

Tidskriften för Svensk Psykiatri

#1

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - Mars 2017



**SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN**

Ansvarig utgivare:
Hans-Peter Mofors



Huvudredaktör:
Tove Gunnarsson



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*
- 9** Kommande temanummer
- 32** Senaste nytt från SPF's Utbildningsutskott, *Alessandra Hedlund*
- 66** Bokrecension: Psykiatri, *Ulf Rydberg*
- 68** Bokrecension: Buddhas ord om kärleksfull vänlighet. En kommentar till Karaniya metta sutta, *Leena M Johansson*
- 69** Bokrecension: Lyssna till ditt hjärta. Allt om kroppens viktigaste organ, *Thomas Silfving*
- 70** Bokrecension: Den svåra konsten att se sig själv, *Thomas Silfving*
- 71** Kalendarium

Tema:

- 10** Liv under hot, *Daniel Frydman*
- 12** Handbok för flyktbenägna, *Hanna Edberg*
- 14** Ett ögonblick från kriget, *Ghassan Chahla*
- 16** Att möta asylsökande och flyktingar - helhetssynen är nödvändig, *Maria Sundvall*
- 18** Förståelse för erfarenheter baseras på erfarenheter, *Daniel Frydman*
- 20** På flykt. Rädsla - ångest - smärta, *Lars Albinsson*
- 22** Undervisning av flyktingbarn i Vadstena, *Anna-Lena Rapp*
- 23** Glimtar från volontärsatser för flyktingar på en camping, 4 km från den lilla kulturstaden, *Gullvi Aldén, Anna Harder, Gun Mälhammar*
- 26** Om livets mening och att låta sig bli berörd, *Björn Wrangsjö*
- 28** På flykt, *Per Gustafsson*
- 30** Hälsokommunikation - dialog med nyanlända flyktingar kring psykisk ohälsa, *Sofie Bäärnhielm*

Rapporter från möten och resor:

- 34** Expanding Minds. Rapport från ST-konferensen *Adel Abu Hamdeh*
- 40** Innehållsrika och spännande dagar. Rapport från SFBUP's möte med landets verksamhetschefer och ledningsansvariga läkare på BUP 2017, *Sara Lundqvist*
- 42** Hur fungerar psykiatri i Hongkong? *Hans-Peter Mofors*
- 50** *Cullbergstipendiat*. Annorlunda rättspsykiatri; Kort sammanfattning efter en intrycksrik resa till Mason Clinic i Auckland, Nya Zeeland, *Jurgita Kundrotienė*
- 52** *Cullbergstipendiat*. Helst inte 40 bokningar på en halvdag, men kanske mer E.A.S.Y.? *Wan Kam*
- 55** *Cullbergstipendiat*. Erfarenheter från Kapstaden, *Myrto Sklivanioti*
- 58** SPF fortbildar - Fokus Diagnostik *Maria Larsson*
- 60** Take home-meddelanden från några av föreläsarna från SPF fortbildar - Fokus Diagnostik, *Maria Larsson*

Psykiatriska nyheter:

- 62** Aktuella avhandlingar från BUP 2016 *Per Gustafsson*
- 71** Schizofreni kopplas till mammas vikt under graviditeten, *Tove Gunnarsson*

Debatt:

- 64** ADHD - sveket *Jan Pilotti*

Övrigt:

- 33** Dags att ansöka om "Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne"
- 38** Somatisk ohälsa i blickpunkten. Nationell konferens 12-13 oktober, 2017, i Malmö, *Jarl Torgerson*
- 41** Svenska Psykiatriska Föreningen utlyser härmed en Skrivartävling - förlängd tid att skicka in bidrag!
- 45** SPF anordnar resa till WPA i Berlin i höst
- 46** Vad behöver föräldrar med svår psykisk sjukdom för att ge sina barn en trygg uppväxt? *Maria Larsson*
- 48** Ullakarin Nyberg vann Läkartidningens utmärkelse, Årets artikel i kategorin Kommentar, *Tove Gunnarsson*
- 72** Dags att ansöka om Cullbergstipendiet



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@sl.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

Roman Bodnarchuk / Shutterstock.com

Internet

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se



På flykt...

