

# Tidskriften för Svensk Psykiatri

# #3

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



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
- 32** Professorsrutan: Narkomanvård. Historik del 2, *Ulf Rydberg*
- 33** 10 frågor till Sara Lundqvist, *Stina Djurberg*
- 64** Bokrecension: Homo Psychicus som människa - och att bli en person, *Björn Wrangsjö*
- 66** Bokrecension: Filosofen som inte ville tala. Ett personligt porträtt av Ludwig Wittgenstein, *Bo Lundin*
- 67** Kalendarium

## Aktuell information:

- 18** Det är dags att föreslå hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen
- 20** Svenska Psykiatrikongressen 2017 - lite av innehållet presenteras
- 21** Senaste nytt från Cullbergstipendiet, *Tove Gunnarsson*
- 26** 2017 års ST-konferens, 18-20 januari. Expanding Minds
- 28** Mental Health Run - den 8 oktober är det dags igen
- 30** Dags att söka "Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne"
- 43** SPF fortbildar - Fokus Psykiatrisk diagnostik. Hur ska vi diagnostisera så att det bäst gynnar patienten? *Maria Larsson*
- 44** Inbjudan till "Hur ska vi diagnostisera så att det bäst gynnar patienten? SPF's styrelse"
- 49** Vart har Tigers krönika tagit vägen? *Tove Gunnarsson*
- 57** Inbjudan att skicka in kongressbidrag (call for abstracts! Svenska Psykiatrikongressen 2017)
- 68** Dags att söka Cullbergstipendiet

## Tema

- 9** Detta är en sentimental kärleksförklaring, *Daniel Frydman*
- 10** Snyggaste framsidan? *Tove Gunnarsson*
- 11** En tioåring blickar tillbaka. *Tove Gunnarsson*
- 13** Framsteg och bakslag. Ett tioårsperspektiv, *Anneli Jäderholm*
- 14** Vad har hänt i svensk psykiatri de senaste tio åren? Brukarinflytandesamordnare (BISAM) *Åsa Steinsaphir*
- 16** Tio år - vad har hänt? *Tove Gunnarsson*

## Debatt, diskussion, annat:

- 39** Reflektioner från en barnpsykiatriker *Lars Joelsson*
- 46** Rättshaveristiskt beteende som psykisk ohälsa, *Jakob Carlander*
- 50** Beteende en patientsäkerhetsrisk, *Tuula Wallsten*
- 58** LPT - mer och mer ett Lappverk, *Herman Holm*
- 60** Psykologiska teorier, hjärnforskning och samhällsliv, *Tord Bergmark*
- 61** En "dödlig psykiatri"!?, *Herman Holm*

## Psykiatriska nyheter

- 52** "Uppskatta din dag". Ett stöd i kliniken för klient och behandlare, *Beata Bäckström*
- 54** Invärtesmedicinare i psykiatri - klassisk roll i modern kontext, *Jan Torgerson*
- 56** Effektiv behandling efter suicidförsök, *Jan Beskow*

## Rapporter från möten och resor

- 22** SPF i Almedalen 2016, *Hanna Spangenberg*
- 23** Rapport från Almedalen 2016, *Cecilia Mattisson*
- 24** Nationellt kunskapscentrum för flyktingbarn? *Björn Ramel*
- 29** Prestigefyllt pris till STP och Mental Health Run! *Tove Gunnarsson*
- 34** Missa inte SPK 2017!
- 35** Transforming health with evidence and empathy. Rapport från 4th annual scientific conference of the European Association for Psychosomatic Medicine, Luleå 16-18 juni 2016, *Ursula Werneke, John Sandström*
- 37** Almedalsmedverkan, löpning, cykling och gala för psykisk hälsa, Psykiatrifonden, *Martin Schalling, Maria Larsson*
- 40** Vidgade vyer. Rapport från en Cullbergstipendiats resa till Uganda, *Hanna Sjöstrand*
- 48** Rapport från SPK 2016: Obesitaskirurgi - indikationer och kontraindikationer ur ett psykiatriskt perspektiv *Henrik Brezicka*



## 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@buf.se

## Foto/grafisk design

Carol Schultheis  
carol.schultheis@buf.se  
(där inget annat anges)

## Omslagsbild

Shutterstock/Panos Karas

## Internet

www.svenskpsykiatri.se

## Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se

## Ja må den leva...

... ja må den leva uti hundra år! Vår tidskrift fyller 10 år i sin nuvarande form och vi tar tillfället i akt att blicka bakåt. Några temabidrag tar upp utvecklingen inom svensk psykiatri de senaste tio åren. Tidskriftens historia blir också belyst.

I detta nummer finns ett debattinlägg rörande Läkartidningens uppmärksammade artikel om Peter Gøtzsche. Fortsätt gärna att debattera detta eller något annat du finner angeläget!

Som vanligt finns här även rapporter, bokrecensioner, nyheter m.m. Dessutom hittar du information om kommande evenemang som Mental Health Run, ST-konferensen och Svenska Psykiatrikongressen. Missa inte det!

Temat för nästa nummer är **Kön**. Upprinnelse till valet av detta ämne var att redaktionen en dag kom att prata om begreppet "tvåkönsnormativitet". Denna norm utgår ifrån att det finns två kön, kvinna och man, XX och XY, punkt slut. Människan är dock mycket mer komplex än så. Könsidentiteten eller könsuttrycket stämmer inte alltid överens med kromosomerna eller det anatomiska könet. Man kan känna sig som man/kvinna men ha en kropp som säger motsatsen. Andra kan vara både och, mitt emellan eller ingetdera.

Att inte vara accepterad som den man är av familj och övrig omgivning är en betydande stressfaktor, liksom att leva i fel kropp. Risken för psykisk ohälsa och suicidalitet är förhöjd vilket gör ämnet i högsta grad relevant för psykiatrin. Men är vi bra på det?

Det finns minst två ytterligare infallsvinklar på temat. Finns det könsskillnader avseende diagnostik och behandling av våra patienter? Att vara manlig eller kvinnlig läkare inom psykiatrin – har det någon betydelse?

Vi tror att det finns mycket att skriva om på temat Kön!

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson  
Redaktör Svensk Psykiatri

# Kära medlem,

**Temat för detta nummer är perspektiv över det senaste decenniet. Vilka frågor har sysselsatt vår förening och hur har psykiatrin förändrats i vårt land?**

Tio år är både en kort och en lång tid. Vissa saker förändras snabbt, som exempelvis beskrivning av psykiskt lidande. Här har stora ändringar skett, både inom och utanför vårt lands gränser. ADHD och autismspektrumstörningar var för tio år sedan okända begrepp för många av oss. Deras relevans i psykiatrin diskuterades och behandlingen var minst sagt kontroversiell. Idag förhåller sig varje psykiater på något vis till dessa diagnoser i sitt dagliga arbete. Många gånger har jag slagits av hur kort tid man behöver arbeta med psykiatri för att känna av hur utvecklingen snabbt går vidare inom både diagnostik, attityder och behandlingsval.

Utan tvivel är Svenska Psykiatrikongressen det projekt som har sysselsatt styrelsen mest under de senaste tio åren. Från ett alternativ till föreningens höst- och vårmöten har SPK för många blivit mer eller mindre synonymt med Svenska Psykiatriska Föreningen – och blivit vår viktigaste arena för fortbildning och professionsutbyte. Mötet är angeläget, eftersom möjligheten att resa på internationella kongresser är helt annorlunda idag jämfört med för tio år sedan.

Sedan många år har vår förening förknippats med riktlinjer för olika psykiatriska tillstånd. Detta arbete har glädjande nog fortsatt, med ökad intensitet. Det finns en stor efterfrågan efter professionens syn på diagnostik och behandling. Under det senaste decenniet har flera tidigare riktlinjer reviderats. Andra har tillkommit och flera nya är i tillblivandefas. Efter publicering i tryckt form publiceras riktlinjerna efter en tid på vår hemsida.

Apropå hemsidan. För tio år sedan var detta fortfarande lite nytt. Föreningen är nu inne på sin andra hemsida, som även den har blivit lite ålderstigen. Under hösten kommer vi lansera en ny version, som förhoppningsvis blir överskådlig och lättare att uppdatera.

För snart tio år sedan tillskapades Metis (Mer Teori i ST) genom arbetet i vårt utbildningsutskott; detta för att motsvara de ökade kurskraven i Socialstyrelsens nya föreskrift. Genom Metis skapades en gemensam standard för hur ST-utbildning ska se ut i hela landet. I den nya utbildningsformen betonas interaktivitet. Kursupplägget är nytt, med distansstudier före och efter själva kursmötet. Metis-kurserna avslutas med en klinisknära examination.



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

Under många år har fortbildning av färdiga specialister stått tillbaka, vilket styrelsen vill förbättra. Föreningen lanserar i detta nummer vår första satsning på fortbildning för specialister "Fokus på psykiatrisk diagnostik". Nästa år fortsätter vi med farmakologisk fördjupningskurs och uppdatering om psykologiska behandlingsmetoder. Utbildningarna kommer att vara kostnadsfria och endast erbjudas föreningens medlemmar.

För inte så länge sedan var psykiatrin i vårt land polariserad. Företrädare för olika uppfattningar bekämpade varandra på Dagens Nyheters ledarsida. SPF har under de senaste tio åren aktivt arbetat med att möjliggöra dialog - istället för konfrontation. Vi upplever att psykiatrin idag står mer enad än tidigare. Vi för en kontinuerlig dialog



med andra yrkesföreningar, som Psykologförbundet och specialistsjuksköterskorna. Områden med samsyn identifieras för gemensam talan i den mediala diskursen. Genom samverkan gagnar vi bäst den psykiatriska utvecklingen. Senast hade vi ett gemensamt seminarium med Psykologförbundet i Almedalen.

Just Almedalen har varit en arena där föreningen tillsammans med andra psykiatriska aktörer har gjort sin röst hörd under de senaste åren. I fjol stod suicid i fokus, i år var det psykiatrisk heldygnsvård.

Föreningen deltar i internationell samverkan på olika nivåer. Sedan ett år är vi medlem i EPA. Samarbetet med den nordiska psykiatriska föreningen sträcker sig ett sekel tillbaka. År 2009 stod vi som värdland för den Nordiska Psykiatrikongressen i Stockholm. Vi medverkar i både The Nordic Psychiatrist och Nordic Journal of Psychiatry.

Detta är ett axplock av de områden föreningen har verkat i det senaste decenniet. Arbete med stigma och attitydförändringar är ett angeläget arbete. Föreningen medverkar i Mental Health Run, vilket har blivit en oväntad framgångssaga.

Opinionsbildning och bemötande av mer eller mindre regelbundna påhopp av psykiatrin hör tyvärr till vardagen, senast från vår danske kollega Peter Gøtzsche, som helt frankt menar att vår kär ljuger patienterna i ansiktet när vi prackar på dem läkemedel, som enligt honom är verkningslösa eller farliga till 98 procent. Jag tror inte att någon annan specialitet är tillgängligt viltbråd på samma sätt. Hur kan det komma sig?

Föreningens arbete vilar stolt på våra visioner, vilka tillkom för sju år sedan och reviderades tidigare i år. Om du inte visste det, så är "Helhetssyn och samverkan" vår ledstjärna i arbetet.

De senaste tio åren har varit oerhört utvecklande. Med allt fler unga läkare som väljer att arbeta med psykiatri, fler medlemmar i föreningen och ett ökat intresse för psykiatriska frågor i samhället känner jag en ännu starkare optimism inför det kommande decenniet!

**Hans-Peter Mofors**  
Ordförande i SPF

Missa inte!



Ny psykiatrisk forskning presenteras med  
**Simon Kyaga** som moderator



Foto: barabild.se

# Vad har hänt de sista 10 åren?

Vår tidning firar nu 10-årsjubileum. Det kan då vara på plats att reflektera över vad som hänt inom barnpsykiatri under dessa 10 år.

Under de sista åren har psykiatri och inte minst barnpsykiatri kommit upp på agendan på ett helt annat sätt än tidigare. Både den förra och den nya regeringen har fört fram psykiatri och barnpsykiatri som viktiga och prioriterade områden; medierna skriver och rapporterar mer om psykiatriska tillstånd och allt fler personer berättar öppet om sina psykiatriska svårigheter. Samtidigt har vi inom barnpsykiatri förändrat vårt arbetssätt; vi utreder mer och vi använder mer aktiva behandlingsmetoder. Den medicinska delen av barnpsykiatri har blivit allt mer framträdande och behovet av läkare och sjuksköterskor har ökat. Glädjande är att fler yngre läkare nu är intresserade av att arbeta inom barnpsykiatri men tyvärr är vi fortfarande alltför få vilket leder till stress och att det blir väntetider.

Vi i SFBUP har skrivit kliniska riktlinjer för depression och ADHD och är på gång med riktlinjer för ångest och trauma. Syftet med riktlinjerna är att få en evidensbaserad behandling som är lika i Sverige. Vi har också utvecklat arbetet med Svenska BUP-kongressen så att den nu är vårt största och viktigaste forum för vidareutbildning. Vi samarbetar nu aktivt med olika myndigheter som Socialstyrelsen och Läkeemedelsverket att ta fram vårdprogram och behandlingsrekommendationer.

Många menar att vi nu sätter psykiatriska etiketter på normala tillstånd och överbehandlar med mediciner men jag menar att den ökande öppenheten att barn och ungdomar kan ha egna psykiatriska störningar är den största positiva förändringen som skett inom barnpsykiatri de senaste 10 åren och har bidragit till att fler barn, ungdomar och familjer får hjälp samt att stigmatiseringen minskar.

Om jag får önska något om framtiden så hoppas jag att vi om 10 år har bättre diagnostiska hjälpmedel, inte minst biologiska markörer samt bättre behandlingsutbud av både psykologiska och farmakologiska metoder. Jag tror att vi i framtiden kommer att använda mer och bättre digitala hjälpmedel än vad vi gör i dag och jag hoppas att barnpsykiatri kommer att vara delaktig i denna utveckling. Jag känner mig därför mycket stolt över att jag nu kan presentera SFBUP:s nya app "Uppskatta din dag". För barn och ungdomar när man misstänker bipolär sjukdom och eller sömnsvårigheter är det viktigt att kunna skatta sinnesstämning och sömnrhythm. Det ger värdefull information till patienter, föräldrar och behandlare. Svårigheten är att fylla i de dagböcker som finns i dag; ofta kommer de inte med till återbesöket eller är ofullständigt ifyllda. SFBUP har därför tagit initiativ och finansierat en ny app där patienterna direkt



## SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

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

Vice ordförande: Sara Lundqvist

(sara.lundqvist@vgregion.se)

Facklig sekreterare: Beata Bäckström

(beata.backstrom@skane.se)

Kassör: Anne-Katrin Kantzer (anne-katrin.kantzer@vgregion.se)

Vetenskaplig sekreterare: Maria Unenge

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

Utbildningsansvarig: Gunnel Svedmyr

(gunnel.svedmyr@akademiska.se)

Medlemsansvarig: Cecilia Gordan

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

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

ST-representant: Susanne Buchmayer

(susanne.buchmayer@primabarn.se)

SFBUP:s hemsida: [www.svenskabupforeningen.se](http://www.svenskabupforeningen.se)

Webmaster: Stina Djurberg

(stina.djurberg@buf.se)

kan gå in via sin mobil eller surfplatta och göra sin skattning. Appen finns nu i betaversion (testversion) och kan laddas ner i telefon eller på surfplatta. För utförlig information hänvisar jag till separat artikel i denna tidning av Beata Bäckström från SFBUP:s styrelse.

I denna ledare vill jag vara lite personlig och berätta om mig själv. 2010 behandlades jag för magsäckscancer. Allt såg sedan bra ut fram tills nu i sommar då man kunde se en förändring i levern som visade sig vara en metastas. I juli opererades jag på nytt då man tog bort en del av levern. Operation lyckades bra, metastasen togs bort helt radikalt och nu väntar en ny cytostatikakur under hösten. Jag har därför överlämnat ordförandeklubban till Sara Lundqvist, men hoppas att jag kan komma tillbaka innan mitt mandat går ut i maj 2017, då jag planerar att sluta med ålderns rätt.

Jag hoppas att ni haft en vilsam sommar och att ni nu med nya krafter kan ta er an uppgiften att hjälpa barn med psykiatriska svårigheter. Boka redan nu in 3-4:e maj 2017 för Svenska BUP-kongressen i Gävle samt den årliga psykofarmakologiska fortbildningen, i Stockholm den 6-7:e december 2016 och Göteborg den 2-3:e februari 2017. Utbildningen kommer i fortsättningen att drivas i SFBUP:s regi men med samma föreläsare som alla andra år.

**Lars Joelsson**  
**Ordförande SFBUP**

# Goda nyheter



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)

## Samarbete mellan rättspsykiatri och infektion i Norrbotten?

En bättre patientcentrerad psykiatri för en grupp patienter i Norrbotten kan bli resultatet av kontakt med infektionskliniken och dess chefsöverläkare Anders Nystedt (på grund av smittskyddslagen som ger tvångsvårdsmöjlighet) som initierats under året. Från infektionskliniken sida har man ofta observerat svårigheter att följa hepatitpatienterna, det är svårt att få dem att komma på återbesök. Man noterade dock att dessa patienter återfinns inom såväl kriminalvård, rättspsykiatri som psykiatri – så man resonerade att det kanske är bättre om man kommer till rättspsykiatri eller till kriminalvården för att göra kontroller och initiera behandlingar. Detta år är även världshepatitåret och enligt WHO finns möjlighet att *eradikera* hepatit C.

Behandlingsmetoderna har blivit oerhört mycket enklare och skonsammare och man kan undersöka levern med en portabel ultraljudsapparat – "fibrosan" - när fibrotiseringen nått en viss grad kan behandlingen sättas in.

Behandlingen är dyr men mycket effektivare och från och med i höst ska infektionskliniken komma till rättspsykiatri och träffa ett antal patienter i slutet eller öppen vård.

En bonuskvalitetsindikator!

## Ytterligare kvalitetsförbättringar inom vården lokalt

Vid kliniken i Öjebyn har vi anställt en erfaren sjuksköterska med barnmorskekompetens som genast sagt att hon vill starta preventivmedelsrådgivning för våra unga kvinnliga patienter. Jag blir så glad över initiativen och det känns som vi kan lyfta berg med gemensamma krafter.

## Fler indikatorer

Kvalitetsregistret RättspsyK har kommit ut med sin rapport för 2015. Ny indikator är patienternas ekonomiska situation. Den har givit upphov till olika förbättringsprojekt och i rapporten beskrivs tillvägagångssätt inom olika kliniker.

Jag vill gärna citera den utmärkte kollegan Kaj Forslund som är registerhållare: "(...) en fråga som ofta diskuteras är hur man på bästa sätt ska använda de data som man får fram ur registret. Årsrapporten har utvecklats och ger nu god grund för internt arbete med data där man utan större svårigheter kan jämföra sin egen enhet med andra och fundera kring orsaker till skillnader (...) registreringsarbetet skall inspirera och väcka idéer som kan tas tillvara i enhetens egen utveckling (...)"

## Under hösten

Rättspsykiatriska föreningen fortsätter sitt engagerade arbete och under hösten planeras i samverkan en temadag

om brott som begås under sömn – och hur dessa ska tolkas medikolegalt.

De senaste åren har tingsrätt och kammarrätt levererat flera domar som avhandlat så kallad sexsomni, men jag har även läst en notis om att person blivit friad från rattfylleri på grund av att man "har sovit när man har kört bil". Rättsläget är osäkert och svårtytt så kanske juridiken kan hjälpas av psykiatri? Naturligtvis hoppas vi på deltagande av så många som möjligt.

Styrelsen planerar också att utöka sina internationella kontakter.

Arbetet med att skriva klart "Innehållet i den rättspsykiatriska vården" pågår och här behövs alla krafter.

När jag skriver detta har också svampsäsongen kommit igång på allvar och jag ser fram emot semester och en paus i arbetet. Skogen vederkvicker och ger perspektiv och energi. Tänk så bra vi har det.

**Per-Axel Karlsson**  
**Ordförande SRPF**

# SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2016

## NUMMER 4 2016

Tema: Kön

Deadline 16 november

Utkommer vecka 49

## NUMMER 1 2017

Tema: På flykt

Deadline 15 februari

Utkommer vecka 10

## NUMMER 2 2017

Tema: Ej bestämt

Deadline 17 maj

Utkommer vecka 23

Temat är avsett att inspirera till alternativa ingångar till förhållanden och problemställningar inom psykiatrin.

Men självklart välkomnar vi bidrag om mycket annat än temat. Vi vill gärna ha artiklar om psykiatriska nyheter, kongressrapporter, debattinlägg, recensioner, fallbeskrivningar och intervjuer!

Maila till [redaktoren@svenskpsykiatri.se](mailto:redaktoren@svenskpsykiatri.se)

## Skriv i Svensk Psykiatri

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

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

Deadline för bidrag till  
nästa nummer: **16/11**  
Tema: **Kön**





# Detta är en sentimental kärleksförklaring



”Sista minutenplanering”  
Björn Wrangsjö och Daniel Frydman

**Jag tänkte mig att jag skulle vara mer personlig än normalt. Tioårspersonlig.**

**Jag är en otrogen jävel. Inte överallt, mitt äktenskap står i orubbat bo. Men i andra sorters relationer har jag under ganska många år nog valt vad jag gör, valt vad jag jobbar med.**

För tio år sedan var jag chef för en psykiatrisk mottagning. Det var ett slitigt jobb, mellanchefer i offentlig förvaltning är fett osexigt, som något av mina barn skulle sagt. Stort ansvar och litet inflytande, en beställarorganisation som gjorde det förskräckligt svårt att göra ett bra jobb. När jag tröttnade på den omöjliga cirkus som det jobbet innebar var det med lättnad och oro som jag slutade.

Lättnad över att jag hade sluppit ur en rävsax och oro för att jag inte visste vad jag skulle använda det fria livet till.

Det har blivit en blandad kompott, jag har under de år som gått stabilt haft min egen mottagning där jag jobbar som läkare och psykoterapeut. Jag har förutom där jobbat på många ställen, tagit olika uppdrag och sökt mig till olika sammanhang, men utvecklat den där otroheten som jag syftar på.

Jag gör inget som jag inte gillar. Det betyder inte att allt

jag arbetar med måste vara roligt men det betyder att jag försöker välja de sammanhang som jag engagerar mig i. Hårt arbete och slit är inget problem, men om situationer där ansvaret och inflytandet inte står i rimlig proportion till varandra har jag lärt mig att lämna. Det gynnar min egen hälsa att slippa bli sur över omöjligheter och det gynnar också sammanhanget jag lämnar.

För tio år sedan ringde mig också min vän Göran Rydén, som då (om jag minns rätt) var vetenskaplig sekreterare i SPF:s styrelse. Han berättade att föreningen tillsammans med barnpsykiatriska och rättspsykiatriska föreningarna planerade att starta en tidning och undrade om jag kunde tänkas roas av att vara med i redaktionen för en sådan tidning. Det handlade naturligtvis inte om att starta en tidning utan om att förnya SPF:s medlemsblad, från ”stencilerat” A5-blad till en bra tidning.

An offer you can't refuse. David Eberhard fick äran att vara redaktör för det nya bladet. Från den ursprungliga redaktionen finns nu jag, Tove Gunnarsson och Björn Wrangsjö kvar.

Under de här tio åren har jag alltså deltagit i många verksamheter. Om jag klivit på något nytt uppdrag eller om jag avstått har hängt ihop med svaret på en central fråga

som jag numer alltid ställer mig själv. Naturligtvis måste annat funka också, jag måste tycka det är typ kul och att samspelet på arbetsplatsen lovar gott, men den fråga som jag ställer mig är följande:

”Behärskar jag området som jag ska jobba med?”

