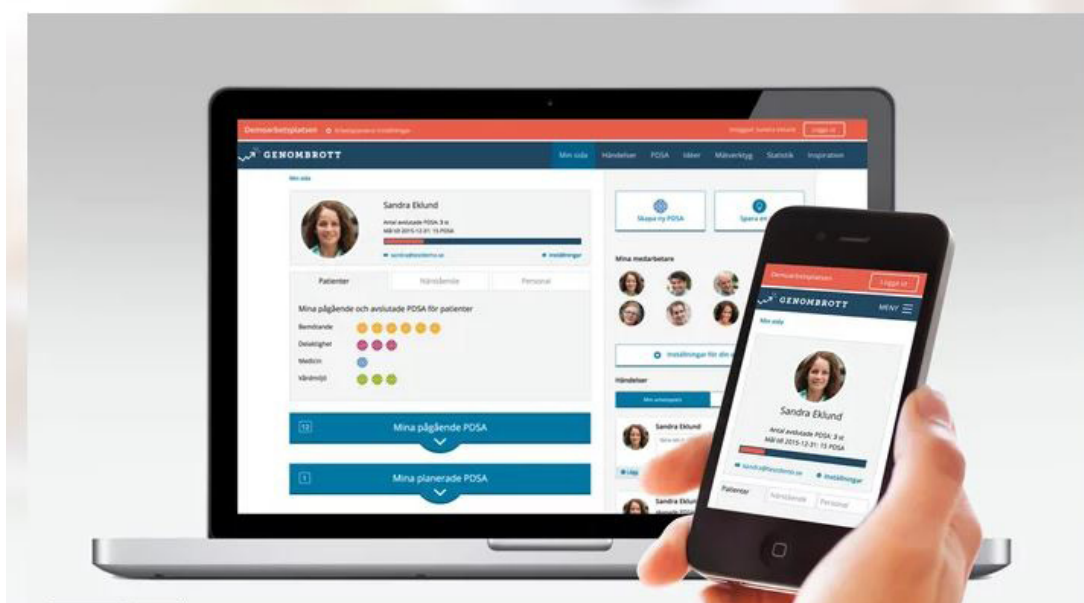
Fokus på heldygnsvård och tvångsvården

Kreativt verktyg för förbättringar i vården

Genombrott är ett digitalt verktyg som stöder olika arbetsplatsers förbättringsarbete inom vården. Metoden är inspirerad av Breakthrough Series från Institute for Healthcare Improvement.

Anmäl intresse

Logga in



Utvecklingsarbetet *Bättre vård mindre tvång* visade att vi verkligen kunde lyckas med lokalt förbättringsarbete inom den psykiatriska heldygnsvården. Trots en pressad arbetssituation och stora utmaningar lyckades många kliniker förändra sitt arbetssätt. En hel del kliniker fortsätter och under det senaste året har vi också jobbat intensivt med ett stort antal BUP-kliniker.

För att underlätta arbetet med systematiskt förbättringsarbete har SKL utvecklat ett webbaserat verktyg som är helt unikt. Den kan bland annat hjälpa er att samla in goda idéer, hålla reda på förbättringsprocesser, mäta

resultat med mera. Verktöget finns nu tillgängligt för alla som vill på www.genombrott.nu.

Verktöget har uppmärksammats av andra vårdinriktningar och det finns nu intresse för att anpassa det även för somatisk vård.

Ni som inte sett verktöget ännu - gå in och titta!

Ing-Marie Wieselgren
Nationell psykiatrisamordnare, SKL



Från 3000 vårdplatser till cirka 100 Studiebesök i Bologna

SPF-styrelsen gjorde ett studiebesök till psykiatrin i Bologna under två dagar i februari. Bologna, beläget i centrala Italien, är hemvist åt Europas äldsta universitet (grundat 1088), och är en av de städer i Italien med flest öppenvård psykiatriska mottagningar per capita. Styrelseledamot Alessandra Hedlund, med rötter i Italien, hade planerat resan, och fick även hoppa in som tolk vid flera tillfällen under dagarna, vilket var mycket tacksamt!

Den italienska psykiatrireformen

Studiebesöket inleddes med att styrelsen träffade professor Diana De Ronchi vid Bolognas universitetssjukhus, Ospedale Maggiore. Professor De Ronchi förestår en motsvarande PIVA med 15 platser, med både frivilliga och tvångsinlagda patienter. Styrelsen fick av professor De Ronchi höra om psykiatrireformen i Italien 1978, som innebar att samtliga mentalsjukhus lades ned och ersattes av mindre enheter. I Bologna fanns fram till 1978 ett enda psykiatriskt sjukhus, med plats för 3000 patienter. Psykiatrireformen innebar bland annat en lagstiftning att inget psykiatriskt sjukhus får ha fler än 15 vårdplatser, vilket innebär att avdelningarna

idag är spridda geografiskt inom städerna. Patienterna behöver således byta sjukhus några gånger under sin vårdtid, till exempel är det vanligt att patienten efter att ha vårdats på PIVA övergår till ett annat sjukhus för vidare behandling och därefter byter instans ytterligare en gång för att inleda rehabiliteringsfasen. Sjukvården ansvarar för vårdkedjan hela vägen från akutvård till rehabilitering, och kommunerna blandas in bara vid uttalad social problematik, något som ju skiljer sig markant från svenska förhållanden. De italienska psykiatrer som styrelsen träffade var mycket nöjda med detta system, som bland annat innebar en smidig och lättstyrd vårdkedja.

Läkartätt på PIVA

PIVA som professor De Ronchi förestår har en medelvårdtid på sex dagar, därefter överflyttas patienter som behöver fortsatt vård till någon av de sjukhus som bedriver mindre akut vård. Avdelningen bemannas av sju psykiatrer (inklusive ST-läkare) och sex sjuksköterskor! Det finns få skötare på italienska avdelningar och de sköter mest transport och annat praktiskt. Psykiatrerna skötte även konsultationer till närliggande sjukhus och ST-läkarna tillbringade ungefär



halva dagarna på avdelningen respektive halva dagarna på utbildning, men bemanningen tedde sig ändå klart högre än svensk nivå.

Tvångsvården

Tvångsvårdslagstiftningen i Italien liknar den svenska på flera sätt, bland annat genom snarlika rekvisit för tvångsvård. Den största skillnaden styrelsen noterade var lagstiftningen kring fastspänningar och andra tvångsåtgärder. Den italienska lagstiftningen medger att varje enhet får utföra max tre stycken bältningar per månad. Professor De Ronchi tyckte att detta utgjorde ett problem då det ofta finns behov av fler tvångsåtgärder än vad lagen tillåter, vilket kan innebära en fara för personal och medpatienter. Det tedde sig som man försökte förebygga allvarliga incidenter genom höga doser medicinering, t.ex. var det inte ovanligt att patienter i akutskedet av behandling av psykos erhöll 25 mg haloperidol/dag!

Synen på ECT

En annan tydlig skillnad gentemot svensk psykiatri som framkom under besöket var synen på ECT som behandling. Professor De Ronchi beskrev att ECT-behandling gavs cirka 3 gånger/år i Bologna, och då i princip enbart till gravida med katatoni eller maniska episoder. Anledningen till detta var enligt professor De Ronchi allmänhetens syn på ECT som en förlegad och oetisk behandling. Själva hade hon

gärna erbjudit ECT som förstahandsbehandling vid djupa depressioner, men hon såg sig, på grund av samhällsklimatet, nödgad att använda andra behandlingar, såsom höga doser antidepressiva.

Organisation

Psykiatri i Bologna har ett upptagningsområde mellan 900000-1,2 miljoner människor (den officiella siffran stämmer inte med verkligheten, då många invånare inte skriver sig på sin bostadsort). Efter 1978 års psykiatrireform finns inom upptagningsområdet 45 PIVA-platser fördelat på tre sjukhus, samt 60 vårdplatser för heldygnsvård av icke-akut karaktär. Därutöver finns ett antal mellanvårdsavdelningar, dagvårdsavdelningar, vårdboenden och utslussningslägenheter som alla sköts av sjukvården. En typisk öppenvårdsmottagning ansvarar för 70-80 000 patienter och bemannas av cirka åtta psykiatrer, en psykolog, 12 sjuksköterskor, två kuratorer och cirka fem "educatori"- en yrkesgrupp utbildade i rehabilitering. Educatori verkar som nyckelperson i patientens rehabiliteringsprocess, med ansvar för allt från boende till sysselsättning. Sjukvården ansvarar även för dessa moment utan kommunens inblandning.

Aktiviteter

Resans andra dag fick styrelsen besöka en öppenvårdsmottagning samt ett rehabiliteringscenter med motsvarande daglig verksamhet. Patienterna erbjuds där olika aktiviteter och sysselsättningar, t.ex. körsång och

verkstadsarbete tillverkades produkter som säljs på en marknad. Mottagningarnas educatori håller även i verksamheter som bl.a. producerar ett radioprogram, en turnerande teaterföreställning och även olika konstinstallationer. Rehabiliteringscentret kändes gemytligt och välkomnande, bland annat fanns ett fint träningskök och ett litet bibliotek. Något som flera av våra värdar framlyfte att de var stolta över var anhörigas inblandning i vården. Det finns flera forum för samverkan mellan sjukvård och anhöriga, bland annat olika grupper och aktiviteter. En gång i månaden träffar öppenvårdsmottagningarnas ledning företrädare för anhörigrupper och diskuterar olika aspekter av vården samt startar gemensamma projekt.



Ingen ADHD?

Den öppenvårdsmottagning styrelsen besökte har mottagning måndag- lördag kl. 8-20 och har under denna tid utöver planerad mottagning även drop-in-verksamhet, läkemedelsutdelning, konsultverksamhet gentemot sjukhus och vårdcentraler, akutmottagning och ett mobilt akutteam. Verksamheten tedde sig enligt våra ögon välfungerande. Majoriteten av patienterna på mottagningen



har psykosjukdomar eller bipolär sjukdom, men ingen teamuppdelning mellan affektiva tillstånd/psykosjukdomar görs på mottagningarna. Märkvärt var att i princip inga patienter söker för neuropsykiatriska tillstånd, och antalet sådana utredningar var mycket begränsat. De psykiatrer som styrelsen träffade ställde sig oförstående inför hur vi kan ha så pass många neuropsykiatriska utredningar i Sverige.

Utmaningar

Ett problem som våra värdar lyfte, var bland annat det faktum att man under föregående år avvecklat de rättspsykiatriska sjukhusen (som sista steg i 1978 års psykiatrireform, där alla större institutioner skulle försvinna), och ersatt dessa med mer öppna former av vårdboenden. När en rättspsykiatrisk patient behöver akutpsykiatrisk vård överflyttas dessa till vanliga PIVA-avdelningar, vilket naturligtvis inte är optimalt vare sig för vårdpersonal eller patienter. Den italienska psykiatrin står inför stora utmaningar, då flera politiska beslut har dragit in resurser till verksamheten. Som exempel kan nämnas att det i hela Bologna enbart finns sex stycken ST-platser! Detta kommer att utgöra en enorm utmaning, då antalet förväntade pensionsavgångar de kommande åren är stor. ST-läkarnas utbildning ter sig dock gedigen, bland annat genomgår alla ST-läkare en utbildning som motsvarar legitimationsgrundande psykoterapiutbildning. Som specialist i psykiatri är det vanligt att man även arbetar med psykoterapi.

Avslutande tankar

Efter två intensiva dagar i Bologna var styrelsen imponerad över hur sjukvården styr över hela vårdkedjan, från akutvård till rehabilitering, i Italien. Detta väckte mycket diskussion om det svenska systemet av samverkan med kommunen.

Styrelseledamot Alessandra Hedlund fick kämpa hårt för att översätta våra synpunkter i diskussion med våra värdar, liksom för att lösa situationen när delar av styrelsen blev inlåsta i en källare i Bolognas gamla mentalsjukhus (sic!). Tack för din insats, Alessandra!

Hanna Spangenberg
ST-representant SPF

ANNONS

Ett fantastiskt jobb

Intervju med Linda Andersson, snart färdig specialistsjuksköterska

Vem är du?

Jag kommer ursprungligen från Falun men bor nu i Stockholm tillsammans med min sambo. Läste till sjuksköterska på Örebro Universitet. Har jobbat cirka 5 år inom slutenvårdspsykiatri men nyss börjat på en mottagning för psykosjukdomar.

Varför valde du att bli sjuksköterska?

Jag hade först tankar på att bli jurist och sökte till det på universitet, men valde sedan att göra andra saker innan jag började studera. Jag åkte till England och jobbade som aupair i två omgångar och reste runt i Thailand, insåg under dessa år att jag vill jobba med människor. Jag tycker om möten med andra, få ta del av en annan människas historia eller tankar. Fick bekräftat för mig själv att jag också vill att andra människor ska må bra. Så efter det sökte jag till sjuksköterskeprogrammet, ett val jag inte ångrar.

Varför vill du jobba inom psykiatri?

Jag kom först i kontakt med psykiatri under min praktik och det var där mitt intresse väcktes, det kan jag nog också tacka personalen på psykiavdelningen i Örebro för. De hade ett så fint bemötande mot patienterna och de gav dem tid. Mötet med andra människor inspirerar, man får ta del av deras historia och livsöden, jag får använda mig själv som "arbetsredskap" eftersom man inom psykiatri ofta inte har någon medicinskt teknisk utrustning. Det är ett intressant område och det finns så mycket spännande forskning/utvecklingsområden som är på gång inom psykiatri. Sen tycker jag ofta att det finns tid inom psykiatri, tid för att lyssna, tid för patienten, flexibilitet. Att få se en patient utvecklas trots svåra omständigheter är otroligt givande.

Vad uppskattar du mest med att jobba som sjuksköterska inom psykiatri?

Jag uppskattar att jag får ta del av människors historia och deras mående, att få hjälpa dem på vägen mot ett bättre mående eller att stötta genom en tuff period i livet. Man får så mycket tillbaka i mötet med människor! Det ger mig också möjlighet till ständig personlig och yrkesmässig utveckling. Att man använder sig själv som arbetsredskap utmanar också ens problemlösningsförmåga och flexibilitet. Psykiatri är också ett område som man inte forskat färdigt på, utan vi står inför en spännande framtid med nya forskningsresultat och utvecklingsmöjligheter.



Varför är det viktigt för sjuksköterskor att skaffa sig specialisering inom psykiatri?

Vi använder oss själva som arbetsredskap, vi har inga maskiner eller annat att ta hjälp av. Därför är det extremt viktigt att vi specialiserar oss så vi får den kompetens och kunskap som krävs för att kunna använda oss själva på bästa sätt i omvårdnaden/behandlingen kring patienten. Vi behöver höja kompetensen inom psykiatri då det är ett väldigt komplext område som kräver mer kunskap än det vi får i grundutbildningen. Vi behöver också sätta psykiatrisk omvårdnad på kartan, något som är på gång nu i samband med att man här i Stockholm lagt in omvårdnaden i vårdprogrammen för att spegla sjuksköterskans kliniska bedömning och få en gemensam terminologi. Vi tar hand om patienter som har självmordstankar, som är mycket svårt sjuka i sin psykiska ohälsa, som ibland skadar sig själv eller som inte klarar av vardagen, och de är värda den bästa evidensbaserade vården. Hur ska vi kunna ge dem den evidensbaserade och avancerade vård de behöver om vi inte har utbildning? Det är lika självklart för oss att specialisera oss som för barnmorskor eller operationssjuksköterskor.

Berätta om din egen vidareutbildning!

Jag läser på distans från Falun, Högskolan Dalarna, på halvfart, får ta en dag i veckan till studier. Jag är inne på sista terminen, termin 4, där vi skriver en magisteruppsats. Utbildningen är alltså 2 år på halvfart och jag tycker det fungerat bra att både jobba och plugga samtidigt. Känns som ett privilegium att få en dag i veckan till att studera något som man är intresserad av. Vi har fördjupat oss i psykiatrisk omvårdnad, ledarskap, medicinsk vetenskap och

haft några veckors verksamhetsförlagd utbildning.

Hur kan vi som arbetar inom psykiatri inspirera andra sjuksköterskor att specialisera sig?

Genom att påminna varandra om hur viktiga vi är som specialitet. Få möjlighet att gå internutbildningar och kurser på jobbet för att få inspiration till att fördjupa sig mer. Samt att när man är klar specialistsjuksköterska finns tydliga ansvarsområden och mål att arbeta mot, så man känner att man får ett större ansvar. Att man efter utbildning har möjlighet att forska som en del av sin tjänst skulle också kunna vara något som kan locka sjuksköterskor att vilja specialisera sig. Men en sak som jag tycker är väldigt viktigt och som inspirerar är att sprida glädje och att vi ska känna oss stolta att jobba inom psykiatri, det är ett fantastiskt jobb.

Hur kan vi förbättra samverkan mellan olika yrkeskategorier inom psykiatri?

Genom att ha ett tvärprofessionellt tänkesätt, att vi som bäst kan hjälpa patienten med alla delar om vi hjälps åt. Eftersom vi ska arbeta personcentrerat är det viktigt att varje individ får den hjälp/insatser som är bäst för just den och då måste vi hjälpas åt. Jag tror vi måste vara öppna och prestigelösa, att be om råd och kunskap från andra yrkeskategorier och att arbeta i team.

Vad ser du som den största utmaningen för att förbättra psykiatri i Sverige?

En av utmaningarna för att förbättra psykiatri tror jag är att jobba mer integrerat, t.ex. beroendevård och psykiatrisk vård eller kommun/landsting. Samt att vi bör bli bättre på att följa upp och utvärdera det arbete vi gör eller de åtgärder vi sätter in. Slutligen tror jag en utmaning för oss är att bli mer synliga i samhället, att jobba preventivt och fånga upp psykisk ohälsa samt att fortsätta jobba på att avstigmatisera den psykiatriska vården. Det går framåt där, bl.a. med den Psykiatriska akutbil (PAM) som börjat rulla i Stockholm. Detta visar att psykiatrisk akuttvård är lika viktig som somatisk akuttvård.

Hur kan vi locka fler sjuksköterskor att välja psykiatri som specialisering?

Det bästa sättet är att ta väl hand om de studenter som kommer och gör sin praktik på avdelningen. Ett gott bemötande, att de känner sig välkomna och att de räknas som en del av personalgruppen under praktiken. Att ha struktur och ett bra upplägg med kunniga handledare gör att studenterna börjar intressera sig för psykiatri, och psykiatri som kan vara "skrämmande" avdramatiseras när de får ta del och bli en del av vårt dagliga arbete. Så vi har mycket att vinna på att ta väl hand om våra studenter och även utnyttja deras kompetens.

Ullakarin Nyberg
Vice ordförande SPF



Svenska BUP Kongressen 2016 UPPSALA
TEMA: MISSBRUK

20-21 April 2016 Uppsala Konsert & Kongress

PLENARFÖRELÄSNINGAR
Bedömning och behandling av missbruk – Juan Figueroa Sepulveda
Prevention, evaluation & treatment of PTSD – Steven Berkowitz
Nationell kunskapsstyrning – Barbro Thurffjell
Diagnostik och funktionsbedömningar – Mia Ramklint

EXEMPEL PÅ SYMPOSIER
Drogscreening och missbruk på BUP. Nätdroger
Ensamkommande flyktingbarn och missbruk
Komplexa trauman
Barn i riskmiljöer

POSTERUTSTÄLLNING
Även i år bjuder vi in till att delta med posters. Vetenskapliga arbeten för ST, steg-2/specialistuppsatser, pågående forskningsstudier samt exempel på generella förbättringsarbeten inom barn- och ungdomspsykiatri välkomnas!

NYTT FÖR I ÅR! Fristående dag med tema heldygnsvård, 22 april.

Boka in kongressen i ditt kalendarium redan nu!

Varmt välkommen!
Sven Ernstsson
SEKTIONSCHEF, BARN- OCH UNGDOMS-PSYKIATRIN PÅ AKADEMISKA SJUKHUSET

 Landsting i Uppsala län



<http://akkonferens.slu.se/bupkongressen2016>

Professionsutveckling för sjuksköterskor

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) står inför stora utmaningar när det gäller framtidens hälso- och sjukvård, att säkra kompetensförsörjningen inom psykiatrisk omvårdnad. Stockholms län har idag lägst andel grundutbildade sjuksköterskor per 100 000 invånare i jämförelse med övriga landet och en sjunkande trend gällande antal specialistutbildade sjuksköterskor enligt Socialstyrelsens senaste mätning (NPS).

Utifrån den bakgrunden har vi arbetat fram en professionsutvecklingsmodell tillsammans med verksamheterna som innebär att kompetensen tillvaratas hos allmän- och specialistjuksköterskan. Arbetsförhållandena inom vården har förändrats och går alltmer mot processorienterat arbete i multiprofessionella team runt patienten. I och med detta har krav på rätt kompetens och utbildning förändrats.

Att säkra kompetensen inom psykiatrisk omvårdnad är av strategisk vikt då det idag råder brist på erfarna sjuksköterskor i allmänhet och med specialistutbildning i synnerhet. Detta är extra tydligt inom framförallt heldygnsvården.

Idag finns det små skillnader i arbetsuppgifter mellan grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor inom psykiatrisk vård. Befintliga strukturer kan vara svåra att förändra vilket gör det nödvändigt med en verksamhetsövergripande professionsutvecklingsmodell med förankring hos psykiatrichef och verksamhetschefer. Modellen är tänkt att tydliggöra och visa på utvecklingsmöjligheter i det patientnära arbetet.

I januari 2013 initierade Anna Stenseth, psykiatrichef inom SLSO, ett arbete för att se över behov och tillgång på kompetens. Pia Sondell fick uppdrag att bilda en arbetsgrupp med representanter från verksamhetsområden inom psykiatrin för att ta fram en professionsutvecklingsmodell för sjuksköterskor inom psykiatrisk vård.