...är temat för detta nummer och ett tiotal artiklar avhandlar ämnet ur ett psykiatriskt perspektiv. Här beskrivs våra umbäranden och lidanden men också mycket om vad man faktiskt kan göra som behandlare och medmänniska.

Bland övrigt innehåll kan nämnas reserapporter från förra årets tre Cullbergstipendiater, med spännande skildringar av psykiatri i Sydafrika, Hongkong och Nya Zeeland. Blir du lockad att själv resa iväg och uppleva något nytt? Ta chansen och ansök om Cullbergstipendium 2018, se annons på sista sidan!

Nästa nummer

Avvikelseberapportering ska ske då det inträffar ett tillbud eller en negativ händelse i sjukvården. Syftet är i första hand att identifiera systemfel som ska leda till förbättringsarbete, inte att peka ut enskilda individer. I praktiken kommer vi dock inte ifrån det egna ansvaret om ett misstag har inträffat. Vi kan känna skuld, rationell eller irrationell, eller uppleva oss som offer för omständigheterna. Vi kan bli utpekade som syndabockar, drabbas av påföljder av olika slag och – om det vill sig riktigt illa – ställas inför rätta.

Lagar och myndigheter definierar vårt professionella ansvar. Utöver det har vi alla en egen uppfattning om vad vi har ansvar för, professionellt och medmänskligt, men det är inte självklart att detta alltid stämmer överens med (ett ibland luddigt) regelverk och föreskrifter. Hur hanterar man det i så fall?

Vi kan även fundera över hur mycket ansvar man kan kräva av en människa med svår psykisk sjukdom. Å ena sidan – vad kan man begära vad gäller t.ex. ordinationsföljksamhet eller avhållsamhet från missbruk? Å andra sidan – är psykiatri ibland litet väl paternalistisk och fråntar patienter deras eget ansvar på ett sätt som inte är ändamålsenligt?

Det här är frågor vi hoppas du vill reflektera över i nästa nummer vars tema är **Personligt ansvar**.

Och om du vill skriva om något annat – t.ex. en debattartikel, recension, psykiatrisk nyhet eller kongressrapport – så är det som alltid mycket välkommet!

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Bäste medlem!

Denna ledare, som även ska bli min sista som ordförande i SPF, skrivs på flyget på väg hem från Hongkong. Styrelsen har haft förmånen att göra ett studiebesök vid två olika psykiatriska kliniker och därmed fått ta del av andra sätt att utföra både vård och utbildning.

Med inblick i verksamheter i andra länder öppnar sig oceaner av intryck. Kan man verkligen ge en vettig vård med många och korta besök, kanske tjugofem på en förmiddag? Är det rimligt med åtta sängar i en sovsal – och dessutom med väggar av glas? Som svensk vet vi väl bäst hur vård ska bedrivas? Vi har ju världens bästa sjukvård...

Jag förundras över sjukvården i andra länder, inte bara i Hongkong. Tillgängligheten till specialistläkare är ofta god och vårdtiderna är tillräckligt långa. Dagtid är avdelningarna tomma, eftersom patienterna deltar i rehabilitering på arbetsterapi. Teamarbetet är fungerande och läkaren den givne ledaren. Självmord i heldygnsvården förekommer sällan eller aldrig.

Patienternas förväntningar på psykiatrin varierar stort. I vårt individorienterade samhälle förväntas vården i högre grad ta vid där samhället och familjen inte har möjlighet. Men är detta vad sjukvård (psykiatri) ska göra? Jag reflekterar över vårt uppdrag och även över vårdens organisation. Framför allt undrar jag hur vi ska hjälpa patienter tillbaka till arbete i en sjukvårdsmodell där psykiatrin är frikopplad från psykiatrisk rehabilitering - i den mån sådan finns. Hur kan vi bäst hjälpa våra patienter, på kort som på lång sikt?

Kring dessa och andra frågor har vår förening fokuserat och debatterat under det gångna året. Vi har argumenterat kring vikten av en meningsfull och jämlik heldygnsvård. Vårt land präglas ännu av stora regionala skillnader, både beträffande vårdinnehåll och bemanning. Hur kan behandling av självskadebeteende fortfarande variera så stort?