Där svaret på den frågan varit ”ja”, har jag oftast avstått från uppdraget. De jobb jag tagit har kommit att fungera som motor i min egen fortbildning, om jag inte är fullt insatt i det nya området, då tvingas jag skärpa mig och det är det allra bästa när kunskaper ska förvärvas. Min erfarenhet är att arbetet aldrig blir så noggrant och omsorgsfullt gjort, som när det du redan kan ska förenas med något nytt.

Den här hållningen har gjort att jag rört mig från psykioterapeutjobb på RFSU-kliniken till att sedan snart två år jobba som psykiater inom social verksamhet. Det nya jag konfronteras med här, innehåller bland annat hur man förhåller sig till andra lagrum än dem jag är van vid. Lagarna som reglerar socialtjänsten skiljer sig i allt väsentligt från hälso- och sjukvårdslagar och det tvingar återigen fram en ny skärpa, så att jag lär mig att röra mig i denna värld för att kunna integrera mitt kliniska kunnande i en annan sorts vardag.

Att jobba redaktionellt är svårt. Min standardfråga till mig själv besvaras alltid med ett högljutt ”nej”, jag behärskar inte området fullt ut. Vi har gjort 40 nummer av tidningen. Vi har

haft olika temaidéer, vi har haft olika sorters planer, vi har hela tiden rört oss vidare och oftast inte känt stagnation.

Redaktionsarbetet vid SP har en karaktär som känns unik. Sedan många år har våra möten ett intensivt opreciserat fokus och aldrig någon skriven dagordning. Vi avhandlar det som finns att avhandla, funderar på det senaste numret, på om vi fått reaktioner och vad för reaktioner det varit, går igenom vad vi haft för nummer och vilka nummer som väntar. Det känns som att alla får det utrymme som behövs för att driva diskussionen framåt, såväl pratvarnarna som de eftertänksamma sätter tonen och tillsammans bildar rösterna ett vackert ackord.

De gånger vi har redaktionsmöte med internat skiljer sig inte särskilt mycket från de halvdagsträffar vi också har. Eller jo, tiden är en skillnad men mötenas dramaturgi är ungefär densamma. Vi hittar alltid fram till artiklar som vill bli skrivna och temaidéer som förkastas eller ställs på kö.

Om jag nu ser mig som en otrogen jävel som ställer så stora krav på omständigheterna och utmaningarna, då har jag ingen som helst anledning att söka mig bort från den älskade redaktionen för Svensk Psykiatri. Det skulle i såna fall vara om tidningen inte längre lästes.

**Daniel Frydman**  
Redaktionen för Svensk Psykiatri

Tidskriften för

**Svensk Psykiatri**

**#1**

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri och Svenska Rättpsykiatriska Föreningen - Mars 2014



## Snyggaste förstasidan?

Svensk Psykiatris 10-årsjubileum uppmärksammades på Svenska Psykiatrikongressen i våras. Bl.a. utlystes en omröstning om vilken av de senaste årens förstasidor som varit allra snyggast.

Flest röster fick nr 1 2014 med temat Vändpunkter. Bland dem som röstat på Vändpunkter drogs en vinnare, det blev **Tor Jannas Svensson** som får delta gratis på Psykiatrikongressen 2017. Vi gratulerar!

**Tove Gunnarsson**  
Redaktör Svensk Psykiatri



# En tioåring blickar tillbaka

SPF gav under många år ut *Svensk Psykiatri*. Svenska Psykiatriska Föreningens Förhandlingar, en svartvit publikation i A5-format, utan foton eller andra illustrationer förutom i läkemedelsannonserna. Innehållet bestod av kallelser till möten, remissvar, debattartiklar, aktuell information och en hel del annan intressant läsning. Några år in på detta årtusende fann dock styrelsen att tiden var mogen för förnyelse. Tidskriften skulle få en ansiktslyftning och efter diskussioner med SFBUP beslutades det dessutom att den skulle bli gemensam för de båda föreningarnas medlemmar.

Våren 2005 firade SPF sitt 100-årsjubileum med ett möte i Vadstena. Under årsmötet där berättade dåvarande styrelse om den planerade förändringen och att en redaktionskommitté skulle tillsättas. Eventuella intresserade kunde anmäla sig till dåvarande redaktören Vigg Joste (som tragiskt omkom i en olycka 2015) direkt efter mötet.

Redan som barn tyckte jag om att skriva. Min syster och jag terroriserade omgivningen genom att göra små tidningar som vi sålde för någon femtioöring. På årsmötet i Vadstena blev jag således omedelbart begeistrad – detta var drömjobbet! Men jag förstod att konkurrensen skulle bli hård, för det här uppdraget var förstås något som alla skulle kasta sig över. Minns att jag inte kunde koncentrera mig på vad som sas under resten av mötet, jag var så nervös för att inte komma fram till Vigg i tid. Han stod nämligen längst fram till vänster och jag satt längst bak till höger. När mötet var slut for jag som en projektil genom salen, kanske välte jag någon stol och kanske knuffade jag någon, men inget skulle få stå i vägen. Och jag var först fram! Lycklig vände jag mig om för att se hur många jag hade efter mig. Där stod... ingen.

Jag pratade med Vigg och han tog mycket vänligt mina kontaktuppgifter. Sedan dröjde det många månader, jag hann bli orolig, men till slut ringde dåvarande SPF-ordföranden Anna-Maria af Sandeberg och meddelade att "nu sammankallar vi till första redaktionsmötet och du sitter ju i redaktionen".

Yes!

## David Eberhard, vår förste redaktör

Den nya tidskriftens förste huvudredaktör (och även ansvarig utgivare) var psykiatern och författaren David Eberhard. Som tidigare redaktör för Moderna Läkare hade David den erfarenhet som krävdes. Redaktionskommittén bestod inledningsvis av Björn Wrangsjö och Daniel Frydman (båda fortfarande med), jag själv samt Christer Olsfelt.

Det första numret, nr 2/2006, var på 36 sidor och hade temat Tvångsvård. Under det första året låg sidantalet stadigt runt 40 och innehållet bestod huvudsakligen av tema- och debattartiklar. Debatten kring psykiatriens väsen och



Sista numret av den gamla layouten, Nr 1 2006

arbetsmetoder var intensiv och tongångarna inte alltid så vänliga.

Jag kontaktade David och frågade hur han mindes sin tid som redaktör.

David berättade att han inte fick några andra instruktioner än att tidskriften skulle ändra inriktning och stil och bli mer lättillgänglig. Någon teknisk redaktör fanns inte, han skulle göra allt själv. Han hade ingen erfarenhet av InDesign mer än att han tittat över axeln på den som la in Moderna Läkare i programmet. Nu fick han på egen hand lära sig hur det fungerade.

David ledde redaktionsarbetet, korrekturläste, redigerade, layoutade, tog bilder, skrev... Han hade inte riktigt tänkt sig att han skulle få göra allt detta och han hade gärna skrivit mer själv, berättar han. Istället skrev redaktionen desto flitigare. Något problem med för litet material upplevde han aldrig. Redaktionsarbetet, att "spåna" och hitta på teman, var roligt. Medlemmarna i redaktionen hade olika ingångar, psykoanalys och biologi, men de respekterade alltid varandra.

Beträffande det understundom något hätska debattklimatet säger David att han ville få folk att reagera hellre än att de kastade tidskriften i papperskorgen, men att det förstås inte fick bli för låg nivå.

Då David blev redaktör hade hans första bok just kommit ut. Boken väckte stor uppmärksamhet och David befann sig plötsligt i en tillvaro där han intervjuades 3 gånger/vecka och åkte runt och höll föredrag. Detta skulle skötas samtidigt som han hade familj och ett heltidsarbete som psykiater. Det blev omöjligt att ha framförhållning vad gäller tidskriftsarbetet, det fick göras i sista stund, på nätterna. David älskar att ha mycket

att göra men till sist gick det inte längre, det blev för mycket. Han lämnade uppdraget som redaktör efter tio nummer och undertecknad tog över. Men som han skrev i sin sista ledare så höll han öppet för att en dag återvända.

Jag saknar det än idag, bekräftar David.

#### För kalenderbitaren: milstolpar och siffror

- Redan efter ett par nummer kom även SRPF med i samarbetet.
- Ända sedan premiärnumret 2006 har ST-läkarna medverkat, först genom SPF:s ST-sektion som då nyligen hade väckts till liv efter många års sömn, senare genom SLUP som nu bytt namn till STP.
- 2007 kom beslut från regeringen om utökade resurser till kurser för ST-läkare i psykiatri, det som kom att kallas METIS-kurser. Fram till sin bortgång 2012 rapporterade Raffaella Björck om utvecklingen av dessa i nästan varje nummer.
- Sedan nr 4/2008 har Stina Djurberg och Carol Schultheis varit tidskriftens tekniska redaktörer.
- Under åren har inflödet av artiklar ökat liksom sidantalet och innehållet har breddats.
- I nr 3/2011 nådde vi för första gången taket dvs. 96 sidor vilket är max. Fler sidor än så innebär att



Preminär för den nya layouten av Svensk Psykiatri, nr 2 2006

tidskriften måste bindas vilket skulle betyda en helt annan kostnad för oss.

Det ökade sidantalet fick oss att inse behovet av innehållsförteckning vilket vi haft på sid 2 alltsedan nr 1/2011.

Idag har vi tillsammans, redaktion och skribenter, producerat 3044 sidor fördelade på 42 nummer.



David Eberhard  
Foto: Thron Ullberg

Vi har haft 346 temabidrag, 147 debattartiklar, 94 recensioner, 233 rapporter från resor/möten/konferenser och därutöver en väldig massa information, porträtt, intervjuer mm.

#### Till sist

Ett syfte med den nya tidskriften var att bredda samarbetet mellan våra olika föreningar. Vilken betydelse den kan ha haft i detta avseende får andra yttra sig om. Men visst har vi fått en inblick i varandras verksamheter som vi annars inte hade fått!

Tidskriften rullar på och hyser förhoppning om att få fira många fler födelsedagar.

**Tove Gunnarsson**

**Redaktör för Svensk Psykiatri sedan nr 4 2008**

PS Mitt enda exemplar av det första numret, dvs. nr 2/2006, är svårartat källarfuktskadat och sprider en besvärande doft av mögel omkring sig. Om du har ett fräschare ex som du ändå tänkt göra dig av med är jag tacksam för kontakt! Maila till [redaktoren@svenskpsykiatri.se](mailto:redaktoren@svenskpsykiatri.se)



## Framsteg och bakslag

### Ett tioårsperspektiv

Som handledare och inspiratör inom psykiatrin har jag sett flera framsteg. Många av dem sprungna ur genombrottsprojektet *Bättre vård – mindre tvång* som SKL drev under flera år. Ett projekt som öppnade upp för personal att hitta nya sätt att tänka och arbeta. Att inte vara fast i det gamla, så har vi alltid gjort och så skall vi alltid göra.

- En del avdelningar har börjat arbeta aktivt för att undvika bältesläggning och andra tvångsmedel då man insett att tvångsåtgärder kan göra skada och orsaka svåra trauman.
- Flera avdelningar har också infört delat beslutsfattande och personcentrerad vård kommer allt starkare på vissa avdelningar.
- Mycket glädjande är att lågaffektivt bemötande har kommit upp på agendan för att förebygga bråk och våld.
- Att eftersamtal förekommer på flera håll – ett samtal mellan patient och personal efter en tvångsåtgärd.

Men det finns också bakslag:

- Det är fortfarande tillåtet att binda fast patienter i händer och fötter och en del personal är frustrerade över att de ännu inte funnit andra alternativ eller att lokalerna inte innehåller ett speciellt rum att dra sig in i för att hjälpa patienten ur sitt kaos i svåra lägen. Flera har uttryckt att de vill ha ett madrasserat rum.
- Det är också olyckligt att det fortfarande är unga kvinnor som bältas mest, även barn.
- Vården av dessa unga är fortfarande under all kritik på många håll i landet.
- Att tvångsvård fortfarande är avgiftsbelagd i de flesta landsting. Något som slår ut ekonomin hos människor och gör dem avigt inställda att söka vård.

Utifrån mitt eget patientperspektiv så har jag för första gången på en lång sjukdomshistoria fått hjälp att arbeta preventivt med min sjukdom. Jag har arbetat med acceptans, självmedkänsla och närvaro och både jag och min anhörig har fått gå en åtta veckor lång kurs i medveten närvaro. Tidigare har det mest handlat om tidiga tecken och att reglera min medicindos. Min nuvarande psykiater diskuterar medicin och biverkningar med mig och låter mig få sista ordet i valet om vilken medicin som är bäst. Det har inte varit en självklarhet tidigare.

Får jag önska något för framtiden så är det att det frigörs mer resurser till psykiatrin och att man hittar bättre metoder som alternativ till bältesläggning. Det vore också bra om den Individuella samarbetsplan som börjat användas inom psykosvården i Göteborg slår igenom brett i Sverige. Det skulle vara ovärderligt för mig som är känd av psykiatrin att i friska stunder kunna få formulera hur jag vill ha det om jag blir sjuk och att denna information sedan togs om hand av psykiatrin. Där skulle jag till exempel kunna skriva att jag inte vill bli bältad utan avskild, att jag vill att de ringer mina anhöriga, att jag inte tål viss medicin, att jag vill ha sprutan på höger sida, att jag blir lugn på kaffe. Ja all den information som jag behöver få fram för att kunna känna mig bemött som en människa även inom den psykiatriska heldygnsvården!

**Anneli Jäderholm**  
Handledare med egen erfarenhet  
Föreläsare, inspiratör  
Bonde på Elings ARK, Vedum

Foto: Nacy Wiklund

Info om den individuella samarbetsplanen: <https://www2.sahlgrenska.se/sv/SU/Forskning/Kompetenscentrum/Forskning-2/Individuell-samarbetsplan/>

Vad har hänt i svensk psykiatri de senaste tio åren?

## BRUKARINFLYTANDESAMORDNARE (BISAM)



BISAM-funktionen på Norra Stockholms Psykiatri bestående av Åsa Steinsaphir och Janine Semius  
Fotograf: Fredrik Nilsson

Sedan år 2006 har vissa psykiatriska kliniker i Stockholm haft en funktion som kallas Brukarinflytandesamordnare, eller "BISAM". BISAMs uppdrag är att arbeta med strukturer för ökat inflytande och stärka patientperspektivet, på strukturell nivå. En BISAM arbetar alltså på organisatoriskt plan på kliniken, inte i direkt patientarbete. Ett grundkrav för att få arbeta som BISAM är att man själv varit patient inom psykiatrin på

en omfattande nivå. Detta innebär ett nytt sätt att tänka om patientens erfarenhet som en formell kompetens att ta till vara på även på organisatorisk nivå. Inte bara som något som enbart blir aktuellt i den enskilda relationen mellan behandlare och patient.

Under de tio år som BISAM funnits i psykiatrin inom Stockholms Läns Sjukvårdsområde har antalet vuxit från



en till fem tjänster, fördelade på tre kliniker: Psykiatri Södra Stockholm, Norra Stockholms Psykiatri och Psykiatri Sydväst. Det som BISAM arbetar med rör sig dels om strukturer för inflytande från föreningar och organisationer utanför kliniken (t.ex. i form av Brukarråd tillsammans med patient- och närståendeorganisationer), men även om strukturer för att involvera patienter på kliniken i förbättringsarbete och tillvarata deras perspektiv.

### Patientforum

BISAM har bland annat tagit fram formen "Patientforum", som genom veckovisa möten med patienter inom heldygnsvården samlar in synpunkter och förbättringsförslag på vården generellt. Till skillnad från vårdens formella system som hanterar klagomål eller avvikelser, får man via Patientforum också reda på vad som fungerar och vad patienterna är nöjda med. Det möjliggör för förbättringsarbeten med patientperspektivet som grund både på övergripande klinisknivå, men också på den enskilda avdelningen.

I formen för Patientforum ingår att det leds av BISAM, det vill säga av någon som själv varit patient och är öppen med detta. Deltagare är de patienter som vill, samt avdelningens enhetschef. Erfarenheten är att en egenerfaren mötesledare gör det lättare för parterna att kommunicera på ett mer jämlikt plan, vilket gör att det blir mer av ett gemensamt lärande än det man uppnår via enkäter och formell klagomålsrapportering.

Patientforum startades upp i liten skala år 2010 och är nu en del av ordinarie verksamhet på de tre kliniker där BISAM finns. År 2015 fattades ett centralt beslut om att Patientforum ska implementeras på alla psykiatriska kliniker med heldygnsvård inom Stockholms Läns Sjukvårdsområde, som ett sätt att arbeta förbättrande med patientperspektivet som grund.

En vanlig fråga från kliniker som inte har Patientforum är i vilken mån ineliggande patienter är kapabla att lämna synpunkter som går att använda på ett konstruktivt sätt. Svaret blir att det i de allra flesta fall går alldeles utmärkt. Problemet handlar snarare om att vården ofta underskattar patienternas förmåga att uppfatta vad som pågår runt dem, alternativt underskattar vikten av att erbjuda en mötesform där de maktojämlikheter som vårdrelationen innebär är delvis neutraliserade.

### Medarbetare med brukarerfarenhet

I nuläget arbetar BISAM på Norra Stockholms Psykiatri och Psykiatri Södra Stockholm även med ett projekt som handlar om att anställa personer som i likhet med BISAM har egen erfarenhet av att vara patient, men som verkar i direkt patientarbete ute på avdelningarna. Det kallas för "Medarbetare med brukarerfarenhet" (eller "MB") och är en svensk variant av det man kallar för *Peer support worker*. MB har en stödjande roll som kan liknas vid en mentor, där de utifrån den egenerfarna kunskapen kan stödja och vägleda patienter i vårdapparaten. De kan samtidigt vara en förebild och inge hopp om att det går att leva ett gott liv även om man mått mycket dåligt. MB ersätter ingen befintlig funktion inom vården, utan kompletterar det existerande vårdteamet. MB är anställda på samma grund som alla andra medarbetare och deltar i alla personalens aktiviteter, de har bara en annan kompetens. Projektet pågår fram till december 2016. Halvvägs in har det fått mycket positiva omdömen från patienterna. Även personalen använder sig av MB, det är en kollega de konsulterar i olika frågor, använder sig av för att nå patienter de annars skulle ha svårt att skapa allians med, och tillför dem hopp om återhämtning.

### Övriga uppgifter

I övrigt används BISAM i olika former av personalutbildningar, där BISAM bidrar med patientperspektivet inom det ämne man fördjupar sig inom: olika diagnoser, olika typer av behandlingar, vårdformer, samverkansfrågor, situationer med hot och våld, och mycket mer. BISAM bevakar också frågor som rör delaktighet och inflytande inom andra projekt som pågår på klinikerna.

### Sammanfattningsvis

Det finns mycket inom vården generellt nu som pekar mot vikten av det man kallar "co-production", det vill säga att vården skapas i ett partnerskap tillsammans med den det berör. Inte bara för den enskilda patienten angående dennes vård, utan även på ett organisatorisk plan, i frågor som rör hur vården generellt kan förbättras på ett sätt som motsvarar de värden som är viktiga för patienterna.

**Åsa Steinsaphir**  
Brukarinflytandesamordnare  
Norra Stockholms Psykiatri

# Tio år – vad har hänt?

Vad har varit de viktigaste framstegen inom svensk psykiatri de senaste 10 åren! Frågan ställdes till medlemmarna i styrelserna för våra tre föreningar. Här följer en sammanfattning av svaren vi fick.

- De etiska frågorna finns på agendan igen
- Tvånget med dess innehåll och konsekvenser diskuteras
- Helhetssyn och samverkan är i fokus
- Patienters och närståendes röster hörs och ges utrymme
- Vi har insett att kropp, själ och ande är ett
- Patientsäkerhetsfrågan har hög prioritet även inom psykiatrin
- Många unga kollegor vill gärna ägna sig åt psykiatri, specialiteten har blivit mer attraktiv
  - Framtagandet av nationella riktlinjer och kunskapsdokument som ökar sannolikheten för en jämlik och säker vård
    - Det nationella arbetet med självskadeproblematik som bidragit till utvecklingen av framgångsrik behandling till en patientgrupp som tidigare fick mycket begränsad hjälp
    - Det tidiga omhändertagandet i sjukvården på primärvårdsnivå av barn och unga med psykisk ohälsa håller på att byggas ut i hela landet och möjliggör rätt insats till varje barn. Fokus har riktats mot elevhälsan och skolläkare har blivit en tilläggspecialitet till barnpsykiatri.
  - Arbetet mot stigmatiseringen av psykiskt sjuka, t.ex. genom kampanjer som Mental Health Run
- SPF:s och SFBUP:s årliga nationella kongresser
- BUP har de senaste tio åren tydligare definierat sig själva som specialistpsykiatri med ett medicinskt ledarskap
  - När neuropsykiatrin utvecklades skilde man mycket mellan de neuropsykiatriska diagnoserna och de övriga barnpsykiatriska diagnoserna. På många barnpsykiatriska öppenvårdsmottagningar genomfördes ej neuropsykiatriska utredningar och kunskapen kring t.ex. ADHD och autism var mycket begränsad. Idag är kunskapen betydligt mer etablerad. Detta har skapat en bredare syn på våra patienters problematik och en större chans att kunna hjälpa till med rätt typ av utredning och behandling.

Arbetet mot stigmatiseringen av psykiskt sjuka, t.ex. genom kampanjer som Mental Health Run

SPF:s och SFBUP:s årliga nationella kongresser

Framtagandet av nationella riktlinjer och kunskapsdokument som ökar sannolikheten för en jämlik och säker vård

Många unga kollegor vill gärna ägna sig åt psykiatri, specialiteten har blivit mer attraktiv

**Tove Gunnarsson**  
Redaktör Svensk Psykiatri



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

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

## Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

Har Du förslag på en person som Du vill nominera som hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen?

I våra stadgar står "Till hedersledamot må på förslag av styrelsen vid ordinarie föreningsmöte kallas person som på framstående sätt främjat föreningens syften. För beslut om sådant medlemskap krävs

minst 2/3 av de vid mötet röstande.  
Till hedersledamot kan även icke läkare väljas".

Skicka in nomineringen till någon i styrelsen  
senast den 31/12.

**ANNONS**



Journalisten Bosse Lindquist, upphovsmannen till den hyllade dokumentären om kirurgen Paolo Macchiarini, berättar om sina erfarenheter av att komma nära en intervjuperson

Professor Sophie Erhardt från Karolinska Institutet berättar om nya möjligheter att via biomarkörer identifiera suicidrisk

Ullakarin Nyberg intervjuar journalisten och författaren Niklas Ekdal, som skrivit en bok om den depression som fick honom att förlora livsviljan

Panelsamtal om sorg med författaren Ulrika Jannert Kallenberg, som skrivit boken "Döden ingen talar om"

"Allvarligt talat" - paneldiskussion med möjlighet för publiken att ställa frågor. Filosof Susanna Radovic med flera deltar

Ny psykiatrisk forskning presenteras med Simon Kyaga som moderator

Teater med MolièreEnsemblen

Suzanne Osten deltar med Pebbles Karlsson Ambrose och diskuterar kring filmklipp om "Vad föräldrar med psykisk sjukdom behöver för att ge sina barn en trygg uppväxt" samt i paneldiskussion om sorg.