Professionsutvecklingsmodellen inom SLSO fick namnet SUS-modellen och i den ingår en utbildningsdel för specialistjuksköterskor och en utvecklingsmodell för sjuksköterskor. Utbildningen för specialistjuksköterskor går ut på att studenten varvar högskoletid, verksamhetsintegrerat lärande (VIL) och arbetsgivarvid som en integrerad del i utbildningen. Utbildningens målsättning är att bredda och fördjupa kunskapen inom psykiatrisk omvårdnad hos studenter genom att utöka VIL med 10-12 veckor till totalt 15 veckor. Arbetsgivarvid skapar även utrymme för en fördjupning inom exempelvis sjukdomslära och farmakologi

i förhållande till traditionell specialistutbildning. Efter avslutade studier får specialistjuksköterskan avsatt tid på 20 % under 1 år för att implementera magisterarbetet som ett utvecklingsarbete.

I utvecklingsmodellen har vi tagit fram professionsutvecklingsroller som ska skapa möjlighet att utvecklas i yrkesrollen. Modellen lyfter fram konkreta förslag på möjliga karriärvägar där kompetensen ändå kvarstannar i det patientnära arbetet. Vi vill komma ifrån traditionen att karriärstegen för sjuksköterskor leder bort från det patientnära arbetet, exempelvis genom chefstjänst, forskning eller administration.

Dagens snabba kunskapsutveckling leder till att den kunskap man skaffar sig under sin utbildningstid snabbt löper risk att bli föråldrad samtidigt som den totala kunskapsmassan hela tiden växer. Arbetsförhållandena inom vården har förändrats och går nu alltmer mot arbete i multiprofessionella team. I och med detta har kraven på kompetensutveckling och utbildning också förändrats.

Det är därför angeläget att specialistutbildningen inom psykiatrisk vård vad gäller antal inriktning, innehåll, utformning verkligen motsvarar verksamheternas framtida behov.

Professionsutvecklingsmodellen ska leda till en positiv utveckling i vården där kompetens används på bästa sätt för en god, säker, effektiv och ändamålsenlig vård. Detta genomförs utifrån det kvalitetsarbete inom ramen för psykiatri 2015 med fortsättning 2016 med benämningen *psykiatri i utveckling*. Genom SUS-modellen tillvaratas och utvecklas kompetensen för sjuksköterskor och erbjuder därmed en spännande framtid inom SLSO:s psykiatriska verksamheter.

Pia Sondell, Lena Forsroos och Jakob Svensson

Arbetsgrupp SLSO:

Mikaela Abrahamsson (Norra Stockholms Psykiatri)
Lena Forsroos (Norra Stockholms Psykiatri)
Elisabeth Ring (Psykiatri Södra Stockholm)
Olof Silfors (Psykiatri Sydvest)
Pia Sondell (SLSO)
Jakob Svensson (Beroendecentrum Stockholm)

SLUP-konferensen 2016

Nytt år och ny ST-konferens! Även detta år var vi i Stenungsbaden. Årets tema var "Psykiatri Noir" där vi ställde oss frågan om psykiatri är så mörk som den ofta framställs i media; och ämnena handlade om allt från trotssyndrom, tvångslagstiftning, rättspsykiatri till kriminologi och psykiatri på film. Detta lockade återigen fler deltagare än vad vi hade plats för så konferensen var fullbokad även i år.

För mig som blivande barn- och ungdomspsykiater var det extra roligt att få ha Clara Gumpert som inledningstalare och hon talade om den offentliga bilden av psykiatri. Detta år fick vi även besök av ordföranden för Norges ST-läkareförening vilket var väldigt roligt. Utöver det nordiska deltagandet hade vi i år även bjudit in dr Chris Kowalski från England som körde "psychiatric simulator" i mindre grupper vilket var mycket uppskattat.



Även i år hade vi nöjet av att Johan Cullberg presenterade årets Cullbergstipendiat, Hanna Sjöstrand, ST-läkare från Beroendecentrum Stockholm, som presenterade sitt projekt om beroendevården i Uganda.

Detta år hade vi bestämt oss för att ha alla luncher och middagar köttfria, vilket vi i styrelsen är mycket nöjda över. Utöver mat så bjöd årets galamiddag på underhållning i form av filmquiz, och Tove Janarvs numera traditionsenliga sågspelande, och på spontanuppträdande och sång. Konferensen avslutades med ha en paneldebatt om psykiatriens framtid med bl.a. regeringens psykiatrisamordnare Kerstin Evelius i panelen.



I samband med konferensen hölls även föreningens årsmöte. Där antogs förslaget om namnbyte och numera har SLUP bytt namn till ST i Psykiatri, STP, vilket vi redogör för i en annan artikel i detta nummer, och ny logga. En hel del medlemmar i styrelsen har avgått och nya tillkommit, och ny ordförande är Tove Mogren, ST-läkare Allmänpsykiatriska kliniken Säter.

Om ett år är det dags för en ny konferens och för styrelsen börjar arbetet med den redan nu. Mer information från styrelsen och om kommande konferens kommer finnas på vår nya hemsida www.stpsykiatri.se och vi kommer att skriva regelbundet i Svensk Psykiatri.

**För styrelsen
Jörgen Vennsten**



Aktuella avhandlingar

Linköping

Linda Jonsson

Online Sexual Behaviours Among Swedish Youth - Characteristics, Associations and Consequences

Sammanfattningsvis visar denna avhandling att de flesta ungdomar huvudsakligen använder internet och mobiltelefoner på andra sätt än för sexuella aktiviteter. Att ha sex på nätet visade sig ha samband med en mer problematisk bakgrund och ett sämre välbefinnande. Mer forskning samt uppmärksamhet och stöd behövs, särskilt vad gäller unga som säljer sex på nätet.

Åsa Kastbom

Sexual behaviour, debut and identity among Swedish Schoolchildren

En av slutsatserna blev att översexualiserade eller problematiska sexuella beteenden är sällsynta hos barn i 7-13 års ålder. Det är viktig kunskap för professionella som arbetar med barn och som ofta får frågor kring barns olika beteenden och måste avgöra om det är förväntade och vanligt förekommande beteenden eller beteenden som ska leda till någon form av utredning. Om ett barn visar ett översexualiserat eller annorlunda sexuellt beteende ska det observeras och undersökas vidare av professionella med kunskap om barn och dess utveckling. Tidig sexuell debut verkar vara förknippad med andra problematiska beteenden under senare tonåren. Detta kan också tyda på att den tidiga debuten för vissa barn är associerat med en ökad sårbarhet, som också måste identifieras och tillgodoses av olika yrkeskategorier som arbetar med barn och ungdomar.

Stockholm

Sarah Vigerland

Internet-delivered CBT for children with anxiety disorders: effect and prerequisites for implementation within public health care

Syftet med avhandlingen var att utveckla och utvärdera internetfördelad KBT (IKBT) för barn (8-12 år) med ångeststörningar, och att undersöka några viktiga förutsättningar för implementering inom reguljär vård.

Behandlarstödd IKBT för barn med ångeststörningar verkar vara en effektiv metod om man ser till klinikers och föräldrars skattningar av barnets ångest. IKBT är en lovande metod, även om det finns utrymme för förbättringar. De flesta kliniker inom BUP rapporterade att de såg många fördelar med IKBT och att de skulle kunna tänka sig att använda IKBT för barn och ungdomar med lindriga till måttliga problem.

Eric Zander

Standardizing diagnostic assessment of Autism Spectrum Disorder: assets and challenges

Sammanfattningsvis stöder våra resultat generell användning av ADI-R och ADOS i den kliniska vardagen och forskning för alla åldersgrupper som förstahandsval av diagnostiska instrument för ASD. Den kombinerade användningen av ADI-R och ADOS ger bättre diagnostisk giltighet än den separata användningen av vardera instrumentet. Dessutom tyder våra resultat på att en strikt tillämpning av de nya DSM-5-kriterierna skulle kunna äventyra tidig diagnos för 12-67 % av barn med en komplett DSM-5 ASD-symtomatologi. Den främsta fördelen med att använda standardiserade instrument är att de förbättrar objektivitet i bedömningen ASD-symtom.

Umeå

Anna-Clara Rullander

Adolescents' experiences of undergoing scoliosis surgery, psychological aspects and patterns of pain

Resultaten från de fyra studierna indikerar att det finns ett behov av stressreducerande interventioner för ungdomar som ska genomgå stor kirurgi. Sjuksköterskor behöver kunna identifiera ungdomar som känner stress inför operationen och bör även använda stressreducerande övningar och stödja ungdomarna med stressbemästringsstrategier i syfte att minska den preoperativa stressen och hantera den postoperativa smärtan. Den postoperativa smärtbehandlingen behöver förbättras, både avseende smärtskattning och farmakologisk och icke-farmakologisk behandling.

gar från BUP 2015

Västerås/Uppsala

Charlotta Hellström

Adolescent Gaming and Gambling in Relation to Negative Social Consequences and Health

Samtliga delstudier i denna avhandling är baserade på data ur befolkningsstudierna Liv och Hälsa Ung 2008 och Liv och Hälsa Ung 2012. Vi fann associationer mellan online datorspelsmotiv och upplevda negativa sociala konsekvenser och symtom på ohälsa vilket vi menar bör ses som en viktigare riskfaktor än den tid som läggs på att spela. Vidare fann vi att individer med ADHD-symtom hade en ökad känslighet för att utveckla spelproblem och att spelproblem ökar med ökad ålder.

Sara Lövenhag

Substance Use in Swedish Adolescents: The Importance of Co-occurring Psychiatric Symptoms and Psychosocial Risk

De ungdomar som sökte behandling för drogmissbruk på missbruksklinik i studien rapporterade betydande samtidig förekomst av psykisk sjukdom, samt misshandel och flera former av missbruk. De ungdomar som sökte behandling för psykisk sjukdom i allmän barn- och ungdomspsykiatrisk vård och omsorg rapporterade samtidig förekomst av alkoholriskbruk, samt misshandel och flera former av neglect. Att arbeta med unga människor som har dessa komplexa problem kräver omfattande kunskap om både ungdomars missbruk och barn- och ungdomspsykiatri.

Göteborg

Lotta Höglund Carlsson

Prediagnostic and comorbidity factors in preschool children with autism

Syftet med avhandlingen har varit att belysa frågor rörande tidig upptäckt och riskfaktorer vid autism (Autism Spectrum Disorder, ASD) hos barn ur olika aspekter. Specifikt har frågeställningarna varit (1) om en screeningmetod på BVC skulle kunna bidra till att upptäcka barn med ASD redan vid 18 månaders ålder; (2) i vad mån den "vanliga" 18 - månaderskontrollen på BVC skulle kunna identifiera barn som senare utvecklar ASD; (3) hur vanligt är det att förskolebarn med ASD också har andra funktionsnedsättningar och

svårigheter; samt (4) om ultraljudsundersökning under graviditeten skulle kunna vara en riskfaktor för senare utveckling av ASD hos barnet.

Örebro

Veikko Peltto-Piri

Ethical considerations in psychiatric inpatient care - The ethical landscape in everyday practice as described by staff

Utgångspunkten för denna avhandling är att många värdefrågor aktualiseras i psykiatrisk slutenvård i vardagliga möten med patienter. Forskning pekar på att personal ofta uppfattar situationer och problem i patientarbetet utifrån kliniska och juridiska aspekter, men mer sällan utifrån etiska aspekter. Därför behöver forskningen kartlägga det etiska landskapet i psykiatri för att tydliggöra de etiska aspekterna i arbetet. En sådan kartläggning kan vara ett stöd för att skapa ett etiskt språk för att samtala om och hantera situationer med viktiga etiska aspekter. Denna avhandlings huvudsakliga mål var att kartlägga och tydliggöra de etiska överväganden som personalen gör i det vardagliga arbetet inom psykiatrisk slutenvård, inte att fokusera på några specifika etiska problemställningar eller dilemman.

På svenskpsykiatri.se/tidskriften.html finns url-adresser till samtliga avhandlingar

Per Gustafsson
Professor, överläkare
BUP-kliniken Linköping

ANNONS

10 frågor till.....

I detta nummer möter Du **Moses Frydman**

Redaktionshund
Svensk Psykiatri



Född

16 april 2004

Bor

I ett hus med många mjuka platser där man kan somna när som helst, helst på rygg.

Familj

Jag har flera människor som jag måste passa hela tiden. De kräver att jag gosar med dem nästan jämt. En av dem tror han bestämmer över mig, jag låter honom tro det för att det ska vara mysigt. Daniel låter det när de andra skäller till honom.

Arbetar

Biträdande psykiater och psykoterapeut. Egentligen är Daniel den biträdande men han tror att det är tvärtom. Jag vet att inget blir gjort om jag inte ligger på golvet under bordet och bevakar räddaktionen när dom kommer till vårt hus. Ibland betalar dom för mina tjänster med lite goda saker. Men bara när Daniel inte ser

Vad gör Du när Du INTE jobbar?

Det finns många mjuka platser där man kan somna när som helst, helst på rygg. Gosar.

Favoritmat

En gång hade en människa lämnat en stor stor stek högt upp. Jag var yngre då, med mjuka leder, så jag puttade ut en stol och klev upp på den och åt upp. Gott, gott.

En annan gång fanns en skål med bearnaisesås vid bordskanten. Gott, gott.
Hårda kulor till frukost och middag är tråkigt.

Senast lästa bok

Jag smakade en bok en gång. Tråkigare än hårda kulor.

Vad gör Dig lycklig?

Mjuka platser där man kan somna när som helst. Och gos, fast dom tjatat sig till det.

Vilken förebild har Du?

Rocky var en sån som jag, han lärde mig allt om hundbus när jag var valp. Daniel har mig till förebild.

Vilka är Svensk Psykiatri största utmaningar under de närmaste åren?

Får man en stor, ... oj, där gick en vacker tik förbi. Hej hej...

Är du narcissist? (Extra fråga)

Älskar hundar mjuka platser där man kan somna när som helst, helst på rygg? Jag är bäst, det säger alla!

Stina Djurberg
Svensk Psykiatri



UEMS-möte i Berlin 15-17 oktober 2015

Psykiatriner i Tyskland

Första dagen ägnades åt tysk psykiatri. Delegaterna fick en exposé över psykiatrins utveckling som mycket påminner om den svenska.

1975 stängdes de stora sjukhusen till förmån för mindre enheter i enlighet med den tyska psykiatireformen.

1990 ställdes krav på att personalen skulle vara kvalificerad.

1992 började psykoterapi implementeras i psykiatriska kliniker.

Prevalens av psykiatriska tillstånd i befolkningen är ca 26 % och det är allmänläkare som svarar för 34 % av vården och psykiatrin står för 32 %. Inom primärvården är de flesta privata men med avtal och finansiering.

Inom psykiatrin finns av tradition flera specialiteter såsom psykologiska psykoterapeuter, medicinska psykoterapeuter, psykiatrer och neurologer. (Neurologi och psykiatri var tidigare en gemensam specialitet.)

Tyskland är en förbundsrepublik vilket återspeglas i det mycket fragmenterade sjukvårdssystemet med olika typer av finansiering. För den enskilde patienten är det mycket

svårt att finna "rätt" vårdgivare.

Inom ramen för den s.k. Hamburgermodellen har man försökt förenkla systemen så att olika vårdgivare integreras antingen inom "clinics" eller "social providers".

ST-utbildningen i Tyskland sker i huvudsak inom slutenvård och varje federal stat har sitt eget utbildningssystem. Man planerar att se över detta för att öka andelen tjänstgöring i öppenvård.

Psykiatrer har relativt hög status i Tyskland.

Vi hade under dagen förmånen att få en rundvandring i ett katolskt psykiatriskt sjukhus, Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin Weissensee. Exteriöra miljön var klosterlik med stora parkarealer och små trädgårdar utanför varje patientrum. Ett stort växthus fanns för patienterna att odla och vistas i. Inomhus möttes vi av moderna ljusa lokaler och det fanns också ett rikt utbud av olika terapiformer, allt från psykoterapier till Qigong och konstnärliga ateljéer.

Utfallet av dessa interventioner hade man inte tittat på i siffror men så länge patienterna värdesatte dem så var det ett tillräckligt skäl för att bedriva de!



boards" och universitetssjukhusen.

UK: Revalidering av specialister är nu inne på sitt 4:e år och har tagits emot positivt så att det förekommer mindre uppmärksamhet i media kring läkare som inte håller måttet.

Rapport från observatörer

EFPT har nu en ny president, dr. Livia De Picker, samt ny styrelse vilken valdes i Porto juni 2015.

Mötesanteckningar

Dan Georgescu, vice president CME, rapporterade att det fortfarande är problem med finansieringen av CME-ackrediteringen.

Andrew Brittelbank, vice president (training), informerade om att en artikel om harmonisering av specialistutbildningen

Vi fick också lyssna till en föreläsning om flyktingsituationen i Tyskland och hur den kan tänkas påverka psykiatrin. Man räknar med 1 miljon asylsökande under 2015. En situation som är mycket utmanande och det finns ingen egentlig beredskap inom sjukvården.

Av de som söker asyl utvecklar 40 % PTSD, 31 % depression och 76 % kronisk smärta.

Det betonades att psykosocial "support" (mat, husrum, trygghet) kan förhindra utvecklingen av PTSD.

Föreläsaren Knaevelsrud pekade på de guidelines som finns för traumafokuserad terapi (Flatten et al. 2011).

Nyheter från medlemsländerna

Under det formella UEMS-mötet rapporterades det från medlemsländerna.

I *Grekland* utgörs 60 % av patienterna i slutet akutpsykiatri av tvångsvårdade, i huvudsak beroende på att primärvård och specialiserad psykiatrisk öppenvård kraftigt minskat i krisens spår.

Kränglig e-recepthantering har lett till minskat antal patientbesök.

Det saknas lärare för att utbilda unga blivande psykiatrer.

Irland har fortsatt rekryteringsproblem även om situationen är något förbättrad. Det finns ett pilotprojekt, "Clinical Exam in Psychiatry", vilken erbjuds gratis till ST-läkare.

Finland: Regeringen har minskat sin budget för utbildning samtidigt som man ökat intaget av läkarstudenter. Stor oro finns hur dessa skall kunna bli duktiga läkare, då tillgången på lärare skurits ner.

Norge: Regeringen har lagt förslag att ersätta nuvarande 4 "regional health boards" med ett National Directorate.

ST-läkare har fr.o.m. 2015 permanenta anställningar från tidigare vanligen 4-årskontrakt.

Det finns ett regeringsförslag att norska läkarförbundet inte längre kommer att ansvara för ST-utbildning. Ansvar kommer istället att läggas på "Helsedirektoratet", regionala "health



i Europa kommer att publiceras i *European Journal of Psychiatry* under 2016.

Förnyade försök skall göras från UEMS att förmå EPA ta upp psykoterafrågan på sin agenda.

Sittande styrelse omvaldes med acklamation. (Marc Hermans, ordförande i UEMS Section of Psychiatry, blev också vald till vice president i UEMS Council i Warszawa, allt under pågående möte i Berlin!)

Arbetsplan för 2016 antogs.

Grupparbete genomfördes för att diskutera flyktingfrågan i Europa. Flera konstruktiva förslag lades fram. Styrelsen kommer att ge ut en pressrelease i frågan.

Chapter 6-rekommendationerna antogs av mötet.

Nästa möte kommer att hållas 14-16 april 2016 i Warszawa.

Text och foto:
Maria Markhed
UEMS-delegat

Professor Jussi Jokinen

Klok, integritetsfull och ambitiös med förmåga att se komplexa mönster

Intresset för den i Umeå relativt nyblivne professorn Jussi Jokinen är stort. Jag tog därför kontakt med honom för att få veta mer. Några minuter sen kommer jag till bestämd mötesplats och möts av en förstående och, i alla fall på ytan, lugn professor trots en snart stundande disputation där han är bihandledare. Med en imponerande publiceringshastighet och stort antal doktorander är det tydligt att Jussi är en mycket produktiv professor. Med stort intresse slår jag mig ner vid bordet för att få reda på mer.

Berätta lite om din väg att bli professor i psykiatri?

Jag är född och uppvuxen i Finland och har alltid varit mycket intresserad av humaniora och språk. Initialt hade jag tänkt bli jurist men tyckte lagtexterna var för långa och arbetet för ensamt. Jag saknade också naturvetenskap som jag även alltid haft ett stort intresse för så kombinationen att söka sig till läkarlinjen därav naturlig. Jag trivdes väldigt bra under utbildningen, kanske lite extra på preklin. då komplexiteten i människans biologi fascinerade mig. Jag blev redan under läkarlinjen intresserad av psykiatri, efter hemkomsten från Paris där jag studerat efter läkarexamen, fick jag vikariat på psykiatriska kliniken i Borgå och trivdes mycket bra. På den vägen blev det. Jag flyttade till Sverige efter att jag hade börjat specialistutbildningen i psykiatri i Helsingfors i slutet av nittiotalet. Som ST-läkare i psykiatri på Karolinska Sjukhuset kom jag i kontakt med professor Marie Åsberg och jag blev intresserad av suicidologi. Jag träffade därefter min handledare Peter Nordström och det gemensamma arbetet ledde år 2007 till min avhandling "Clinical Studies of Biomarkers in Suicide Prediction". Därefter har mitt intresse kring forskning om suicidologi och våld, inklusive de underliggande neurobiologiska kopplingarna kvarstått, men även vidgats generellt för psykiatri och psykiatrisk forskning. Det ökade intresset har jag fått inte minst genom att jag varit studierektor för forskarskolan på Karolinska Institutet där jag mött många lovande forskare och även kommit i kontakt med olika former av psykiatriskt spännande forskning. Jag har kvar ett fortsatt stort intresse för suicidologi och kopplingen till våld men forskar även just nu aktivt på neurobiologin bakom hypersexualitet och har även en doktorand som forskar på depression hos gravida. År 2009 fick jag vetenskapsrådets rådsforskartjänst vilket givit mig en god



möjlighet att fokusera på forskning och förmodligen är det det i kombination med mitt stora och breda intresse för psykiatrisk forskning som gav mig möjligheten att få tjänsten som professor i Umeå ifjol.

Vad är det bästa med Umeå Universitet?

Jag skulle säga att det 50 år unga universitetet fortfarande präglas av en nybyggaranda som jag uppskattar mycket, vidare att det är relativt korta beslutsvägar vilket gör att det finns en stor möjlighet till påverkan och en kreativ miljö.