Sjukvårdens styrning måste ifrågasättas. För att helhetssyn ska bli verklighet måste den medicinska kunskapen finnas i ledningens centrum, på alla nivåer. Psykiatrikerens kompetens och lämplighet att leda, även på patientnivå, är idag ifrågasatt. Här har vår förening ett viktigt ansvar att axla.

Svenska Psykiatrikongressen, som i år fyller tio år, är nog det sammanhang där vår förening syns mest. Kongressen är inget annat än en framgångssaga – till gagn för hela psykiatrin. Årets möte ser ut att bli det mest besökta någonsin. Självklart beror detta på att innehållet uppfattas angeläget. Vi strävar alltid efter att hitta intressanta infallsvinklar från



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



HANS-PETER MOFORS
ORDFÖRANDE SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN

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

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

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

klinik, forskning, kultur, debatt och andra till psykiatrin angränsande områden.

Ett stort arbete, om än inte lika synligt, utförs av utbildningsutskottet. De arbetar ständigt med utvecklingsfrågor kring grundutbildning, allmäntjänstgöring, specialisttjänstgöring och kvalitetsuppföljning.

Många kollegor arbetar med framtagning och revidering av föreningens kliniska riktlinjer. Dessa har sedan decennier en självklar plats för kollegor och medarbetare inom psykiatrin, med möjlighet att lätt orientera sig i det aktuella kunskapsläget bland olika områden. I år förväntas publicering av flera nya riktlinjer, däribland personlighetssyndrom och transkulturell psykiatri.

Ett i år väldigt synligt avtryck av föreningens arbete är tillkomsten av vår nya hemsida och logotyp. Den senare tycks, liksom forna tiders projektiva test, väcka en mängd känslor. Ursprunget till loggan är symbolen som World



Psychiatric Association använder, men modifierad till ett mer nordiskt format, inspirerad av runstensskrift. Att logotypen väcker känslor ser jag som uttryck för att arbetet varit mödan värt!

På uppdrag av föregående årsmöte, arbetade styrelsen i föl intensivt med fortbildning för specialisterna. Under temat "SPF fortbildar" har fyra halvdagsseminarier arrangerats med fokus på psykiatrisk diagnostik. Satsningen fortsätter i år, nu med inriktning på psykofarmakologi.

Det är med stor glädje som styrelsen nu kan bjuda in våra medlemmar till kongressresa till Berlin i höst. Faller detta väl ut, vill vi fortsätta dessa gruppresor under kommande år.

Med dessa rader vill jag tacka för att jag under de senaste två åren har fått förtroendet att leda arbetet i vår fina förening. Det har varit roligt och oerhört utvecklande för mig personligen. Föreningens framgångar baseras helt på samverkan mellan våra medlemmar och ett välfungerande styrelsearbete. Detta har jag fått uppleva på nära håll. Jag vill tacka er alla för en fantastisk tid tillsammans!

Hans-Peter Mofors
Ordförande
SPF

Det finns många anledningar att vara medlem i SPF

Förutom Svenska Psykiatrikongressen, årliga fortbildningsinsatser,
kongressresor:

Svensk Psykiatri
The British Journal of Psychiatry iPadversion
Nordic Journal of Psychiatry online
The Nordic Psychiatrist

Läs mer på hemsidan under "medlem"
www.svenskpsykiatri.se

Vissa frågor kan man inte värja sig ifrån

Hur flyktingar har det i Sverige är en fråga som hela tiden återkommer till mig. Det gäller både de apatiska barnen och de ensamkommande ungdomarna. Just nu sprider sig en desperation bland ensamkommande flyktingbarn vars motstycke vi inte sett tidigare. Allt fler söker sig till sjukvården med självmordstankar, och på den sista tiden har bara i Västra Götaland två personer fullbordat självmord. När jag tar del av det som skrivs och hör med kolleger så är det uppenbart att den ökade oron beror på konsekvenserna av att man nu skriver upp åldrarna. Följden blir att de abrupt förlorar sin gode man, sitt boende och flyttas till Migrationsverkets boende för vuxna. Till denna otrygghet kommer att risken för avvisning blir mycket större vid 18 års ålder. De som hotas av avvisning till Afghanistan riskerar också att avvisas till ett land där de inte har något nätverk. Familjen bor ofta i Iran och dit är de ensamkommande inte välkomna.