Anna-Lena hos Dr Jan  
– en antidepressiv show med  
Jan Sigurd och Anna-Lena Brundin

Går det att övervinna lakanskräck?  
Hur blir man av med självmordsbenägna vänner?  
Är Björn Borg-dyrkan orsak till en generation kvinnors ätstörningar?  
Standup, dialog, jazz, chansons och calypso med psykologisk klangbotten  
Kongressmiddagen den 16 mars kl. 19.30 på Svenska Psykiatrikongressen  
Svenska Mässan, Göteborg



**Svenska Psykiatrikongressen har  
numera en egen hemsida!**

**Håll utkik!**

**[www.svenskapsykiatrikongressen.se](http://www.svenskapsykiatrikongressen.se)**

Missa inte!



**"Allvarligt talat"** -  
paneldiskussion med möjlighet för  
publiken att ställa frågor. **Filosof**  
**Susanna Radovic** med flera deltar.


## Senaste nytt från Cullbergstipendiet

Cullbergstipendiet finansierar resor för studiebesök vid en psykiatrisk klinik eller institution utomlands under två till fyra veckor. Det utdelas årligen till specialister eller ST-läkare i psykiatri med syftet att de ska få erfarenheter och kliniska kunskaper som är väsentliga för att fördjupa svensk psykiatri.

En av årets tre stipendiater, ST-läkaren Wan Kam från Psykiatri Nordväst i Stockholm, har nu påbörjat sin auskultation i Hong Kong. Hon ska där studera traditionell kinesisk medicin kontra västerländsk psykiatri vad gäller depressionsbehandling. Hon bloggar om sina upplevelser på stipendiets hemsida [www.cullbergstipendiet.se](http://www.cullbergstipendiet.se). Där kan du också läsa om hur du ansöker om stipendium 2017. Se även annons på annan plats i detta nummer.

Missa inte detta!

För stipendiekommittén  
**Tove Gunnarsson**



Deadline för bidrag till  
nästa nummer: **16/11**  
Tema: **Kön**



# SPF i Almedalen 2016

Bland Almedalsveckans återkommande programpunkter noteras Psykisk Hälsa- Caféet anordnat av SKL. Svenska Psykiatriska Föreningen var i år, liksom tidigare år, inbjudna att delta i caféet med en timmes programpunkt. Psykisk Hälsa-Caféet är ett forum för alla intresserade med vägarna förbi Visby att träffas och diskutera angelägna frågor inom området psykisk hälsa under lättsamma former.

I år veks SPF:s programpunkt åt att berätta om den kartläggning av psykiatrisk slutenvård i Sverige, som gjorts under våren på initiativ av SPF-styrelsen (kartläggningen går att läsa mer om i nästa nummer av Svensk Psykiatri).

Denna genomfördes av överläkare Antoinette Lundahl, ST-läkare Mariana Hultén och psykiatrisjuksköterska Henrik Lind (alla från Norra Stockholms psykiatri), av vilka Mariana och Henrik deltog vid Psykisk Hälsa-caféet.

Presentationen hölls som ett rollspel där SPF:s ordförande Hans-Peter Mofors och vice ordförande Ullakarin Nyberg intervjuade fiktiva företrädare för två sinsemellan väldigt olika avdelningar, spelade av Mariana och Henrik. Rollspelet åskådliggjorde de stora skillnader i vårdens kvalitet och innehåll som framkommit i kartläggningen, och vilka konsekvenser detta har för patienter på respektive avdelning. På detta sätt gjordes framtagen statistik levande och en häftig diskussion tog fart i publiken, vilken utgjordes av bland annat företrädare för patient- och anhörigföreningar, politiker liksom kollegor inom psykiatrin. Helt klart är att ämnet väcker starka känslor!

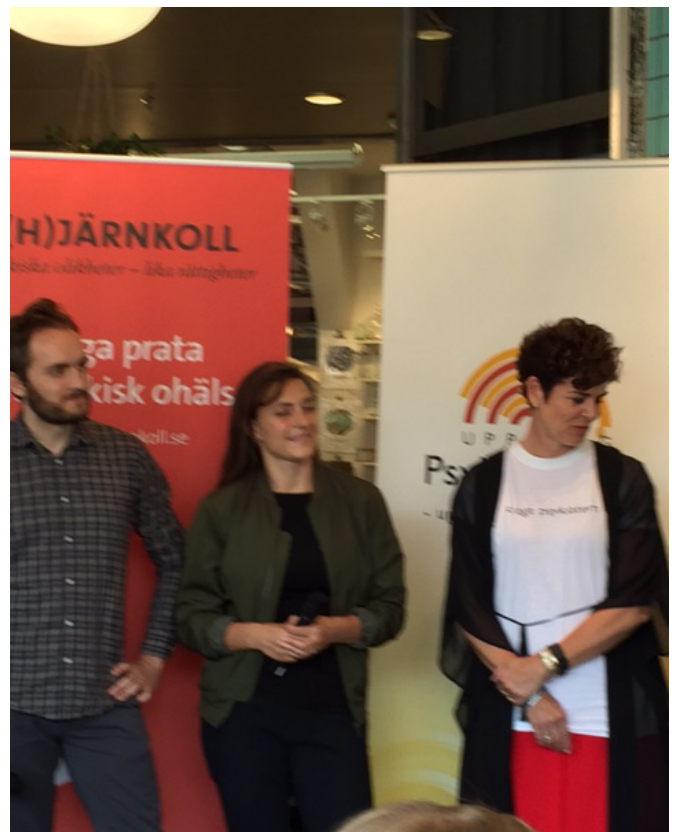
Kerstin Evelius (Statens samordnare för området psykisk ohälsa) var inbjuden till att kommentera föreningens kartläggning efter rollspelet. Denna debatt kom att handla mycket om organisation och utveckling, vikten av patientcentrerat förhållningssätt, och hur vi i framtiden kommer att gå mot mer kunskapsstyrning i psykiatrin.

Psykisk hälsa-caféet filmades och finns tillgängligt på internet, via Uppdrag Psykisk Hälsas hemsida.

**Hanna Spangenberg**  
ST-representant SPF:s styrelse



SPF och STP gjorde gemensam sak och markerade vår närvaro i Almedalen genom att bära tröjor med texten "Fråga psykiatern" för att synas och bjuda in till samtal."







## Rapport från Almedalen 2016

Det var flera intressanta seminarier som avlöste varandra på Psykisk Hälsa-kaféet på Hästgatan i Visby.

Ett seminarium handlade om tvångsvård av unga. Rebecka Anserud hade själv varit tvångsvårdad och beskrev den stora rädsla och utsatthet som unga människor kan känna när de för första gången vårdas t.ex. på BUP. Alla deltagare var rörande ense om att det är viktigt att så få tvångsåtgärder som möjligt vidtas. Men om det ändå blir nödvändigt är det viktigt att man i teamet diskuterar efteråt vad man kan lära sig och om man kan göra något annat för att slippa exvis en bältesläggning och att patienten involveras med sin kunskap. Hjärnkollsambassadör Bengt Sprowede, som hade brukarerfarenhet, tog upp den mediala bilden av tvång i psykiatri och att den kunde vara felaktig och skilja sig ifrån den kliniska erfarenheten. Han påpekade också vikten av att anhöriga är delaktiga i vården.

Ett annat dialogseminarium handlade om det bästa mottagandet av flyktingbarn och detta seminarium arrangerades av SFBUP. Dr Björn Ramel påpekade att det sannolikt finns många traumatiserade ungdomar i denna grupp och också utbredd psykiatrisk morbiditet. En ungefärlig uppskattning var att cirka 40 % beräknades ha en psykiatrisk diagnos. Det finns också många resursstarka yngre i denna grupp, men det gäller att mottagandet blir

bra. Volontär Pernilla Ström ifrån organisationen "Refugees welcome" berättade om sitt stora engagemang i Malmö som innefattade att hon gav husrum till en hel flyktingfamilj.

Nationella Självskadeprojektet var också rikt representerade och bland annat dr Sofie Westling berättade om sin forskning i Lund för att hitta goda vårdmodeller som t.ex. kan innehålla brukarstyrda inläggningar. Lise-Lotte Risö Bergerlind berättade om att man i Västra Götalandsregionen planerar att starta ineliggande vård för självskadepatienter. Brukarrepresentanten ifrån SHEDO Hannah Parnén ansåg att det var mycket viktigt att anhöriga fick stöd så att de i sin tur orkade stötta patienten.

Avslutningsvis var det många kloka ord, framtidstro och entusiaster ifrån psykiatri som var inställda på dialog med publiken. Det är tydligt att psykisk sjukdom och ohälsa är något som berör många på djupet.

**Cecilia Mattisson**

**Styrelsen SPF**

**Foto: Hanna Spangenberg**

# Nationellt kunskapscentrum för flyktingbarn?

**Mer utbildning av vård- och omsorgspersonal, bjud in civilsamhället och inför ett nationellt kunskapscentrum för flyktingbarn. Det var några förslag som nämndes under SFBUPs välbesökta seminarium om flyktingbarn och psykisk hälsa i Almedalen.**

Politikerveckan i Almedalen är ett slags inferno av åsikter, kunskap och människor. I år hölls över 3 700 seminarier – nytt rekord. Om antalet ord per kvadratmeter och minut vore en OS-gren hade Visby kandiderat till guldet.

BUP-relaterade ämnen som vård och omsorg, integration samt barn och ungdomar stod högt på dagordningen. Från Almedalsscenen, där partiledarna talar, var temat ofta blågult. "Svenska värderingar" hyllades. Anna Kinberg Batra (M) pressade in ordet Sverige 60 gånger i sitt anförande.

Migrationsminister Morgan Johansson (S) ville kanske inte vara sämre. Under en intervju en bit därifrån, på Kaserngatan, slog han fast att Sverige har världens bästa flyktingmottagande. Självgodheten rimmar illa med ett antal färska rapporter (se referenslista) om bristerna i mottagningsystemet. Viss ödmjukhet skulle måhända också klä ministern då forskning pekar på att runt 40 % av de ensamkommande uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos få månader efter ankomsten, och att svårigheter i mottagarlandet är mycket betydelsefulla för förloppet.

Panelisterna vid SFBUPs seminarium *Bästa mottagandet – för flyktingbarnens psykiska hälsa* hade överlag många förslag på vad som bör förbättras.

Camilla Sköld, socialpolitisk chef på Akademikerförbundet SSR, kritiserade bristande förutsättningar för socionomer som arbetar inom socialtjänsten och på boenden att göra individuella bedömningar och möta flyktingbarnens behov. Utöver mer resurser efterlyste hon utbildningsåtgärningar inom socialtjänst, skola och vården.

Det stora problemet är att befintliga kunskaper om hur personer med posttraumatisk stress ska hjälpas inte implementeras, svarade Jannes Grudin, psykolog och handläggare på Rädde Barnen. Det drabbar barn födda i Sverige, precis som flyktingbarn menade han och önskade bl.a. mer nationell samordning och samverkan mellan kommuner.

Maria Ferm, gruppleddare och talesperson i migrationsfrågor för Miljöpartiet, ansattes av panel och publik för de nya och strama asylreglerna. Liksom andra företrädare för det traditionellt flyktingvänliga partiet växlade hon mellan att

försvara och ta avstånd från lagen. Hårt pressad hävdade hon att reglerna är förenliga med barnkonventionen, och motiverade med justeringar partiet fick igenom rörande möjligheten till familjeåterförening och permanent uppehållstillstånd i vissa fall.

Ferm beskrev i generella termer att MP jobbar för att ett mer humant mottagande, inklusive utbyggd traumavård, kan ta vid då den tillfälliga lagen upphör. Konkreta förslag om vägen dit hade hon mindre av. Men ett nationellt kunskapscentrum för flyktingbarn har diskuterats internt i partiet, förklarade hon till publikens bifall.

Refugees Welcome – vars grundare nyligen nominerats till Raoul Wallenbergs pris – representerades av skribenten och småföretagaren Pernilla Ström. Ström, som hösten 2015 ofta var på Malmö central för att ta emot flyktingar, upprördes över myndigheternas misstänksamhet mot civilsamhället. Bland annat förespråkade hon regellättnader för att fler personer, likt henne själv, ska kunna husera nyanlända. "Det har gett mig oerhört mycket och ger ju dem som flytt en direktkanal in till det svenska samhället. Varför inte införa en boendepeng?", föreslog hon.

Marknadsgyckel eller politikens Kiviks marknad? Det går att tycka mycket om Almedalen, men där förs också vetgiriga, öppna och kunskapsintensiva samtal. Att barnpsykiatrisk erfarenhet hörs och tar plats i detta och andra sammanhang där beslut om barns psykiska hälsa växer fram är viktigt.

**Björn Ramel, moderator vid seminariet  
Teamet för krigs- och tortyrskadade, BUP Malmö**

## Referenser

Swedish Reception of Unaccompanied Refugee Children – Promoting Integration? Wimelius et al 2016. Int Migration & Integration

Nyanlända barn och den svenska mottagningsstrukturen. En kunskapsöversikt från Forte, juli 2016.

Barn på Flykt. Barns och ungas röster om mottagandet av ensamkommande. Barnombudsmannen 2016.

## 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, Läke-medelsverkets föreskrifter mm. Att svara på dessa är en viktig uppgift för våra föreningar då det ger oss möjlighet att bevaka psykiatris och våra patienters intressen.

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

**Tove Gunnarsson**  
Redaktör Svensk Psykiatri



Fotograf: Martin Skoog

Missa inte!



### Millas mirakel

Teaterföreställning på SPK

Milla går på högstadiet. Hon tycker om att dansa, men utöver det ter sig livet fullständigt värdelöst. Milla saknar helt sammanhang. Den enda ljusningen är dansen men när chansen väl kommer att söka till dansgymnasiet drar hon sig undan. Milla ger upp. Ingen vill ha henne – och Milla beslutar att nu ska de få som de vill. Just den isande kalla vinternatten möter hon en fullständigt osannolik figur, en enhörning, som säger att han kan hjälpa henne att försvinna. Han erbjuder henne en resa på sin rygg med destination världsrymdens ände. En snabb och enkel sorti i universums svarta hål. Men under resan dit återfår Milla den livsgnista hon trots allt har kvar och nu vill hon inget hellre än att leva.

2017 års ST-konferens 18-20 januari!



# Expanding Minds

## STP 2017

“Psykiatri för framtiden”

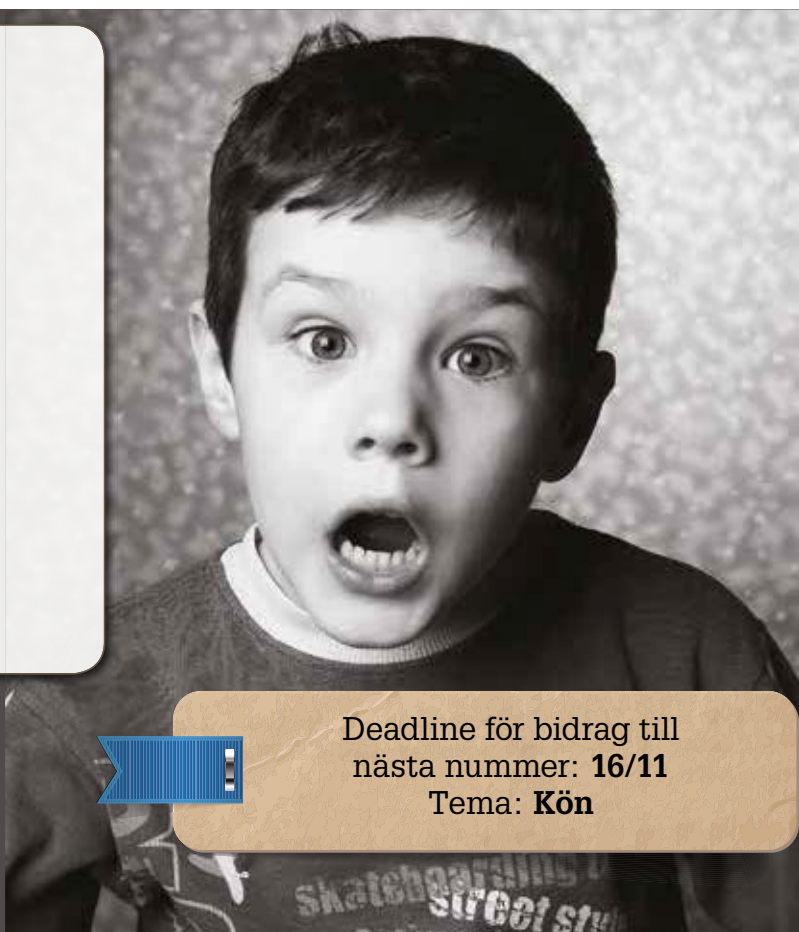
med föreläsare, bl.a. Christopher Gillberg och Danuta Wasserman  
Stockholm, Hasseludden

Mer information och program finns inom kort på vår hemsida: [stpsykiatri.se](http://stpsykiatri.se)



### 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



Deadline för bidrag till  
nästa nummer: **16/11**  
Tema: **Kön**

# Glöm inte våra hemsidor:

På respektive förenings hemsida läser Du alltid senaste nytt:

Svenska Föreningen för Barn - och Ungdomspsykiatri:

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

ST-läkare i psykiatri:

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

Svenska Psykiatriska Föreningen:

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

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:

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





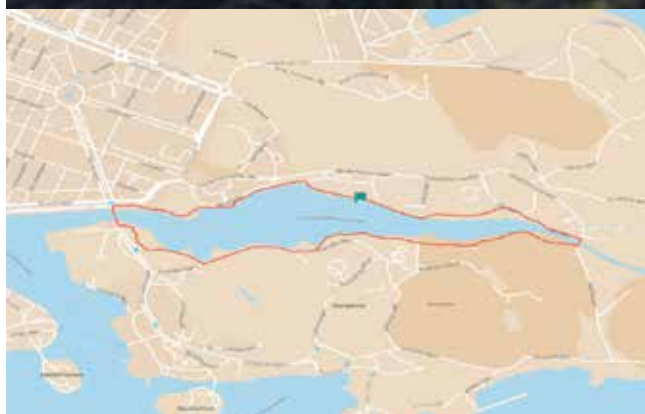


# Mental Health Run 2016

Stockholm, lördag 8 oktober kl. 13.00

Ett välgörenhetslopp på 5 km för att motverka stigmatisering av psykisk sjukdom och för att stödja psykiatrisk forskning

För mer info och anmälan gå in på [mentalhealthrun.se](http://mentalhealthrun.se)



## Loppets bana

Start och målgång vid Sjöhistoriska museet. Loppet går sedan längs en lättlöpt/lättgången bana på 5km runt Djurgårdsbrunnsviken.



## Fem kilometer för att motverka fördomar - Mental Health Run den 8/10!

Du har väl inte missat att anmäla dig till Mental Health Run. Loppet har i år vunnit "Award for Excellence" vid den Europeiska konferensen för ST-läkare i psykiatri för sin insats för att motverka fördomar kring psykisk sjukdom. Var med i år du också. Glöm inte att anmäla dig via hemsidan [www.mentalhealthrun.se](http://www.mentalhealthrun.se) till loppet som går av stapeln den 8/10.

## Prestigefyllt pris till STP och Mental Health Run!

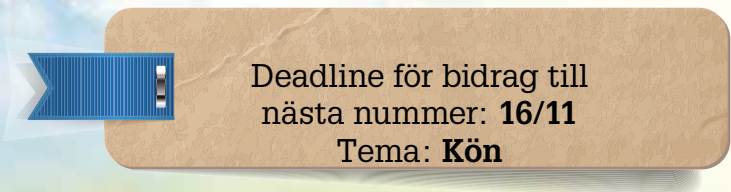
STP tilldelades i juli EFPT (European Federation of Psychiatric Trainees) *Award for Excellence 2016* för sitt arbete med Mental Health Run. De fick utmärkelsen i konkurrens med 8 andra projekt från 4 olika europeiska länder.

### Ur motiveringen:

On World Mental Health Day 2015, almost 1200 people took 5 million steps to to raise awareness of mental health disorders in Sweden.

The project called "Mental Health Run" is a charity run to raise awareness of psychiatric disorders and to raise money for organizations and initiatives improving mental health. It started as an idea from Anna Malmqvist, a member of STP, the Swedish federation of psychiatric trainees. In this unique project representatives from STP worked with the Swedish Psychiatric Association and two patient organizations called Suicide Zero and Hjärnkoll. More than 20 000€ was raised and stories of people with experience of psychiatric illness were shared through texts and films on social media, that was seen by up to 25 000 people. The homepage provided information on psychiatric disorders and the two biggest newspapers in Sweden wrote about the project.

**Tove Gunnarsson**  
Styrelsen SPF



Deadline för bidrag till  
nästa nummer: **16/11**  
Tema: **Kön**



EPAGOT  
2016

30 November - 3 December, 2016  
Scandic Hotel Opalen, Göteborg



18<sup>th</sup> EPA Section Meeting  
in Epidemiology  
& Social Psychiatry  
*Social Psychiatry and Epidemiology  
in a changing world*

Förlängd låg avgift samt abstract deadline  
till den 3 oktober för svenska psykiatriker!

[www.epagot2016.se](http://www.epagot2016.se)

Kontakta Sweden MEETX AB, e-post: [epagot2016@meetx.se](mailto:epagot2016@meetx.se), Tel: +46 31 708 86 90

Missa inte!



**Ullakarin Nyberg**  
intervjuar  
journalisten och  
författaren **Niklas  
Ekdal**, som skrivit  
en bok om den  
depression som fick  
honom att förlora  
livsviljan.



## Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse  
har beslutat instifta:

Utmärkelse för pedagogiska insatser för  
psykiatrin till Raffaella Björcks minne.

Priset kommer att delas ut i samband med  
Svenska Psykiatrikongressen 2017.

**Vill du nominera någon till priset?**

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post  
till webmaster/teknisk redaktör Svensk  
Psykiatri:  
[webmaster@svenskspsykiatri.se](mailto:webmaster@svenskspsykiatri.se)  
**senast den 15/1 2017.**

Hjälp oss att hålla Raffaellas brinnande intres-  
se för psykiatri och pedagogik levande på  
detta sätt!

Styrelsen

Svenska Psykiatriska Föreningen

**ANNONS**



## Narkomanvård Historik del 2



Foto: Shutterstock/ OpenRangeStock

**“Beroendemedicin” har blivit en allt viktigare del av psykiatri, både i Sverige och internationellt. Jag vill gärna komplettera den föregående artikeln (Svensk Psykiatri nr 2 2016) med fakta som behövs för förståelsen – var faktiskt med på den tiden. Snedvriden historieskrivning utan saklig bakgrund kan vara förödande.**

Under tidigare decennier på 1900-talet kom de som använde narkotika ofta från kreativa yrken och hade varit utomlands. Men kring 1960 ändrade sig bilden. En konferens med titeln “Tala eller tiga” antydde att man var osäker hur problemen skulle hanteras. Svaret blev att man skulle “tala”, men pedagogiken var outvecklad – en del som sades skapade nog främst mer nyfikenhet hos unga osäkra.

Inom WHO bestämdes vid en expertkonferens 1963 med medverkan av professorn vid Karolinska Institutet Leonard Goldberg, att man skulle avskaffa begreppen “habituation” och “addiction” och i stället använda begreppet “dependence” fogat till substansens namn. På senare tid har man haft semantiska problem – begreppet “beroende” på svenska har använts luddigt och oprecist, och i DSM-5 har man återinfört termen “addiction”! Men precis översättning till svenska är inte lätt. “Substanssyndrom” är en modern term.

Socialmedicinaren Nils Bejerot hade främst erfarenheter från kriminalvården och var en engagerad debattör, under

en tid när somliga propagerade för legalisering av narkotika. Ett experiment kallades med fog “legal narkotikadöd”.