Varför blev du intresserad av just kopplingen suicid och våld?

Tanken om suicid som aggressiv handling är ju gammal, år 2010 publicerade vi en skattningsskala om interpersonellt våld som professor Marie Åsberg hade tagit fram och som visade sig ha ett visst prediktivt värde för fullbordat självmord. Detta ledde till att vi började forska på kopplingen mellan dessa beteenden även i relation till neurobiologiska korrelat.

Vilket råd skulle du ge till någon som vill börja forska?

Det är viktigt att komma till en bra forskningsmiljö, vara genuint intresserad och ha tålamod. Man måste komma ihåg att det handlar om forskarutbildning under doktorandtiden.

Vad är god psykiatrisk forskning enligt dig?

Att den är nyskapande, intressant och kliniskt relevant.

Hur tror du att man bäst implementerar forskning?

Genom uppdaterade vårdprogram, nationella riktlinjer eller motsvarande samt förstås genom kontinuerlig utbildning för olika yrkesgrupper men inte minst på läkarutbildningsnivå.

Vad är gott handledarskap enligt dig?

Viktigt att skapa en god stämning, individanpassa samt guida till realistiska mål.

Vad utmärker er professorer som yrkesgrupp enligt dig?

Förutom en stor önskan att hitta något nytt skulle jag säga en ovanligt stor målmedvetenhet.

Vilka är dina drivkrafter?

Jag drivs av att hitta mönster som kan leda till lösningar på komplexa problem.

Vilka är dina utvecklingsområden?

Med anledning av att jag är intresserad av olika områden kanske det vore bra för mig att avgränsa mig en del, det finns ju bara så mycket som är intressant.

Slutligen, om du fick ändra något i psykiatri idag, vad skulle du ändra på?

Jag skulle ta bort all stigma som finns kring psykisk sjukdom som jag tror inte minst har bidragit till att forskningsanslagen varit lägre än de varit annars med anledning av hur vanliga psykiatriska sjukdomstillstånd är.

Intervjun var kort men gav mersmak, antagligen som den nattsvarta espresso professor Jussi Jokinen inmundigade.

Efter han gått iväg till disputation i en föreläsningssal i närheten sitter jag kvar och vill liksom veta mer om vad som döljer sig bakom den intelligent och nyfikna blicken, sökande efter att lösa svåra enigmor. Jag anar humor men också något annat, kanske bäst förklarar med det kulturbetingade sisu.

Maria Larsson

Psykiater

Stockholm

Foto: Mattias Pettersson Inhousebyrå, Print & Media Umeå

Universitet

Röster om Jussi Jokinen

Kerstin Uvnäs Moberg, professor emeritus, forskningskollega
Relativt nyligen fann jag och Marie Åsberg i våra skrivbordslådor gamla men synnerligen aktuella och spännande resultat avseende oxytocinnivåer i plasma/CSF och olika psykiatriska skalor. Data skulle sammanställas och ansvarig blev en för mig då okänd kollega, Jussi Jokinen, som av språket att döma hade sina rötter i Finland. Jussi visade sig vara en synnerligen vital och klipsk person och blev en angenäm bekantskap. Det som överraskade mest var snabbheten med vilken Jussi arbetade. Utan att man visste ordet av så hade intressanta korrelationer trillat fram ur dataapparatusens statistikprogram och vips fanns det skrivna manus. Många intressanta och kompetenta diskussioner tog vid, där Jussi också visade stor förmåga att lyssna och diskutera på sitt karaktäristiska lågmälda, ödmjuka och humoristiska sätt. Det är sådana möten vi i forskningen lever på! Lyckligtvis finns det ytterligare obearbetade databuntar i skrivbordslådorna.

Andreas Carlborg, chef Länsakuten i Stockholm, haft Jussi som bihandledare

Jussi var min bihandledare när jag disputerade. Han är en skarp person med sinne och intresse för statistik och har alltid glimten i ögat. Han är ödmjuk och kan uppfattas som blyg men lär man känna honom sprudlar det under ytan. Dörren till hans rum på Karolinska sjukhuset var oftast öppen och jag spenderade många av mina helger och kvällar där under flera års tid när vi arbetade med forskningen. Det var alltid högt i tak med intressanta diskussioner och mycket skratt.

ANNONS



Rapport från Bergwallkommissionen SOU 2015:52

Förebyggande och behandling av spelmissbruk Ds 2015:48

Svenska Psykiatriska Föreningen har tagit del av ovanstående promemoria och stödjer de förslag och överväganden som framkommer för att motverka spelmissbruk och skadliga effekter av överdrivet spelande. Vi önskar särskilt lyfta fram vissa delar av överväganden och förslag som presenteras i promemorian. Svenska Psykiatriska Föreningen stödjer förslaget att nya delmål för folkhälsoarbetet bör vara att minska skillnader i skadeverkningar av överdrivet spelande och att färre personer ska utveckla spelberoende. Likaså att det ska finnas en jämlik tillgång till stöd och behandling av god kvalitet. Vidare stödjer vi att insatser för förebyggande och behandling av spelmissbruk bör samordnas med insatser inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet. Då det idag saknas kunskapsstöd inom området bör det åläggas folkhälsomyndigheten att ta fram detta samt verka för spridning av kunskapsstöd till berörda aktörer. Barn och unga bör som betonas i promemorian särskilt uppmärksammas.

Vi delar promemorian syn på behovet av forskning och utveckling inom området och behovet av en effektiv utvärdering av olika insatser gällande stöd och behandling. Likaså anser även Svenska Psykiatriska Föreningen att hälso- och sjukvårdens ansvar att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd om missbruk av alkohol och annat beroendeframkallande medel även ska omfatta missbruk av pengar.

Tuula Wallsten
Vetenskaplig sekreterare
Svenska Psykiatriska Föreningen

Svenska Psykiatriska Föreningen har tagit del av Bergwallkommissionens analys av såväl den rättspsykiatriska vården som rättsväsendets handläggning av Sture Bergwall.

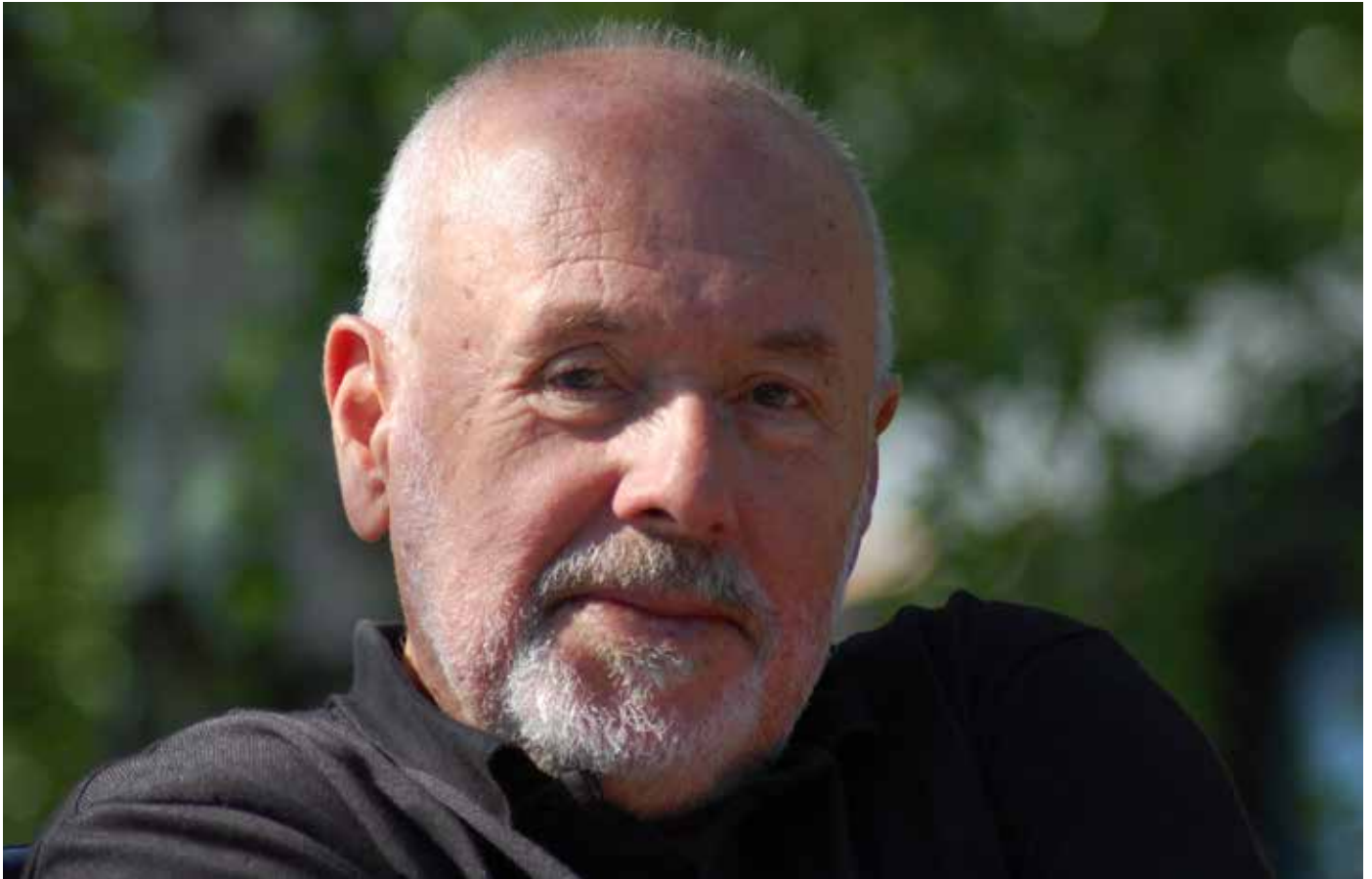
Vi delar kommissionens bedömning att gränser och ansvarsområden mellan den rättspsykiatriska vården (läkare, psykoterapeuter) och rättsväsendet (polis, åklagare) i fallet Bergwall varit otydliga och utsuddade och att man därmed har frångått normala rutiner för den rättspsykiatriska vården och processrättsliga förfaranden. Den rättspsykiatriska vården har ett svårt och viktigt uppdrag. Arbetet kan upplevas som utmanande och utsatt. Möjlighet till kunskapsutveckling och forskning inom rättspsykiatri behöver förstärkas. Nationella riktlinjer och vetenskapligt baserade vårdprogram behöver tas fram då det saknas för de patientgrupper som vårdas inom den både slutna och öppna rättspsykiatriska vården. En förstärkt kunskapsförsörjning inom rättspsykiatri kan inte annat än tillstyrkas och att det tillförs medel för detta. Möjligheter till en nationell samordning inom rättspsykiatri bör stärkas. Rättspsykiatriens kvalitetsregister (RättspsyK) som har en hög täckningsgrad kan dessutom ge ett bra underlag till både förbättringsarbete och klinisk forskning.

Inom den rättspsykiatriska vården ska det finnas möjligheter till en second opinion. Särskilt angeläget är detta med tanke på patienternas vanligtvis årlånga vårdtider. Likaså ska det finnas en transparens inom vården, gärna i form av kollegiala revisioner eller Markörbaserad Journal Granskning. Den senare kan ingå i det patientsäkerhetsarbete som redan påbörjats inom vården. Sätters diagnoser och bild av Bergwall blev aldrig granskad och ifrågasatt. Troligtvis hade en "second opinion" kunnat påverka handläggandet av ärendet.

Det psykoterapeutiska arbete med bortträngda minnen, som skett i Bergwalls fall, har inte allmänt omfattat arbetet inom svensk rättspsykiatri vid den aktuella tidsperioden. Gällande den farmakologiska behandlingen av Bergwall bryter den mot rådande behandlingsprinciper som tillämpas inom rättspsykiatriska enheter.

Avslutningsvis vill vi betona att landsting och regioner ges möjlighet till att utforma genomarbetade utvecklings- och utbildningsprogram med samtliga medarbetarkategorier involverade. Detta i syfte att främja vårdens kvalitet, säkerhet, transparens och att förhindra grupptänkande.

Tuula Wallsten
Vetenskaplig sekreterare
Svenska Psykiatriska Föreningen



Om ett märkligt läkemedels fall – och uppgång

Om clozapin, min alldeles egen historia

Hur det hela började

Det var på våren 1974. Jag hade i oktober 1972 disputerat vid Farmakologiska institutionen i Uppsala på en avhandling om sambandet mellan hormonaktiverat beteende och centralnervösa mekanismer hos råttor och sedan gjort ett postdoc-år på institutionen. Men jag skulle bli kliniker och stod och valde mellan neurologi och psykiatri. I den vevan ringer professor Lars Magnus Gunne, chef forskningskliniken vid Ulleråkers mentalsjukhus i Uppsala, och frågade om jag kunde tänka mig att börja som underläkare hos honom och starta upp ett forskningsprojekt kring schizofreni. Kliniken var då mest känd för sin forskning om narkomaner, främst metadonbehandling av heroinister. Jag behövde inte så lång betänketid utan började den 1 september på en gammal avdelning med 25 kroniskt schizofrena patienter. Det fanns en överläkare där som kom och rondade 2 timmar i veckan, för övrigt fick jag lägga upp verksamheten som jag själv ville trots min ringa kliniska erfarenhet. Men personalen var duktig och erfaren, vilket var tur.

Min första uppgift blev att göra en klinisk prövning att ett nytt antipsykotiskt läkemedel som Gunne hade fått licens för att ge och som han tyckte verkade spännande.

Det hette LX100-129 och hade enligt uppgift väldigt lite extrapyramidala biverkningar, något som var ett gissel med de andra preparaten som fanns till hands då. Lx100-129 kom så småningom att heta clozapin eller Leponex.

Gunne hade designat prövningen som dubbelt-blint crossover mot placebo där man således gick direkt från 600 mg/dygn av clozapin till placebo och vice versa (sic!!!). Hade jag vetat det jag vet idag hade jag självklart aldrig gått med på ett sådant upplägg, helt naturligt. Det blev ett både kaotiskt och lärorikt första år på kliniken, men vi genomförde studien (utan patientbortfall!) och den avslutades i juli 1975. Såvitt jag vet är det den enda studie som gjorts av clozapin där man jämfört mot placebo. Därefter for jag bort på en välförtjänt semester.

En kaotisk tid

Väl tillbaka fann jag min avdelning i totalt kaos. Clozapinet hade dragits in över hela världen under min semester efter att 8 patienter hade dött i Finland på grund av blodbildsförändringar. Alla mina patienter som stått på preparatet hade varit tvungna att byta till något annat och det fungerade inte alls. Alla var ordentligt psykotiska och de

som varit utskrivna med clozapin hade man tvingats lägga in igen. Det var en tung period.

Väggarna formligen bågnade under trycket på avdelningen.

Ordningen återställd

Efter några månader blev situationen ohållbar och jag vände mig till Sandoz läkemedel, som tillverkade Leponex och bad om dispens att ge preparatet igen och även Läkemedelsverket kontaktades. Jag fick en licens under förutsättning att blodprov togs för att mäta LPK och totalneutrofila blodkroppar regelbundet för att kunna upptäcka ev. agranulocytos. Och så blev det, clozapinet återinsattes på de svårast sjuka patienterna som efter en tid kunde skrivas ut igen. Allt började återvända till det normala igen. En intressant observation som vi gjorde var att det tog längre tid att nå klinisk stabilitet nu den andra gången de fick preparatet än det gjorde den första.

Jag fortsatte att sätta in clozapin till allt fler patienter under senare halvan av 70-talet och början av 80-talet till de som inte svarade på konventionell neuroleptika som på den tiden främst var Haldol, Trilafon, Fluanxol, Hibernol och Mallorol. Effekten var häpnadsväckande, många som varit på sjukhuset i åratal kunde skrivas ut till eget boende och vår kurator hade mycket att stå i med att skaffa bostad åt alla. Vi gjorde två intressanta observationer: den första var att patienter som hade clozapin hade en förvånansvärt hög adherence (compliance) och den andra att de som slutade plötsligt blev tvärsjuka inom några få dagar. Vi skrev om detta och kallade fenomenet för tardiv psykos, men begreppet fick ingen större genomslagskraft.

Nära nog slutet på historien

Under början av 80-talet såg det åter mörkt ut. Sandoz meddelade att man skulle lägga ned produktionen av clozapin då det inte fanns någon marknad för preparatet. I Sverige var det bara jag och kollegan Kurt Eklund på Sätters sjukhus som hade licens för clozapin. Jag hade många, långa och animerade diskussioner med Sandoz, men dom var obevekliga. Jag funderade allvarligt på att byta specialitet, det kändes meningslöst att fortsätta inom psykiatrin. När det äntligen fanns ett verktyg att hjälpa dessa svårt sjuka människor skulle det tas ifrån oss. Till slut hotade jag med att gå till massmedia och berätta hur oetiskt läkemedelsindustrin uppträder och försöka skandalisera Sandoz. Det tog tydligen skruv och man lovade att fortsätta produktionen. Läkemedelsindustrin är känslig för skandaler...

Erfarenheter och forskning

Under resten av 80-talet var det många nya patienter som ställdes in på clozapin. Vi lärde oss mycket om dess effekt men framför allt om biverkningar. Vi hade några fall av grandmal-anfall i början och fenytoin fick läggas till. Salivation och förstoppning var andra vanliga biverkningar vi lärde oss att hantera liksom sedationen. Inte sällan kombinerade vi clozapin med en dos Fluanxol på morgonen för att i viss mån motverka svår sedation. Standarddosen av clozapin var

vid den tiden 600 mg/dygn men ibland gav jag ända upp till 1200 mg/dygn. Någon agranulocytos såg vi inte.

Under 80-talet påbörjade vi också en del forskningsprojekt kring clozapin. Det första var att sätta upp massfragmentografisk metod att mäta clozapin och dess huvudmetabolit norclozapin i plasma med hjälp av den eminent kunnige chefen för vårt forskningslaboratorium Ulf Bondeson. Därefter följde farmakokinetiska studier kring biotillgänglighet (jodå, det går utmärkt att spruta en låg dos clozapin intravenöst!) samt halveringstid (12 timmar). Sedan följde också PET-studier med C11-märkt clozapin och vi fann en förvånansvärt hög bindning till frontalloben, men visste inte till vilka receptorer. C11-märkt haloperidol gav ingen sådan bindning, alltså kunde det inte vara dopamin-D2-receptorer. Jag gjorde också några kliniska uppföljningsstudier som visade på stora framgångar kliniskt, bl.a. att 40 % av patienterna blev i stort sett helt bra och ytterligare 40 % mycket förbättrade samt att 40 % hade ett arbete efter 2 år!! Senare följde flera andra uppföljningsstudier på större patientmaterial och med längre uppföljningstid, upp till 13 år. Sammanlagt har det blivit ett 15-tal publikationer kring olika aspekter av clozapin. År 1995 disputerade min dåvarande doktorand Tommie Lundberg på sin avhandling. Idag har jag en patient som fick clozapin av mig 1978 då hon var svårt sjuk och hon har stått på det kontinuerligt sedan dess, dvs. i 37 år! Det torde nog vara ett rekord i sitt slag. Hon mår alldeles utmärkt och arbetar och har inte haft en dag på sjukhus under alla dessa år!

Under senare delen av 80-talet börjar det dyka upp några öppna studier kring den kliniska effekten av clozapin vid schizofreni, främst från Danmark, Finland och Tyskland, alla konstaterande en påtaglig förbättring och många publicerade sina resultat vilket innebar ett ökat intresse kring preparatet. Flera kollegor eller kliniker i Sverige började skaffa sig licens för clozapin under senare delen av 80-talet och rådfrågningarna per telefon blev många, vilket glädde mig mycket.

Vändningen

Den stora omvälvningen kom dock 1988 när Kane och medarbetare publicerade sin jämförande studie mellan clozapin och klorpromazin vid terapirefraktär schizofreni och där clozapin visade sig vara överlägsen i alla variabler som mättes. Plötslig var clozapin väldigt "hett" och det kom snart att registreras i många länder, i Sverige 1989. År 1991 hade Time Magazine clozapin på sin första sida med rubriken "Pills for the mind" och "Awakening". Slaget om clozapinet var vunnet! Resten är, som det brukar heta, historia.

Leif Lindström
Professor emeritus, Uppsala
Foto: Alexander Eriksson

Landstingens policy för privata avtal väcker frågor

Förutsättningarna för privata utförare inom psykiatri varierar stort över landet. Svenska Psykiatriska Föreningen har gjort en kartläggning av de avtalsmodeller som tillämpas inom de olika landstingen och regionerna i landet.

De vanligaste modellerna för landstingen att teckna avtal med privata utförare är:

LOU - Offentlig upphandling

LOV - Vårdval

LOL - Avtal med enskilda vårdgivare

Lagen om offentlig upphandling (LOU) innebär att landstinget/regionen utformar ett förfrågningsunderlag, som beskriver vad som ska upphandlas och vilka krav som ställs på leverantören. Förfrågningsunderlaget annonseras via olika nationella annonsdatabaser och görs på så vis offentligt. Vårdgivare, ofta vårdbolag, har sedan möjlighet att inkomma med anbud på uppdraget. I anbudet meddelar vårdgivaren hur man tänkt uppfylla kraven i anbudet och anger också den ersättning man önskar för uppdraget. En utvärdering görs av de inkomna anbuden och den som bäst uppfyller kraven tilldelas uppdraget. Ofta är det lägsta priset som vinner. Uppdragen som upphandlas enligt LOU är alltid tidsbegränsade.

Vid tillämpning av Lagen om valfrihetssystem (LOV), även kallat vårdval, sätter landstinget upp de regler som ska gälla för vårdgivarna. Det kan vara krav på bemanning, tillgänglighet, medicinsk säkerhet, möjlighet att erbjuda akuta tider eller jourmottagning. Landstinget har ett granskningsförfarande och utför en auktorisation av de vårdgivare som ansöker om att få etablera sig. Auktoriserade vårdgivare kan sedan etablera sig var som helst inom det område som omfattas av vårdvalet. Patienterna kan välja fritt mellan vårdgivarna. Landstingsägda och privatägda verksamheter omfattas av samma regelverk och ersättningsystem.