De förslag som hittills kommit från Barnombudsmannen och SKL för att lösa dagens desperata situation är att vi måste informera de ensamkommande bättre om asylprocessen och självmordstankar samt förstärka vårdkedjan. Vi behöver förstärka vården, BUP behöver få mer resurser, HvB-hemmens personal bra utbildning i traumamedveten omsorg men det räcker inte i dagens situation. Jag tycker att det vore naturligt att våra myndigheter genast ser över åldersuppskrivningarna och dess konsekvenser samt stoppar avvisningarna till Afghanistan men ännu har jag inte hört någon myndighet lyfta detta.

Jag har alltid tänkt att ju fler patienter som är med i en studie desto bättre. Men nu har jag fått mig en tankeställare. På den psykofarmakologiska utbildningen visade Håkan Jarbin på en stor metastudie med deprimerade ungdomar. Denna studie visade att det inte var någon skillnad mellan placebo och aktiv behandling. I denna studie var många "sites" inblandade, vilket innebär att man inte har så bra kontroll på diagnostiken. Håkan kunde på en tydlig graf visa att ju fler "sites" som är med desto mindre blir skillnaden mellan placebo och aktiv behandling. Tittade man däremot på svårighetsgraden med Clinical Globe Impression (CGI-S) såg man tydligt att den aktiva behandlingen var bättre ju högre svårighetsgraden var vid "baseline". I Vetenskapsradions veckomagasin kommenterade Christopher Gillberg den nya stora studien om hjärnförändringar hos personer med adhd. Han menade att det alltid finns en risk att diagnostiken varierar när man har många "sites" i en studie. Det är svårt att veta om förändringarna är kopplade till adhd i sig eller till beteenden som brukar vara associerade till adhd. Viktiga synpunkter att tänka på när man läser studier, framför allt eftersom liknande studier ofta får stor uppmärksamhet i media.



LARS JOELSSON
LEDARE SFBUP

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.sfbup.se

Jag vill lyfta fram några frågor som styrelsen arbetar med nu. Vi har tillsammans med Institutet för Medicinsk Rätt AB utarbetat ett PM - Medicinskt ledningsansvar för barn- och ungdomspsykiatri och en mall för delegation. Dessa dokument ligger på vår nya hemsida. Vi fortsätter nu med kliniska riktlinjer, närmast kommer riktlinjer för ångest och därefter trauma. Vi har träffat den nationella samordnaren Kerstin Evelius som har ett uppdrag att se över tvångsåtgärder inom barnpsykiatri. Direktiven är att minska eller om möjligt ta bort tvångsåtgärder. Styrelsen har framfört att man inte kan ta bort alla tvångsåtgärder, de behövs ibland för att rädda liv eller bryta en svår psykos. Vi har lämnat en rad förslag på förebyggande åtgärder. Vi har också skapat en ny hemsida, www.sfbup.se som vi är mycket stolta över. Vi har ambitionen att uppdatera hemsidan kontinuerligt och vi tar gärna emot tips på nyheter eller annat bra material.

Vid kommande årsmöte avgår jag som ordförande. Jag vill passa på att tacka för de år som jag varit ordförande vilket har varit fina år med mycket positiva minnen. Jag är glad att Sara Lundqvist nu ställer upp för val till ordförande. Hon har sedan hösten i praktiken fungerat som ordförande under min sjukdom.

Nu väntar vi på att dra i gång Svenska BUP-kongressen i Gävle 3-4:e maj. Jag hoppas att vi ses där. Anmälan görs via hemsidan.

Lars Joelsson
Ordförande SFBUP

Köldknäpp, kriminologi och kvalitetsregister

Detta nummer kommer ut lagom till Svenska Psykiatrikongressen. I skrivande stund är det dock januari och vi har just haft en köldknäpp uppe i norr. Flykt är temat till nr 1 av vår tidning, och jag har läst om några personer som blivit ståendes i ett strömlöst tåg mitt i region Norrbotten vid Nattavaara. Det var minus 38 utomhus och eftersom de inte hade någon el, kröp temperaturen inne i vagnen neråt mot minus 25. Jag tror att de som var i tågvagnen tänkte på flykt flera gånger, men vart skulle man ta vägen? Detta är dock enbart en vindpust jämfört med vedermödor som flyktingar får utstå.