I Sverige dominerade cannabis och amfetamin. Opioider, särskilt heroin, kom senare.

I Göteborg hade Maj-Britt Holmberg god sakkunskap. På 80-talet utvecklade Kerstin Tunving i Lund stora kunskaper och var en sällsynt god kliniker. Kerstin blev ordförande i en nordisk expertgrupp som 1984 publicerade två högklassiga rapporter om cannabis. Hon disputerade 1985, blev docent och hade goda internationella kontakter.

I Lund och Malmö har också professorerna Mats Berglund och Agneta Öjehagen verkat. Båda har efter 2000 engagerats som experter av SBU och Socialstyrelsen. I de yttersta av dessa dagar har Anders Håkansson, universitetslektor och vetenskaplig sekreterare i Läkaresällskapets sektion för beroendemedicin, gjort utmärkta insatser. Samhällsvetaren Björn Johnson i Malmö utgör ett friskt inslag.

Fluctuat nec mergitur – hon gungar men hon sjunker icke.

**Ulf Rydberg**  
Professor emeritus, f.d. överläkare



## I detta nummer möter Du **Sara Lundqvist**

Vice ordförande  
SFBUP



Sonenes egenodlade solros

### **Född**

1978 i Umeå.

### **Bor**

I Göteborg.

### **Familj**

4 st välartade unga män mellan 1 och 41 år.

### **Arbetar**

Som vårdenhetsöverläkare på en öppenvårdsmottagning i Göteborg samt som kursledare på studierektorskansliet ST på Sahlgrenska.

### **Vad gör Du när Du INTE jobbar?**

Jag umgås med vänner och familj, sjunger i kör, är intresserad av fiske och fjällvärlden samt tycker verkligen om att dansa även om det blivit lite lite av den varan de senaste åren.

### **Anser du dig vara troende?**

Nej.

### **Vilken bok ligger just nu på ditt nattduksbord?**

Två böcker som vi läst i en kurs jag håller för ST-läkare, "Fågelbovägen 32" och "Flyga drake". Bägge böckerna väcker tankar om etik och drivkraften att göra rätt.

### **Vad gör Dig lycklig?**

Bra möten, känslan av att dra åt samma håll som sina arbetskamrater och livskamrater, när barnen skrattar, när vattnet är varmt i havet och hur luften känns i början på hösten och... musik förstås.

### **Vilken film/bok/TV-serie citerar du allt som oftast?**

Jag är nog inte den som citerar saker så ofta generellt... Ibland citerar jag personer som fångar något komplext i enkla konkreta termer, det tilltalar mig.

### **Vilka är SFBUP:s största utmaningar under de närmaste åren?**

En av våra stora utmaningar är att underlätta att vården och omhändertagandet av barn och ungdomar med psykisk ohälsa samlas ihop bättre och närmare runt patienten. Vi som jobbar med denna grupp behöver hjälpas åt. Vi behöver lära av varandra och lära känna varandra. Vi läkare behöver kliva fram i elevhälsan, på vårdcentraler och i specialistpsykiatri för att se till att den vård som erbjuds våra patienter och deras familjer är kvalitetssäkrad och jämlik. Här har SFBUP en viktig roll för att facilitera samverkan med både andra specialistföreningar och myndigheter.

Vi har också en viktig utmaning i att stimulera att det utbildas fler specialister i barn- och ungdomspsykiatri. Vi behöver stötta BUP-klinikerna så att de kan ta hand om kandidater och AT-läkare för att väcka och stimulera intresset för barn- och ungdomspsykiatri så att fler får möjlighet att lära sig denna spännande specialitet. Vi behöver finnas där för ST-läkarna under deras väg mot specialistexamen och vi behöver stimulera till fortsatt fortbildning för specialistläkare och möjliga vägar framåt för dem som vill forska.

**Stina Djurberg**  
Redaktionen  
Svensk Psykiatri  
Foto: Jon Bermark



Missa inte!



Foto: Malin Fagerström

Panelsamtal om sorg med författaren  
**Ulrika Jannert Kallenberg**  
som skrivit boken "Döden ingen talar om"

Missa inte!



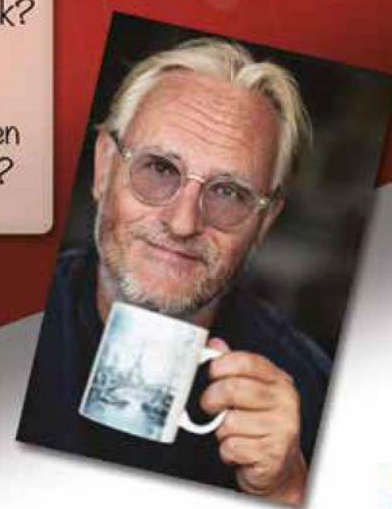
Journalisten **Bosse Lindquist**,  
upphovsmannen till den hyllade  
dokumentären om kirurgen **Paolo  
Macchiarini**, berättar om sina  
erfarenheter av att komma nära  
en intervjuperson.

## Anna-Lena hos Dr Jan

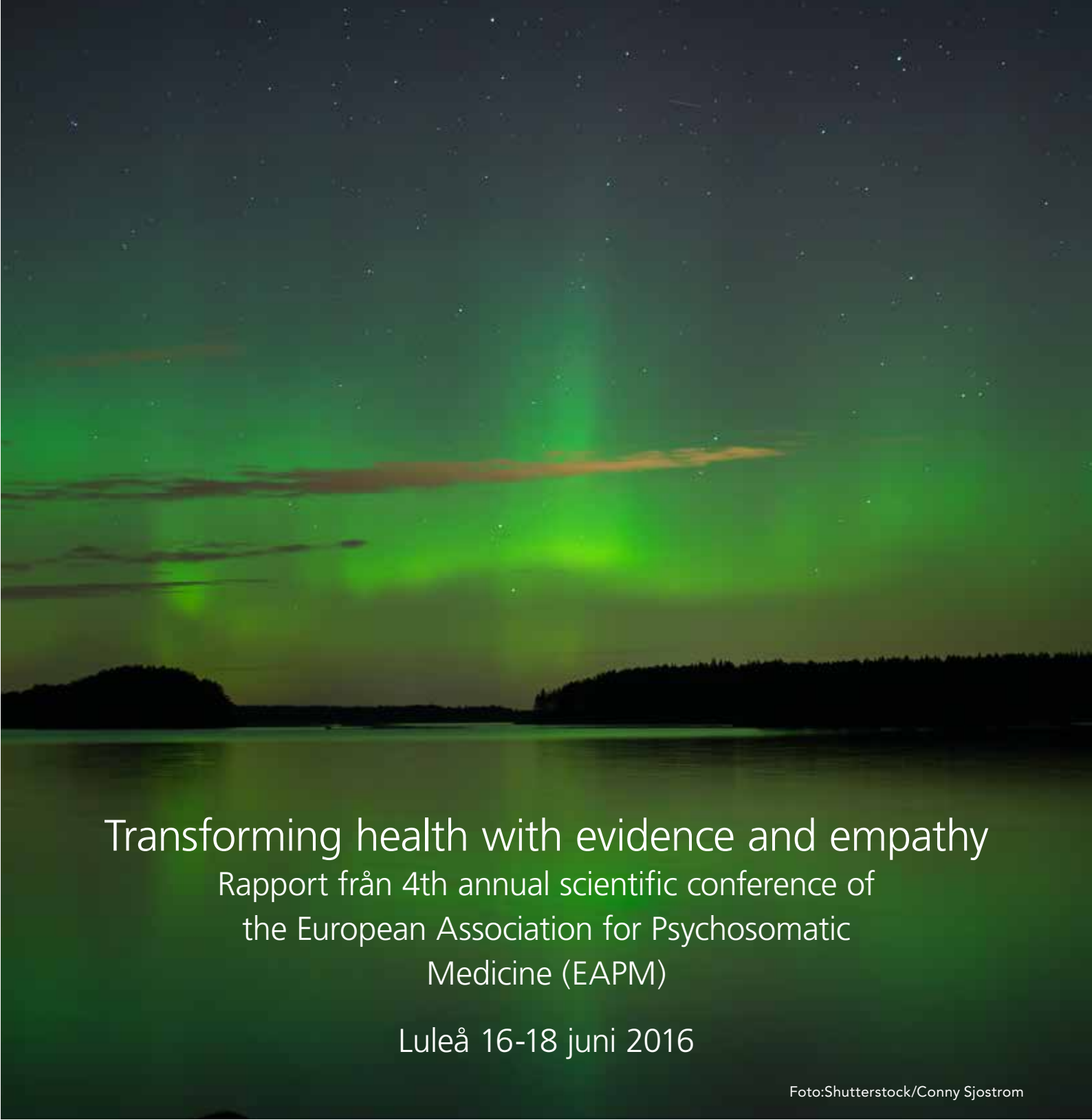
– en antidepressiv show med Jan Sigurd och Anna-Lena Brundin

Standup, dialog, jazz,  
chansons och calypso med  
psykologisk klangbotten

Går det att övervinna lakanskräck?  
Hur blir man av med  
själmordsbenägna vänner?  
Är Björn Borg-dyrkan orsak till en  
generation kvinnors ätstörningar?



Kongressmiddagen den 16 mars kl. 19.30 på Svenska Psykiatrikongressen  
Svenska Mässan, Göteborg



# Transforming health with evidence and empathy

## Rapport från 4th annual scientific conference of the European Association for Psychosomatic Medicine (EAPM)

Luleå 16-18 juni 2016

Foto:Shutterstock/Conny Sjostrom

Efter två framgångsrika omgångar av vår Masterclass Psychiatry i samarbete med Maudsley Hospital, King's College London, stod Norrbotten läns landsting i mitten av juni som värd för en internationell konferens i psykosomatisk medicin och konsultationspsykiatri. Över 400 deltagare från 40 länder världen runt samlades i Luleå för att delta i Europas främsta årliga konferens i ämnet och för att uppleva Norrbottens exotiskt ljusa sommarnätter.

För konferensen hade vi valt temat "Transforming Health with Evidence and Empathy" för att återspegla de enorma utmaningar som finns inom psykosomatisk medicin och konsultationspsykiatri. Det som den nordamerikanska läkaren Sir William Osler redan för 200 år sedan visste är fortfarande relevant idag: Det är mycket viktigare att veta vilken typ av patient som har en sjukdom än vilken sjukdom en patient har. Den moderna vetenskapen kan lägga till en biologisk dimension till den ursprungliga psykologiska

tolkningen.

En absolut höjdpunkt var konferensens öppningsanförande av Sir Simon Wessely, ordförande för Royal College of Psychiatrists i Storbritannien. Simon påminde oss med sin unikt underhållande stil om att våra nuvarande läkarprogram med klart definierade sjukdomsbilder i fokus, lämnar nyblivna läkare nästan utan verktyg för att kunna hantera den stora mängden av kroniska syndrom, symptom och mjuka indikationer, där det fortfarande saknas en neurobiologisk förklaring. Därför är EAPM:s årliga konferenser så viktiga. De ger en möjlighet till kunskapsutbyte för sjukdomstillstånd som är vanliga, men som får relativt lite beaktning från lärosäten.

I den första plenarsessionen undersökte vi länken mellan evidens och empati med Gary Rodin (Toronto), Carmine Pariante (London) och Manfred Beutel (Mainz). Den andra plenarsessionen berörde sömnstörningar samt somatiska och psykologiska komplikationer vid fetmakirurgi, med Colin Shapiro (Toronto) och Gladys Witt-Strain (New York) som föreläsare. I den tredje plenarsessionen, neurovetenskap mellan kropp och själ, föreläste Tjörborn Elvsåshagen (Oslo) om nervcellernas plasticitet, Rickard Wiksell (Stockholm) om behandling av kronisk värk och Robert Maunder (Toronto) om anknytningsteorins betydelse för sjukdomsprocessen.

Under EAPM 2016 lades en stor tonvikt på klinisk kunskap förutom forskning. De mest populära kliniska kurserna var vår tredje Masterclass Psychiatry i samarbete med David Taylor från Maudsley Hospital i London, Masterclass om funktionella tillstånd med Århus universitet, samt workshop i kognitiv bedömning av äldre och ungdomar med universiteten i Århus och Maastricht.

Konferensen avrundades med en känsloladdad konsert av den samiska artisten Sofia Jannok och Norrbottens Big Band, följt av en traditionell svensk midsommarbuffé, komplett med typiskt midsommarväder, mulet och lätt regn.

Rotary Young Health Professionals Travel Award var en lokal nyhet i detta års konferens. Resestipendiet instiftades av Luleå Södra Rotaryklubb och var avsett för att sjukvårdspersonal från ett låg- eller medelinkomstland skulle kunna delta i konferensen. Stipendiet delades ut till Dr. Deirdre Pieterse, läkare från Kapstaden som utbildar sig vidare som konsultationspsykiatriker. Dessutom presenterades under konferensen den återupplivade svenska föreningen för konsultationspsykiatri, med Marie Bendix som ordförande.

Konferensen var certifierad för såväl LIPUS som EACCME och gav således viktiga studiemeriter för ST-läkare och specialister. EACCME-certifieringen betydde dessutom att konferensen var ett av de få utbildningstillfällen i Sverige där läkare i Europa, men även i USA och Kanada, fick CME-poäng för sin kompetensportfölj.

Vi är stolta över att vi kunde välkomna några av världens främsta experter i psykosomatisk medicin och konsultationspsykiatri till EAPM 2016. Konferensens tema, "Transforming Health with Evidence and Empathy", väckte många intressanta tankar, som vi har sammanfattat i vår [EAPM 2016 conference video](#). Om vi genom EAPM 2016 förmedlat att evidens och empati inte utesluter men gärna kompletterar varandra, då har vi uppnått vårt syfte.

Medan EAPM nästa år vänder sig söderut till Barcelona med EAPM 2017 Barcelona, kommer vi nu att ta en liten kreativ paus. Vi räknar med att vara tillbaka i februari 2018 med nästa upplaga av Masterclass Psychiatry. Certifiering för såväl LIPUS som EACCME kommer denna gång att ingå för att bredda vårt koncept med masterclass internationellt. Vi möts igen i Luleå 2018.

**Ursula Werneke**  
**FRCPsych**  
**Docent och överläkare**  
**Sunderby sjukhus, Luleå**

**John Sandström**  
**Kommunikatör**  
**Norrbottens läns landsting**

# ALLA KÄNNER NÅGON

Utmattningsyndrom relaterat till stress är idag den vanligaste orsaken till sjukskrivningar i Sverige. Stöd Psykiatrifonden så hjälper du forskningen framåt. Ring vår gåvotelefon på 070-140 75 35, swisha valfritt belopp till 123 900 75 01 eller sätt in ditt bidrag på BG 900-7501 alternativt PG 900 750-1. Läs mer om oss på [www.psykiatrifonden.se](http://www.psykiatrifonden.se)

90 SVENSK  
INSÄMLINGS  
KONTROLL



## Almedalsmedverkan, löpning, cykling och gala för psykisk hälsa

Psykiatrifondens arbete för att minska fördomar kring psykisk sjukdom och samla in forskningsmedel till forskning för att minska psykisk ohälsa går vidare. Senaste månaderna har delaktighet i programmet i Almedalen varvats med deltagande i cykellopp och medarrangemang av Mental Health Run samt en begynnande plan för en gala tillsammans med 1.6 och 2.6 miljonerklubben för att minska fördomar kring psykisk sjukdom.

### Vad behöver föräldrar med psykisk sjukdom för att ge sina barn en trygg uppväxt?

Som en uppföljning av den förfilmepremiär på Skandia som Psykiatrifonden var medarrangör till i april anordnade Psykiatrifonden en diskussion med filmklippvisning under programmet i Almedalen. Psykiatrifondens fördomsprisvinnare Pebbles Karlsson Ambrose diskuterade under programmet tillsammans med regissör Suzanne Osten kring frågan vad föräldrar med psykisk sjukdom behöver för att ge sina barn en trygg uppväxt. Vad de kom fram till i korthet handlade om tidiga interventioner och rätt behandling till föräldern samt en fördomsfri miljö med människor som på ett naturligt sätt kan prata om och gripa in och hjälpa till för att öka nätverket runt barnet under period då föräldern mår för dåligt för att själv "räcka till" för att ge barnet den trygghet den behöver.

### Spring, lunka, gå eller cykla för psykisk hälsa

Psykiatrifonden har senaste året tagit ett aktivt beslut om att knyta sig till flera och olika former av aktiviteter förenade med motion. Detta med anledning av att motion både kan förebygga och verka behandlande av psykisk sjukdom. Med anledning av detsamma är fonden medarrangör av Mental Health Run som går av stapeln den 8/10 i Stockholm och i år även spridit sig till Malmö där loppet kommer äga rum på Mental Health Day den 10/10. Om du inte redan anmält dig än gå in på [www.mentalhealthrun.se](http://www.mentalhealthrun.se) och kom och spring, lunka, gå med oss för att ytterligare minska fördomar kring psykisk sjukdom. Kan du inte delta på någon av orterna stöd gärna arrangemanget i alla fall och spring där du är i anknytning till Mental Health Day 10/10. Förutom jogging har Psykiatrifonden påbörjat ett samarbete med flera aktiva cyklister som antingen själva eller har anhöriga med

psykisk sjukdom. Detta har resulterat i att Psykiatrifonden under Velothon - Stockholms största cykellopp - kommer finnas representerat för att motverka fördomar kring psykisk sjukdom.



### Psykiatrisk "gala" i planeringsstadiet

Fonden har det senaste året i olika sammanhang samarbetat med 1.6 och 2.6 miljonerklubben för att betona vikten av psykisk sjukdom hos kvinnor och alla deras anhöriga. Nästa större projekt är att tillsammans anordna en gala för att minska fördomar kring psykisk sjukdom. Projektet är i en tidig planeringsfas men stora chanser finns att det kommer äga rum redan under 2017. Tanken är att genom galan minska fördomar kring psykisk sjukdom och lyfta fram behoven av rätt behandling vid psykisk sjukdom och för den delen mer psykiatrisk forskning för än bättre vård. Mer information om utveckling av denna gala inom kort.

### #alla känner någon

Psykiatrifondens arbete för att minska fördomar kring psykisk sjukdom och samla in forskningsmedel går alltså vidare. Spridningen av tanken om att alla känner eller är någon med psykisk sjukdom likaså. Varmt välkomna att göra det med oss på någon av ovanstående evenemang eller precis där du är. För att bli stödmedlem eller veta mer om Psykiatrifonden och dess arbete som numera även beskyddas av Arvid Carlsson gå in på [www.psykiatrifonden.se](http://www.psykiatrifonden.se)

**Martin Schalling**  
Ordförande Psykiatrifonden

**Maria Larsson**  
Ordförande programutskottet Psykiatrifonden

**ANNONS**



# Reflektioner från en barnpsykiatriker

## Vem vill du prata med om du mår dåligt - en polis eller sjuksköterska?

För ett par år sedan kunde vi se hur polisen ingrep när konstnären Anna Odell iscensatte sitt självmordsförsök på Liljeholmsbron i Stockholm. Det fick oss att ställa oss frågan: Vem vill man prata med när man hamnar i en psykiatrisk kris? Om du blir akut somatiskt sjuk är det självklart att någon från sjukvården kommer. Om du blir akut psykiatriskt sjuk är det inte lika självklart, vid självmordshot är det oftast polisen som larmas och rycker ut. Förutom att detta belastar polisen så kan ju polisen inte erbjuda någon akut hjälp eller behandling. Det kan också bli stigmatiserande att polisen kommer. Därför blev jag riktigt glad när jag i sommar läste en artikel om att psykiatrin i Norra Stockholm har en psykiatrisk akutbil med två specialistutbildade sjuksköterskor som rycker ut vid akuta psykiatriska tillstånd. Projektet har varit mycket lyckat under de två år som det funnits och nu har det bestämts att man skall permanenta denna verksamhet. Bilen har ryckt ut 4-5 gånger varje dygn och verksamheten har varit mycket uppskattad av både patienter och personal samt av polisen. Jag har själv en mycket positiv erfarenhet av en liknade verksamhet inom vårt område där ett akut psykiatriskt mobilteam kan rycka ut och göra akuta och planerade hembesök på jourtid. Mobila teamet utgår från vuxenpsykiatrin men tar sig även an barnpsykiatris patienter. Jag undrar vad som skulle hänt om akutbilen hade kommit till Anna Odells räddning, det hade kanske inte blivit något konstnärligt projekt.

## Minskar eller ökar en aktiv elevvård behovet av mediciner?

Då och då kommer det inslag i media om att det förskrivs för mycket medicin till barn och unga, det handlar nästa alltid om läkemedel som används vid psykiatriska tillstånd. Nu senast var det diskussion om melatonin och tidigare i sommar om ADHD-mediciner. Det är bra att man har en diskussion och en kritisk hållning till behandling, speciellt när det rör barn och ungdomar, men utgångspunkten vid dessa diskussioner är ofta att medicinering är negativ och fel. Det jag saknar är bredare analys varför medicineringen ökar. Själv fick jag en tankeställare när jag såg statistiken från Socialstyrelsen. Vår mottagning servar två kommuner. Förskrivningen av ADHD-läkemedel var 4 % i den ena kommunen och 9 % i den andra. I kommunen med hög förskrivning är elevhälsan mycket aktiv, gör många utredningar och remitterar mycket till BUP, medan man i den andra kommunen, med lägre förskrivning, är mer



passiv och rekommenderar i större utsträckning föräldrar att själva söka BUP. I diskussionen framförs att det är bristande insatser i skolan som leder till att medicineringen ökar, vilket säkert är sant, men det kan ju också vara så att ökad aktivitet i skolan att hitta barn med svårigheter leder till att fler barn utreds vilket i sin tur leder till att fler får medicin. Hjälper medicinen så blir det lätt en spridningseffekt. Ofta hör jag föräldrar berätta att man har bekanta och vänner vars barn har haft god nytta av mediciner och därför vill man att det egna barnet som har svårigheter skall få prova medicin. I diskussionen förs ofta fram att medicinerna inte har någon dokumenterad effekt och att den har många biverkningar men man kan inte bortse från att många barn och unga har en mycket bra hjälp av medicinen och att det säkert bidrar till att fler vill prova. Rätt eller fel? Det kan ju bara avgöras om barnet har nytta av medicinerna.

Lars Joelsson  
Ordförande SFBUP





## Vidgade vyer

### Rapport från en Cullbergstipendiats resa till Uganda

Under hösten 2015 var jag i Kampala, Ugandas huvudstad, för att göra mitt vetenskapliga ST-arbete. I Uganda bor det cirka 35 miljoner människor och det finns ett 30-tal psykiatriker. Jag gjorde en kvalitativ studie där jag intervjuade patienter, anhöriga till patienterna och vårdpersonal på en beroendeavdelning samt traditionella medicinmän och religiösa ledare. De 30 intervjuerna utfördes enligt ett kulturanpassat formulär med fokus på förklaringsmodeller för alkoholberoende samt frågor om stigmatisering, hur man söker hjälp, hur man botar eller lindrar beroende osv.

Anledningen att jag gjort den här studien är att jag upplevt i en del fall att patienter från andra kulturer inte verkar ha tilltro till behandlingen och att de gett uttryck för andra tolkningar av sina symtom än vad vi här är vana vid. Mitt mål med resan var att försöka förstå mer hur man tänker i Uganda kring alkoholberoende och för att belysa deras kulturella

uppfattningar. Med ökad förståelse skulle det kunna bli lättare att förhålla sig till dessa patienter i framtiden.