Lagen om läkarvårdsersättning (LOL) omfattar avtal med enskilda vårdgivare som finansieras via det nationella ersättningsystemet, den s.k. nationella taxan.

En förfrågan till alla landets landsting och regioner om vilken policy de använde vid tecknande av avtal med privata vårdgivare gav följande resultat:

Se tabell på nästa sida

Svaren väcker funderingar. LOV för psykiatriuppdrag tillämpas i dagsläget bara av Region Halland och Skåne (LARO-mottagningar). I Östergötland kommer LOV införas under 2016 och Stockholms läns landsting utreder möjligheterna att starta.

Det är betydligt fler landsting som tillämpar Vårdval för psykoterapi. Även LOU-avtal är vanligare vad gäller psykoterapi än psykiatri. Har psykologerna och Psykologförbundet varit mer aktiva och lobbade för möjligheten att teckna avtal? Är den politiska viljan att teckna privata avtal för psykoterapi större än för psykiatri?

Neuropsykiatri, framförallt neuropsykiatriska utredningar, är betydligt vanligare att upphandla än allmänpsykiatri. Råder det brist på specialkompetens inom den offentliga psykiatri? Ser beställarna neuropsykiatri som en mer lätthanterlig verksamhet? Det upphandlas också fler utredningsuppdrag än behandlingsuppdrag? Vart skall alla utredda patienter vända sig för att få behandling?

I storstadsregionerna tecknas fler avtal med privata utförare än i glesbygdslänstingen. Är det enbart politiken som styr eller finns det andra faktorer som påverkar? Varför verkar de flesta landsting föredra LOU-avtal för psykiatri? Hur blir det med kvalitet och kontinuitet om vårdgivare ständigt byts ut? Hur påverkar det möjligheten för små företag att etablera sig?

Frågorna är många och den primära avsikten med denna artikel är att ge en översikt om hur det ser ut i landet just nu. I Läkartidningen 5/2016 kan man från Läkarförbundets primärvårdsenkät utläsa att de primärvårdsläkare som är mest nöjda med möjligheterna att ge bra vård är de som arbetar på mindre, privata vårdcentraler där en eller flera av ägarna arbetar kliniskt i verksamheten. Skulle en liknande kartläggning för öppenvårdspsykiatri, som ju också erfar stora bemanningsproblem, visa samma mönster?

Kanske väcks tankar hos en och annan intresserad psykiatrikerkollega. Erfarenheter och synpunkter välkomnas.

Christina Ysander

Kassör Svenska Psykiatriska Föreningen

Landsting/Region	Avtalstyp	Kommentarer
Norrbottnen	Inga privata avtal	
Västerbotten	Inga privata avtal	Privata psykologer inom ramen för den s.k. gula taxan
Västernorrland	LOU	LOU - neuropsykiatriska utredningar, psykologtjänster, handledning
Jämtland	Inga privata avtal	
Gävleborg	?	Ej svarat
Dalarna	LOL LOU Psykologtjänster	LOL- omfattar två enskilda psykiatriker i Falun <LOU- psykoterapi, utredningar och handledning i behandlingsarbete
Uppsala	LOV Psykoterapi LOU Öppenvårdspsykiatri psykos, affektiva sjukdomar	LOV - Vårdval Psykoterapi erbjuder psykoterapi inom öppenvård. Tidigare har både primärvård och specialistpsykiatri kunnat remittera, men nu görs en "anpassning" utifrån "politisk viljeriktning" och endast specialistpsykiatri ska kunna remittera framöver. LOU - avtalen gäller för norra länet och omfattar fyra kommuner.
Västmanland	LOL	LOL - avtal med enskild psykiater, avtal med privata psykologmottagningar.
Stockholms läns landsting	LOU för Vuxenpsykiatri, Beroendevård och Barnpsykiatri	LOU – 43 % av besöken inom vuxenpsykiatri utförs av privata upphandlade verksamheter. LOV - Vårdval inom vuxenpsykiatri utreds.
Värmland	LOU Neuropsykiatriska utredningar LOU Psykoterapi	LOU – neuropsykiatriska utredningar; sex olika vårdgivare, sammantaget gjordes 550 utredningar under 2015. LOU – psykoterapi; avtal med privata psykoterapeuter inriktade mot måttlig till medelsvår psykisk ohälsa.
Södermanland	LOL LOV Psykoterapi	LOL - enstaka avtal med psykiatriker LOV-psykoterapi ingår i primärvårdens Hälsoval.
Örebro	?	Ej svarat
Östergötland	LOV Öppenvårdspsykiatri LOU Barnpsykiatri	LOV - införs för vuxna under 2016. Tidigare har flera avtal enligt LOU tecknats med privata vårdgivare inom öppenvårdspsykiatri.
Västra Götaland	LOL LOU	
Region Jönköpings län	LOU Psykoterapi, Neuropsykiatriska utredningar, Psykiatriker	LOU - deltidpsykiater till SIS- institution på Visingsö.
Halland	LOV Öppenvårdspsykiatri	Vårdval Halland, vuxenpsykiatri med målgrupperna neuropsykiatri, bipolära affektiva tillstånd och andra svårbehandlade affektiva tillstånd. Diagnosen GAD kommer att tillkomma under 2016.
Kalmar	?	Ej svarat
Kronoberg	?	Ej svarat
Blekinge	?	Ej svarat
Gotland	Inga privata avtal	
Skåne	LOV Psykoterapi, LARO-mottagningar (läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende) LOU Specialistpsykiatri LOU PTSD-mottagning LOU Dagsjukvård för ätstörningar	LOU-avtalen för specialistpsykiatri omfattar tre geografiska områden. Regionen har också ett idéburet offentligt partnerskap med Röda Korset om mottagning för krigs/tortyrrelaterad PTSD.



Aktuell forskning om mortalitet

Två studier på affektiv sjukdom och depression

Mortality of subjects with mood disorders in the Lundby community cohort: A follow-up over 50 years. (Mattisson et al., 2015, *Journal of Affective Disorder*, 178, 98-106)

I en artikel ifrån den sydsvenska Lundbystudien beskrivs mortaliteten vid affektiv sjukdom. Lundbystudien är en prospektiv epidemiologisk studie som följt en oselektad population under tidsperioden 1947-1997. Syftet från början var att beskriva psykiatrisk ohälsa i en normalbefolkning och att se hur olika personlighetsdrag påverkade den mentala ohälsan. Studien startades 1947 av professor Erik Essen-Möller vars team undersökte 2550 personer som bodde i de två församlingarna Dalby och Bonderup. Professor Olle Hagnell genomförde 1957 uppföljningen av de överlevande ifrån 1947 och lade till 1013 personer som fötts in i

”Lundbyområdet” eller som flyttat dit. Professor Hagnell åkte runt i en liten röd Fiat och intervjuade i stort sett alla probander på egen hand. Undersökningen omfattade alla, barn som gamla, och inkluderade de som vistades på institutioner. Två ytterligare uppföljningar har gjorts 1972 och 1997. Diagnoser enligt Lundbys eget förenklade diagnosystem (som anpassats till fältarbete) och enligt ICD-10 och DSM-IV sattes 1997.

Några nya probander har inte lagts till efter 1957 och Lundbystudien omfattar totalt 3563 deltagare. Metoden har varit att erfarna psykiatrer har genomfört semi-strukturerade intervjuer och att information har insamlats från register, journaler, nyckelinformer och anhöriga. Episoder av psykisk sjukdom och ett stort antal bakgrundsvariabler är registrerade i Lundbydatabasen.

Studien som beskriver mortalitet vid affektiv sjukdom i Lundbykohorten publicerades förra året. Syftet med mortalitetsstudien var att jämföra dödligheten hos probander med och utan affektiv sjukdom, beskriva dödsorsaker samt att analysera komorbid psykisk sjukdom som riskfaktor för mortalitet hos probander med affektiv sjukdom. Information ifrån dödsorsaksregistret t.o.m. 2011 användes för att erhålla dödsdatum och dödsorsak.

I den totala kohorten var 508 (195 män och 313 kvinnor) av 3563 diagnostiserade med affektiv sjukdom. De diagnostiska

kategorierna omfattade huvudsakligen depression och bipolär sjukdom. Av de 508 som diagnostiserats med affektiv sjukdom dog 313 personer.

Probander utan affektiv sjukdom och de som hade någon form av affektiv sjukdom hade liknande dödsorsaker.

De vanligaste dödsorsakerna var cirkulatorisk sjukdom, cancer, magtarmsjukdom och endokrina sjukdomar. 36 av 508 (6,3 %) probander med affektiv sjukdom begick suicid.

Vid den statistiska analysen (Cox regressionsanalys) fann man att mortaliteten var 18 % högre hos dem som diagnostiserats med affektiv sjukdom. När analyserna gjordes separat för män och kvinnor fann man att den ökade risken för prematur död enbart berörde männen (Hazard ratio 1,5, $p < 0,001$). Ett annat forskningsfynd var att gifta män hade minskad mortalitet jämfört med ogifta män medan det var tvärtom för kvinnor som hade ökad dödlighet om de var gifta eller sammanboende.

Ångeststörning, alkoholmissbruk och personlighetsstörning var de vanligaste komorbida diagnoserna. Vid multivariat analys visade sig ångeststörning öka risken för prematur mortalitet.

Resultatet av denna studie liknar resultatet ifrån Stirling County-studien där man också fann att män hade en signifikant ökad risk för tidig död. Suicidrisken vid affektiv sjukdom varierar beroende på hur kohorten är utvald och uppföljningstidens längd. Sjukhusbaserade kohorter brukar resultera i att man finner högre suicidrisk, medan kohorter som är populationsbaserade vanligtvis redovisar lägre siffror. Suicidrisken i denna studie (6,3 %) liknar den som Inskip et al (1998) fann när de kalkylerade livstidsrisken vid affektiv sjukdom till (6 %).

Clinical and course characteristics of depression and all-cause mortality: A prospective population-based study (Lasserre et al, 2016, *Journal of Affective Disorder*, 189, 17-24)

Lasserre et al. studerade kliniska karakteristika, sjukdomsförlopp och dess korrelation till depressiva tillstånd och mortalitet.



Deras studie baserade sig på en prospektiv kohortstudie av slumpmässigt utvalda personer i åldern 35-66 ifrån staden Lausanne i Schweiz.

Författarna inleder med att psykiatrisk sjukdom och den ökade risken för mortalitet har studerats i decennier och att det har visat sig finnas en korrelation mellan depression och suicid. Det finns studier som inte hittat något samband mellan mortalitet och depression, men dessa har ofta bara förlitat sig på skattningsskalor och personliga intervjuer har inte genomförts, och en del forskare menar att skattningsskalor bara är indikatorer på ett tillstånd och att kliniska diagnostiska intervjuer behövs för att ställa korrekta diagnoser.

I denna prospektiva studie ingick 3720 personer som tidigare hade ingått i en studie där associationen mellan kardiovaskulär och psykiatrisk sjukdom undersöktes. Studien påbörjades 2003 och probanderna följdes upp efter fem år. Man lyckades att följa upp 3668 personer.

Forskarna använde sig av semi-strukturerade diagnostiska intervjuer och samlade in data om förloppet, sociodemografiska variabler och livsstilsfaktorer. Samtliga deltagare hade också genomgått somatisk undersökning och laboratorietester som inkluderade lipidstatus och blodsocker. De som utförde de diagnostiska intervjuerna var psykologer som handledes av seniora psykologer. Dödsorsakerna undersöktes genom att man samlade in all tillgänglig information; register, dödsattester, journaler och uppgifter ifrån allmänläkare.

Under den femåriga uppföljningstiden dog 56 (1,6 %) deltagare. Man använde sig av justerade proportionella hazardmodeller för att undersöka eventuellt samband mellan depression och mortalitet. Olika statistiska modeller med ett flertal variabler redovisades.

Man fann att deltagare som hade diagnostiserats med depression var i högre utsträckning kvinnor, yngre, ensamboende, hade samsjuklighet i form ångestsyndrom, var rökare men drack mindre alkohol än andra deltagare i studien.

De deltagare som diagnostiserats med depression hade dock i mindre utsträckning hypertoni och dyslipidemi än de andra utan depressionsdiagnos.

Deltagare med pågående depression hade signifikant ökad mortalitet. Mortaliteten var tre gånger så hög jämfört med friska. Kardiovaskulär sjukdom, rökning, att leva ensam, manligt kön, fysisk inaktivitet och ökande ålder var covariat som hade starka samband till mortalitet. Personer med pågående depression hade i högre utsträckning än friska ångeststörning, fetma, var inaktiva och hade antidepressiv behandling och det var vanligare att de hade egentlig depression, än någon annan typ av depression.

I diskussionen påpekade forskarna att den ökade mortaliteten hos de med aktuell depression överensstämde med tidigare forskning. Man fann också att de som haft depression och var i remission hade en signifikant lägre mortalitet än de med pågående depression och de hade (dock ej signifikant) en lägre risk för död jämfört med de som aldrig varit deprimerade.

Sammanfattningsvis menade forskarna att studien stödjer hypotesen att det finns ett samband mellan pågående depression och död orsakat av alla möjliga dödsorsaker och man menar att behandlande kliniker ska betrakta depression som en potentiellt dödlig sjukdom.

Cecilia Mattisson
Docent, överläkare i Lund



Vård och stöd vid missbruk och beroende

Nya nationella riktlinjer

I april 2015 utkom efter tre års arbete Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer "Vård och stöd vid missbruk och beroende" riktade till hälso- och sjukvården och socialtjänsten, alltså inte enbart beroende- och missbruksvården.

De är en revidering av 2007 års riktlinjer och innehåller nya områden: ungdomar, läkemedelsberoende och psykosociala stödinsatser.

Riktlinjerna har ett särskilt fokus på att förmedla information till beslutsfattare, men innehåller också prioriteringar, vilket innebär att tillgängliga vård/insatsalternativ kan ställas mot varandra.

Man ska se riktlinjerna som råd på gruppnivå och de kan då fungera normerande för vad som bör göras även om riktlinjerna betonar att beslut på individnivå måste göras utifrån patientens kontext. Vidare lyfter riktlinjerna fram att det är viktigt för huvudmännen att kunna förfoga över flera olika typer av behandlingsmöjligheter eftersom alla patienter inte kan tillgodogöra sig en specifik behandling.

En förhoppning och rimlig utveckling är att riktlinjerna kommer att användas som underlag för regionala eller lokala vårdprogram eller instruktioner. Riktlinjer och vetenskapligt underlag finns i sin helhet presenterat på Socialstyrelsens hemsida.

Riktlinjerna fungerar operationellt så att man delar in missbruks/beroendeområdet i tillstånd och åtgärder. Tillstånden som avhandlas är missbruk/beroende av alkohol - narkotika i form av cannabis, centralstimulantia och opiater samt läkemedel med bensodiazepiner och opioider.

Åtgärderna innehåller bedömningsinstrument, farmakologisk, psykologisk och psykosocial behandling, psykosociala stödinsatser och behandling vid samsjuklighet.

Bedömningarna bygger på en genomgång av tillgänglig vetenskaplig litteratur som sedan har beretts i ett prioriteringsförfarande för att få en anpassning till den nationella modellen för prioriteringar.

Rekommendationerna, totalt 154, har givits ut i pappersformat som innehåller de 80 mest centrala rekommendationerna, men samtliga finns tillgängliga i webbformat.

Några axplock för vad som gäller inom vuxenområdet

När det gäller medicinska tester så lyfts nya alkoholmarkörer fram, EtG och EtS, specifika test för alkoholintag senaste dygnet, och CDT och PEth-test specifika för en längre konsumtion.

Vid alkoholabstinens med eller utan risk för epilepsi eller delirium tremens bör inte antihistaminer eller neuroleptika erbjudas.

Långvarigt bruk av bensodiazepiner där sedvanlig utsättning inte varit möjlig rekommenderas behandling i form av långsam nedtrappning och som tillägg kognitiv beteendeterapi.

Vid centralstimulantiamissbruk kan naltrexon erbjudas som farmakologisk behandling, däremot inte centralstimulerande medel.

Vid opiatberoende är buprenorfin/naloxone förstahandsval och metadon andrahandsalternativ.

Inom området psykosocial behandling av alkoholproblem märks i första hand Motivational Enhancement Therapy – MET; och såväl KBT, återfallsprevention som tolvstegsbehandling och Community Reinforcement Approach – CRA. Något lägre prioritet har psykodynamisk eller interaktionell behandling. Vid narkotikaberoende rekommenderas KBT, och vid CS och opiatberoende även CRA.

12-stegsbehandling rekommenderas däremot inte vid opiatberoende, där istället psykodynamisk behandling och s.k. förstärkningsinslag (contingency therapy) lyfts fram som tilläggsbehandling.

Bland de psykosociala stödinsatserna märks nätverks- och parterapi. Rekommendationerna öppnar därmed upp för anhöriga att få hjälp såväl för egna behov men även som stöd i behandlingen av missbruket hos den anhöriga.

Samsjuklighetsavsnittet pekar på att det är nödvändigt med samtidig och integrerad behandling av båda tillstånden. Detta kan hos lågfungerande patienter nödvändiggöra en case manager som samordnar integrerade insatser.



Markörbaserad journalgranskning Psykiatri

Sammanfattning av handboken

Nyheter i riktlinjerna som är viktiga att lyfta fram

Helt nytt i denna upplaga av riktlinjerna är möjligheten att erbjuda underhållsbehandling vid opioidanalgetikaberoende. Riktlinjerna slår fast att patienter i första hand bör erbjudas nertrappning men kan om detta inte fungerar erbjudas opiat/opioid-underhållsbehandling med buprenorfin/naloxone som förstahandsval och metadon som andrahandsalternativ.

I 2015 års version av riktlinjer finns för första gången också riktlinjer för hur *ungdomar* ska hjälpas med sitt missbruk/beroende. Det är ett viktigt steg framåt då det alltmer står klart att ungdomar behöver särskilda interventioner och vårdupplägg för att få hjälp att bryta missbruk och andra beteenden som förstärker missbrukstendenser.

I riktlinjerna slås fast att ett antal psykosociala behandlingar är effektiva. Exempelvis kan Motiverande samtal och andra korttidsinterventioner fungera bra på ungdomar som inte har ett avancerat missbruk. Vidare lyfts det fram att familjeinterventioner i form av familjeterapi är en effektiv behandlingsform. Dock tycks vissa familjeterapier vara effektivare än andra och riktlinjerna lyfter särskilt fram tre program som rekommenderas. Dessa är Funktionell familjeterapi, Brief Strategic Family Therapy och Multidimensional Family Therapy. Det som kännetecknar dessa program är att de är manualbaserade och fokuserar på de riskfaktorer för missbruk som finns i familjen och bland dess medlemmar. I övrigt rekommenderar riktlinjerna också så kallade individanpassade community interventions, det vill säga hur man hjälper ungdomen till en meningsfull och funktionell missbruksfri vardag.

Avslutningsvis konstaterar riktlinjerna att om man ska lyckas med att bryta ett missbruk måste ungdomen ges samtida hjälp med de nästan alltid närvarande psykiatriska svårigheterna. Samsjukligheten med psykiatriska tillstånd vid missbruk i unga år är upp till 90 % och måste alltid beaktas som ett reellt problem när missbruksvård ska planläggas och utföras.

Riktlinjerna som helhet och i synnerhet för ungdomar är ett tydligt steg framåt mot en modern och evidensbaserad missbruksvård.

Anders Tengström
Faktagrupperdsordförande Ungdomar

Stefan Borg
Ordförande i prioriteringskommittén

En nationell metod för strukturerad journalgranskning, Global Trigger Tool (GTT), som är utvecklad för att fånga skador och vårdskador (undvikbara skador) hos patienter i somatisk slutenvård finns sedan 2008. Metoden benämns, efter revidering, Markörbaserad journalgranskning (MJG). En handbok avsedd för journalgranskning inom vuxenpsykiatri och rättspsykiatri finns nu tillgänglig.

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) definierar *vårdskada* som lidande, kroppslig eller psykisk, skada eller sjukdom, samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Med *allvarlig vårdskada* avses en vårdskada som 1) är bestående och inte ringa, eller 2) har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Distinktionen mellan vårdskada och allvarlig vårdskada är inte avgörande i arbetet med markörbaserad journalgranskning men är väsentlig vid bedömningen av om skador ska utredas enligt lex Maria eller inte.

Vid journalgranskningen identifieras skador, som ofta benämns komplikationer eller oförutsedda händelser. En komplikation är en effekt som inte var avsedd eller önskvärd. Ur patientens perspektiv ska den i arbetet med journalgranskning betraktas som skada. Även en biverkan som är känd och tidigare beskriven i samband med en viss typ av behandling rör sig utifrån ett patientperspektiv ändå om en skada. När resultatet av granskningsarbetet utnyttjas som underlag för utvecklingsarbete är det väsentligt att inte bara analysera vad som kan göras med anledning av *vårdskador*, utan att också analysera övriga skador som identifierats.



Analys av bakomliggande orsaker till risker och inträffade skador görs alltmer genom risk- och händelseanalyser. Vi dessa metoder för att identifiera avvikelser blir bara det som spontant uppfattas som avvikelser som identifieras och analyseras. Endast en mindre del av alla avvikelser blir kända. Med hjälp av MJG kan dolda skador identifieras och arbetet för att minska riskerna för att patienter skadas bli mer effektivt. En skada beror oftast inte på att en person gör misstag. Med ett systemperspektiv ska fokus därför läggas på att hitta och undanröja de bakomliggande orsakerna till skadan. Med ett processororienterat angreppssätt ökar förståelsen för att systemkunskap är ett viktigt komplement till professionell yrkeskunskap. Genom MJG kan skador och vårdskador identifieras och typ och allvarlighetsgrad kartläggas.

Resultatet av MJG ska i första hand användas som underlag för förbättringsarbete vid den egna kliniken eller enheten och lämpar sig inte att användas för att direkt med siffror jämföra patientsäkerhet mellan kliniker och enheter. De markörer som utnyttjas för att söka i vårddokumentationen är utformade för att identifiera områden, där risken för skador är större. Resultaten av journalgranskning leder inte till ökad patientsäkerhet om inte förbättringsarbete genomförs baserat på vad som framkommit vid granskningen. I förbättringsarbetet kan också andra metoder, såsom risk- och händelseanalys, användas för att kartlägga bakomliggande orsaker.