En ny fälla

I och med att lagstiftningen förändrades för dem som saknar uppehållstillstånd har Rättspsykiatrisk vård som inte kan avslutas blivit en ny fälla, om man har dömts till LRV med sup, inte kan skrivas ut då det inte finns ordnade förhållanden. Vilken flykting har ordnade förhållanden? Dessutom blir det små ekonomiska möjligheter för den som inte har sjukpenning, häktespenning eller socialbidrag.

Följden blir en tillvaro i limbo – ett evigt tillstånd utan fast förankring – och det var väl inte vad man tänkt sig med flyktinglagstiftningen en gång i tiden. Budget för dessa personer hamnar på rättspsykiatrin istället för på Migrationsverket.

Kurs i kriminologi

Jag har anmält mig till en kurs i kriminologi och där ställts inför svåra frågor: Finns den onda människan?

Finns det uteslutande goda människor?

Njaa.... Så enkelt ska vi inte komma undan.

Jag tror det finns spektrum av goda egenskaper och onda egenskaper inom mänskligheten. Jag tror också att vår etik, vad som är ont och gott, till stor del är nedärvd och att vi (nästan) instinktivt känner vad som är rätt och fel. Det finns universella uppfattningar om brott – och om välgärningar – där nästan alla samhällen i alla tider har samma syn.

Det som är dåligt för människan som social varelse och vårt mänskliga samhälle, liksom vad som är bra för oss – det vill säga att vi tar hand om barn, sjuka och visar solidaritet med



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: Kosilla Pillay

Ledamöter: Sara Bromander, Harald Nilsson,

Margareta Lagerkvist

Hemsida: www.srpf.se

Webmaster: Stina Djurberg (webmaster@srpf.se)

vår grupp.

Det kan vara olyckligt att biologi och sociologi kantrar i olika samhällen och den gamla demonologin får utrymme och det får bli ord som förhoppningsvis ska bidra till en balans mot framtida kunskaper inom kriminologin.

Bra att det ordnas kurser med dessa intressanta ämnen!

Några ord om kvalitetsregistret RättspsyK, som har funnits längst (sedan 2008) av de psykiatriska och har överlägset högst anslutningsgrad – 100 %. Vi ska fortsätta att registrera då verksamheterna får hjälp att agera på sina data och kan utvecklas att tillgodose patienternas behov. Dessutom ger registreringen uppslag till förbättringsarbete och forskning. Registret baserar sig på de tjugo vårdenheter i landet där rättspsykiatrisk vård bedrivs i egentlig mening. De kan fördelas i tre olika storleksgrupper. Omkring tjugo, sextio och etthundra vårdplatser.

Medianvårdtiden 51 månader varierar påtagligt olika mellan de olika enheterna i landet - mellan 23 och 87 månader.

Fördelat på diagnos har personlighetsstörningar längst vårdtider (63 månader) ganska lika med neuropsykiatriska syndrom, mental retardation och schizofreni.

Avseende brottstyp för patienter i pågående vård är den största brottsgruppen misshandel inklusive våld mot tjänsteman, som har medianvårdtid på 53 månader. Mord/dråp, inklusive försök till, samt rån och sexualbrott är de som hittills har vårdats längst.

Några indikatorer i kvalitetsregistret: • Patientskattad hälsa • Återfall i brottslig gärning under pågående vård • BMI (kroppsmasseindex) • Förändring av ekonomisk skuldsituation • Svårighetsgrad av symtombild
Registeransvariga har beslutat sig för att för några items sätta upp måltal – där man kan utvärdera möjligheter till kvalitetsmål.

Målet för att hålla nere återfall i brottslig gärning har uppnåtts under 2015.