#### I väntan på tillstånd

Att ansöka om etiskt tillstånd var en komplicerad process och ett krav för att överhuvudtaget få använda materialet till någon form av rapport. Ansökan tog lång tid och jag var tvungen att personligen vid flera tillfällen åka till olika institutioner runt om i Kampala för att överlämna ansökan med mycket personlig information om både mig själv och mina föräldrar. Det krävdes många kopior av olika blanketter samt foton på mig. I väntan på att få mitt etiska tillstånd fick jag möjlighet att följa med på den psykiatriska öppenvårdsmottagningen. Det var drop-in och dagligen bedömde en psykiater alla patienter som kom. Det rörde sig vanligen om ett 40-tal patienter i alla åldrar med alla typer av psykiatriska tillstånd inklusive epilepsi och huvudvärk. På en epidemiologisk nationell konferens fick jag bland annat



höra om forskning på hjärnmalaria och dess konsekvenser med framför allt epilepsi och psykisk ohälsa. Värst drabbade var barn som fått hjärnmalaria innan fem års ålder. Epilepsi var också mycket vanligare i denna grupp.

### **Butabika Hospital**

Patienterna som jag intervjuade var inlagda på Butabika Hospital, det nationella mentalsjukhuset och det enda sjukhuset man kunde remittera till för psykiatriska sjukdomar i Uganda. De patienter jag intervjuade var väldigt tacksamma och hade hög tilltro till vården på Butabika Hospital. Samtidigt var patientunderlaget inte representativt för landets befolkning då samtliga var välutbildade och majoriteten hade studerat flera år på universitetsnivå. Den icke representativa fördelningen av patienter tycks bero på tilltron till den västerländska medicinen snarare än ekonomiska resurser då allt inklusive mat och mediciner var gratis (så är det inte på de andra sjukhusen i landet). Medicinerna efter sjukhusvistelsen och uppföljningen var också gratis. Beroendepatienterna var inlagda så länge doktorn eller sjuksköterskorna ansåg det nödvändigt, men det rörde sig ofta om 2-3 månader. Det fanns 24 platser för beroendepatienter på sjukhuset. Det fanns privata alternativ utanför sjukhuset där man fick betala cirka 75 kronor per dygn och då var man tvungen att vara inlagd i minst 3 månader. Detta sågs som en stor kostnad för de flesta ugandier.

### **Forest school**

För att hitta traditionella medicinmän att intervjua besökte jag "Forest school", en skola med undervisning en dag per vecka om traditionell medicin. De flesta som gick i skolan arbetade redan som traditionella medicinmän. Man kallade sig herbalist, spiritualist, barnmorska och det fanns även bendoktorer som skulle motsvara ortopedier. Jag



träffade några som var specialiserade på malaria, HIV/AIDS, tyfoid respektive sår. En man som jag intervjuade var specialiserad på HIV/AIDS och påstod sig ha en alternativ behandling till västvärldens antiretrovirala medicin. Han ville dock inte avslöja vad hans medicin innehöll. Enligt honom innehåller de olika medicinmännens blandningar mot HIV samma ingredienser, men dosering och tillagning kan skilja sig åt. Ingredienserna ska även i stor omfattning vara desamma som i västvärldens medicin enligt honom. Jag fick besöka en spirituellt lektion. Man var först tvungen att ta av sig skorna eftersom det rummet ansågs heligt. De började med att förklara om sina redskap bestående av spjut. Varje spjut hade koppling till några andar till människor som dött. Ett av spjuten hade koppling till andar som gav upphov till alkoholberoende. Jag fick se gruppen som var samlad dansa och trumma för att tillkalla sina andar för att söka svar



på frågor. Jag fick berättat för mig att anledningen till att man blir alkoholberoende är att andarna inte tycker om det man gjort eller det man gör. I Uganda är en vanlig förklaring till alkoholberoende att förfädernas andar är i personen och tvingar denne att dricka alkohol. Alkohol är en viktig del av kulturen i landet och det är ett måste att brudgummen ger brudens familj brudgåva i form av alkohol.

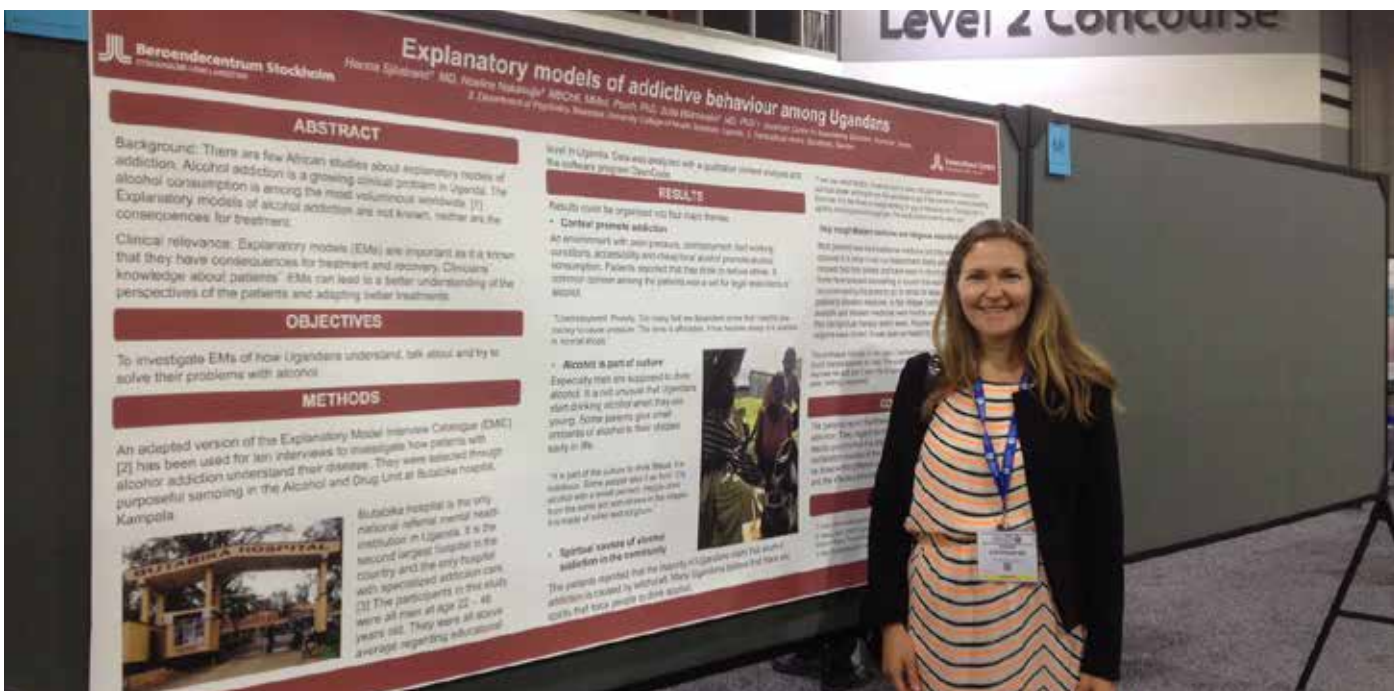
### Alkohol överallt

En orsak till att man har stora problem med hög alkoholkonsumtion i Uganda (högst i Afrika) ansågs vara hög arbetslöshet samt att det är billigt och lättillgängligt. På marknaden såg man ofta tomma plastförpackningar som innehållit 100 ml 40-procentig hembränd alkohol. Sedan flera år tillbaka har man kunnat köpa plastförpackningarna nästan överallt dygnet runt för motsvarande 1,15 kronor. I byarna samlas man frekvent runt en lerkruga med alkohol som framställts genom att fermentera hirs. Man dricker ur gemensamma långa sugrör som går runt i cirkeln och det är inte ovanligt att man spenderar större delen av dagen i denna form av gemenskap.

I maj fick jag möjlighet att presentera en poster på APA i Atlanta och nu arbetar jag vidare med att analysera mitt material. Denna resa har varit en mycket värdefull erfarenhet för mig. Jag vill tacka för Cullbergstipendiet, vilket har bidragit till att jag lärt mig mycket samt gett mig vidgade vyer och bredare perspektiv.

**Text och foto:**  
**Hanna Sjöstrand**  
 ST-läkare

**Beroendecentrum Stockholm**





# SPF Fortbildar - Fokus Psykiatrisk diagnostik

## Hur ska vi diagnostisera så att det bäst gynnar patienten?

För att bidra till ökad kunskap och belysa frågan om psykiatrisk diagnostik, med även möjlighet att ta in synpunkter från medlemmar kring önskad utveckling, har SPF:s styrelse beslutat att anordna fyra utbildningseftermiddagar runt om i landet under vintern. Olika föreläsare särskilt insatta i området kommer att föreläsa ur olika perspektiv samt delta till en levande diskussion kring frågan i Stockholm, Göteborg, Malmö och Umeå.

### Röster om fortbildningsatsningen

*Ullakarin Nyberg, vice ordförande SPF:*

I takt med att Sveriges befolkning förändras blir det allt viktigare att hitta rätt vårdnivå för den enskilda individen. Det finns en tendens i samhället att medikalisera det lidande som hör livet till och som kan vara en helt normal, men smärtsam, reaktion på svåra händelser. Å andra sidan sker fortfarande en underdiagnostik av potentiellt livsfarliga tillstånd, till exempel akut suicidrisk. Det är en utmaning för alla oss som arbetar inom psykiatri att hitta sätt att väga in patientens och närståendes expertis i den diagnostiska utredningen.

*Alessandra Hedlund, facklig sekreterare SPF:*

Diagnostik är en av de stöttepelare som psykiaterns arbete vilar på. I en tid då psykiatri tilltalas av standardisering och siffror har vi psykiater en viktig roll i att värna om verklighetens komplexitet. Diagnosen må vara ett mål men den förutsätter en pedagogisk process där både läkare och patienten lär sig någonting, en process som utgör grunden för framtida insatser.

*Herman Holm, föreläsare:*

Jag själv tror tiden på många sätt är mogen för att ta nästa steg vad gäller psykiatrisk diagnostik. Det innebär inte att gå tillbaka utan utifrån vår nuvarande kunskapsnivå bygga vidare och försöka komma från de inbyggda svagheter som nuvarande DSM och ICD-system är belastade med. De riskerar, framför allt som de ofta används på ett felaktigt sätt, att bli överinklusiva. Jag tror att det är dags för ett mer dimensionellt tänkande där historik, utveckling, grad av symtom och funktionsnedsättning får större betydelse.

*Tove Lugnegård, föreläsare:*

Jag tror att det är viktigt att belysa frågan då det finns stor

efterfrågan i samhället på psykiatrisk diagnostik, frågan kommer inte alltid från patienten själv, och då behöver vi som psykiater vara vaksamma på vad vi ger oss in i. Psykiatrisk diagnostik kan göras på så många olika nivåer och olika psykiatriska diagnoser har väldigt olika karaktär. Förutom att vi behöver vara omsorgsfulla i vår diagnostik behöver vi därför också aktivt ta ställning till vilken "diagnostisk nivå" vi väljer. Här måste patientens eget incitament och subjektiva lidande vara avgörande.

*Lena Nylander, föreläsare:*

Jag tror att vi tyvärr idag försöker hitta snabbspår eller genvägar till att ställa "rätt diagnos" eftersom jag anser att vi olyckligt nog har organiserat vår vård och insatser utifrån nu rådande system. Exempel är vuxenhabiliteringen, där till exempel en ASD- eller psykosdiagnos på många håll är en inträdesbiljett till rätt insatser. Många patienter utan ASD-diagnos eller klara psykosymtom men med samma grad av funktionsnedsättning och motsvarande tyngd av symtom skulle ha nytta av denna nivå av omhändertagande för vård och rehabilitering, men får det inte för de har "fel" diagnos. Jag tror vi behöver hitta ett diagnostiskt system som bygger på ett utforskande av patientens levnadshistoria, somatiska, kognitiva och emotionella funktion med mera för att förstå personen. Jag tror att de flesta patienter vill bli förstådda, snarare än diagnostiserade.

Övriga föreläsare under turnén är bland andra Bo Runeson, Lisa Ekselius, Jörgen Herlofson, Göran Rydén, Katarina Howner, Lars Jacobsson, Mats Adler och Peder Björling.

För fullständigt program - som sedermera kommer ha formell avslutning under SPK - gå in på [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se).

**Varmt välkommen till någon av föreläsningseftermiddagarna och delta i diskussion om varför du anser att frågan kring psykiatrisk diagnostik är viktig att belysa och dela med dig av din åsikt om hur du tror vi ska diagnostisera så att det gynnar patienten bäst!**

**Maria Larsson**

**Moderator SPF Fortbildar – Fokus Psykiatrisk diagnostik**

## SPF fortbildar - Fokus Psykiatrisk diagnostik

# "Hur ska vi diagnostisera så att det bäst gynnar patienten?"

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse bjuder in till kostnadsfri fortbildningskurs kring Psykiatrisk Diagnostik för medlemmar i SPF eller STP på olika universitetsorter runt om i landet. Förutom föreläsningar bland annat kring diagnostisering i den "processororienterade" vården,

över respektive underdiagnostisering av ADHD och autism, personlighetens betydelse vid diagnostik och rapport från nationell arbetsgrupp kring frågan kommer stora möjligheter till levande diskussion finnas.

För fullständigt program på din närmaste universitetsort gå in på [www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

Miss inte chansen att anmäla dig redan nu då först till kvarn gäller. Anmälan görs till Ewa Mattsson på [kanslisten@svenskpsykiatri.se](mailto:kanslisten@svenskpsykiatri.se) senast en vecka innan önskad föreläsningseftermiddag. Finns inte platser kvar kom gärna till annan ort.

Programmet kommer ha formell avslutning under SPK i mars så missa inte heller att boka av de datumen, 15-17 mars 2017.

Varmt välkommen att ta del av en eftermiddag för ökad kunskap kring diagnostik och bidrag till bästa utveckling i frågan. SPF:s styrelse

## TURNÉPLAN

16/11	STOCKHOLM Tid: 13:00 till 16:30 Plats: Svenska Läkarsällskapet
23/11	GÖTEBORG Tid: 13:00 till 16:30 Plats: Clarion Hotel Post
29/11	MALMÖ Tid: 13:00 till 16:30 Plats: High Court
10/01 2017	UMEÅ Tid: 13:00 till 16:30 Plats: Föreläsningssalen, Psyk klin, NUS





**16/11****STOCKHOLM**

Tid: 13:00 till 16:30

Plats: Svenska Läkaresällskapet

Värd: Michael Ioannu, SPF's styrelse

13:00 - 13:15

**Inledning - Hur ska vi diagnostisera så att det bäst gynnar patienten?**

Maria Larsson, överläkare och moderator

13:15 - 13:35

**Strukturerad diagnostik och uppföljning i den "processororienterade vården" idag och i framtiden**

Mats Adler biträdande verksamhetschef, överläkare Psykiatri Sydväst, med dr

13:35 - 13:55

**Över- och underdiagnostik av ADHD och autism**

Tove Lugnegård, överläkare Psykiatri Nordväst, med dr

13:55 - 14:15

**Diagnostikens betydelse vid suicidriskbedömning**

Bo Runeson, professor Karolinska Institutet

14:15 - 14:45 Fika

14:45 - 15:05

**Personlighetens betydelse vid diagnostik**

Peder Björling, överläkare Psykiatri Sydväst

15:05 - 15:35

**Rapport från arbetsgruppen "Psykiatrisk diagnostik"**

Jörgen Herlofsson, psykoterapeut och överläkare Stockholm

15:45 - 16:15

**Paneldiskussion, Mats Adler, Tove Lugnegård, Peder Björling, Jörgen Herlofsson, Bo Runeson**

16:15 - 16:30

**Avslutning - Hur ska vi diagnostisera så att det bäst gynnar patienten?**

Take-home message från alla deltagare

**23/11****GÖTEBORG**

Tid: 13:00 till 16:30

Plats: Clarion Hotel Post

Värd: Michael Ioannu, SPF's styrelse

13:00 - 13:15

**Inledning - Hur ska vi diagnostisera så att det bäst gynnar patienten?**

Maria Larsson, överläkare och moderator

13:15 - 13:45

**Strukturerad diagnostik och uppföljning i den "processororienterade vården" idag och i framtiden**

Göran Rydén, verksamhetschef Norra Stockholm Psykiatri

13:45 - 14:15

**Över- och underdiagnostik av ADHD och autism**

Lena Nylander, överläkare Lund, med dr

14:15 - 14:45 Fika

14:45 - 15:15

**Biomarkörernas betydelse vid diagnostik**

Katarina Howner, ST-läkare, med dr Rättsmedicinalverket

15:15 - 15:45

**Rapport från arbetsgruppen "Psykiatrisk diagnostik"**

Lars Jacobsson, professor emeritus Umeå Universitet

15:45 - 16:15

**Paneldiskussion**

Göran Rydén, Lena Nylander, Katarina Howner, Lars Jacobsson

16:15 - 16:30

**Avslutning - Hur ska vi diagnostisera så att det bäst gynnar patienten?**

Take-home message från alla deltagare

**29/11****MALMÖ**

Tid: 13:00 till 16:30

Plats: High Court

Värd: Cecilia Mattsson, SPF's styrelse

13:00 - 13:15

**Inledning - Hur ska vi diagnostisera så att det bäst gynnar patienten?**

Maria Larsson, överläkare och moderator

13:15 - 13:45

**Strukturerad diagnostik och uppföljning i den "processororienterade vården" idag och i framtiden**

Göran Rydén, verksamhetschef Norra Stockholms Psykiatri

13:45 - 14:15

**Över- och underdiagnostik av ADHD och autism**

Lena Nylander, överläkare Lund, Med dr

14:15 - 14:45 Fika

14:45 - 15:15 \*)

15:15 - 15:45

**Rapport från arbetsgruppen "Psykiatrisk diagnostik"**

Herman Holm, överläkare Lund

15:45 - 16:15

**Paneldiskussion, Göran Rydén, Lena Nylander, Herman Holm \*)**

16:15 - 16:30

**Avslutning - Hur ska vi diagnostisera så att det bäst gynnar patienten?**

Take-home message från alla deltagare

**10/01  
2017****UMEÅ**

Tid: 13:00 till 16:30

Plats: Föreläsningssalen, Psyk klin, NUS

Värd: Ullakariny Nyberg, SPF's styrelse

13:00 - 13:15

**Inledning - Hur ska vi diagnostisera så att det bäst gynnar patienten?**

Ullakariny Nyberg, moderator

13:15 - 13:45

**Diagnostik från storstad till glesbygd**

Maria Larsson, överläkare \*)

13:45 - 14:15

**Samsjuklighetens betydelse vid diagnostik**

Tony Andersen, överläkare Umeå

14:15 - 14:45 Fika

14:45 - 15:15

**Personlighetens betydelse vid diagnostik**

Lisa Ekselius, professor Uppsala

15:15 - 15:45

**Rapport från arbetsgruppen "Psykiatrisk diagnostik"**

Lars Jacobsson Professor Emeritus Umeå Universitet

15:45 - 16:15

**Paneldiskussion**

Tony Andersen, Lisa Ekselius, Lars Jacobsson, Maria Larsson

16:15 - 16:30

**Avslutning - Hur ska vi diagnostisera så att det bäst gynnar patienten?**

Take-home message från alla deltagare

\*) Programmet i Malmö och Umeå kommer att kompletteras och finnas tillgängliga på [www.svenkpsykiatri.se](http://www.svenkpsykiatri.se)



# Rättshaveristiskt beteende som psykisk ohälsa

Foto: Shutterstock/Zolnerek

Den psykiatriska vården är särskilt utsatt för människor med rättshaveristiskt beteende. Dels återspeglar beteendet en psykisk ohälsa och borde som sådan vara föremål för psykiatrins intresse. Dels är den psykiatriska vården en del av det samhälle med vård, omsorg, skola och socialtjänst som ofta blir fokus och måltavla för detta beteende.

*En anhörig till en ineliggande patient på en psykiatrisk klinik agerar som patientens ombud. Hen kräver särskilda insatser som inte överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vid återkommande tillfällen begär hen ut patientens journaler. Samtalen med psykiatriker och personal spelas alltid in. Ombudet söker också påverka patienten att inte delta i den behandling som erbjuds. Klagomål har flera gånger lämnats till IVO från den anhörige. Då klinikledningen inför besöksrestriktioner anmäls klinikchefen till JO.*

*En barnpsykiatriker som gett ett utlåtande till socialtjänsten vilket legat till grund för ett omhändertagande, upptäcker att han förekommer med namn, adress och bild på Facebook-sida där föräldrarna vars barn blivit omhändertagna söker stöd hos allmänheten. Kritiken mot honom är osaklig och aggressiv, men många har gillat inlägget på sidan. Föräldrarna har även begärt ut psykiatrikerens ansökningshandlingar hos Regionen.*

Från 2014 har jag tillsammans med min kollega psykolog Andreas Svensson kommit att intressera mig särskilt för detta beteende. Resultatet finns sammanställt i boken: "Möta människor med rättshaveristiskt beteende". [2]

## Rättshaveristiskt beteende genom tiderna

Min bild är att detta är ett beteende som ökar och som tar sig nya uttryck i ett samhälle där valfrihet och transparens är viktiga nyckelord och där sociala medier skapar obegränsade möjligheter att komma till tals med varandra. Rättshaveristiskt beteende är ett begrepp som inte är vetenskapligt, snarare en förvrängning av det tyska ordet "rechtshaberei", och som ofta används både slarvigt och nedsättande.

Rättshaveristiskt beteende hör samman med den diagnos Emil Kraepelin utarbetade i början på 1900-talet: kverulansparanoia. Psykiatrikern Jan Otto Ottosson beskrev den som en person "präglad av aggressiv självhävdelse, parad med misstro mot auktoriteter och samhällets administration. Det är en man som håller på sin rätt, överklagar från instans till instans och som i avslag ser bevis på samhällets rutenhet och systematiska maskopi mot honom". [3] Idag för kverulansparanoia en ytterst tynande tillvaro i ICD 10 som diagnos. Fram till 1970-talet skrevs det mycket i ämnet. Därefter kan man nästan tala om "diagnosen som försvann". De sista årtiondena visar dock på försök att åter fånga in beteendet under olika begrepp. Psykiatrikerna Jozsef Gerevich och Gabor S. Ungvari har kallat beteendet för Kohlhaas syndrom efter författaren Heinrich von Kleist (1771 – 1811) roman Michael Kohlhaas. [4] Professorn i juridik Christian Diesen har ur rättsväsendets perspektiv introducerat begreppet Justice Obsession Syndrome och antyder därmed det tvångsmässiga drag som ofta finns hos dessa personer. [5] Posttraumatic Embitterment Disorder (PTED) är en diagnos som inte än används inom sjukvård och psykiatri, men som ligger på förslag för införande för att beskriva en patientgrupp som uppvisar ett stereotyp

beteendemönster, ofta efter att ha varit med om en svår förlust utan ångestskapande karaktär. Dessa personer är arga, skymfde och hjälplösa, och har en djup känsla av att världen behandlat dem orättvist. [6] Idag placeras vi vanligtvis rättshaveristiskt beteende som del och inslag i andra diagnoser, främst vanföreställningssyndrom och personlighetssyndrom. Psykiatrikern Susanne Bejerot har påpekat att neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som högfungerande autism tycks skapa en sårbarhet för rättshaverism. [7]

### Svårighet att mentalisera

Människor med rättshaveristiskt beteende har uppenbara problem med att mentalisera. Att mentalisera är att tänka och känna om våra egna och andras tankar och känslor. En människa med rättshaveristiskt beteende kan inte hantera en förväntad eller oväntad och ovälkommen situation med mentala processer och söker därför istället lösa samma situation med juridiska processer och olika rättvisaspekter.