Metoden MJG innebär att alla vårdkontakter under en tidsperiod (granskningsperiod) ska granskas. En granskare ska, förutom att läsa journaler vid den egna kliniken och utan att delta i vården av patienten, också kunna läsa journaler från andra kliniker än där granskaren har sin organisatoriska tillhörighet. Då MJG är ett led i utvärdering av den egna verksamheten och systematisk kvalitetssäkring innebär det att en granskare har rätt att ta del av sådana journaluppgifter utan patientens samtycke. Patienten har inte heller rätt att begära att journalen spärras från åtkomst för sådan granskning.

När resultaten från MJG sammanställs och redovisas i ett systemperspektiv syns inte resultaten för de enskilda patienterna. Det är emellertid individuella patienters vårddokumentation som granskas. Utifrån patientsäkerhetslagen ska patienten få information när en vårdskada inträffat. Varje klinik måste därför ha en rutin för hur granskningsteamet återkopplar sådana fynd till chefläkare, chefsöverläkare eller verksamhetschef, som har

ansvar för att patienten informeras. Om skadan är allvarlig eller det funnits risk för allvarlig skada ska en anmälan enligt lex Maria göras.

Ett granskningsteam ska bestå av kliniskt erfarna personer med utbildning i metoden och som har god kännedom om struktur och innehåll i verksamhetens journaler samt god kunskap om vården på kliniken. Minst en medlem i granskningsteamet måste vara läkare.

Vid MJG identifieras först positiva markörer. En påträffad markör betyder att det finns en risk att en skada inträffat. Därefter bedöms huruvida en skada verkligen inträffat och om den skulle ha kunnat undvikas, dvs. en vårdskada. En markör kan emellertid vara positiv utan att en skada inträffat likaväl som att en skada kan påträffas utan att någon markör är positiv. Både slutenvård och öppenvård ska ingå i granskningen. Det är viktigt att se till patientens vårdkedja. Vården som granskas måste alltid ligga minst 30 dagar bakåt i tiden.

Vid ställningstagande till om en skada inträffat eller inte ska man bortse från om det inträffade är något som brukar kunna inträffa, om det är en risk man kalkylerat med eller om patienten varit informerad om risken eller inte och endast se till patientperspektivet.

De identifierade skadorna ska klassificeras utifrån allvarlighetsgrad och efter vilken typ av skada som inträffat. I patientsäkerhetslagens definition av vårdskada finns förutom kroppslig skada också lidande och psykisk skada.

När resultaten av granskningsarbetet sammanställs kan också mått på förekomsten av skador och vårdskador beräknas. Typ och frekvens av skador kan följas över tid i den egna organisationen och såväl behov som resultat av patientsäkerhetsarbetet kan synliggöras. Analys av bakomliggande orsaker ger möjlighet att utforma åtgärder som kan minska risken för upprepning och därmed öka patientsäkerheten. Nationella data kan sammanställas och användas för jämförelse och bakgrund till de egna resultaten.

Handboken består av två delar, metodbeskrivning samt en bilaga som beskriver markördefinitioner, skadetyper och de mallar som behövs i arbetet med journalgranskning.

Tuula Wallsten
Vetenskaplig sekreterare SPF



Internet addiction – vad är det?

Det talas allt mer om olika beroendetillstånd i relation till annat än substanser. Arbete, träning, gambling, nätsurfande, erotik – det är ingen ände på allt i det nutida samhället som kan leda till överanvändning och problem för allt fler individer. Är det tidsandan som är måttlös, finns det "defekter" hos vissa individer som gör dem utsatta, eller ligger det inbyggda risker i aktiviteter som vi numera har tillgängliga mest hela tiden?

Ett av de områden som ofta pekas ut är Internet addiction, men vad är det? Kan vi bli beroende av ett tekniskt verktyg? Ett halvt sekel har gått sedan embryot till internet utvecklades och sedan dess har nätverket vuxit till att omfatta enorma mängder information och underhållning, kommunikationsmöjligheter och professionella verksamheter. Under de första decennierna gick utvecklingen långsamt men introduktionen 1994 av Netscape förenklade användandet och bidrog starkt till internets popularitet. Tre fjärdedelar av EU:s befolkning och nästan alla (92,5 %) i Sverige är numera internetanvändare. Globalt räknas användarna till över 3,2 miljarder.

Nätverk av vänner och bekanta blir alltmer virtuella – medlemskap i Facebook är för många en självklarhet, och vid sidan av detta håller vi oss socialt uppdaterade via Twitter, WhatsApp och andra kontaktvägar. Ständig uppkoppling gäller och parallell samtidig kommunikation pågår mesta tiden av dagen. Två av tre Facebook-användare loggar in minst en gång varje dag. Varannan svensk spelar digitala spel; många av dessa via internet. Det börjar redan bland förskolebarnen. De populäraste spelen utgörs av digitala versioner av traditionella spel som schack och kortspel, men det finns också en gigantisk marknad för avancerade spel som omfattar hela världar i ständigt utveckling. För att nå framgång i de digitala världarna krävs mycket tid och engagemang från spelarna – något som i många familjer lett till oro och ibland har spelandet "tagit över" dvs. blivit den huvudsakliga aktiviteten, medan skola och annat nedprioriterats av spelaren.

Forskningen av den problematiska sidan av vår digitala samtid har formligen exploderat sedan millennieskiftet. I linje med utvecklingen av allt fler diagnoser för otydliga psykiatriska tillstånd och syndrom har det även skett en "medikalisering" av beroendediskursen, samtidigt som det har skett en breddning av vad som anses kunna inbegripas i en beroendedefinition. Begreppet «behavioral addictions» (t ex Internet addiction), baserat på biologiska mekanismer som hjärnans belöningssystem, har lanserats med diagnosinstrument som tämligen lättsinnigt har "importerats" från den medicinska alkoholforskningen till att nu även omfatta beteenden och handlingar. Merparten av den forskning som syftar till att precisera och definiera



begreppet Internet addiction (även begreppen överdriven, tvångsmässig eller patologisk användning av internet används) tar sin utgångspunkt i de konventionella indikatorer som utgör kriterier för alkoholberoende i DSM. Detta problematiseras förvånansvärt sällan – ändå är det uppenbart att klyftan mellan det traditionella beroendebegreppets implikationer och dimensioner av nya livsstilar som bygger på tekniska framsteg är problematisk och betydande.

En stor del av den empiriska forskning som finns på området baseras på självselektade eller små urval ochoreflekterade slutsatser av typ: så här många tillbringar mer tid på internet än de avsåg och det har hänt att familjemedlemmar klagat på att de jämt är online – två pinnar på AUDIT för spel redan där! Mycket få longitudinella studier har genomförts, vilket innebär att portalindikatorn för beroendetillstånd – persistens – är rätt okänd när det gäller behavioral addictions. Långtgående slutsatser dras ändå och i vissa länder (för detta är alls ingen svensk "fluga") förs "forsknings"-baserade förslag om internering och avprogrammering av storsurfare fram.

En expansion av beroendebegreppet har också förordats av aktörer på området, som t.ex. behandlingsproducenter. "Det är dags att ge dataspelsmissbruk en psykiatrisk diagnos" skrev ett behandlingsteam i Aftonbladet för tre år sedan. I artikeln hävdas att datorspel har ersatt läxläsandet för stora grupper av Sveriges ungdom och man varnar för omfattande samhällsproblem om spelandet får fortsätta att bre ut sig.

Ett år efter denna appell lanserades DSM-5 – den nya utgåvan av diagnossystemet från APA. Inför lanseringen flammade livliga diskussioner såväl inom APA som i forskarvärlden, huruvida behavioral addictions som t.ex. Internet addiction



Djup transkraniell magnetisk stimulering mot alkoholberoende

skulle införas i diagnossystemet. I slutänden togs endast gambling (pengospel) med, medan Internet gaming disorder finns nämnt i appendix för eventuell framtida inklusion. Sedan lanseringen av DSM-5 har hård kritik rests mot den fortsatta medikaliseringsprocess med allt fler diagnoser för livets alla sfärer som DSM ger. Allen Frances, som ledde arbetet med DSM-IV, varnar numera för fortsatt expansion av diagnoserna och ser en risk för att allt vi tycker om att ägna oss åt, och saknar när vi gör något annat, kan komma att problematiseras i termer av addiction. Frågan är om någon medborgare, med denna utveckling, undgår diagnos framöver.

John Ioannidis ådrog sig stor uppmärksamhet under det förra decenniet med en välciterad artikel¹ där han hävdar att det finns en brist på vetenskapligt stöd på många forskningsområden. Forskare lutar sig alltför ofta mot enskilda p-värden i sina analyser, och drar långtgående slutsatser. Ioannidis visar med sina beräkningar hur förtroendet för forskningen i mycket bygger på luft och uppmanar forskarsamhället till en mycket mer noggrann hantering av sina analyser. För frågan om Internet addiction handlar frågan snarare om begreppets legitimitet. Idag kan nästan vad som helst mätas. Mätinstrument för att påvisa alkoholberoende justeras och omvandlas (men behålls i huvudsak intakta) för att spåra, mäta och problematisera alla möjliga vanor och aktiviteter. Men är detta meningsfullt? Bara för att vi kan?

**Karin Helmersson Bergmark,
Professor sociologi
Stockholms universitet**

Fotograf: Eva Dahlin, Stockholms universitet

1 Ioannidis, J.P. (2005). Why most published research findings are false. *PLoS medicine*, 2(8):e124

“Det är lätt att sluta röka. Jag har gjort det tusen gånger.” Mark Twain-citatet illustrerar en central insikt om beroendesjukdomars natur: De är kroniska och går i skov. Utmaningen för patienter och behandlare är inte främst att initiera drogfrihet eller nykterhet, utan att förebygga återfall. Dessa drivs av ett intensivt sug som triggas av små startdoser av drogen (“priming”), drogassocierade stimuli (“drogminnen”) eller stress. Det går att studera återfallsprocessen i djurmodeller, och dessa studier har visat att distinkta men överlappande system i hjärnan driver fram återfall till drogsökande beteende, beroende på vilken typ av utlösande faktor som ligger bakom.

Craving och insula

Funktionella hjärnavbildningsstudier på människa har visat att craving, oavsett beroendemedel och arten av utlösande stimulus, regelmässigt åtföljs av aktivitet i insula (Garavan, 2010). Denna struktur utgör en evolutionsmässigt äldre del av hjärnbarken, som hos människan ligger på djupet i vecket mellan tinning- och pannloberna. Insula är en struktur med lika komplex som viktig funktion. Dess posteriora, granulära del utgör primär känselbark för kroppens inre, dvs. det som kallas “interoception” (samt för smaksinnet). Den anteriora, agranulära delen anses stå för högre, mer abstraherade representationer av kroppens tillstånd. Dessa anses vara centrala för upplevelsen av “självet”, och representerar “homeostatiska emotioner”, dvs. upplevelsen av kroppstillstånd som inte är önskvärda och därför bör leda till beteenden ägnat att uppnå en bättre anpassning (Craig, 2002, 2009; Nieuwenhuys, 2012). Insula-aktivering ingår t.ex. i förnimmelsen av smärta (Wager et al, 2013), men även när man ser en annan person ha ont (Singer et al, 2009; Singer et al, 2004).

Att insula-aktivitet ses i samband med craving kan förstås inte tas till omedelbar intäkt för att den förra orsakar den senare. Några observationer tyder dock på att det verkligen skulle kunna vara fallet. En uppmärksam studie på strokepatienter som alla var rökare visade t.ex. att när insula – men inte andra hjärnstrukturer – slagits ut kunde patienterna tvärt sluta röka utan att uppleva någon craving (Naqvi et al, 2007). Vi varken vill eller kan förstås inducera stroke för att slå ut insula hos beroendepatienter. Djup hjärnstimulering med



inopererade elektroder för att inhibera insulafunktionen är tänkbar, men är operationstekniskt mycket svår och kan aldrig bli en metod som kan nå större patientgrupper. Så frågan är hur man annars kan påverka insulafunktionen.

TMS och dTMS

Ett sätt som tycks göra detta möjligt är genom sk "djup transkranieell magnetisk stimulering", dTMS. "Vanlig" TMS kan aktivera underliggande hjärnceller genom att generera ett magnetfält på skallytan, och har under många år använts för att t.ex. mappa ut motorbarken. Fältet från traditionella TMS-spolar når dock bara någon centimeter in i hjärnan, vilket är för ytligt för att påverka funktionen i insula. Nyligen har dock teknik utvecklats som fokuserar fältet så att det blir möjligt att nå djupare belägna strukturer. Med användning av en sådan spole kunde sedan en israelisk grupp visa att 3 veckors behandling av rökare resulterade i en markant förbättring av behandlingsresultatet, som dessutom stod sig i flera månader (*Dinur-Klein et al, 2014*). Dessa resultat ledde till att en stor internationell multicenterstudie nu pågår, som man hoppas ska leda till kliniskt godkännande.

Pågående studie

Vår forskargrupp har nyligen funnit selektiv atrofi av anteriora insula hos alkoholpatienter (*Senatorov et al, 2015*), och har sedan flera år samarbetat med den israeliska gruppen. Baserat på våra och deras observationer har vi i samarbete med dem initierat en dTMS-studie vid alkoholberoende som f.n. pågår vid Centrum för Social och Affektiv Neurovetenskap, Linköpings Universitet. Åttio patienter som slutfört abstinensbehandling randomiseras i studien dubbel-blint till 3 veckors aktiv behandling med insula på båda sidor som mål, eller placebo-behandling, som låter och känns på ett likvärdigt sätt, men fokuserar fältet så att hjärnan inte träffas. Patienterna genomgår MR-undersökningar före och efter behandlingen, och följs sedan med avseende på alkoholanvändning, mätt såväl med vanligen använda självrapportmått (Time-Line Follow-Back), som med moderna biomarkörer (t.ex. etylglukuronid, inkl. i hår). Studien beräknas ta ca 2 år att slutföra, och kommer förhoppningsvis att låta oss veta om dTMS har någon plats i behandlingen av alkoholberoende.

Markus Heilig
Professor

**Avd. för Psykiatri, Centrum för Social och Affektiv
Neurovetenskap, Linköpings Universitet**
Foto: NIH media

Referenser: www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.se

Pengar till psykisk hälsa 2016

Det blev en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting även 2016. Årets överenskommelse, som förhoppningsvis kommer förnyas även 2017 och 2018, är annorlunda konstruerad jämfört med tidigare. Landstingen får i år dela på 450 miljoner kronor som betalas ut redan i början av 2016. Landstingen får sedan själva avgöra vad de ska användas till. Det enda som behöver göras för att få behålla pengarna är att man gör en gemensam analys med kommunerna i länet kring vad som är de stora utmaningarna inom området psykisk hälsa/psykiatri, och att man utifrån detta gör en handlingsplan för 2017 med mål även för fem år framåt. Det betyder alltså att alla prestationer försvinner, det är inte längre pengar för tillgänglighet till BUP som tidigare eller för att registrera i kvalitetsregister.

Läs mer på www.skl.se och www.uppdragpsyiskhalsa.se

Fördelen med detta är att landstingen kan själva avgöra vad man vill satsa på men nackdelen är att det är mindre kontroll på att pengarna verkligen går till området och att det finns risk att vi tappar drivet i att hålla tillgängligheten hög och att komma oss för med att registrera i kvalitetsregister.

SKL kommer fortsätta att publicera data från väntetidsdatabasen och antalet registreringar i kvalitetsregistren syns i presentation på hemsidan www.psykiatriregister.se. Det kommer inte att gå att utnyttja den fina psykiatrikompassen.se om det inte finns tillräckligt mycket registreringar i registren.

Det betyder att det nu är ett stort ansvar på alla att se till att vi vidmakthåller de framsteg vi gjort, och att vi hjälps åt att trycka på att dessa stimulansmedel verkligen kommer även psykiatrin till del.

Ing-Marie Wieselgren
Nationell psykiatrisamordnare, SKL



Vad är en telepsykiater? Vad är en telepsykoterapeut?

Telepsykiatri hör hemma inom området telemedicin, och innebär att psykiatriska och psykoterapeutiska tjänster förmedlas via videolänk. Detta sker med speciellt framtagna och säkra dataprogram. Telepsykiatri skiljer sig från internetbehandling, där behandlingen ges i form av textmaterial och övningar med övrig kontakt via e-post.

I både glesbygd och i tätorter råder psykiaterbrist. Beträffande psykoterapeuter har endast omkring 250 av de 6000 verksamma i Sverige en inriktning mot kognitiv beteendeterapi (KBT), som oftast efterfrågas. Efterfrågan är alltså långt större än tillgången.

För att tillgodose en del av efterfrågan kan telepsykiatri vara ett alternativ.

Telepsykiatern/psykoterapeuten kopplar upp sig från bostaden eller mottagningen på hemorten, eller kanske från sommarstugan eller resan.

Patienten kan koppla upp sig hemifrån, från en hälsocentral, från en psykiatrisk mottagning, företagshälsovården, anstalten eller utlandet. Glesbygdspatienten slipper resa 12 mil för ett återbesök eller akutbesök (uteblivna återbesök orsakade av stora avstånd är en daglig realitet vid glesbygdsmottagningar). Det kan betyda skillnaden mellan vård och utebliven vård för en rörelsehindrad 80-åring, en arbetande småbarnsmamma eller någon som av psykiatriska orsaker inte klarar att lämna bostaden eller boendet.

Accepteras telepsykiatri verkligen av patienterna? Kan det bli bättre kontinuitet och uppföljning? Svar ja. Sedan ett par år är telepsykiatri etablerat i Gällivare. Öppenvårdsteamet där bedömer att 9 av 10 patienter klarar detta. Psykiatern har fjärrinloggning på journalsystemet, kan skriva e-recept och internremisser, beställa lab-prover och diktera. Gällivare har behandlingskonferenser med de andra teamen i Norrbotten, samt distansundervisning. Vår grupp har sådana diagnos- och behandlingskonferenser med Hudiksvall psykiatri.

Om Gällivare, Hudik, Kina, USA, Kanada, Australien, Norge,

Danmark, Rwanda och Sydafrika kan använda videotekniken så varför inte resten av Sverige? Visst går det, med stora besparingar för alla inblandade. Säkra tekniska system för videokonferenser



finns redan inom många landsting.

Ett alternativt till stafettspsykiater? Visst. Förutom bättre kontinuitet och minskat resande för patienterna sänks landstingens kostnader för inhyrda psykiatrer resor och övernattningar. Psykiatern kan arbeta hemifrån i stället för att bo på hotell eller i en personallägenhet fjärran från barn, partner, husdjur och fritidsaktiviteter.

Telemedicin är miljövänligt, kostnadseffektivt och kan inom psykiatrin förbättra kontinuiteten och kvaliteten i patient-terapeutrelationen. Det skapar jämlikhet i vården för glesbygd och tätorter. Patienten får återbesök hos samma psykiater/terapeut som kan följa upp nyttan och biverkningar av behandlingar. Anhöriga och mottagningens personal kan närvara vid en videokonsultation. Videokonsultationer reducerar stigma förknippat med att söka psykiatrisk behandling.

Stopp och belägg; inte kan väl patient-terapeutrelationen bli lika bra som när man sitter i samma rum? Jo, det kan vara en poäng att träffa en patient i rummet vid nybesök för att etablera en terapeutisk allians. Det finns både fördelar och nackdelar med distansen som skapas med datorskärmen. Inga



Framtida möjlighet att förbättra kognitiv funktion?



diagnoser behöver emellertid undantas.

Finns det studier där man jämfört sedvanliga konsultationer med videokonsultationer? Ja, det finns. I USA randomiserades 223 barn med ADHD till telepsykiatrisk behandling jämfört med sedvanlig behandling vid hälsocentral förstärkt med en telepsykiatrisk konsultation (Myers et al 2015). Barnen med telebehandling förbättrades signifikant bättre än barnen i kontrollgruppen.

American Telemedicine Association publicerade år 2013 telepsykiatriska riktlinjer för persondator och mobila enheter. Man skriver att även patienter med psykossjukdom eller paranoida vanföreställningar kan behandlas via video. Man fastslår att patienten ska ge informerat medgivande, att konsultationen journalförs, och att datorutrustningen ska vara stabil med bredband. Vidare ska rummet vara lämpat för ändamålet med bra akustik, mikrofon, högtalare och webbkamera, med ögonkontakt på samma nivå. Medverkande personal ska ha utbildning i tekniken. Det ska finnas en beredskapsplan om uppkopplingen bryts.

Text och foto: Christer Allgulander

Verksamhetschef

Leg. läkare, specialist i psykiatri, docent i psykiatri

Christer.Allgulander@telepsykiatri.se

Text: Linda Jüris

**leg. psykolog, specialist i klinisk psykologi, leg. psykoterapeut,
doktor i psykiatri**

Linda.Juris@telepsykiatri.se

www.telepsykiatri.se

Referenser www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Kognitiva svårigheter är ett vanligt problem i psykiatri. Det har sedan tidigare funnits en teori om att parvalbuminuttryckande nervceller, s.k. PV-celler, har en central roll i kognition.

I ett pressmeddelande från Karolinska Institutet januari 2016 beskrivs hur forskare nu visat att PV-celler inte bara är nödvändiga för uppmärksamhet, utan att man genom att optimera aktiviteten hos dessa celler rentav kan förbättra uppmärksamheten.

Den studie som åberopas är gjord på möss som tränats att genomföra en uppmärksamhetskrävande uppgift. Medan djuren fick utföra uppgiften om och om igen registrerade man aktiviteten hos nervceller i prefrontala kortex. Man fann att PV-cellerna hade hög aktivitet om mössen var uppmärksamma och låg aktivitet om de inte var det. Man använde sedan optogenetik för att påverka PV-cellernas aktivitet just när mössen behövde vara uppmärksamma. Om man hämmade aktiviteten så försämrades uppmärksamheten. Om PV-cellernas aktivitet däremot drevs i gammahastighet (30-80 Hz) så kunde mössen lösa uppgiften fler gånger.