*Ett föräldrapar kommer till skolan för att ställa en lärare till svars. De uppträder hotfullt och vägrar att identifiera sig och tala om vilka de är. Då detta upprepas vid flera tillfällen bestämmer rektor att föräldrarna endast får komma till skolan vid i förväg planerade möten samt vanliga föräldrasamtal. Föräldrarna motsätter sig detta och anmäler rektor till JO och Skolinspektionen.*

Rättshaveristiskt beteende berör därför både psykiatri och juridik som undersökande områden. Benjamin Lévy har i två studier visat hur man inom olika länder tenderat att se dilemmat antingen som en psykiatrisk eller en juridisk angelägenhet. [8] De australienska psykiatrikerna Paul E. Mullen och Grant Lester menar att det är hög tid för modern psykiatri att åter engagera sig i rättshaveristiskt beteende, såväl inom forskning som kliniskt arbete. [9]

### Hur känner man igen rättshaveristiskt beteende?

- Lång och omständlig berättelse. Återkommande långvariga telefonsamtal
- Vägrar att låta sig överbevisas av fakta och rättsliga beslut
- Ställer krav som ofta inte är förenliga med vetenskap, beprövad erfarenhet eller evidens. Kräver att få instruera eller utbilda personal
- Begär ut alla tänkbara handlingar. Ställer många och detaljerade frågor på materialet
- Spelar in samtal – gör bildupptagningar – samlar på dokumentation
- Skickar brev, mejl och sms i stor mängd till läkare, enhetschefer och andra myndighetspersoner; ofta med liktydigt innehåll och med kopior till alla tänkbara adressater. Skriver på ett speciellt sätt: **VERSALER, ??? ? !!!!! Färgad text**
- Hög benägenhet att anmäla, lämna klagomål och överklaga. "Egna domstolar" på sociala medier
- Vill gärna agera ombud för andra

- Gör bruk av metaforer och bilder som förstärker den egna upplevelsen på ett överdrivet och absurt sätt
- Kan bli nedsättande och ironisk. Ibland också kränkande, hotfull och våldsamt
- Utvecklar ofta ett personligt agg till enskilda personer inom verksamheten

En del av dessa kriterier finns med från Emil Kraepelins dagar. Annat beteende har kommit till i takt med att samhälle och lagstiftning förändrats, som att göra bruk av sociala medier och agera ombud för annan person. Inte minst benägenheten att göra sig till ombud för andra personer, närstående som okända, tenderar enligt min mening att bli allt vanligare. IVO har därför klargjort förhållandet mellan vårdgivare, patient och ombud i ett viktigt beslut: "En rätt som patienten inte själv har, nämligen att bestämma vilken vård och behandling som ska ges, kan inte heller överlåtas till någon annan genom fullmakt". [10] Detta förhållande har en person med rättshaveristiskt beteende svårt att förstå, acceptera och förhålla sig till. Man vill själv diktera villkoren.

### Vad kan vården göra?

Finns det vägar att minska beteendet hos en person utan att utsätta denne för kränkningar eller onödiga restriktioner? Kan man förebygga situationer och möten så att rättshaveristiskt beteende inte uppstår över huvud taget?

Valididering och empatisk respons är som alltid ett viktigt redskap där vi tillerkänner den andra personen rätten till sin upplevelse. Det leder sällan till goda konsekvenser att kritisera en annan människas känslor och tankar, även om man själv har en avvikande mening. Att söka sätta en person med rättshaveristiskt beteende på plats är vare sig moraliskt försvarbart eller särskilt framgångsrikt.

Däremot är vi vanligtvis alltför snabba till antagandet att det alltid är brister i vård, omsorg och bemötande som ger upphov till beteendet. En amerikansk undersökning visade att de patienter som hade den högsta benägenheten att stämma sin läkare oftare uppvisade en psykisk sårbarhet som man burit på sedan tidigare. [11] Enligt min erfarenhet händer det minst lika ofta att man från vården varit allt för tillmötesgående och inledningsvis gjort stora och omotiverade avkall på regler och rutiner, i avsikt att blidka en påstridig, misstänksam och aggressiv person. När effekten av detta tillmötesgående uteblivit och man söker återupprätta en ordning har beteendet eskalerat ytterligare. Ofta har man då trasslat in sig i redan gjorda löften och undantag som gör det svårt att återfå kontroll över situationen och risken ökar att man begår nya misstag som nästan undantagslöst blir anmälda till IVO, JO, förvaltningsrätt och polis. Att från början ha trygga och fasta rutiner som man inte frångår kan motverka beteendet. Det behöver inte innebära att man som vårdpersonal är fyrkantig och rigid. Även rutiner innehåller utrymme för individuella lösningar.

## Bemötande

Utifrån beteendets intensitet och styrka finns två viktiga förhållningssätt att göra bruk av. Vid ett minimalt eller lindrigt rättshaveristiskt beteende där vi hyser förhoppningar att personen trots allt kan mentalisera och reflektera ser vi Motiverande samtal, MI, som ett viktigt förhållningssätt. Då det rättshaveristiska beteendet är mer manifest och påtagligt är det istället bättre fokusera sig på att minska utrymmet för själva beteendet. Lågaffektivt bemötande är då en strategi som man bör göra bruk av. I detta sammanhang innebär det att inte hamna i samma känsloläge som den andre genom att låta sig provoceras, men också att minska sin delaktighet i beteendet. Det kan då handla om att endast besvara de frågor som är relevanta, vara kort och koncisa, inte låta sig dras in i ovidkommande resonemang, ignorera mindre förolämpningar, hålla fast vid rutiner och inte göra undantag, undvika att skapa nya mötesplatser där allt fler personer dras in, välja sina strider och avbryta samtal som blivit för hotfulla eller inte leder vidare. [12] Här gäller också att ha koll på de löften man utlovar och att veta hur och när man har rätt att sätta en gräns för vad den andre begär och kräver. Eftersom rättshaveristiskt beteende berör såväl psykiatri som juridik är det bra att samarbeta med verksamhetens jurister inför viktiga beslut och åtgärder. Alltför ambitiösa svar liksom åtgärder som man sedan tvingas ta tillbaka eftersom de var felaktiga leder ofelbart till en förstärkning av beteendet. Människor med rättshaveristiskt beteende är ofta offer för sin egen dramaturgi. Lågaffektivt bemötande hjälper oss att inte bli lika dramatiska själva:

*En anhörig säger till psykologen: "Jag kommer att anmäla dig till både IVO och polisen". Psykologen svarar: "Det är bra du gör en anmälan. Då får vi ju alla reda på vad som är rätt och vad som gäller".*

Lågaffektivt bemötande är att göra så lite som möjligt samtidigt som man gör rätt. Det är som att vinna en dragkamp genom att släppa repet och säga till den andre: Jag tänker inte stå här och dra. Det får du göra själv.

Att våga tala om rättshaveristiskt beteende är inte att stämpla en annan människa som omöjlig. Rättshaveristiskt beteende är en del av ett psykiskt lidande. Det ligger därför nära till hands att anta att om vi kan minska beteendet så reducerar vi också en människas lidande. Psykiatri som klinisk verksamhet och forskningsområde har möjlighet att bidra med viktigt material inför framtiden för att avhjälpa detta lidande hos en individ och dess omgivning.

**Jakob Carlander**  
Leg psykoterapeut, teologie licentiat.  
jakob.carlander@telia.com

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

Referat från Svenska Psykiatrikongressen  
2016

## Obesitaskirurgi – indikationer och kontraindikationer ur ett psykiatriskt perspektiv

Torsten Olbers och Marcus Lagerström

**Obesitaskirurgi i form av gastric bypass har visat sig vara en effektiv behandling för fetma, som även patienter med psykiatrisk sjukdom efterfrågar. När kan då en psykiatrisk sjukdom förhindra denna behandling?**

Vid postoperativ jämförelse av viktutfall mellan patienter med och utan psykisk sjukdom såsom psykos och bipolär sjukdom föreligger ingen skillnad mellan grupperna. Postoperativ viktprognos visar således att behandlingen även är effektiv för patienter med psykisk sjukdom.

Det som är av betydelse för att genomgå gastric bypass är ej primärt arten av psykisk sjukdom utan om det finns specifika inslag i sjukdomsbilden som försvårar medicinsk säkerhet postoperativt. Sådana kontraindicerande inslag är oförmåga att leva med regelbundet matintag (6-8 ggr/dag), oförmåga att regelbundet infinna sig till provtagning och kontroller eller nedsatt förmåga att söka hjälp för symtom som kan tyda på postoperativa komplikationer.

Personlighetsstörning av t.ex. emotionellt instabil typ är ingen kontraindikation förutsatt att patienten via terapi tillägnat sig strategier för emotionsreglering och ej förväntas riskera utveckla svårhanterlig somatisering postoperativt.

Detlyftsockså framkliniskt relevanta fysiologiska förändringar efter gastric bypass såsom tydligt ökad alkoholkänslighet och risk för blodsockerfall med ev. epileptiska anfall som följd. För psykofarmaka som bensodiazepiner och centralstimulantia kan dosen behöva justeras. Det har också framkommit att patienter som opererats i ökad utsträckning utvecklat ett iatrogen opioidberoende. Detta tror man beror på felaktig fortsatt förskrivning av opioider 2-3 veckor efter operation – en tidpunkt vid vilken den postoperativa smärtan ev. kan ha övergått till en ny, icke-opioidkrävande, smärtytp.

**Henrik Brezicka**  
ST-läkare psykiatri, Sahlgrenska  
Värd på SPK

# Vart har Tigers krönika tagit vägen?

Mikael Tiger har sedan 2008 regelbundet skrivit en krönika i vår tidskrift men den uppmärksamme läsaren har kanske noterat att han inte medverkat i de två senaste numren. Skälet är att Mikael befinner sig på postdoc-vistelse i Tokyo fram till våren 2017. Redaktionen hoppas att uppehållet är tillfälligt och att vi snart kan få publicera en rapport från honom om livet i Japan.

**Tove Gunnarsson**  
Redaktör Svensk Psykiatri



# Beteende en patientsäkerhetsrisk

Marion Lindh, före detta chefläkare i Stockholms läns landsting och patientsäkerhetsstrateg, har intresserat sig för sambandet mellan hur personalen i vårdteamen betar sig mot varandra och inträffade avvikelser. Att vårdpersonalens beteende kan utgöra en patientsäkerhetsrisk är inte särskilt uppmärksammat i Sverige, hävdar hon.

Är man intresserad av att sänka förekomsten av vårdskador så måste man tänka på detta, sa Marion Lindh på Patientsäkerhetsdagen som hölls på Svenska Läkaresällskapet fredagen den 24 april 2015.

I Sverige förekommer väldigt lite forskning om så kallat disruptive behavior eller oprofessionellt respektlöst beteende som det brukar benämnas på svenska. Disruptive behavior kan vara något som sägs i en aggressiv eller nedsättande ton, svar som inte kommer trots upprepade påstötningar, menande suckar eller svordomar och grovt språk.

I USA, och på senare år även i Kanada, England, Nya Zeeland, Norge och inte minst i Danmark har man intresserat sig för ämnet. En hel del studier bekräftar att våra beteenden – oavsett om det handlar om bristande kommunikation i allmänhet eller aggressiv kommunikation – påverkar vårdresultaten. I kirurgteam kan man se hur det leder till både väldigt allvarliga skador och dödsfall.

I en intressant studie från 2014, *Influences of surgeon behavior on trainee willingness to speak up: a randomized controlled trial*, som Marion Lindh hänvisat till, deltog studenter i en operation där lärandemiljön i det ena fallet var vänlig, i det andra otrevlig. I samtliga fall gjorde kirurgen ett misstag. Tjugotre av 28 unga doktorer vågade säga ifrån om de var inne i en vänligt präglad situation. Men bara 8 av 27 vågade säga något i en otrevlig lärandemiljö.

## Teamarbete

Sjukvård är en komplex organisation och det förutsätts att det pågår ett gott samarbete inom teamet.

Teamklimatet vid hundra intensivvårdsenheter i amerikanska delstaten Michigan har granskats. Samtliga team fick i uppgift att införa det evidensbaserade CVK-paketet för att patienterna inte skulle riskera att drabbas av blodförgiftning. Det visade sig att enheter med ett svagt samarbetsklimat inte lyckades implementera standardiserade evidensbaserade rutiner i samma utsträckning som de som hade ett bra teamklimat. Den här kunskapen, har enligt Marion Lindh, fått vissa sjukhus att, inför införande av till exempel checklistor, göra patientsäkerhetskulturmätningar för att först få en uppfattning om klimatet på enheten. Först därefter sker införandet av nya procedurer parallellt med träning i patientsäker kultur.

## Aggressivt beteende

Idag pågår intressant forskning av bl.a. Lucian Leape, professor i hälsofrämjande arbete vid Harvard School of Public Health, som delar in det oprofessionella respektlösa beteendet i olika

kategorier. Ett par exempel är aggressivt beteende och passivt aggressivt beteende. Aggressivt beteende kan handla om omotiverad ilska, slagsmål, grovt språk och sexuella trakasserier. Ett passivt aggressivt beteende handlar om utfrysning, fientliga mejl, ett nedlåtande beteende eller att skylla ifrån sig.

Intressant är att i England mäts hur vanligt förekommande beteendet är i varje år bland läkare under utbildning. I de flesta fall fungerar det väldigt bra i teamen, men 8 procent av engelska unga läkare har stött på respektlöst beteende och 13 procent har sett det, sa Marion Lindh.

I Sverige finns inte liknande mätningar.

## Arbetsmiljö och ledarskap

Att se och erkänna problemen med oprofessionellt, respektlöst beteende är grundläggande för att nå en förändring, enligt Marion Lindh. Hon påpekar att arbetsmiljön och ledarskapet är viktiga faktorer. Ett dåligt beteende tenderar att vara vanligare förekommande i en dålig och påfrestande arbetsmiljö.

Professor Lucian Leape fokuserar huvudsakligen på att diskutera glädje i arbetet, arbetsvillkor och respektfullt beteende i vårdteamen. Han ser det som ett grundläggande rekvisit för att kunna hålla vården säker.

I samtliga landsting pågår mätningar av Patientsäkerhetskulturen och Arbetsmiljön. Att ta del av dessa mätningar är angeläget och de kan/ska användas i förbättringsarbetet och är ett underlag till att utveckla patientsäkerhetsarbetet. Hur vi bemöter varandra inom vården, liksom hur vi bemöter patienter, närstående och våra samarbetspartners, är en kulturfråga som således är kopplad till patientsäkerheten. Detta å sin tur är relaterat till andra faktorer såsom exempelvis fysiska arbetsförhållanden och den psykosociala miljön. Angeläget är att vi alla ska ha ett så bra arbetsklimat som möjligt, med en positiv stämning som kan bidra till att personalomsättningen minskar. Ett dåligt arbetsklimat kostar pengar och leder till en ökad personalomsättning och i vissa fall t.o.m. nerdragningar och stängningar av vårdplatser och andra verksamheter.

## Bemötandet är en patientsäkerhetsfråga

Marion Lindh har alltså lyft oprofessionellt beteende till en tydlig patientsäkerhetsfråga. Detta måste liksom annat patientsäkerhetsarbete lyftas till systemnivå.

**Tuula Wallsten**

**Chefläkare**

**Landstinget Västmanland**

**Vetenskaplig sekreterare SPF**

## Referenser

Läkartidningen nr 24-25/2011

Läkartidningen nr 20-21/2015

**ANNONS**



# “Uppskatta din dag”

## Ett stöd i kliniken för klient och behandlare

Att dagligen stanna upp en kort stund för att känna efter hur man mår, hur man har sovit och fungerat är ett sätt att öva självreflektion och utveckla självkänedom. En ökad förmåga att känna efter och uppfatta förändringar i sin sinnesstämning och sitt beteende är i sig värdefullt och ofta ett behandlingsmål. Att därigenom även snabbare kunna fånga upp nya symtom eller tidiga varningstecken kan förhoppningsvis också förstärka pågående behandling och förebygga utveckling av allvarigare sjukdomsepisoder.

Vid växlingar i stämningsläge och energinivå som vid bipolära tillstånd är det en utmaning att följa och kartlägga svängningarna över tid, både för de drabbade och behandlarna. Samtidigt är det av stor vikt att ha kännedom om episoderna, deras innehåll och svårighetsgrad för att rikta både medicinska och terapeutiska behandlingsinsatser rätt.

För ungdomar med bipolära syndrom försöker vi i kliniken använda en så kallad stämningsdagbok som instrument för att följa måendet över tid. Stämningsdagboken består av ett A4-papper där ungdomarna dagligen skall skatta sitt mående och sina symtom. Till det behöver man ha ordning på sitt papper samt ha en penna till hands. Pappret behöver dessutom kommas ihåg att packas ner och tas med vid mottagningsbesöken.

Trots stora insatser från kontaktpersoner, föräldrar, behandlare och psykopedagoger som förklarar och försöker motivera ungdomarna ses sällan några ifyllda stämningsdagböcker på mottagningen. Ungdomarna upplever det ofta som ett misslyckande att inte ha fyllt i och ha med sina papper och som behandlare upplever man sig ofta som tjugig. Vid psykisk ohälsa vill man som behandlare gärna inte lägga ytterligare krav som tynger ungdomarna vilka redan kämpar med att få sin vardag att fungera.

Ungdomarna har senaste åren själva börjat efterfråga och önska möjligheten att kunna skatta sitt mående elektroniskt via sina mobiltelefoner. Då mobiltelefonen är en ständig följeslagare skulle det förhoppningsvis kunna göra stämningsdagboken till ett aktivt fungerande kliniskt stöd och verktyg om den fanns tillgänglig som en app.

### Sömnsvårigheter är vanligt hos ungdomar

Många ungdomar har sömnsvårigheter av olika anledningar. I samband med psykisk ohälsa är något slags bekymmer med sömn oftare regel än undantag. God sömn är en grundstenarna för välbefinnande och en förutsättning för utrednings- och för behandlingsarbete. Vid psykiatriska tillstånd är det inte ovanligt att sömnsvårigheterna leder till farmakologisk behandling. Samtidigt är det svårt att som

behandlare få en tydlig bild av sömnproblematiken och utvärdera effekt av behandlingsinsatser objektivt över tid. Här görs idag också försök med sömndagböcker i pappersformat, ofta med samma resultat som för stämningsdagböckerna.

### Elektronisk stämnings- och sömndagbok i form av mobil applikation – kan det underlätta i kliniken?

Kan man med dagens teknik utveckla och underlätta för våra ungdomar att bli mer aktiva i sitt behandlingsarbete gällande självmonitorering? För att kunna svara på den frågan har SFBUP som ett pilotprojekt under året utvecklat och finansierat framtagning av en stämningsdagbok och sömndagbok i form av en mobil-app. Appens namn är “Uppskatta din dag” och finns tillgänglig för nedladdning till de tre vanligaste operativsystemen Android, ios och Windows Phone i en första version. Vissa uppdateringar kommer troligtvis att göras under hösten.

Vi har velat göra det tilltalande, enkelt och snabbt för ungdomarna att skatta sitt mående. Förhoppningsvis kan det även kännas givande att skatta sig själv när man kan få visuell återkoppling över en tidsperiod i diagramform. Genom att patient och behandlare kan dela informationen i appen möjliggörs att mående och symtom värderas och diskuteras tillsammans. På så sätt kan ytterligare värdefull information bidra till behandlingsprocessen och vara underlag för nya behandlingsbeslut.

### Vem kan använda den?

Appen togs i första hand fram till ungdomar med bipolärt syndrom men kan vara användbar även vid utredning och behandling i öppenvård av andra tillstånd som sömnstörningar, ångest och depression. Den kan kanske också vara användbar för att följa förlopp i samband med heldygnsvård. Den är gratis och kan tills vidare användas av alla som vill och är intresserade av att följa sitt mående över en tid, och fungerar givetvis lika bra för vuxna.

### Hur fungerar “Uppskatta din dag”?

Man börjar med att ange ålder, kön och språk mellan svenska och engelska. Det finns viss möjlighet att välja bakgrundsbild och ikoner om man vill det. Därefter ställer man in de parametrar man vill ha med i sin stämningsdagbok och sömndagbok.

I appen kan man skatta psykiska symtom som sinnesstämning, ångest, irritabilitet, sömn och psykossymtom. Man kan välja en mer utvidgad sömndagbok, ange om man tagit sin ordinerade medicinering eller haft några biverkningar. I fri text kan anges om någon särskild händelse under dagen påverkat

måendet. Man kan välja att registrera vanor i vardagen som fysisk aktivitet eller om man intagit alkohol eller droger.

Det finns en funktionsskattning gällande i vilken grad man kunnat fullfölja skola eller annan planerad sysselsättning eller arbete.

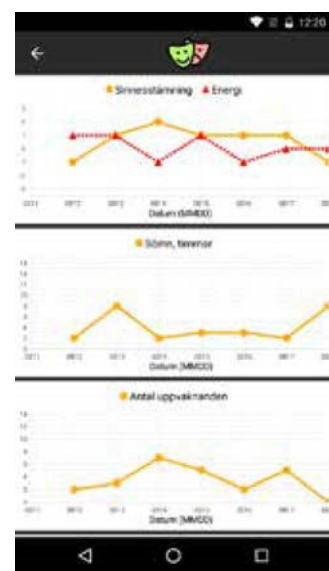
Informationen som registreras lagras lokalt i mobiltelefonen och är privat. När man laddat ner appen på sin mobil kan den användas för skattningar offline. Har man skattat sig regelbundet en period är det möjligt att visuellt följa sitt mående i diagramform. Hur lång tidsperiod man vill att diagrammen skall omfatta ställer man själv in.

#### Möjlighet att dela informationen med sin behandlare

Skattningarna kan delas med en behandlare när man aktivt väljer att göra det. Delning görs i samband med ett mottagningsbesök eller telefonsamtal. Det går till väga så att när man väljer att dela sin information skickas en tillfällig kodnyckel till mobilen. Koden överförs muntligen till behandlaren. Behandlaren loggar in på domänen "uppskattadindag.com" och med patientens nyckel visas diagrammen på behandlarens datorskärm. Informationen är inte kopplad till några personuppgifter och kan endast delas när patient och behandlare är i direkt kontakt med varandra. Informationen raderas därefter automatiskt från servern. Vi har valt att prova denna lösning för att undvika risken att viktig information om en patients mående av misstag skulle vara ogranskad. Då information som delas inte innehåller identifierbara persondata är den anonym och problem med sekretess skall inte föreligga. Data som delas av patienten kan av behandlaren överföras till patientjournalen antingen som en bild, i pdf-format eller som en excel-fil.

SFBUP hoppas att "Uppskatta din dag" är en början på utveckling av tekniska lösningar som tilltalar ungdomar och ökar deras möjlighet att tydligt följa sin egen behandling. Kanske kan det också stimulera behandlingsmotivationen i strävan mot ett bättre mående i samarbete med oss behandlare.

Prova gärna själva "Uppskatta din dag"! Appen finns att ladda ner från google play, app-store och windows store.



**Beata Bäckström**

**Specialist i barn och ungdomspsykiatri, leg psykoterapeut**  
Överläkare vid teamet för psykos och bipolära tillstånd, BUP Skåne.

**Sekreterare SFBUP**



## Invärtesmedicinare i psykiatri – klassisk roll i modern kontext



Foto: Shutterstock/ IAKOBCHUK VIACHESLAV

**Jag är invärtesmedicinare, har varit chef för obesitasmottagningen på Sahlgrenska, klinikchef på medicinkliniken i Trollhättan och är medicinsk rådgivare i Västra Götalandsregionen. Sedan några år jobbar jag dessutom deltid som invärtesmedicinsk konsult på Psykiatri Psykos på Sahlgrenska universitetssjukhuset.**

Jag serverar klinikens öppenvårdsmottagningar med somatiska – framförallt invärtesmedicinska – mottagningsbesök för de patienter som behöver och där det inte finns en välfungerande primärvårdskontakt eller där man önskar en second opinion. Jag deltar i somatiska ronder på de patienter som vårdas inläggande på klinikens slutenvårdsmottagningar. Jag besvarar frågeremisser och blir ofta tillfrågad om enskilda patienter över telefon. Jag undervisar och föreläser för läkare och övrig personal, för patienter och anhöriga, liksom för anställda på kommunala boenden. Jag trivs gott och från mitten av hösten blir det heltid inom ramen för ett bredare uppdrag som också omfattar Sahlgrenskas beroendeklinik.

Det hela började med att Psykiatri Psykos gick igenom det lokala patientregistret och insåg att där knappt fanns några patienter äldre än sjuttio. De hade helt enkelt dött undan. Samtidigt konstaterade man genom en enkät att en majoritet av patienterna ville få hjälp med kroppslig hälsa och sjukdom. I ljuset av detta sökte klinikledningen efter somatisk kompetens att samarbeta med. En lite oväntad möjlighet jag gärna tog.

### En vanlig dag på jobbet

I min kliniska vardag möter jag ofta obehandlad/underbehandlad diabetes typ 2, hypertoni och lipidrubbingar och fetma dvs. kompletta eller partiella metabola syndrom. Många patienter har odiagnosticerad KOL och få av dem är

influensavaccinerade. Inte så sällan hittar jag maligniteter eller ortopediska/neurologiska åkommor av typ spinal stenosis. Många patienter har muskuloskelettala problem och lyckligtvis har vi en sjukgymnast i teamet, vilket skärper både diagnostik och behandling.

Patienterna är så gott som alltid positivt inställda. Jag står inte för LPT, antipsykotisk medicinering eller andra – sanna eller upplevda – tvångsåtgärder. Jag erbjuder hjälp i en medicinsk situation där patienterna själva så önskar. Eller åtminstone inom områden där vi kan resonera förhållandevis odramatiskt – till exempel om övervikt eller rökning. Patientmötena blir därför nästan aldrig konfliktfyllda. Däremot känner jag ofta hur trubbiga mina pedagogiska verktyg är i mötet med patienter med kognitiv nedsättning, vanföreställningar eller negativa symtom.

Kollegor och andra personalkategorier är positiva och välvilligt inställda. De ser merendels ett behov av somatiskt stöd och vidgår inte så sällan att de egna kroppsmedicinska kunskaperna är förhållandevis inaktuella. Inte så konstigt! Vad minns jag själv av gynekologi eller ögonsjukvård? Problemet är att i psykiatrisk öppenvård blir det somatiska kollegiala stödet svårt att mobilisera. Inga korridor-konsultationer och inga konsulter på besök. Istället remisser till fjärran specialistmottagningar. Ofta en relativt svag koppling till närliggande vårdcentraler. Således en – ur somatisk synpunkt – betydande isolering.

På många öppenvårdsenheter kan man inte ta de blodprover som ingår i klinikens årliga rutin. Patienterna hänvisas istället till primärvården. Ett förfarande som inte ökar följsamheten till provtagningsprotokollet och ökar risken att somatiska sjukdomar som diabetes typ 2 alltför länge seglar under radarn. Hörde härom veckan om en mottagning som inte längre kunde





ta kapillärt blodsocker på sina patienter eftersom det var slut på stickorna till glukosmätaren. En mätare som ursprungligen glömts kvar av en av enhetens patienter!

### Är kroppen verkligen vårt bord?

Trots allt finns nog inställningen att kroppen inte är psykiatris bord. Det är inte vår uppgift att ta prover eller tolka labsvar. Säkert en blandning av budgetdisciplin, inaktuella kunskaper och specialisering. Säkert också en missriktad välvilja. Varför prata om rökningens hälsorisker när cigaretterna är hart när det enda roliga många patienter har.

Jag har i annat sammanhang diskuterat det stråk av anti-paternalism som går genom psykiatrin och i än högre grad genom kommunernas sociala insatser<sup>1</sup>. Många av de problem vi ser kring livsstil, sjuklighet och dödlighet kan förvisso hänföras till patienternas kognitiva svårigheter, biverkningsbelastade läkemedel och organisatoriska tillkortakommanden. Men det finns också en målkonflikt mellan en antipaternalistisk och en mer hippokratisk hållning. En antipaternalism som nog handlar om att hålla distansen till psykiatris auktoritära historia. Kanske förmår inte psykiatrin – som ofta måste arbeta med lagstadgade tvångsmedel – vara tydlig och konsekvent också kring andra medicinska frågeställningar. En antipaternalism som i kommunerna fokuserar på de kroniskt sjuka som boende eller klienter eller i värsta fall hotellgäster. En antipaternalism som kan användas för att skylla över eller rättfärdiga nedskärningar.

### Riktigt dåliga medicinska resultat

Varför behövs då en invärtesmedicinare – eller ett välfungerande somatiskt konsultstöd – inom den psykiatriska öppenvården? Socialstyrelsen har under senare år belyst överdödligheten, den somatiska översjukligheten och underbehandlingen av somatiska sjukdomar hos psykiskt sjuka i allmänhet och psykospatienter i synnerhet<sup>2-7</sup>. Tillgängliga data pekar envist åt samma håll. Patienter med allvarlig psykisk sjukdom är en i somatiskt hänseende vanlottad grupp i svensk sjukvård.

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, det vill säga dödligheten i diagnoser som bedöms vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser till exempel diabetes, stroke och hjärtinfarkt, uppgår till cirka 50 fall per 100 000 individer och år i befolkningen som helhet. Bland individer som vårdats för psykos är det tre gånger så många. Patienter som vårdats inom psykiatrin för annat än psykossjukdom hamnar mitt emellan med cirka 100 fall per 100 000 individer och år.

När Socialstyrelsen analyserar dödligheten i ischemisk hjärtsjukdom blir skillnaderna än mer flagranta. I befolkningen som helhet avlider 50 individer per 100 000 och år medan antalet dödsfall bland individer med psykossjukdom är cirka 225 varje år per 100 000. I själva verket är medellivslängden bland psykossjuka och patienter med depression 15-20 år kortare än i normalbefolkningen, vilket huvudsakligen beror på somatiska sjukdomar och inte på självmord.

Om vi fokuserar på behandlingen av olika sjukdomar som ingår i måttet sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet får vi en hint om varför dödligheten är så pass förhöjd hos de psykiskt sjuka. Vid en jämförelse mellan diabetespatienter med och utan psykossjukdom eller ångest/depression framgår det att de psykiskt sjuka i betydligt lägre omfattning behandlas med blodfettsänkande läkemedel. En motsvarande jämförelse mellan patienter med hjärtinfarkt med eller utan psykisk sjukdom visar helt klart att psykiskt sjuka får en sämre sekundärprofylax. Vidare blir de i signifikant mindre omfattning föremål för PCI i det akuta skedet och har också en klart ökad dödlighet sex månader efter hjärtinfarkt.

Vänder vi blicken mot strokedrabbade finner vi en sämre sekundärpreventiv läkemedelsbehandling hos individer med psykisk sjukdom liksom att de i mindre omfattning blir föremål för halskärlskirurgi. Dessutom får de i signifikant mindre omfattning behandling med antikoagulantia vid förmaksflimmer och andra samtida riskfaktorer för stroke. En konsekvens av detta är en ökad dödlighet i efterförloppet till en stroke.

När det gäller cancer är de psykiskt sjuka värre drabbade än normalbefolkningen. Femårsöverlevnaden i cancer är cirka 60 % hos individer med psykos eller ångest/depression jämfört med 70 % i normalbefolkningen. En specialanalys av bröstcancerpatienter visar att de psykiskt sjuka kvinnorna upptäcks i senare, mer avancerade och prognostiskt ogynnsammare stadier av sjukdomen. De kommer helt enkelt senare till diagnos än sina psykiskt friska medsystrar.

När dessa patienter väl dyker upp i sjukvården med kliniska symtom och manifest sjuklighet så förmår vi inte ge dem behandling av rimlig medicinsk standard. Detta är bekymmersamt och graverande. Socialstyrelsen skrader heller inte orden utan skriver rakt av:

*Oavsett vad orsakerna är till de skillnader i hälsa och vård som beskrivs i studien, påpekar Socialstyrelsen att det är hälso- och sjukvårdens ansvar att nå gruppen psykiskt sjuka med somatisk sjuklighet. Särskilt tydligt blir detta ansvar då psykiskt sjuka väl kommer till vården för behandling av en faktisk sjukdom och trots detta inte erhåller lika vård som övriga patienter<sup>4</sup>.*

Här finns förvisso både vårdorganisatoriska och vårdideologiska dilemman<sup>8</sup>. Men till syvende och sist handlar det om vår yrkesetik. Varför valde vi läkaryrket, varför är vi över huvud taget på jobbet?

**Jarl Torgerson**  
Docent

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



# Effektiv behandling efter suicidförsök

Det har varit notoriskt svårt att nalkas suicidala patienter, såväl kliniskt som i studier. Beror det på att patienterna vill dö och därför undviker vård? Nej, det visar sig att om man anpassar forskning och vård efter patienternas behov ökar följsamheten. Med sådan design ligger bortfallet inom rimliga gränser och det är möjligt att få signifikanta resultat (Brown 2005, Beskow 2006, Wang 2009).

## Aeschigruppen

Vid sitt första möte i kommunen Aeschi i Schweiz drog den s.k. Aeschi-gruppen slutsatsen att problemet inte ligger hos patienterna utan inom vården. Suicidförsök är en misslyckad problemlösning med tidigare suicidförsök och psykisk sjukdom som viktigaste bakgrundsfaktorer. Gruppen har utvecklat dessa synpunkter och sammanfört dem i en läsvärd volym (Michel 2011).

## ASSIP

Förra året publicerade gruppens initiativtagare Konrad Michel och psykologen Anja Gysin-Maillart en manual över Suicide Short Intervention Program, ASSIP (Michel et al 2015).

Behandlingen omfattar 3, ibland 4, sessioner med följande hörnstenar: Låt patientens egen berättelse stå i centrum, filma första sessionen, använd de två övriga till att med patienten identifiera suicidal stimuli inklusive triggers, samt lämpliga kopingstrategier. De senare sammanfattas på ett litet vikblad, Leporello. Namnet är taget efter en gestalt i Mozarts Don Juan. Uppföljning sker genom standardiserade brev med personliga kommentarer av terapeuten med tre till sex månaders mellanrum.

## RCT-studier

I mars i år publicerade de den första RCT-studien av 60 försökspersoner och lika många kontroller (Gysin-Marillart et al 2016). Kontrollerna fick treatment as usual, vilket i Bern betyder uppföljning inom psykiatrin ofta med inslag av psykoterapi. Viktigaste utfallskriterium var antalet suicidförsök inom två år. I undersökningsgruppen hade fem personer gjort var sitt suicidförsök. I kontrollgruppen hade 16 personer gjort totalt 41 försök! Risken för recidiv i nytt suicidförsök var reducerad med c:a 80 %. Detta gav givetvis betydande vinster i vårddagar och kostnader. En person i vardera gruppen hade avlidit genom suicid.

## Diskussion

Resultaten är sensationellt goda jämfört med tidigare studier. Troligen beror detta på ökat precision. Brown et al lärde patienterna strategier mot suicidförsök men också mot olika

former av vulnerabilitet. Michel et al lärde patienterna att känna igen egna tecken på hotande suicidrisk samt utvecklade deras personliga kopingstrategier mot just ökande risk för suicidförsök.

Studien behöver givetvis replikeras. Detta pågår redan i Finland. Problemet är etiska hänsyn vid val av kontrollgrupp. Intresse finns för liknande studier i Sverige.

Detta är således en korttidsbehandling efter genomfört suicidförsök explicit utarbetad för psykiatrin. Principer bakom behandlingen är att noggrant lyssna till patientens egen berättelse, att tillsammans med hen identifiera egna tecken på ökad risk för suicidförsök, att utveckla hens personliga kopingstrategier samt personligt formad uppföljning under lång tid. En god effekt är att man minskar risken för PTSD efter suicidförsöket. Behovet av adekvat hjälp mot olika bakgrundsfaktorer, framför allt psykisk sjukdom, kvarstår givetvis oförändrat.

## Slutsatser

Detta är ett glädjebudskap! Vi är äntligen på väg mot effektiv och ekonomisk behandling av suicidalitet.

**Konrad Michel** besöker den 11:e nationella konferensen om suicidprevention i Göteborg den 12-13 september 2017. Diskussioner pågår om eventuell medverkan också vid Svenska Psykiatrickongressen den 15-17 mars 2017.

Jan Beskow

Pensionerad professor och psykiater

Verksam vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet och Psykologiska institutionen vid Linköpings universitet samt inom Suicidprevention i Väst, SPIV, lokaliserat till Göteborg

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

# Forskningsanslag ur Fredrik och Ingrid Thurings Stiftelse

Stiftelsen som administreras av SEB har till ändamål att dela ut anslag en gång om året till medicinsk forskning. Anslagets ändamål gäller dels psykiatri, dels barn och ungdomar med funktionshinder eller kronisk sjukdom av somatisk eller psykisk natur.

Stiftelsen delar ut cirka 2,8 miljoner kronor årligen. Anslagen ligger i storleksordningen 25 – 150.000 kronor.

Ansökan sker elektroniskt via [thuringsstiftelse.com](http://thuringsstiftelse.com).

Ansökningsperioden är öppen  
15 september – 15 oktober.

**SEB**

Kanske har du något att berätta?

Men tycker det känns övermäktigt att skriva en hel artikel?

Vi blir glada även för korta notiser!

Redaktionen

## Inbjudan att skicka in kongressbidrag (call for abstracts)!



Nu planerar vi för Svenska Psykiatrikongressen 2017 som kommer att gå av stapeln  
15-17 mars i Göteborg.

Vi vill att du som är intresserad av att hålla en egen muntlig presentation skickar in en kort sammanfattning (abstract) till oss.

Det kan handla om ny forskning, samverkansprojekt eller metodutveckling. Du kan också föreslå ett debattinlägg eller ett kulturinslag. Vi förväntar oss att många tar chansen att bidra till att 2017 års kongress blir den bästa hittills!

Skriv ditt namn, förslag på titel till din presentation och en sammanfattning på max 150 ord.

Sammanfattningen skickas till **Ullakarin Nyberg**, [ullakarin.nyberg@sll.se](mailto:ullakarin.nyberg@sll.se)

Sista datum för inlämnande är den **16 oktober 2016**.

Företag/landsting som önskar ställa ut på SPK 2017 – ta kontakt med **Stina Djurberg**, [stina.djurberg@bornet.net](mailto:stina.djurberg@bornet.net) senast den **1 oktober 2016**



## LPT - mer och mer ett Lappverk

Vår nuvarande tvångsvårdslag, Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT), började gälla år 1992. Ribban för tvångsvård höjdes jämfört med föregångaren LSPV. Möjligheten att vårda patienter som "dels kan få sitt tillstånd avsevärt förbättrat genom vården eller avsevärt försämrat om vården uteblir" försvann. Vidare skärptes lagen på en hel rad olika sätt. Vårdintyget är giltigt 4 dagar istället för 14 dagar, Intagningsbeslut måste fattas inom 24 timmar istället för "senaste den åttonde dagen". Patienterna fick i LSPV "underkastas det tvång som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med vården" istället för de i LPT mer detaljerade skrivningarna om avskiljning, fastspänning samt nödvändig medicinsk behandling.

Antalet tvångsvårdade individer föll kraftigt. I Socialstyrelsens endagsinventeringar 1991 jämfört med 1994 så ses ett kraftigt fall (se Fig. 1). Detta var något som lagstiftaren önskade uppnå – i propositionen (1990/91:58) kan följande läsas:

*"En påtaglig omvärdering har skett av den slutna vårdens verkningar och biverkningar vilket resulterat i en markant förskjutning mot insatser i öppna former som mindre ingriper i det normala livet"*

samt

*"Sådan vård (här avser man tvångsvård) måste begränsas och, så långt som möjligt, utformas så att riskerna för den personliga integriteten minimeras".*

*"Omfattningen av tvångsvården kan minimeras bl.a. genom att en grundlig prövning av alternativ till tvångsomhändertagande byggs in i beslutsprocessen".*

LPT har på de snart 25 år som den funnits genomgått ett stort antal förändringar. Dessa noteras genom att ny text tillförts. Man kan bland annat se det genom att 8 av lagens paragrafer numera innehåller ändrat (ofta tillagt) material som lagts in under nya stycken (a., b.). Detta har enligt min uppfattning bidragit till att det ständigt uppstår kniviga situationer där uttolkning av lagen ibland hamnar i knät på enskilde läkaren eller chefsöverläkaren. Nedan följer exempel.

### Kroppsvsitation

Detta är en fråga som stötts och blötts men vad är det som gäller egentligen? En av de absolut vanligaste indikationerna för slutenvård är att man har försökt eller allvarligt överväger att ta sitt liv. Vi brukar nog på de

flesta ställen be de flesta av våra patienter (även frivilligt vårdade) att visa innehållet i väskan och ibland även fickor. Det brukar sällan vara problematiskt. För tvångsvårdade patienter så finns det i 6 § skrivet "Om det är nödvändigt får patienten, sedan beslut om att hålla kvar denne har fattats, kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas för kontroll av att denne inte bär på sig egendom som anges i 21 §. Föreskrifterna i 23 och 24 §§ skall därvid tillämpas".

Jag uppfattar att man i dessa fall om man ska kroppsvisitera en patient ska följa det som står i 23§ och där står i andra stycket att "Chefsöverläkaren beslutar om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning". En alternativ tolkning av samma situation är att chefsöverläkaren kan delegera detta beslut. I 39 § står det "Chefsöverläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid sjukvårdsinrättningen med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna att fullgöra uppgifter som chefsöverläkaren har enligt denna lag. Om det finns särskilda skäl, får chefsöverläkaren lämna sådant uppdrag åt en annan läkare vid sjukvårdsinrättningen, dock inte när det gäller:" Sedan följer uppräknig av tio olika saker som inte kan delegeras, här är inte kroppsvisitation omnämnt vilket kan tolkas som att detta kan delegeras till "annan läkare" dvs. han eller hon behöver varken vara specialist eller legitimerad. Medan man på andra håll stryker under att vi i grundlagen är skyddade från kroppsvisitation och därför motiverat chefsöverläkarbeslut.

I Malmö har vi dessutom en rutin om "Omhändertagande av egendom" där vi tillsammans med patienter som ska läggas in går igenom väskor och persedlar så att där inte finns sådant som uttrycks i lagen 21 § vad gäller otillåten egendom:

*"En patient får inte inneha*

1. narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:429 om förbud mot vissa hälsofarliga varor,
2. sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel,
3. injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen,
4. andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika, eller
5. annan egendom som kan skada honom eller henne själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen.



*Påträffas sådan egendom som avses i första stycket, ska den omhändertas."*

Gör vi i Malmö rätt eller fel – jag är inte helt säker – lagen kan läsas som jag uppfattar det på olika sätt.

### Beslut om avskiljning

Då och då kan man BEHÖVA avskilja en patient från övriga patienter enligt 20 § "om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna". Ett beslut gäller i 8 timmar och måste sedan via en personlig undersökning av chefsöverläkare omprövas. Men nu har ett litet nytt stycke smugit sig in i andra stycket 20 § "Om det finns synnerliga skäl, får ett beslut om avskiljande enligt första stycket avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar." Vi kan alltså fatta beslut om längre tids avskiljning. Hur länge specificeras inte. I en promemoria DS 2014:28 "Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård" finns ett förslag om möjlighet att fatta beslut om fyra veckors lång avskiljning (något som Svenska Psykiatriska Föreningen med rätta ställde sig tvekan till i sitt remissvar).

Men nu har frågan ställts på sin spets av IVO som vid tillsyn krävt att man var 8 timme även hos patienter som har beslut om en längre tid än åtta timmars avskiljning ska bedömas av chefsöverläkare på plats och som jag uppfattar det fatta nytt beslut. Man lutar sig här mot ett par JO-beslut som uttryckt det lite luddigt – så även detta är en tolkning, för den intresserade, se vidare JO 2012-6615.

Låt säga att man på en rättspsykiatrisk klinik har en patient där man fattat beslut om längre tids avskiljning så skulle detta innebära att en långhelg ska bakjouren bege sig dit tre gånger per dygn och betitta patienten. Det är i alla fall vad en del IVO-avdelningar har sagt till verksamheten.

### En ny lag

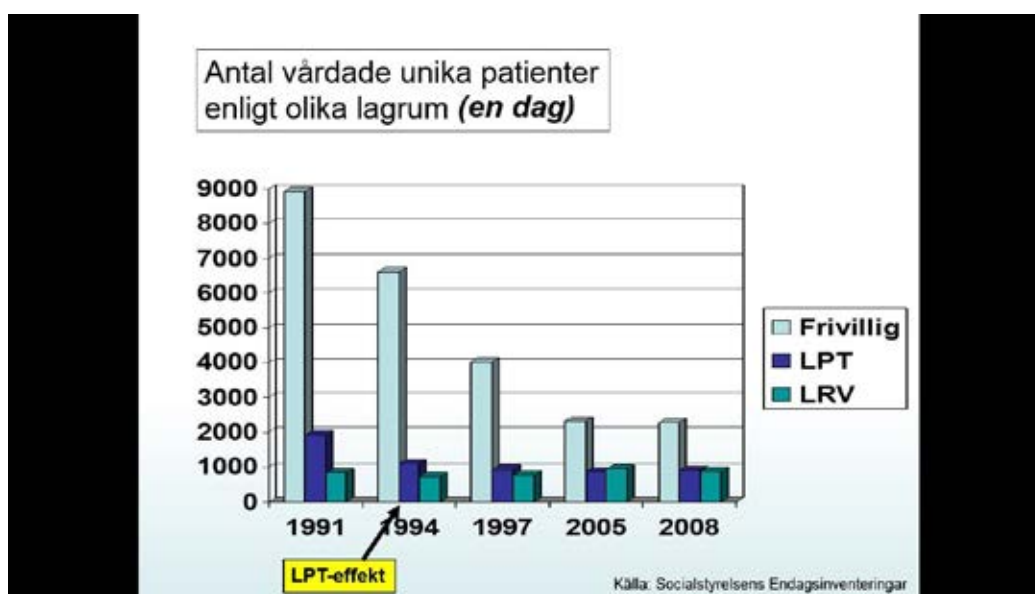
Nu kommer med stor sannolikhet en del smärre förändringar av LPT träda i kraft vid kommande årsskifte. Lagen blir efterhand allt mer svårtolkad. Det finns också en gammal frustration om att lagen tillämpas med skojärn vid fall av patienter som är förvirrade, agiterade, kraftigt beteendestörda till följd av utvecklingsstörning, demens, hjärnskada, postoperativt, läkemedelspåverkan osv. En ny lag skulle kanske inkludera alla fall med personer som av lite olika skäl inte har kvar så pass mycket av sin autonoma förmåga att de kan riskera på grund av detta inte alls kan ta vara på sig eller försätta sig eller andra i fara.

Herman Holm

Överläkare Malmö

Tid. sekreterare i Arbetsgruppen "Kliniska riktlinjer vid Psykiatrisk Tvångsvård"

Figur 1. Visar i stunden antalet vårdade patienter frivilligt samt enligt LPT respektive LRV 1991 – 2008.