Fyndet talar för att man kan förbättra kognitiva funktioner genom att förändra aktiviteten i en enda typ av nervcell. Ansvarig forskare Marie Carlén konstaterar att detta är häpnadsväckande med tanke på hjärnans komplexitet, och att PV-celler kan vara en intressant måltavla för läkemedelsindustrin.

Studien är publicerad i Kim H et al. Prefrontal Parvalbumin Neurons in Control of Attention. Cell 2016;164(1-2):2018-18.

Tove Gunnarsson

Överläkare

Psykiatri Nordväst, Stockholm



En unik möjlighet

När Cullbergstipendiet delades ut 2010 fick jag chansen att resa till Australien och tittade närmare på glesbygdpsykiatri. Så spännande! Hur löser ett land, med höga ambitioner om evidensbaserad vård, det psykiatriska uppdraget i extremt glesbefolkade områden?

Själv är jag verksam i Hälsingland och tycker att Kårböle ligger långt bort från den psykiatriska kliniken. I New South Wales, närmare bestämt det område som täcks av Greater Western Area Health Service, fick jag perspektiv. Där hanterar man en yta lika stor som Sveriges, med totalt ca 300 000 invånare och all slutenvård samlad till ett sjukhus. Jag uppfattade den psykiatri jag mötte som ambitiös, nytänkande, kreativ och väldigt målmedveten. Under åren har jag många gånger haft nytta av idéer jag fick under mitt studiebesök, och det gladdde mig t.ex. mycket att se att NASP valt att prova det australiensiska konceptet med Mental Health First Aid. Men mest fascinerades jag nog av framgångarna man hade med patientkonsultationer via videolänk, MHEC-RAP.

I januari 2015 fick jag en tjänst som läkarchef för Vuxenpsykiatri i Hälsingland. Och i höstas fick jag chansen att prova någonting relativt nytt och okänt i Sverige men väletablerat i Australien – jag valde att köpa in tjänsten telepsykiatri till vår verksamhet. Jag skulle nog aldrig ha vågat vara mer eller mindre "pionjär"

inom området om jag inte burit med mig mina positiva erfarenheter från stipendieresan. Vi har en välbemannad verksamhet men med relativt stor andel unga specialister. Nu bidrar våra distanskollegor med att överbygga ett generationsglapp och står för en senioritet som har varit svår att erhålla på annat sätt.

Min uppfattning är att vi på det här sättet kan stärka våra egna läkare på ett mycket uppskattat sätt (vi erbjuder bl.a. handledning med deras rutinerade psykiatriker), vi kan korta våra väntetider till utredningar och vi kan få hjälp med t.ex. second opinion.

Jag tror inte på att alla ska uppfinna sina egna hjul. Cullbergstipendiet gav mig en unik möjlighet att få ta del av hur man löser problem i en helt annan del av världen, och det är min starka övertygelse att den stipendieresan i dag bidrar till en ännu bättre sjukvård för våra patienter och bättre arbetsmiljö för våra läkare. Tack Johan, tack Stipendienämnden – och ni som ännu inte tagit chansen: gör det! Sök stipendiet! Vi är aldrig så bra att vi inte har något att lära av att lyfta blicken!

Anna Svensson
Läkarchef
Vuxenpsykiatri Hälsingland
Foto: Bertil Jonsson



Cullbergstipendiet 2017

Vill du bli inspirerad till nya arbetssätt genom att lära av kolleger utomlands? Resestipendier för ST-läkare och specialister i psykiatri delas ut i början av nästa år med stöd av Stiftelsen Natur & Kultur. Om du är intresserad av att söka är det nu dags att börja tänka ut en projektplan och etablera kontakt med den klinik eller institution där du vill vistas.

Syftet med Cullbergstipendiet är att stimulera till fördjupat kliniskt tänkande med inriktning på psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri eller rättspsykiatri. Resestipendiet ska användas till resa, boende och levnadskostnader vid auskultation på en psykiatrisk klinik eller institution utomlands under två–fyra veckor.

Det kan handla om att delta i kliniskt arbete, forskning, undervisning eller metodutveckling. Att vidareutveckla kunskaper om psykosociala och biologiska integrativa synsätt eller studera förebyggande arbete och/eller

behandlingsprojekt är några av de områden som kan omfattas. På www.cullbergstipendiet.se kan du läsa mer om stipendiet och hur du ansöker. Där kan du även läsa om tidigare resor och följa en reseblogg.

Ansökan

Ansökan ska vara stipendie-nämnden tillhanda i början av 2017. Datum meddelas senare. Stipendiaternas namn tillkännages vid Svenska Psykiatrikongressen nästa år.

Börja gärna nu att diskutera med kolleger och läsa färska tid-

skrifter för att se var det bedrivs spännande psykiatriskt arbete! Vi rekommenderar att du i ett tidigt skede tar kontakt med den arbetsplats där du vill vistas om du tilldelas ett stipendium.

Vid frågor kontakta kanslisten@svenskpsykiatri.se

Stipendiekommitté

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

Rapport från Riksstämman 2015

Nytt för i år var att alla medlemmar i Läkaresällskapet fick fritt inträde till stämman. Detta ledde till att stämman besöktes av fler personer i år än tidigare år. Det var därför lite överraskande att Läkaresällskapet beslutade att inte arrangera någon stämma 2016, speciellt som man uttalade att stämman i år var mycket lyckad. Det positiva med läkarstämman är att läkare från olika specialiteter träffas och att man kan gå på seminarier som inte är direkt kopplade till ens egen specialitet men som ändå kan upplevas som inspirerande och lärorika.

Psykiatriska föreningen hade ett flertal intressanta seminarier. Jag besökte ett seminarium om litium där professor Mikael Landén tydligt slog fast att litium är det bästa läkemedlet vid bipolär sjukdom när det gäller att förebygga återfall och självmord. Njurläkare Carl-Gustaf Elinder presenterade fakta som tyder på att man inte behöver vara så orolig för njurfunktionen, det är framförallt njurarnas förmåga att koncentrera urin som påverkas.

Barnpsykiatri var representerad i tre seminarier. Överläkare Björn Ramel från BUP i Malmö deltog i ett seminarium som arrangerades av Folkhälsomyndigheten och handlade om flyktingars hälsa. Björn framhöll att många flyktingar är traumatiserade och att det är viktigt att personal på boenden har bra utbildning och handledning.

Vi i SFBUP hade två seminarier, ett om första linjen och ett om ensamkommande flyktingbarn. I seminariet om första linjen medverkade Agneta Hamilton, allmänläkare, och Åse Viktorin, skolläkare, båda från Göteborg, samt Håkan Jarbin från BUP Halland. Moderator var Sara Lundqvist från SFBUP. Enligt Socialstyrelsens tillsynsrapport "Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – vem tar hand om dem?" saknas första linjen för barn mellan 6-18 år som har psykiatriska svårigheter. Agneta Hamilton menade att primärvården måste ta sig an uppdraget men då måste man få resursförstärkning med barnpsykiologer. Håkan Jarbin höll med om detta men var också tydlig med att man inte vinner något på att flytta resurser från BUP till primärvården utan att det behövs en rejäl resursförstärkning.

Det andra seminariet som SFBUP arrangerade handlade om ensamkommande flyktingbarn. Läkaresällskapet hade uppmärksammat detta seminarium på många sätt och det blev mycket välbesökt. På seminariet medverkade Roya Rashidi, allmänläkare från flyktinghälsan i Malmö, Carl-Magnus Forslund, ST-läkare från BUP Malmö, Anna Jakobsson, avdelningschef från Örebro socialförvaltning, samt undertecknad som moderator. Roya Rashidi berättade att hon gör en somatisk undersökning och en psykiatrisk bedömning av alla barnen efter att de först har träffat



sjuksköterskan. Hon menade att det är viktigt med tidiga insatser. Roya menade att även om situationen är svår så förstår alla barn en empatisk gest som en hand på axel, hålla handen över hjärtat eller att ge en kram.

Carl-Magnus Forslund fortsatte med att berätta om de barn som behöver behandlas av BUP. De patienter som han träffar är ofta starka i grunden men har komplexa symptom. Carl-Magnus råd var att man skall avsätta god tid, ha en bra tolk, visa engagemang, vara intresserad, validera och normalisera. Som behandlare kan man ge psykoedukation och enkla kognitiva strategier. Inge hopp och strukturera, mobilisera och optimera nätverket.

Anna Jakobsson menade att man ska se dessa barn och ungdomar som en tillgång och sa att hennes bild av de som hon möter inte handlar om traumatiserade barn och ungdomar, även om alla varit med om tuffa saker. Anna tycker att hon möter kloka, verbala, samhälls- och fotbollsintresserade ungdomar över lag, men att alla i perioder är ledsna, kravfyllda och stressade. Nästan alla har i perioder svårt att sova och alla bär på en stress att inte lyckas. För Anna är utbildning A och O, och hon menade att det är viktigt att det finns utbildningsvägar för ungdomarna att etablera, och också att det är viktigt med ett bra stöd från boenden och att samarbetet mellan de gode männen fungerar.

Riksstämman var trevlig och intressant och jag kommer att sakna att den inte blir av 2016, men hoppas att den kommer tillbaka 2017.

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

Överfyllt på RIX igen



Trots att SPF för de programpunkter vi hade huvudansvar för under RIX i december ifjol fått dubbelt så stora lokaler mot tidigare år, var föreläsningssalen överfull igen. Tydligt under de två dagarna att intresset för psykiatri ökar, och att RIX också börjar bli en till naturlig mötesplats förutom SPK för föreningens medlemmar.

Från diagnostik till psykoanalys

En målsättning från styrelsen med programmet i år var att erbjuda ett brett och blandat program för att visa på mångfalden i psykiatrin. Därför innehöll SPF:s egna program många inspirerande föreläsare, och innehåll om bl.a. psykiatrisk diagnostik, neurobiologi, stigmadiskussioner samt psykoanalys. Modererad av ordförande Hans-Peter Mofors inledde Mats Adler SPF:s introduktionsföreläsning *Psykiatri i tiden II* på ett förtjänstfullt sätt genom att bland annat visa på komplexiteten i psykiatrisk diagnostik, följt av professor Susanne Bejerot som till viss del diskuterade detsamma och även förde fram aktuella rön kring neuroinflammation. Därefter berättade Andreas Carlborg, chef för Länsakuten i Stockholm, om ett projekt som utgår från detsamma – en "psykiatriambulans" som via SOS alarm åker ut och är särskilt rustad för att ta hand om psykiatriska

akutlarm. Anledningen bl.a. att motverka polisinkoppling för att undvika stigma. Undertecknad avslutade därefter introduktionsföreläsningen genom att förstärka vikten av att motverka stigma vid psykisk sjukdom, både direkt för patienten och för att förstärka forskningsanslag utifrån arbete i Psykiatrifonden.

Hjärnabbildning och folkhälsoministern

SPF:s program fortsatte därefter med en föreläsning om *Biomarkörer i psykiatrin – Hur kan vi använda hjärnabbildning idag och i framtiden?* där professor Mikael Landén modererade Johan Lundberg, Carl Johan Ekman, Katarina Howner och Predrag Petrovic om en trolig utveckling där hjärnabbildning kommer kunna bidra på samma sätt som idag vid demenssjukdom – till förbättrad diagnostik vid några av våra vanligaste psykiska sjukdomar. Att de sjukdomar som påverkar våra 100 miljarder nervceller kostar samhället cirka 70 miljarder per år, förutom det individuella lidandet, är för de flesta av oss inte längre okänt. Idag inte heller för vår folkhälsominister Gabriel Wikström som själv haft erfarenhet av att ha ett utmattningssyndrom. SPF:s program fortsatte därefter

med ett samtal mellan honom och vice ordförande Ullakarin Nyberg om stigma kring psykisk sjukdom och möjlig utveckling för att motverka den trend som finns idag med ökad psykisk sjukdomsbörda i samhället.

Gränsöverskridande föreläsningar

Under stämman anordnade SPF också flera intressanta föreläsningar med andra medicinska discipliner i linje med den målsättning som läkarstämman haft senaste åren. Den första var *Litiumbehandling – effekter, risker och alternativ* där Lena Backlund utifrån stjärnorna där litium bildas modererade Mikael Landén och njurmedicinska kollegan Carl-Gustaf Elinder om senaste forskning inom området. Informativt och underhållande. Vidare anordnades två programpunkter med Svensk Förening för Allmänmedicin, SFAM. Den första var *Psykiatri – När, var och hur?* där Ullakarin Nyberg initialt modererade allmänläkarkollegan Sandra af Winklerfelt, mycket insatt i området primärvårdspsykiatri. Därefter talade Per Agvald och Cecilia Svanborg om övergången till specialistpsykiatri, konsultationspsykiater Marie Bendix om neurologiska bortfall, samt rättspsykiatern Ola Broström om farlighetsbedömningar. Tydligt att mycket mer att säga för alla och uppföljningsföreläsning planeras. Den andra gemensamma programpunkten med SFAM var *Utmattningssyndrom – En behandlingsbar möjlighet* där professor em. Marie Åsberg modererade Alexander Wilczek, Ingibjörg Jonsdottir och Kristina Glise. Uppskattad föreläsning.

Psykiatri på scen och övrigt

Emellertid var det inte bara SPF som anordnade programpunkter med psykiatriskt tema. Jill Taube och flera representanter från det tidigare Levnadsvaneprojektet hade ett program med fokus bl.a. på hur fysisk aktivitet kan motverka depression. SFBUP anordnade också en programpunkt med SFAM om *Första linjens barnpsykiatri – När, var och hur?* Vidare deltog Pia Dellsson, PC Jersild och Åsa Nilsson på stämmans scenprogram mellan ordinarie programpunkter och presenterade sina nya böcker med psykiatriskt tema. Förstås innehöll även stämman mycket mer än psykiatri, inte minst intressanta plenarföreläsningar och en möjlighet att mötas och diskutera allmänt viktiga frågor för alla läkare.

Lite oväntat beslut

SPF avslutade sitt program genom att Göran Rydén gav en smak av den filmfestival som brukar arrangeras på SPK i Göteborg, med föreläsning om *Alienquadrologin – en psykoanalytisk saga om moderskap och anknytning*, en titel som i sig är en anledning att vara psykiater. De två



dagarnas mötesplats blev en möjlighet att känna stolthet över att jobba med den kanske mest dynamiska medicinska specialiteten just nu. Det var därför som Läkaresällskapets nämnds beslut att ordna nästa läkarstämma först 2017 kom lite som en överraskning för oss som börjat få mersmak av RIX. Orsaken emellertid att ökade samarbeten och en utvidgning av stämman planeras utifrån senaste årets framgångsrika utveckling för en än mer blomstrande mötesplats. Vidare planerar Läkaresällskapet satsa ännu mer på Almedalen och Framtidens specialistläkare detta år där förstås även SPF kommer medverka. Så väl mött vid något av dessa tillfällen, alternativt för den som väntar på något gott, på RIX 2017.

Text o foto:
Maria Larsson
Rikstämmostekreterare SPF

Hjärnan behöver riktiga läkare!

Så skriver en av stipendievinnarna i en skrivtävling med vinsten att få resa till och delta på psykiatriprogrammet på Medicinska Riksstämman. Skrivtävlingen var en rekryteringsattsning av Uppdrag Psykisk Hälsa som vände sig till läkarstudenter i slutet av sin utbildning och underläkare innan ST. Uppgiften var att skriva vad som skulle kunna göra att du skulle söka jobb i psykiatri eller varför du är intresserad av psykiatri. 20 vinnare kom resande från bland annat Sunderbyn, Umeå, Uppsala, Västerås, Eksjö, Lund och Malmö till Medicinska Riksstämman i Stockholm 3-4 dec 2015.

Att det är svårare. Mer utmanande. Och viktigare. Sällan har jag varit så mycket läkare som på psykakuten.
Citat från en av vinnarna.

Bidragen är en underbar läsning av allt som psykiatri kan vara när den är som bäst men också beskrivningar av farhågorna. Det finns skäl att fråga unga psykiatriintresserade läkare vad det är med psykiatri som lockar, vad det är som avskräcker. Om 10 år kan en tredjedel av psykiatrierna i Sverige ha gått i pension. Efterfrågan på psykiatriker ökar dessutom. Samtidigt ser inflödet rätt hoppningivande ut, sen 2003 har antalet ST-läkare ökat med 100 %. Nu har antalet minskat något men är ändå relativt stabilt, mellan 650-700 ST-läkare de senaste åren. Vi kan inte luta oss tillbaka. De initiativ som har genomförts under 2000-talet genom landstingens rekryteringsattsningar, de kliniska forskarskolorna i psykiatri och en tillgänglig strukturerad teoretisk utbildning för ST-läkare i psykiatri genom METIS behöver fortsätta drivas.

Vad skriver då de som funderar på steget in i psykiatri, de som deltagit i skrivtävlingen? Det finns några återkommande teman: handledning, kontinuitet i handledning, förebilder som är engagerade, tillgång på relevant utbildad personal, kortare väntelistor, att få forska och göra nya upptäckter, att få möjligheten att möta människor, att få tänka nytt.

Förstaprisvinnaren i skrivtävlingen är Louise Öhlund, AT-läkare i Sunderbyn och doktorand vid Umeå universitet med inriktning på bipolär sjukdom och jämlikhets- och jämställdhetsfrågor. Hon säger: "Det som kommer vara viktigt för mig för att jag ska vilja jobba i psykiatri är att det är en bra arbetsmiljö, att det finns bra handledning och att jag också får forska. Jag tror jag har något att ge." Onekligen är det så.

Louise Öhlund skriver:

"Rättvisa är ett hjärteord. En klok människa sa 'man är inte bipolär, man *har* bipolär sjukdom; precis som man inte är cancer, man *har* cancer'. Man, kvinna, nationalitet eller sexualitet. Ord som innebär likheter och olikheter. Rättvisa är inte synonymt med lika. Vi är alla individer som på ett eller annat sätt kommer att drabbas av psykisk ohälsa. Som psykiater och forskare vill jag göra skillnad."

Tove Janarv
ST-läkare

Psykiatri Nordväst, Stockholm
Foto: Ursula Werneke



Bildtext: Förstaprisvinnaren Louise Öhlund fick priset utdelat av folkhälso- och sjukvårdsministern Gabriel Wikström och projektchef för Uppdrag Psykisk Hälsa Ing-Marie Wieselgren. Från vänster till höger: Hans-Peter Mofors, Ullakarín Nyberg, Gabriel Wikström, Louise Öhlund, Ing-Marie Wieselgren.

Tredubblade stipendieanslag för Psykiatrifonden och ett aktivt arbete mot fördomar

Utvecklingen för Psykiatrifonden går kraftigt framåt vilket lett till möjlighet till ökade anslag till unga forskare. Vidare har arbetet mot stigma under förra året lett till bland annat konstdonation, deltagande i medial debatt, samarbeten med 1,6 miljonerklubben och inte minst en möjlighet att delta i Mental Health Run, MHR. Nu har ett nytt år börjat och arbetet fortsätter.

Psykiatrifondens stipendiater och Fördomspris

Under förra året har Psykiatrifonden för andra året i rad fördubblat sina intäkter vilket lett till möjlighet att prioritera tredubblade stipendieanslag till unga forskare detta år. Den positiva utvecklingen bedöms bero på delvis ett ökat intresse för psykiatri och delvis på ett stort ideellt engagemang där möjligheterna att ta del av intäkter från MHR spelat stor roll. Förutom ökade anslag har fonden under året fortsatt ett arbete för att motverka stigma kring psykisk sjukdom. Bland annat genom att dela ut ett Fördomspris till (H)järnkollsambassadörerna. Ur nomineringen: *(H)järnkoll arbetar för förändring genom att öppna upp för samtal och öka kunskapen om våra psykiska olikheter.*

Nu har ett nytt år precis börjat och stipendier och Fördomspris kommer snart delas ut igen. Till det senare har ett stort antal jättefina nomineringar inkommit för enskilda personer eller organisationer som alla var för sig gör fantastiska insatser för att motverka stigma kring psykisk sjukdom.

Vetenskapligt råd för att säkerställa kvaliteten

För att bidra till en så kvalificerad bedömning av stipendieansökningarna som möjligt gör Psykiatrifondens vetenskapliga råd med representanter från hela landet en stor insats. De går systematiskt igenom alla ansökningar och sätter poäng oberoende av varandra. I år har ansökningarna varit många och kvaliteten generellt hög. Psykiatrifonden har valt att satsa på unga forskare för att det oftast kan vara som svårast att få anslag i ett inledande stadium av forskningen och därav många goda forskningsidéer annars kan stanna som just en idé.

Suzanne Osten och 1,6 miljonerklubben

Psykiatrifonden har under året som gick vid flera tillfällen deltagit i att lyfta psykisk sjukdom med 1,6 miljonerklubben. En möjlighet att sprida kunskap om psykisk sjukdom till en stor grupp människor. Ett samarbete har inletts även för 2016 i och med att Suzanne Osten hört av sig och önskat samarbete för att motverka stigma. Hon har i april premiär av sin nya film *"Flickan, mamman och demonerna"* som delvis bygger på egna upplevelser av att växa upp med en mamma med schizofreni. Filmen kommer säkerligen leda till debatt då det är en stark delvis otäck film, inte minst då den riktar sig till barn och marknadsförs som en thriller

för barn och en kärlekshistoria för vuxna. I april kommer därför Psykiatrifonden delta i förfilmpremiär för att "lyfta fram demonerna i ljuset". Målsättning att lyfta fram forskning kring stigma och schizofreni i den mediala debatten som säkerligen kommer följa.

Debatt i Almedalen och konstdonation

Ett deltagande i Almedalen planeras. Även här troligen i samarbete med 1,6 miljonerklubben och med ett fokus på barn till psykiskt sjuka - inte minst som en riskgrupp för egen sjukdomsutveckling. Planeringen är i full gång och kommer som det ser ut att knytas delvis till Ostens film med ett upplägg med stor plats för diskussion.

Vidare har idéer börjat växa fram utifrån den generösa konstdonation som Psykiatrifonden fått av konstnären Lennart Färnmark, om hur konsten kan bidra med att minska fördomar kring psykisk sjukdom hos oss människor.