## Psykologiska teorier, hjärnforskning och samhällsliv

**Teorier om motiv, avsikter och reaktioner är viktiga steg till förståelse av hur människans hjärna fungerar. Framsteg inom hjärnforskning och epigenetik gör det snart möjligt att undersöka om teorierna är förankrade i sinnevärlden och om de har förklarings- och förståelsevärde, eller inte.**

Sommarläsning i boken *Disorders of narcissism. Diagnostic, Clinical and Empirical Implications* (American Psychiatric Press 1998) - med framstående kliniker och teoriskapare som Otto Kernberg, Theodore Millon, Glen Gabbard, Michael Stone och Jeffrey Young - ger intressant material till fortsatta studier. Man tycks numera räkna med två huvudtyper av narcissism: En öppen (overt) grandios, och en dold (covert) hypersensitiv. Millon beskriver fyra olika typer.

Exempel på psykoanalytiska teoribildningar ger Kernberg inledningsvis när han redogör för Heinz Kohuts syn, enligt vilken narcissism "härleds från det traumatiska misslyckandet i moderns empatiska funktion och från misslyckandet att skapa en ostörd, lugn utveckling av idealiseringsprocessen. Dessa traumatiska misslyckanden leder till ett avbrott i utvecklingen, en fixering på en nivå av arkaiskt infantil grandios känsla av det egna självet, och ett ändlöst sökande efter den idealiserade andre som behövs för fullbordning av personlighetsstrukturen ..." (sid. 39).

Kernberg själv menar att "någon gång mellan åldrarna 3 till 5 år skapar den narcissistiska personligheten, i stället för att integrera positiva och negativa representationer av självet och andra - 'på vägen mot objektkonstans' - en sammanställning av alla positiva representationer av både självet och andra. Detta resulterar i ett extremt orealistiskt och idealiserat patologiskt grandios själv. Främjare av denna utveckling mot ett patologiskt grandios själv är föräldrar som är kyliga och avvisande, men likväl beundrande. Narcissistiska individer förminskar verkliga objekt genom att endast ha införlivat de aspekter av dessa objekt som de själva vill ha." (sid. 41).

Kohuts och Kernbergs intressanta teorier tycks ha beröringspunkter i synen på föräldrars eventuella roll och

en avbruten personlig utveckling. Är föräldrars (negativa) förhållningssätt tillräckligt för att skapa narcissism, eller kan biologiska brister i *reglering* i synen på själv och andra vara en del i syndromet?

Ett psykoanalytiskt begrepp som *objektkonstans* är måhända centralt (d.v.s. att ha en egen balanserad, stabil personlighet, och en balanserad, stabil uppfattning om andra). Objektkonstans för tankarna till Predrag Petrovics begrepp *emotionella regleringssystem*.

I sin eminenta bok *Känslostormar. Emotionell instabilitet och hjärnan* (Natur & Kultur 2015), bildar Petrovics studier en vetenskaplig grund till förståelse av ADHD och emotionell instabilitet som brister i *reglering* av uppmärksamhet och känslor. Boken känns som en gripbar psykiatrisk lärobok - ett steg vidare efter den deskriptiva psykiatrin.

Skulle även narcissism kunna vara uttryck för bristande regleringar och underutvecklade hjärnområden? Börjar det bli dags att med Petrovic lämna begreppet *personlighetsstörning* och dess nedsättande klang? Kan vi lika gärna tala om neuropsykiatrisk emotionell instabilitet, - narcissism, antisocialitet och så vidare? Gränsen mellan kliniska syndrom och normalitet kan te sig otydlig, men går som hittills vid personligt lidande (eget och/eller andras) och bristande funktion i vardagslivet.

Bristande funktion i dagligt arbetsliv placerar en stor del av dagens psykiatri mitt i det samtida effektivitets- och ekonomistyrda samhället (t.ex. inom sjukvården). De människor som har påvisade brister i uppmärksamhet, känslostyrd samarbets(o)förmåga, stora anspråk och oförmåga att se sig själva som lagspelare bland andra, tvångsmässigt uppkommen långsamhet och bristande begåvning, är bland dem som först "går i väggen", vilket har genererat den nya diagnosen *utmattningssyndrom*.

Ytterligare en grupp som skiljer sig något från de ovan nämnda, men ändå riskerar placera sig i utmattning utgörs av dem som finner jobbet både roligt och utvecklande men som i sin framgångssträvan har en okänslighet för egna kroppsliga och själsliga gränser beträffande arbete



och återhämtning – t.ex. yngre personer inom finansjuridik, frilansare inom media, nöjesbranschen, välutbildade småbarnsmammor.

Psykiatrin försöker klara sitt uppdrag att hjälpa, stödja och återföra till hälsa, men förhållandena påminner om Ingemar Engströms och Torgny Gustavssons skildrade överförskrivning av läkemedel mot ADHD inom barn- och ungdomspsykiatrin, vilken *"riskerar bli en verksamhet som med läkemedel som redskap ska kompensera för ofullkomligheter och misslyckanden i andra delar av samhället, framför allt i skolan."* (DN 28/7 -16).

Inom vuxenpsykiatrin råder motsvarande risk att bli en verksamhet som ska kompensera för ofullkomligheter inom arbetsliv och studier, och ibland för ouppnådda personliga ambitioner. Stundtals blir medicinering och samtalsterapi inom vuxenpsykiatrin massiv (eftersom den inte alltid hjälper – compliance?), liksom upprepade sjukskrivningar tenderar att bli. Också när depressionen har gått i remission, och ångesten är kompenserad. *"Allt fler individer saknar arbetsförmåga trots att de inte har någon sjukdom"* poängterar Åke Åkesson i en läsvärd kommentar (Läkartidningen nr 21/2016 s. 1030).

Även om vår anpassningsförmåga är ganska stor och evolutionära förändringar av våra förmågor är att vänta på lång sikt, så har vi nu ett samhälle som springer för fort för många. Avgjort ett samhällsproblem för alla. Hur får vi tillbaka enklare jobb och acceptans av de gränser vi har?

**Tord Bergmark**  
Psykiater, psykoterapeut  
Stockholm

## En "dödlig psykiatri"!?

Jag blev överraskad av att möta Peter Gøtzsches blick från omslaget på Läkartidningen (7 sept 2016). Artikeln kände jag redan till – den har varit publicerad på nätet i knappt en vecka. Jag blev inte så förvånad av själva artikeln – jag har läst många artiklar av och om Peter Gøtzsche. Jag visste redan att han anser att 98 procent av psykofarmakaanvändning är onödig, att dessa läkemedel gör mer skada än nytta. Vissa grupper som antidepressiva och centralstimulantia kan tas bort helt. Han vill upplysa patienter och allmänhet om att de läkemedel vi använder, inte bara är farliga utan dödliga. Han för fram att psykofarmaka är den tredje vanligaste dödsorsaken. I ingressen till artikeln står det också att vi psykiatriker ljuger om allt detta för patienterna.

Det som förvånade mig mer var att vår egen tidning har gett ett så pass stort utrymme; med omslaget, stora foton och 4 helsidor. Artikeln sammanfaller i tid med att Peter Gøtzsches bok *Dödlig psykiatri och organiserad förnekelse* precis kommit ut på svenska. Han själv höll ett stort möte i Stockholm precis samtidigt som artikeln publicerades – bättre reklam kan han inte ha önskat sig. Jag har haft en del kontakter med Läkartidningen och de har sagt att jag väl kan skriva en debattartikel om jag vill. Detta var ju en intervju. *"Varje nummer av Läkartidningen innehåller ett stort antal artiklar. Att en av dessa väljs ut och syns lite mer på förstasidan är inte ett ställningstagande för en viss åsikt utan enbart ett sätt att framhålla något som kan vara av intresse för läsarna"* skriver man tillbaka till mig.

### Vem är Peter Gøtzsche?

Peter Gøtzsche är professor och också den som är chef för Cochrane i Norden med säte i Köpenhamn. Han är specialist på att läsa och tolka vetenskapliga artiklar. Han har haft många rubriker och helsidor i dansk press av liknande slag som denna. Cochrane internationellt kände sig i höstas föranlåtna att göra ett skriftligt statement



"Cochrane wishes to state unequivocally that the views Professor Gøtzsche has expressed on the benefits and harms of psychiatric drugs are not those of the organization." Detta har inte alls hindrat honom att fortsätta. Oftast finns både professorstitel och chefskapet för Cochrane nämnt i artiklar och böcker och som i detta fall en intervju.

Jag tycker också att vi behandlar för många patienter med för mycket läkemedel. Det finns samtidigt många människor med allvarliga psykiska tillstånd som inte får den vård och behandling de har rätt till. Jag är också medveten om att läkemedelsindustrin sätter pengar före patienter. Så varför bry sig?

#### Vari ligger faran?

Det allvarliga är att Peter Gøtzsche inte är medlem i scientologerna. Han är expert på det han uttalar sig om. Han kan väl inte ha fel eller själv ljuga? Många som läser artiklar frågar sig om de verkligen ska fortsätta med dessa "dödliga" tabletter.

Jag har funderat över hans drivkrafter. Jag tror de är ädla. Samtidigt tycker jag mig se att han i sin iver att visa oss alla, hur farliga våra läkemedel är, gör sig sig skyldig till förståeliga felslut. Jag fick en referens av honom som skulle visa att var 28:e patient över 65 år som tar SSRI dör av sitt läkemedel inom 12 månader. Den är skriven av Caren Coupland, *Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people*, BMJ 2011. Jag gillar artikeln men jag läser den inte alls på samma sätt som Peter Gøtzsche. Det står inget i artikeln om att var 28:e patient som fick SSRI avled till följd av detta. Så här gick det till när Peter Gøtzsche tolkade data. Studien som är en öppen observationsstudie följer 60 746 patienter i primärvården som erhållit diagnosen depression. Av dessa får 54 038 behandling med antidepressiva läkemedel medan 6 708 inte får det trots att de fick diagnosen depression. Det finns inte redovisat i artikeln varför de inte fick läkemedel – den vanligaste orsaken torde vara att de inte var så pass djupt deprimerade att läkaren ansåg att medicinsk behandling var indicerad.

Av dem som inte fick något antidepressivt läkemedel avled inom 12 månader 7 %. Av de som fick SSRI avled 10,6 %. Skillnaden mellan dessa grupper är 3,6 % (10,6 % - 7 % = 3,6 %). Därav slutsatsen att var 28:e patient (100/3,6) i SSRI-gruppen dog av sitt läkemedel. Kan man göra på detta sätt? Ja Peter Gøtzsche är betydligt mer expert på området än jag. Men – kan det vara så att de som fick medicinsk behandling var sjukare och därmed hade en högre risk för



att dö? I artikeln framgår också att död i dessa fall är "all cause mortality". Det vill säga hjärt/kärlsjukdomar, stroke och cancer var det som dominerade. Kan man utifrån dessa data ha stöd för påståendet att SSRI "dödar" var 28:e patient". Jag kan det inte.

Jag tycker att denna artikel i Läkartidningen måste balanseras av en artikel som granskar och för fram andra argument. Man måste skilja mellan åsikt och sakfel. Jag vill påstå att Peter Gøtzsche gör sig skyldig till många sakfel och felslut. De flesta av hans åsikter delar jag.

**Herman Holm**  
Överläkare

Psykiatri Malmö

Foto: Eva Sommestad

**ANNONS**



## Homo Psychicus som människa - och att bli en person

Alf Nilsson  
Symposion, Höör 2016

### Yttre och inre kosmos

Snart vet vi "allt" om yttrevärlden ifrån makrovärldens nebulosor och svarta hål till fotoner och Higgs-partiklar. Men vad vet vi om den inre världen? Med hjälp av sinnesorganen och deras tekniska förlängning har vi funnit att horisonten för vårt yttre kosmos ligger 10 miljarder ljusår bort och vi har väl underbyggda antaganden om såväl processer som strukturer i universum. Men kunskapen, påpekar Alf Nilsson, professor emeritus i klinisk psykologi, när det gäller vårt inre kosmos släpar efter vad gäller hur det byggs upp och utvecklas fram till dess yttersta väsen. Han minner också om att den digitala/operativa/kognitiva aspekten av det mänskliga psyket är mycket mer utforskad och högre värderad än den analoga affektiva aspekten.

### Ontogenetisk och evolutionär utveckling

I fem tidigare böcker har författaren bland annat arbetat med att fläta samman ontogenetiska och evolutionära aspekter på barnets utveckling på en grundläggande nivå. I denna unika serie av skrifter fördjupas olika utvecklingsteman gradvis lager på lager. Utvecklingslinjen från affekter med deras analoga karaktär av "mer eller mindre", till uppväckbara föreställningar och åskådningar, kopplar han till den kognitiva/operativa utvecklingslinjen som sträcker sig från spädbarnets reflexer med dess digitala "antingen eller"-karaktär vidare till den vuxnes reflekterande abstrahering. Bryggan mellan de affektiva och det kognitivt/operativa utvecklingslinjerna anser han vara stegringsaffekten förvåning/övertäckning. Förvåning ser han som ett grundelement i den medfödda motivationsordningen-affektsystemet medan förvåntan a priori ses om ett grundelement i det medfödda operationssystemet. Önskan och längtan är andra centrala motivafter.

### Idéhistoriska utflykter

Han gör en kort historisk översikt över framväxten av systematiskt förnuftigt tänkande från Uruk i Mesopotamien via Galilei till Einstein och kvantfysiken. På samma sätt som i sina tidigare böcker gör författaren utvinningar, "exkursjoner", avseende olika filosofiska domäner kring språk, kring vad som konstituerar skillnader, kring karisma,

makt och inte minst kring tid och dess kvaliteter: den *synkrona* tiden – ögonblicket, den *diakrona* tiden – följden av ögonblick som ger kontinuitet åt varseblivning och "mighet" och sist den *asynkrona* tiden – kortare än det upplevbara ögonblicket – som präglar den digitala processen "snabbare än blixten" vilket öppnar helt nya perspektiv. Den närmar sig den inre världens tidsperspektiv när tanken förflyttar sig. Människan skulle aldrig ha kunnat uppfinna den digitala maskinen som något yttre om inte förutsättningarna inom henne själv fanns som något inre. Först måste något finnas – åtminstone latent, som något inre, för att sedan kunna iscensättas som något yttre.

### Flerlagrad utveckling och ödesfrågor

Den referensram med dess flerlagrade karaktär vilken vuxit fram och redovisats i tidigare böcker och antytts ovan, menar han kan tjäna som ett ramverk för struktur och processer i den inre världen. Dessa fyra lager: amental affektivnivå, emotiva rekognitiva föreställningar, evokativa föreställningar och slutligen åskådningar och känslor skiljs åt av processer som kan beskrivas i Freudska begrepp; förnekande, klyvning, bortträngning och isolering. På samma sätt som i tidigare böcker använder författaren också här sina kliniska erfarenheter av det perceptuella objektrelationstestet PORT för att belysa sina teoretiska formuleringar.

Som jag ser det har författaren lyckats med avsikten med sin bok – att sammanfatta sina centrala utvecklingsperspektiv på ett överskådligt sätt och att formulera en ram för strukturering av vårt inre kosmos. Samtidigt känns det angeläget att påpeka att det i de tidigare volymerna finns fördjupningar som inte kan göras rättvisa i en översiktligare framställning, till exempel vad gäller systemet det omedvetna, tänkandets relation till döden som mental och faktisk företeelse. Om vårt yttre kosmos öde vet vi inte mycket även om inte mycket tyder på att universum kommer uppnå ett stabilt balanserat tillstånd. Beträffande vår planets öde i ett kortare perspektiv söker författaren ledtrådar till den mänskliga aktivitetens delaktighet i detta öde. Han ställer sig frågan om den operativa kognitionen har lånat ett yttersta drag av den mest abstrakta av de negativa affekterna, nämligen den



analoga och kontinuerliga vredens-raseriets ostopparhet före den totala destruktions och förintelsen. Kanske kan bättre kunskap om vårt inre kosmos förbättra prognosen på mänsklighetens överlevnad åtminstone i ett kortare perspektiv?

### Några reflektioner

Horisonten för vårt yttre kosmos ligger "ljusår" bortom vår föreställningsförmåga. Ännu så länge saknas det en Grand Theory som länkar mikro till makro: kvantfysik till relativitetsteori. Var går då gränsen för vårt inre kosmos? Finns det också en inre händelsehorisont likaväl som en yttre? Är gränsen för ett inre kosmos en individuell eller kollektiv företeelse? Går det att spekulera om passformen mellan systemet det omedvetna som författarens så ingående behandlat i tidigare texter och den struktur för den inre världen som han nu föreslår, eller är de inkommensurabla? Kanske det inte är så konstigt om det inte går att formulera en motsägelsefri referensram beträffande vårt inre kosmos. Hoppas författaren fortsätter att borra i dessa frågeställningar.

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

Missa inte!



**Suzanne Osten**

deltar med **Pebbles Karlsson Ambrose** och

diskuterar kring filmklipp om "Vad föräldrar med

psykisk sjukdom behöver för att ge sina barn en

trygg uppväxt" samt i paneldiskussion om sorg.





## Filosofen som inte ville tala

### Ett personligt porträtt av

## Ludwig Wittgenstein

Sten Andersson  
Norstedts, 2012

Boken är en inte helt lättsmält "tegelsten". Den är ändå väl värd att läsa för den intresserade av Wittgensteins filosofiska kamp under en oerhört omvälvande period i Europa. Den ger nämligen en inblick i stämningarna i Europa under två världskrig fram till efterkrigstiden då Wittgenstein dör 1951. Den speglar också vad det innebar att vara överklass, homosexuell och jude under denna tidsepok. Som ytterligare krydda var Wittgenstein dessutom ytterst excentrisk och i en närmast total avsaknad av känslighet för sociala koder.

Boken ger en inträngande bild av den akademiska världen i Cambridge under denna period med Russel-Moore och flera andra legender i spetsen. Den som dock dominerade scenen under långa perioder var helt klart det mytomspunna geniet Wittgenstein. Men var han då ett geni? Boken innehåller den frågeställningen som en röd tråd skickligt balanserande mellan föreställningen av det svåråtkomliga geniet balanserande på galenskapens brant. Att han drev många kolleger till ogillande, ja ibland ursinne, med sitt sätt hindrade inte att han också hade en skara ytterst lojala anhängare likt en filosofins messias. Men vad var då egentligen essensen i Wittgensteins filosofi? Varför ville han inte tala?

Först ska konstateras att titeln är lite missvisande för vår gode filosof var nämligen väldigt talför, han kunde helt enkelt inte låta bli. Det som framförallt förmedlas genom berättelsen av Wittgensteins filosofiska kamp är just en historia om en kamp mellan två klassiska dilemman inom logiken/filosofin. Detta handlar om det faktum att vid djupare borrhande kring något fenomen så inställer sig så småningom en skiljeväg där den ena tar stopp utifrån att den slutgiltiga lösningen anses vara funnen medan den andra vägen ger allt större osäkerhet ju djupare man gräver och däri möter oändliga möjligheter och "sanningar" - det tar så att säga inte slut! Den tidiga Wittgenstein utgör ett exempel på det förstnämnda och den senare på det sistnämnda.

I hans tidiga verk *Tractatus Logico Philosophicus* anser han sig genom logiskt uppbyggda satser ha löst vad som kan benämnas överhuvudtaget och därmed som han uttrycker det "i allt väsentligt löst filosofins alla problem". Därefter drog han sig tillbaka till en enslig stuga i norska fjällvärlden men han kunde förstås inte sluta tänka. Småningom gavs denna lilla tunna bok ut och blev en kultbok. *Tractatus* skrevs under första världskriget där Wittgenstein stred i frontlinjen enligt vad han själv antytt i hopp om att få dö ärofullt. Han var nämligen ytterst självmordsbenägen under hela sitt liv. En ödets ironi var att flertalet av Wittgensteins

kamrater stupade, dock inte han själv. Nåväl, författaren tar upp den dråpliga cirkus som alltmer kom att utspelas kring Wittgenstein där han geniförklarad får genvägar till allt, inte minst småningom en professur i Cambridge. *Tractatus* blev som sagt ett kultverk även om ingen egentligen förstod innehållet. En ytterligare paradox som boken gång på gång belyser är att Wittgenstein alltmer gjorde klart att han inte ville syssla med filosofi och avrådde alla studenter från att göra det. Han ville följaktligen inte ha någon professur heller men eftersom han skänkt bort hela sin förmögenhet behövde han ett jobb för sitt uppehälle!

Den senare Wittgenstein uttrycker i korta satser sin filosofi i ett verk kallat *Filosofiska undersökningar* som aldrig gavs ut under hans livstid eftersom detta verk aldrig blev klart (förstås). Men verket gavs ut efter hans död och i vissa delar fick det stort inflytande. Wittgenstein tar här helt avstånd från att någon lösning av objektiv art kan finnas inom logiken/filosofin. Han pekar i stället på språkliga kontexter som meningsbärande inom det "språkspel" som byggs upp mellan människor i olika sammanhang. Detta är föregångaren till Foucaults begrepp diskurs. I dessa språkvärldar löses inga problem utan man upplöser dem snarast! En stilla reflexion från min sida är hur Wittgenstein tänkte till exempel kring ett läckande/sprutande element? Ett handfast ingrepp i materia-världen torde vara svårt att ersätta med en upplösning i språket! I och för sig tog utvecklingen av det systemiska tänkandet hand om detta också på 50-60 talet - men det är en annan historia!

Så åter till frågan om Wittgenstein var ett geni eller inte. Helt klart var han begåvad på många olika områden. Han uppfann till exempel olika mekaniska konstruktioner och var på väg att bli flygplansingenjör när intresset för logik och filosofi tog överhanden. Författaren ger inget egentligt svar på frågan mer än att Wittgenstein var en mycket speciell person och på många plan begåvad, men där det mest säregna handlar om att filosofin för honom var en bokstavlig kamp på liv och död.

**Bo Lundin**  
Utredare  
Psykiatriförvaltningen  
Landstinget i Kalmar län  
bo.lundin@ltkalmar.se



Miss a inte!



Foto: Göran Engberg

Professor **Sophie Erhardt**, från Karolinska Institutet berättar om **nya möjligheter att via biomarkörer identifiera suicidrisk**

## Det blir inte alltid som man tänkt sig

I förra numret stod att läsa att vi i septembernumret skulle ha med en artikel om SPF:s nye hedersledamot Dan Gothefors. Dessvärre har den blivit fördröjd men i nästa nummer kommer den!

**Tove Gunnarsson**  
Redaktör Svensk Psykiatri

## Kalendarium

ST-konferensen  
18-20 januari 2017, Yasuragi, Stockholm  
(Saltsjö-Boo)  
[www.stpsykiatri.se/](http://www.stpsykiatri.se/)

Svenska Psykiatrikongressen  
15-17 mars 2017, Göteborg  
[www.svenskapsykiatrikongressen.se](http://www.svenskapsykiatrikongressen.se)

25th European Congress of Psychiatry  
1-4 april 2017, Florens, Italien  
<http://www.epa-congress.org/>

Svenska BUP-kongressen  
3-4 maj 2017, Gävle  
<http://svenskabupforeningen.se/>

170th APA Annual Meeting  
20-24 maj 2017, San Diego, USA  
<https://www.psychiatry.org/>

13th World Congress of Biological Psychiatry  
18-22 juni 2017, Köpenhamn, Danmark  
<http://www.wfsbp-congress.org/home.htm>

Fler kongresser hittar Du på  
[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)  
[www.svenskabupforeningen.se](http://www.svenskabupforeningen.se)  
[www.srp.se](http://www.srp.se)

# B



# 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](http://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 stipendienämnden 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 färskas 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).

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