Motion för psykisk hälsa via Mental Health Run och vidare

Tack vare det fantastiska initiativet Mental Health Run har psykisk sjukdom på ett kraftfullt sätt lyfts fram i ljuset. Arrangemanget blev en succé och återkommer i år. Utveckling och vidgning planeras. Psykiatrifonden sprang eller gick i mål och ser fram emot att delta även i år. Att motion motverkar psykisk ohälsa och till viss del även kan behandla psykisk sjukdom vet vi idag en del om. Det är därför extra roligt att en antistigmasatsning knyts till idrott. Goda initiativ föder också nya och vi har precis fått reda på att nu även Stockholms cykelklubb planerar cykellopp för att motverka stigma och samla in pengar för psykiatrisk forskning i ett Mental Health Day Race.

Danskt arbete en förebild för fortsättningen

Den positiva utvecklingen för fonden senaste året går inte att ta miste på men det är nu viktigt att fortsätta arbetet. I vårt grannland Danmark exempelvis samlar motsvarande organisation in 50 miljoner per år. Framgången i Danmark beror också delvis på statliga bidrag samt att det finns en organisation med 50 anställda som aktivt jobbar på att bidra till psykiatrisk forskning samt minska stigma. Då Sverige är ett större land torde vi sätta målsättningen ännu högre men då Psykiatrifonden i nuläget ännu är en helt ideell organisation en lång bit kvar. Nu närmast ser vi emellertid fram emot att under Svenska Psykiatrikongressen åter dela ut stipendier till forskning samt Fördomspriset. Vilka som tilldelas? Välkommen på SPK så får du veta!

Martin Schalling
Ordförande Psykiatrifonden
Maria Larsson
Ordförande programutskott Psykiatrifonden



Aktuella psykiatriska doktorsavhandlingar

Vid Karolinska Institutet har en doktorandrepresentant i Konsistoriet föreslagit att emeritus-professorer får granska blivande doktorsavhandlingar och påteckna dem med "Må spikas" – en uppgift som jag med stort intresse fått ha under några år. Det är så roligt att få träffa entusiastiska doktorander från vitt skilda områden. Jag har hunnit med drygt 30 stycken nu.

Under det senaste året har flera avhandlingar kommit från olika grenar av psykiatrin. Skriver sammandrag av dem här. Flera av doktoranderna har deltagit i Forskarskolan. Min bild är inte heltäckande – det finns andra granskare, andra universitet och andra tidsperioder. Men jag kände för en liten rapport. Och det har faktiskt inte mycket att göra med "det uppblåsbara självet" – att skriva en avhandling är ett ärligt och krävande hantverk som ofta blir livsavgörande.

Eric Zander är barn- och ungdomspsykolog vid KIND, Center of Neurodevelopmental Disorders vid KI. Hans avhandling heter *Standardizing diagnostic assessment of Autism Spectrum Disorder – assets and challenges*. Professor Sven Bölte har varit huvudhandledare. Man tillämpar DSM-5-kriterier. ADI-R och ADOS anses vara förstahandsval både för klinisk praxis och för forskning.

Eric Olsson är psykiater vid PRIMA psykiatri och har avfattat avhandlingen *Cardiovascular risk factors and pharmacogenetics of clozapine in schizophrenia*. Urban Ösby har varit huvudhandledare. Det är välkänt att klozapin i vissa fall kan vara mycket effektivt som antipsykotikum, men sällsynta allvarliga biverkningar har minskat dess användningsmöjligheter. Samarbete med både klinisk farmakolog och genetiker har vidgat synsättet, och man har studerat CYP1A2 och MDR1. Biomarkörer för kardiovaskulär risk var förhöjda över gränsvärdena hos psykospatienter.

Samir El Alaoui är psykolog inom enheten för internetpsykiatri vid Huddinge sjukhus, och Nils Lindefors, Erik Hedman och Brjánn Ljótsson har varit handledare. Samirs bok har titeln *Evaluation of internet-based CBT for social anxiety disorder (SAD)*. En konklusion är att internetbaserad KBT kan användas i vanlig klinisk vård och är minst lika effektiv och kostnadseffektiv som "standardbehandling" för SAD.

Tomas Moberg har skrivit en avhandling: *Mental disorders and violence risk: Epidemiological and clinical cohort studies*. Tomas har en gedigen utbildning och är specialist både i allmänpsykiatri och i rättspsykiatri förutom att han har arbetat med avancerad beroendevård. Aktuell huvudhandledare har varit Jussi Jokinen, tidigare vetenskaplig sekreterare i Psykiatriska Föreningen, medarbetare till professor Marie Åsberg och nyutnämnd professor i Umeå. Fem svenska universitet är engagerade – så isolering är inget problem. Riskbedömningar för våldsbegäret är viktiga av flera skäl.

Sammantaget noterar man både stor bredd och djup. Så vi kan med förtroende betrakta dagens svenska forskning inom psykiatrin.

Ulf Rydberg
Specialist i psykiatri, professor emeritus

Alexander Samojlovitj Rosenbljum – en fotnot i psykiatrins historia

År 1877 skriver den i Centraleuropa utbildade ryske läkaren Boris Abramovitj Oks i den av Griesinger år 1867 grundade tidskriften "Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten" en artikel med titeln "Om febersjukdomars effekt på botandet av psykoser" [1]. Artikeln är i huvudsak en översättning av en artikel skriven på ryska av den dåvarande chefen för det psykiatriska sjukhuset i Odessa, Alexander Samojlovitj Rosenbljum, och publicerad år 1876 i en lokal medicinsk tidskrift i Odessa [2]. I artikeln redogör Rosenbljum för sina resultat. Av 22 psykiskt sjuka, som insjuknat i återfallsfeber, tillfrisknade 11 helt och hållet från sin psykos, 3 förbättrades, men hos 8 märktes ingen skillnad i hälsotillståndet. De psykiatriska diagnoserna varierade från epilepsi till melankoli.

Oks återger 12 av Rosenbljum observerade fall under febris recurrens-epidemin åren 1874/75 och tillfogar en fotnot: "Einer persönlichen Mitteilung R.'s zufolge, wurde in allen diesen Fällen durch Einimpfung von Spirillen bei den Patienten Febr. rec. erzeugt (Enligt ett personligt meddelande från Rosenbljum, åstadkoms febris recurrens genom att inympa spiriller på patienterna)" [1].

Som framgår av Tabell 1 tillfrisknar 83 % (10/12) av patienterna i varierande grad. Enbart 17 % (2/12) förbättras ej. Fallbeskrivningarna innehåller också detaljerade uppgifter

Tabell 1. Dåtida diagnoser och tillfrisknande hos de 12 psykiatriska patienterna, som inokulerades med Borrelia spiriller enligt Rosenbljums ryska originalartikel

N=12	Diagnos	Tillfrisknande	Anmärkning
Man	Kroniskt svagsinne sedan 18 år	I sen förloppet viss förbättring	I blodet finns ett stort antal spiriller
Man	Melankoli, som gick över i demens. Undernäring	Långsam förbättring. Indifferens bort. Börjar arbeta	Demens = förvirring och vanföreställningar
Man, 18 år	Utvecklingsstörd Synhallucinationer	Inga synhallucinationer. Hade kunnat skrivas ut	Rättspsykiatriskt fall p g r a mord. I blodet finns spiriller
Man, 20 år	Folie circulaire (mano-depressiv)	Fullständigt frisk efter 3 månader	Kinin, järn, arsenik, arbete hade ingen effekt
Man	Melancholia attonita (hämningsdepression)	Kataleptiska tillstånd på 2-3 veckor varar nu 3-4 dagar. Dessemellan inga psykiska symtom.	
Man	Demens	Ingen förbättring	Demens = förvirring och vanföreställningar
Man	Depression, Demens	Depressionen försvann. Ingen effekt på psykosen	I blodet finns spiriller
Man	Agiterad depression Demens	Bättre i 2 månader. Följt av vanföreställningar, mani, djup melankoli. Ej bättre.	Demens = förvirring och vanföreställningar
Man	Depression Delirium, Sömlöshet	Inga delirier, ingen sömlöshet	
Man	Mani Synhallucinationer	Ingen effekt	
Man	Melankoli Mani, Demens	Tillfrisknar helt och fullt	Demens = förvirring och vanföreställningar
Man	Mani, Delirier	Helt återställd 2 månader efter febris recurrens	

om febertemperatur, puls och patienternas tillstånd efter varje feberepisod. I tre fall säkerställs diagnosen febris recurrens genom att det påvisas spiriller i blodet. Att notera är också att dåtidens diagnostik skiljer sig från dagens och att de flesta tillstånden är affektiva, vilket innebär att det inte går att utesluta att det rör sig om spontana tillfrisknanden. För detta talar också att i något fall äger tillfrisknandet inte rum förrän efter ett par månader.

Medicinhistorikern Magda Whitrow tar upp Rosenbljums insatser när det gäller feberterapi av psykoser i sin artikel "Wagner-Jauregg and Fever Therapy" [3]. Hon skriver att Rosenbljum tycks ha varit den förste som överförde en verklig infektionssjukdom på psykiskt sjuka. Det enda belegg som finns när det gäller frågan om Rosenbljum var den förste som i terapeutiskt syfte avsiktligt inokulerade infektionssjukdomar på patienter med psykiska sjukdomar är ovannämnda fotnot.

En anledning till att han inte uttryckligen skrev detta i sin artikel, skulle enligt Magda Whitrow kunna vara att han fruktade censuren i det gamla tsar-Ryssland. I artikeln står det att censuren godkände artiklarna i tidskriften den 13 februari 1876. Vid denna tidpunkt var den reformvänlige Alexander II tsar. Han avskaffade slaveriet 1861 och 1864 inrättades i alla guvernement zemstvoer, en sorts landsting, som beslutade om sjukvård, skolbyggen, vägbyggen o. dyl., men vilkas kompetens i praktiken var starkt beskuren och kontrollerad av guvernören [4]. Även censuren mildrades. Men efter det polska upproret 1863 minskade reformviljan och oppositionen mot tsarismen tog ny fart under 1870-talet [5]. Censuren skärptes [6]. Om Rosenbljum var rädd att hans artikel inte skulle komma igenom censuren, var det således inte en obefogad farhåga. Likväl kan skälet att frukta censuren knappast ha varit enbart politiskt. Kunde det tolkas som ett övergrepp att injicera patogena bakterier på patienter?

1927 års Nobelpris i medicin gick till den österrikiske psykiatern Julius Wagner-Jauregg för hans malariaterapi mot neurosyfilis. Wagner-Jauregg kände till såväl Oks översättning av Rosenbljums artikel som den ryske i Odessa verksamma bakteriologen Motjukovskijs experiment med inokulation av återfallsfeber på patienter. Han drog den slutsatsen att Rosenbljum var den förste som hade kommit på att febersjukdomar kunde användas för att bota psykiska sjukdomar och att de av Rosenbljum 12 beskrivna patienterna hade inokulerats med borreliabakterier av Motjutkovskij [7]. Senare reviderade Wagner-Jauregg sin ståndpunkt i så mån att han ifrågasatte om inokuleringen hade gjorts för att se om återfallsfeber gick att överföra från en person till en annan. Syftet skulle således inte ha varit terapeutiskt [8].

Av intresse i detta sammanhang är att två år innan Rosenbljums artikel publicerades hade professorn i patologisk anatomi i Kiev, Grigorij Nikolaevitj Minx, inokulerat sig själv med blod från en patient med återfallsfeber [9]. Vidare år 1876 hade Motjutkovskij själv varit nära döden efter att ha inokulerat

sig med blod från en patient med fläcktyfus [10]. En naturlig fortsättning på dessa "själv-experiment" är givetvis att gå vidare och studera överförbarheten på en större grupp.

När det gäller de 12 fallen, som skall ha inympats med spiriller står det inte ett ord om detta i Rosenbljums originalartikel. Om man går till aktuella hemsidor om psykiatri i Odessa råder det däremot inte något tvivel om Rosenbljums insats, t.ex. säger psykiatern Viktor Pachmurnyj att Rosenbljum inympade återfallsfeber på de sjuka för att bota dessas psykiska störningar genom att på konstlad väg höja deras kroppstemperatur [11]. Samma uppfattning förs fram i den engelska översättningen av Rosenbljums artikel [12].

Avslutningsvis kan konstateras att det inte var Rosenbljum själv som drev sin sak. När han dog år 1902 i en ålder av 76 år blev hans eftermäle: "Även om han hela sitt liv arbetade hårt för mänsklighetens fromma och framsteg, så efterlämnade han ingen förmögenhet, men ett hedrat namn och en fin medicinsk tradition" [12].

Per Nettelblatt
Docent, överläkare
Vuxenpsykiatrimottagning allmänpsykiatri, Ängelholm



Referenser
www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html



Att tro att man vet är inte vetenskap!

Docent Göran Isacsson (SP nr 4 2015) följer uppenbarligen inte med i den moderna medvetandeforskningen och inte heller läser han, trots min vädjan och uppmaning till seriösa debattörer, de referenser jag anför som stöd till min ståndpunkt. Det är inte Descartes utan filosofiprofessor David Chalmers som 2010 (sic!) skriver:

"I suggest that a theory of consciousness should take experience as fundamental. We know that a theory of consciousness requires the addition of *something* fundamental to our ontology, as everything in physical theory is compatible with the absence of consciousness. We might add some entirely new nonphysical feature from which experience can be derived, but it is hard to see what such feature would be like. More likely we will take experience itself as a fundamental feature of the world, alongside mass, charge and space-time."¹ (kurs. i orig.)

Som jag också refererat² så menar Chalmers 2014 (sic!) att panpsykism och dualism är två möjliga alternativ till den reduktionistiska materialismen som han menar inte håller.

Isacsson har inga moderna argument i sakfrågan. Han hänvisar till 1200-talet och Ockham. Självklart ska vi använda en enkel teori om det går! Men som jag också anförde är det konsensus bland moderna medvetandeforskare att vi ännu inte har någon teori alls som *förklarar* medvetandet. Därför kan enkelhetsargumentet alls inte användas. Vidare är enkelhet inget empiriskt faktum (t.ex. Newtons enklare teori räcker inte till utan vi måste använda den inte så enkla kvantmekaniken) utan en metafysisk princip. Och vem avgör att enkelhet går före mening?

Och hjärnforskningen kartlägger inte alls som Isacsson påstår "hur hjärnans arbete *skapar* psykiska processer" (min kurs.) utan visar och kan bara visa korrelationer:

"The science of consciousness has made great strides by focusing on the behavioral and neuronal correlates of experience. However, correlates are not enough if we are to understand even basic neurological fact." (Tononi G., Christof Koch 2014)³

Korrelationer måste också tolkas i en teori som ännu inte finns⁴.

Chalmers argumenterar kraftfullt varför den reduktionistiska materialismen inte håller och att då återstår panpsykism eller dualism. Chalmers tar upp de problem som vidrör dessa hypoteser men visar också på möjliga vägar till lösning². De vore klädsamt om hjärnmaterialismens försvarare var pålästa och kom med sakargument.

Jag har tre gånger i SP tagit upp och tydligt deklarerat min ståndpunkt att om man accepterar Poppers falsifieringskrav för en vetenskaplig hypotes, då är själshypotesen inte vetenskap. Men det bevisar inte att den är fel. Men min huvudpoäng går Isacsson helt förbi. Om vi, vilket tydligen Isacsson, men inte alla, gör, accepterar Poppers falsifieringskrav så måste den gälla även för hjärnmaterialismen. Och jag ber nu SP:s läsare för fjärde gången och nu dig Göran Isacsson specifikt:

"Ange en enda observation, ett enda experiment som kan utföras i livet före döden och som man/du skulle vara tvungen att acceptera som motbevis, falsifiering, av hypotesen att hjärnan restlöst skapar medvetandet."⁵

De som inte kan ge ett exempel på en möjlig falsifiering av hjärnhypotesen som de är tvungna att acceptera, måste, om de tar lärdom av Popper, acceptera att också hjärnhypotesen är en tro och omedelbart upphöra med att framställa den som en vetenskaplig hypotes.

Att tro att man vet är inte vetenskap – utan en form av dårskap, förvisso förenlig med en fundamentalistisk biologisk psykiatri – och kan inte tjäna som bas för en vetenskaplig psykiatri.

Jan Pilotti
Pensionerad ungdomspsykiater
Fil. kand. matematik, teoretisk fysik



Psykiatrin och bristerna

Patienter med psykisk ohälsa utgör en stor grupp inom sjukvården. De finns inom alla specialiteter och vi skulle nog lätt kunna påstå att inom primärvården står de för 1/3 av deras patientgrupp. Samtidigt ökar också behovet och efterfrågan av specialistpsykiatrins insatser. Hur bemöter vi då dessa behov? Har vi tillräckliga resurser inom sjukvården och psykiatri för detta? Hur prioriteras dessa behov av samhället och våra beslutsfattare?

En bristspecialitet

Vi vet att det är brist på psykiatrer, men hur stor är bristen? För inte så länge sen var jag på ett möte om kompetensförsörjning med bl.a. sjukhusledningen och diskuterade behovet av geriatriker för vår region framöver. Det fick mig att tänka på hur behovet av en viss kompetens kan beräknas. Beräknar man det gällande geriatriker genom det faktum att medellivslängden ständigt ökar och därav ett ökat behov av geriatriker? Hur många geriatriker kommer att behövas i så fall och hur många patienter ska en geriatriker täcka?

Det finns sedan flera år tillbaka ett mål för hur många medborgare en allmänläkare ska ha listad hos sig (LT <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=19386>).

Kan vi ta fram liknande mål för psykiatrer? Psykiatrin anses vara en bristspecialitet och många av oss känner av det dagligen i vår vardag när vi måste täcka två avdelningar/mottagningar/enheter samtidigt, när vi inte har råd med en sjuk, hemmaliggande kollega med 40 graders feber eller när man kommer tillbaka från sin jourkompledighet som överstiger numera 400 timmar och hittar ett fack fullt med papper, internmeddelanden i den elektroniska journalen som måste åtgärdas för att inte tala om alla olästa mail i mailboxen ...

Hur många är rimligt?

I SP nr 4 skriver kollegan Martin Rödholm också om psykiaterbristen och den nationella modellen för Bättre läkarbemanning i psykiatri. I åtgärderna ingår att sätta måltal för läkarbemanningen lokalt. Jag upplever det väldigt glädjande då det är detta som jag efterfrågar. Som sagt, vi vet alla att det är brist på psykiatrer men hur stor är den bristen? Går det att ta fram siffror för det? Hur många

patienter ska en psykiater som jobbar inom en affektiv mottagning vara PAL för? Hur många patienter med svår psykossjukdom och svår funktionsnedsättning ska PALas av en psykiater?

Hur många patienter ska våra kollegor på rättspsykiatrisk klinik som har hand om behandling PALa och hur många barn med dysfunktionella familjer och ADHD ska täckas av barnpsykiatrierna?

Jag vet att vår specialitet precis som våra patienter är komplex och det kanske inte är lätt att beräkna arbetsbördan för den enskilde läkaren men borde vi inte försöka? Jag är rädd för bedömningar som bygger på gissningar och det vi tror borde kunna täckas av en läkare. Min förhoppning är att vi ska lyckas få fram något mått som är någorlunda underbyggt samtidigt som jag är ödmjuk inför det svåra i det hela. Jag har själv inte något svar på mina funderingar, men jag hoppas att vi ska gemensamt hitta några svar i alla fall. Det skulle i så fall kunna hjälpa oss att ta fram riktade åtgärder på ett bättre sätt.

Prioritera psykiatrisk kunskap

Utifrån allt detta har jag också ett ytterligare önskemål och det är att psykiatrisk kunskap ska prioriteras högre och anses vara viktigare än hur det ser ut idag.

Enligt Patientsäkerhetsförordning (2010:1369) för allmäntjänstgöring 5§ https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetsforordning-20_sfs-2010-1369/ska-allmantjanstgoringen-fullgoras-under-en-tid-som-motsvarar-minst-ett-ar-och-sex-manaders-heltidstjanstgoring-efter-avlagd-lakarexamen_fordelade-enligt-foljande:

1. nio månader inom dels invärtesmedicinska specialiteter och barn- och ungdomsmedicin, dels kirurgiska specialiteter, med en minimitid inom var och en av de båda grupperna om tre månader,
2. tre månader inom psykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri, och
3. sex månader inom allmänmedicin.

Således skall invärtesmedicinska och kirurgiska specialiteter vara tillsammans 9 månader men minimitiden för var och en

av dem är egentligen 3 månader, dvs. 3+3 ska bli 9!

Minimitiden för psykiatri är 3 månader och min uppfattning är att *det blir 3 månader* som AT-läkaren tjänstgör inom psykiatri medan kirurgi- och medicinplaceringen kan lätt bli kirurgi- och medicinåret. Jag hade själv ett sånt AT-block med 1 års kirurgi-medicin. Vilken signal sänder detta?

Ett ytterligare exempel är att det har funnits en period då det inte har varit obligatorisk för den blivande distriktsläkaren att sidoutbilda sig inom psykiatri! Tack och lov verkar det ha ändrats och de sidoutbildar sig nu hos oss i ungefär tre månader. Tre månader ska täcka den kunskap som krävs för 1/3 av deras patienter.

Vilken signal sände och sänder detta?

Hur viktig är psykiatrikunskapen? Hur rekryterar vi blivande psykiatrer? Genom att minimera psykiatritjänstgöringen? Hur behåller vi psykiatrerna sen? Genom att överbelasta dem och be dem att ställa upp och täcka på flera ställen samtidigt? Dags att agera nu!

Mona Soholat
Specialistläkare i vuxenpsykiatri
Överläkare och klinikstudierektor
Psykiatrisk akut- och heldygn
Region Örebro län
mona.soholat@regionorebrolan.se



Centralstimulantia har ingen bevisad effekt vid ADHD enligt Cochrane

MTA-studien hade ingen placeboarm¹.

SBU angav 2012 sex placebokontrollerade studier som visade effekt men bara undersökt till 6 månader, oftast 4-12 veckor².

Jag väckte då i SP frågan³ om man använt aktiv placebo, dvs. som ger samma biverkningar som farmaka, vilket krävs då biverkningarna annars lätt avslöjar att man fått farmaka.

Nu bedömer Cochrane-institutet att det inte finns någon tillräckligt bra lång studie med placebo. Studierna antyder effekt men studiernas låga kvalitet gör att man inte kan dra någon säker slutsats om effektens styrka. Och inga studier har gjorts med aktiv placebo.⁴

Det pågår en kraftig ökning av förskrivningen av centralstimulantia som alltså inte har säkerställd effekt, där vi inte känner till långtidsbiverkningar och risken för beroendutveckling² och det forskas inte heller på detta. Det prioriteras inte och ges inga pengar⁵. Fast läkemedelsindustrin gör storvinster på centralstimulantia.

När kommer myndigheterna ta sitt ansvar?

Vad gör barnpsykiatriska föreningen?

Varje läkare har också sitt individuella etiska ansvar. Då det inte heller finns någon vetenskaplig grund för att ADHD är "neuropsykiatri" utan tvärtom att ADHD bäst förklaras med stress-sårbarhet⁶, menar jag att detta måste innebära kraftigt minskad förskrivning av CS och fokusering på annan behandling, som biofeedback⁷ och kognitiv beteendeterapi och ACT och familjeterapi⁸, samt att verka för mer forskning om och åtgärdande av psykosociala och socioekonomiska orsaker till ADHD⁹.

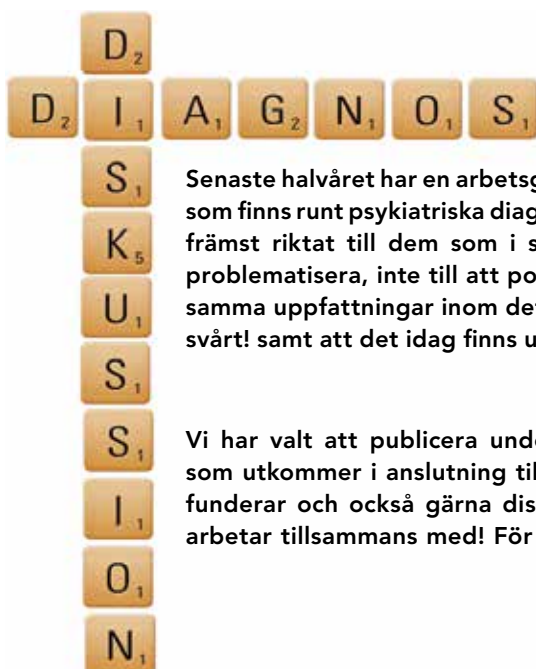
Jan Pilotti
Pensionerad ungdomspsykiater
Fil. kand. matematik, teoretisk fysik

Referenser

(övriga på <http://www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html>)

4. Storebø O J, Ramstad E, Krogh H B, et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009885.pub2/abstractjsessionid=A680C2D6BF>



Senaste halvåret har en arbetsgrupp på Svenska Psykiatriska Föreningens uppdrag arbetat med problem som finns runt psykiatriska diagnoser. En viktig del av arbetet har varit att ta fram ett diskussionsunderlag främst riktat till dem som i sitt arbete sätter psykiatriska diagnoser. Detta underlag syftar till att problematisera, inte till att polemiserar. Självklart har vi i gruppen uppfattningar, men vi har inte alltid samma uppfattningar inom detta område. En sak är vi dock helt överens om – psykiatrisk diagnostik är svårt! samt att det idag finns uppenbara problem.

Vi har valt att publicera underlaget i föreningens tidskrift Svensk Psykiatri, och då i det nummer som utkommer i anslutning till Svenska Psykiatrikongressen 16-18 mars 2016. Vi vill att du som läser funderar och också gärna diskuterar med dina kollegor. Riv ut sidorna och ta med dig till dem du arbetar tillsammans med! För dig som vill gräva djupare har vi angett en del översiktliga referenser.

I. Diagnosen

Vad är egentligen en psykiatrisk diagnos? Varför används oftast ord som syndrom och störning istället för sjukdom¹? Hur har våra diagnoser som förtecknas i DSM/ICD konstruerats, vad finns det för teoretiska resonemang i bakgrunden²? DSM beskrivs både som ett klassifikationssystem och en diagnostisk manual, men vad är skillnaden, och medför det fördelar eller problem med den kombinerade funktionen? Finns det några grundläggande skillnader mellan sättet att diagnostisera inom psykiatrin respektive somatiken och vilka är de i så fall? Man talar ibland om diagnosens validitet – hur sant den speglar det som den betecknar. Hur är det med validiteten i psykiatriska diagnoser³? Likaså talar man om diagnosens reliabilitet – att olika bedömare som träffat en och samma patient kommer fram till samma slutsats – hur ser det ut med reliabiliteten för "våra" diagnoser? Spelar tidsfaktorn, dvs. att människor förändras över tid, större roll inom psykiatrin än inom somatiken? Komorbiditet/samsjuklighet⁴

– vad innebär det egentligen, vad tillför begreppet? Kan det medföra problem i praktiken? Diagnostik enligt ICD och DSM är kriteriebaserad och kategoriserande till skillnad från diagnostik som baserar sig på ett dimensionellt tänkande ex. RDoC^{5/6} – är dessa frågor viktiga att ta hänsyn till eller fördjupa sig i? Ska de här olika perspektiven ses som komplementära eller konkurrerande?

Hur viktigt är det att ställa diagnos, och varför?

II. Diagnostiken

En diagnos fastställs på basen av en god diagnostisk utredning. Vad är god diagnostik? Allt oftare använder vi oss av olika formulär, intervjustöd – vad tänker du om styrkor respektive svagheter med detta? Det talas om under- respektive överdiagnostik, och detta ser självklart olika ut beroende både på patient- eller diagnosgrupp – men hur ser du på detta – är det ett problem? Patientens medverkan kan se högst olika ut – hur ser det ut i din praktik – hur tänker du kring detta?

Patienten som subjekt eller objekt – vilken eventuell betydelse har det? Vilken roll spelar patientens livshistoria och livssituation för tolkningen av hennes symptom? Avdiagnostisering har börjat dyka upp som ett angeläget behov – hur tänker du kring det? Hur används diagnoser som inte innebär sjukdomsbeteckningar, t.ex. Z-diagnoser i ICD? Hur viktigt kan det vara att inte ställa diagnos?

III. Påverkansfaktorer

Diagnoser sätts i någon form av kontext som kan ha stor eller liten betydelse. Vem bestämmer hur vi arbetar med diagnostik inom verksamheten – läkaren, teamet? Har verksamhetschefen någon roll och i så fall vilken? Tid för diagnostik och reflektion hur viktigt är det? Stress exempelvis i form av platsbrist – kan det påverka diagnostiken?

Hur ser du på exempelvis krav från Försäkringskassa, skola, arbetsförmedling – kan de påverka din diagnostik? Vilken betydelse har kontinuitet i patientkontakten över tid för diagnostiken? Konstruktionen av journalsystem – påverkar det dig i din diagnostik – i så fall hur?

IV. Konsekvenser av diagnos

En diagnos kan ibland ha avsevärda konsekvenser – uttryck som "diagnosens makt" har myntats – hur tänker du kring detta? Idag är det vanligt att olika diagnoser och diagnostiska termer används av media och lekmän – är det ett problem? Diagnoser kan på olika, inte alltid förutsedda, sätt kraftigt påverka en patient – är detta ett problem? Idag finns alltmer inslag av sortering (triagering), subspecialisering, ersättningssystem utifrån diagnos – vilka för- och nackdelar ser du? Vilka för- och nackdelar finns – med hänsyn tagen till validitet och reliabilitet hos psykiatriska diagnoser - med diagnosbaserade verksamheter, till skillnad från behovsbaserade?

V. Psykiatrisk diagnos och diagnostik i framtiden

Synen på psykiatriska diagnoser har skiftat från tid till annan. Det kan vara svårt att se den samtida synen –

vad är en diagnos och en god diagnostik inom psykiatri idag. Med all sannolikhet har vi inte sett det sista skiftet, många talar idag om psykiatrisk diagnostik enligt ett kategoriserande synsätt kontra ett dimensionellt⁷. Hur ser du på framtiden – finns det bättre sätt att tänka vad gäller psykiatrisk diagnostik än det nuvarande? Vilka svagheter och styrkor har vi idag? Vad skulle du önska av en framtida utveckling inom detta område?⁸

Arbetsgruppen Psykiatrisk diagnostik
Mats Adler, överläkare, bitr. VC, Stockholm SV

Peter Andiné, överläkare, doc. Sahlgrenska Universitetssjukhuset,
RMV, Göteborgs Universitet

Åsa Hagberg, psykiater, VC Akademiska sjukhuset, Uppsala

Carina Hellström, överläkare. Stockholm

Jörgen Herlofson, psykiater, författare

Herman Holm, överläkare, Malmö

Lars Jacobsson, prof. emeritus, Umeå

Lena Nylander, psykiater, med dr, Lund

Michael Ioannou, överläkare, sektionschef, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborg; sekreterare SPF

Referenser: www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Kanske har du något att berätta?

Men tycker det känns övermäktigt att skriva en hel artikel?

Vi blir glada även för korta notiser!

Redaktionen



Kalendarium

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

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

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

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

4th Annual scientific conference of the European As-
sociation for Psychosomatic Medicine
16-18 juni 2016, Luleå
<http://eapm2016.com/>

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

Framtidens specialistläkare
7-9 september 2016, Malmö
<http://www.framtidenslakare.se/>

29th ECNP Congress
17-20 september 2016, Wien, Österrike
<http://www.ecnp-congress.eu/>

IACAPAP 2016 – 22nd International Association for
Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professi-
ons World Congress

18-22 september 2016, Calgary, Kanada
http://www.escap.eu/bestanden/call_for_abstracts_2015_english_final.pdf

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



Orolig och blyg i skolan

*Malin Gren Landell
Natur & Kultur, 2014*

En bok som beskriver hur blyghet och rädsla i skolan kan manifesteras sig och hur detta kan identifieras och bemötas. Det är en mycket grundläggande bok, tydlig och strukturerad. Den beskriver inledningsvis allmänt kring oro, rädsla och ångest. Hur man som personal kan göra för att identifiera och uppmärksamma problemet och förslag på bemötande. Likaså finns förslag på strategier, i flera steg, som är användbara.

Boken tar vidare upp vanliga manifestationer kring ångest och oro som exempelvis blyghet och social rädsla, talängslan, separationsångest. Författaren exemplifierar regelbundet och ger löpande förslag och råd kring bemötande av både elev och föräldrar. En viktig del, utifrån mitt perspektiv som anställd inom barn- och ungdomspsykiatri, som författaren tar upp är samverkan. Det primära är förstås det initiala bemötandet, råd, normalisering och kontakten med föräldrarna etc. men då behovet av mer stöd och hjälp uppkommer är det viktigt att få råd kring hur man kan gå vidare.

Boken kan läsas från början till slut men även som uppslagsbok då den är som jag nämnt tidigare både tydlig och bra indelad.

Detta är en bok som främst vänder sig till personal i skolan. Den är grundläggande och beskriver enkelt och strukturerat kring problematiken med oroliga och blyga barn i skolan. Dock är det inte en bok för oss som jobbar inom barn- och ungdomspsykiatri, inte ens ur ett orienterande perspektiv då det blir för grundläggande, och vi är inte heller målgruppen. Men för målgruppen tror jag att den kan utgöra en bra start för att kunna hantera och bemöta denna grupp barn.

Jörgen Vennsten
ST-läkare
BUP Göteborg

Klinisk barnpsykologi Utveckling på avvägar

Anders Broberg, Kjerstin Almqvist, Pia Rosholm Mothander och
Thomas Tjus
Natur & Kultur, 2015

För 13 år sedan anmälde jag entusiastiskt första utgåvan av "Klinisk barnpsykologi". Nu återkommer samma författare förstärkta med Pia Risholm Mothander med en ny väsentligt utökad och omarbetad utgåva med bland annat fem nya kapitel.

Författarna behåller det grepp som gav den första utgåvan dess nyskapande karaktär: De utgår ifrån funktion och vardagsproblem hos "barn i allmänhet" och sedan, via barns mer problematiska men fortfarande hanterbara konstellationer av tankar, känslor och handlingar, går de vidare till "barn i synnerhet" vars uttalade symtom och problem ställs mot kriterier för olika DSM-5-diagnoser. Utgångspunkten är sålunda snarare normalutveckling och psykisk hälsa än psykisk ohälsa. Valet att sätta känslor i centrum innebär att läsaren omedelbart kommer nära de barn som i skeden av sitt liv kommer att vara patienter inom barn- och ungdomspsykiatri och i vissa fall senare också inom allmänpsykiatri, och är också i linje med modern klinisk fokusering på affektreglering.

Den övergripande teoretiska referensramen är inte medicinsk utan snarare socialekologisk, i Bronfenbrenners anda. Processtänkandet styrs via en transaktionsmodell som i förening med systemteori och stadieteorier kan fånga den "cirkulära kausaliteten" i samspelet mellan familjemedlemmar, föräldrar och skola, personlighetsegenskaper och miljö.

Viktiga kunskapsområden

Den första delen av boken rymmer nya avsnitt om genetik och om den mänskliga hjärnan. Dessa kunskapsområden är visserligen väl behandlade i andra böcker, men de behandlas här på ett sätt som kombinerar lättillgänglighet med en god balans mellan elementär och komplex information och kopplar till barns utveckling och funktion. De bidrar till en helhetsbild av BUP-fältet och ger en ökad tyngd åt

helheten. Grundperspektivet är att det måste finnas en neurofysiologisk bärare av psykiska skeenden vilket inte är detsamma som att säga att den egentliga orsaken till psykiska störningar är biologisk.

Ytterligare ett nyskrivet kapitel avhandlar kultur och etnicitet. I detta betonas bland annat det transkulturella synsättet vilket innebär att problem hos invandrade barn och familjer måste kunna granskas både utifrån deras egna kulturella förutsättningar, den svenska kulturen och motsättningarna mellan dessa kulturer. Detta kan ställa stora krav också på behandlare då samtliga parter måste vara beredda att granska sin egen kultur.

Liksom i den tidigare utgåvan presenteras utvecklingslinjer, utvecklingspsykopatologi och utredning fylligt, liksom stress/sårbarhetsperspektivet med risk- och friskfaktorer. Samtidigt är framställningen i den nya utgåvan sparsmakad vad gäller andra aspekter, avsnitt om utvecklingspsykologiska teman och anknytning tonas ner något och har arbetats in i andra kapitel, psykoterapeutisk metodik och intrapsykiska dynamiska förhållanden berörs liksom i den tidigare upplagan sparsamt.

Hur barn kan känna sig och må

Bokens andra del inleds med ett nyskrivet kapitel om små barn som mår dåligt och uppvisar störningar beträffande anknytning, affektreglering, anpassning, sömn och relationer (Axel 1 DC: 1-3). Också föräldraskapets utveckling berörs. Därpå följer att antal kapitel som utgör bokens kliniska tyngdpunkt. Där berörs olika former av psykisk ohälsa: symptomatologi, etiologi och förslag till åtgärder och insatser för rädda, oroliga barn och barn som har "ont i kroppen" och deras ångest, skrämde barn och barn som far illa och deras bakomliggande trauma, barn som är ledsna och deras inre tyngd och förluster, barn som är impulsiva, respektive bråkiga i otakt med sin omgivning och till sist



barn som inte tänker som andra och deras svårighet att göra sig förstådda. Omfångsmässigt skiljer sig dessa kapitel obetydligt från förra utgåvan men referenserna är uppdaterade till mellan femtio och nittio procent.

I ett avslutande kapitel diskuteras olika relevanta samhällseliga aspekter, inte minst samarbete – eller brist på – mellan BUP, Soc, primärvård och skola/förskola. Här uttrycks ett vårdpolitiskt engagemang i utsatta barns och familjers situation, både de med manifesta problem och de med känd risk. Författarna uttrycker också bekymmer över att utredningar har en tendens att tränga ut behandling.

Engagerat läsarvänligt tilltal

Samma tilltal till läsaren som genomsyrade den förra utgåvan och bidrog till att göra den uppskattad präglar även den nya. Författarna framstår som kunniga och engagerade guider inom ett mycket komplext område. De förmedlar ett engagemang i barnen och deras familjer och en ambition att hjälpa läsaren att förstå. De tillåter sig att ha ett något resonerade anslag som visserligen förlänger framställningen men gör den lätt att ta till sig. Fakta formas till mer av berättelser som också är berörande, utan för

mycket "överkurs" i meningen specifika forskningsfynd som visserligen är intressanta för specialister, men som kan tynga framställningen för den breda grupp av professionella som boken vänder sig till.

Framställningsformen fångar också upp något av det sätt att förmedla barn- och ungdomspsykiatrisk kunskap och erfarenhet som funnits i tidigare läroböcker vilket kan verka överbryggande då specialitetens övergripande kontext blir allt mer medicinsk. Texten tonar fram, vuxen ur klinisk erfarenhet underbyggd av vetenskapliga fynd granskade med sund skepsis och med medvetande om att vi alla i olika utsträckning är vår egen tidsandas fångar.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



Narcissistens speglar Om narcissister för anhöriga och vårdpersonal

Gunilla Nilsson och Thomas Silfving
Studentlitteratur, 2015

En recension av en bok om narcissism är förstås ett givet inslag i detta nummer! Valet föll på denna slanka lilla utgåva från Studentlitteratur. Ett verk av två erfarna psykologer som har sonderat den psykologiska terrängen, lusläst det dokumenterade fältet och tillskansat sig en fackgranskning av Bo Sigrell, psykoanalytiker och namnkunnig på området. Det hela tycks vara tänkt att vara såväl matnyttigt som lite tankeväckande. Vi har en inledande del om vad narcissism ÄR, följt av ett flertal typexempel där narcissistens alla särdrag läggs under lupp, och så småningom vävs alltsammans ihop i ett "råd och behandlings"-avsnitt. Elegant. Jag läser om den manipulative narcissisten, den misstänksamme, lögnaren, den behövande och den hungrande, karaktärer som med jämna mellanrum ger sig till känna i såväl yrkes- som privatlivet. Min absoluta favorit bland arketyperna är den som kallas Snoppliggöraren – "trodde du ja"-narcissisten. Ett ganska omfattande men ack så talande epitet! Snoppliggöraren lovar – om inte guld och gröna skogar så i varje fall evig kärlek och en etagevåning med havsutsikt – men tji fick du för innan du ens har hunnit googla "marint doftljus" så har Snoppliggöraren hunnit ändra sin historia och det bidde inte ens en tummetott. Kvar står du med skammen, snopen och förvirrad. Snoppliggöraren seglar iväg och skaffar en katamaran och en fransk dvärgpudel tillsammans med någon helt annan.

Nåväl.

Så långt är allt gott i Studentlitteraturkorridoren.

Vad som följer efter denna färgstarka redogörelse för uppblåsbarhetens karakteristika är dock det som väcker mitt verkliga intresse. Och, om jag skall vara uppriktig, min irritation. Ett avslutande och särpräglat kapitel som heter "Om hur narcissism sprider sig till alla i dagens samhälle". För att göra en lång historia kort så skulle vi kunna döpa om det till "Det var bättre förr". Här beskrivs nutidens narcissism som en samhällstendens, i mångt och mycket kopplat till den elektroniska verklighet som många rör sig i. Ständig

tillgänglighet via telefon och sociala medier och ett aldrig sinande begär efter tummen upp:ande. Författarna går så långt som att kalla det "ett narcissistiskt allmäntillstånd". Detta sista kapitel saknar, till skillnad från de föregående, i det närmaste helt och hållet referenser, men värdeorden är desto fler. Man har gått ifrån "det gamla goda samtalet" till en tillrättalagd hypervärld, ett självvhängighetens rike. Som exempel på detta noterar författarna med illa dold sarkasm att om man googlar "I'm worth it" får man cirka 314 miljoner träffar. Don't wanna steal your thunder, men om man googlar "Together" får man 1,9 miljarder träffar. "Duck" får 271 miljoner.

Hela detta sista och på sitt sätt avgörande kapitel framställer dagens generation som en hopper utstuderade, upplevelsemättade och egofeta varelser som fejkar konversationer och envägskommunicerar sig själva mot en snar undergång.

Ni må förlåta mig min enfald, men var det inte liknande domedagsprofetior som pådyvlades mänskligheten som konsekvenser av såväl nylonstrumpor som allmän rösträtt..?

Hanna Edberg
Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm

B



Du kan fortfarande anmäla dig till
SVENSKA PSYKIATRIKONGRESSEN!

Kongressen äger rum på Münchenbryggeriet i Stockholm 16-18 mars.
Fram t.o.m. 15 mars kan du anmäla dig online.

Ur programmet

Flyktingkrisen och utmaningar för psykiatrin

Chefsspår

Nya ST-målbeskrivningen

Psykiatrisk diagnostik

Den omtalade pjäsen *Den fastspända flickan* med Rakel Wärmländer

Ätstörningar

Hur kan man förstå suicidalitet? Jan Beskow m.fl. diskuterar

Dregen berättar om sin fars självmord

Har hjärnabbildning någon betydelse för den kliniska vardagen?

Antikroppsencefalit

Psykofarmakologiska nyheter

Miss inte heller

Allvarligt talat

Författaren och läkaren PC Jersild och professor emeritus i psykiatri Lars Jacobsson
diskuterar filosofiska/psykiatriska frågor.

Har du frågor som du önskar belysta? Maila dem till ullakarin.nyberg@sll.se!

Etik och etikett – vad får man säga i dödens närhet?

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

Vad kan man säga till den som mist ett barn? Hur tar man upp känsliga frågor?

Ställ gärna egna frågor! Du kan maila dem i förväg till ullakarin.nyberg@sll.se. De behöver inte enbart handla om döden utan om allt som rör relationen till patienter, anhöriga och arbetskamrater.



Det fullständiga programmet liksom anmälningsformulär hittar du på
www.svenskpsykiatri.se/spk2016.html

MÜNCHEN®
BRYGGERIET
EVENT + CONFERENCE