Återfallsriskbedömning med strukturerade instrument (vanligast HCR-20) har bidragit till att ge risk- och farlighetsbedömningar en bättre vetenskaplig grund men har tyvärr minskat över åren för att nu vara nere på cirka 30 procent. Jag hoppas att vi kan öka användningen av verktygen som är beprövade, så att vår statistik förbättras ytterligare

Reflektioner kring RättspsyK: Kaj Forslund, verksamhetschef och registerhållare, Rättspsykiatri Vård Stockholm: Kvalitetsregistret RättspsyK har ända sedan starten engagerat ett stort antal enheter och entusiasmen nationellt för att få till ett fungerande register har varit påtaglig. Årsrapporten har utvecklats och ger en god grund för internt arbete med data där man också utan större svårigheter kan jämföra sin egen enhet med andra och fundera kring orsaker till skillnader. Olika utvecklingsprojekt har drivits inom och med anknytning till registerarbetet. På senare tid kring patienternas ekonomi vilket lett till ett ganska omfattande utvecklingsarbete.

Nya yrkesbeteckningar

Säkert har alla verksamheter fått samordnare, många har *specialister, verksamhetsutvecklare och controllers* är ju hopplöst förbi. Det senaste i denna väg är *avgränsare*, som en kommun i Norrbotten har inrättat. Undrar när vi får se *invecklare, avvecklare och tillskrynkare*.

Hoppas vi ses i Göteborg på Svenska Psykiatrikongressen!

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF



– och bistå allmän förvaltningsdomstol
i LPT/LRV-mål?

Enligt 15 och 17 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ska Socialstyrelsen förordna sakkunniga läkare att bistå allmän förvaltningsdomstol i mål enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV.

Vi har för närvarande ett 50-tal förordnade sakkunniga som tar uppdrag, men det behövs fler. Den sakkunniges uppgift är att tillföra rätten sakkunskap i psykiatriska frågor.

Den sakkunnige bör vara en specialistkompetent läkare inom någon gren av psykiatri, med flerårig erfarenhet av att fullgöra uppgifter motsvarande de som ankommer på chefsöverläkaren enligt LPT och LRV. Personen bör vara aktiv inom yrket, ha gedigna kunskaper och bred erfarenhet inom psykiatri.

Den sakkunnige bör inte vara 67 år eller äldre det år förordnandet sker, alltså under innevarande år.

Förordnandet gäller i hela landet, men det går att begränsa sig, t.ex. till den egna regionen.

Det är domstolen som tilldelar och utformar uppdraget, utför jävsprövning inför varje mål samt bestämmer ersättningsnivåerna.

Förordnandet gäller för tre år, och aktuell period nu är fr.o.m. 1 feb 2017 t.o.m. 31 jan 2020.

Om du är intresserad, mejla din intresseanmälan inkl. cv och eventuella frågor till: birgitta.kvist@socialstyrelsen.se

SVENSK PSYKIATRI

TEMANUMMER UNDER 2017

Skriv i Svensk Psykiatri

NUMMER 2 2017

Tema: Personligt ansvar

Deadline 17 maj

Utkommer vecka 23

NUMMER 3 2017

Tema: Kroppen – själens förpackning

Deadline 30 augusti

Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2017

Tema: Ej bestämt

Deadline 15 november

Utkommer vecka 49

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

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Författarinstruktioner för Svensk Psykiatri

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

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

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

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

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

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

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

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

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **17/05**
Tema: **Personligt ansvar**





Foto: Nicolas Economou / Shutterstock.com

Liv under hot

Det finns många flyktingar i Sverige. Åtskilliga har kommit under senare år. Dessförinnan har tidigare konflikter och kriser i världen bidragit med flyktingar till Sverige: finska krigsbarn, estniska båtflyktingar, vietnamesiska båtflyktingar, överlevande från Förintelsen, flyktingar från Balkan, människor som flytt militärdiktaturer i Latinamerika och Grekland, krigsdesertörer från USA, Kambodja och Rwanda och andra konfliktområden har gett motiv för människor att fly från sina hem och hemländer.

Liv under förtryck där hot om straff och död förekommer, kräver en nödvändig anpassning. Om en viss ålder krävs är det adaptivt att anta den åldern. När de som är för unga riskerar att dödas, då gör man barnen äldre. När det krävs att en person inte får vara för gammal, då gör man sig yngre. När det är gynnsamt för ens utsikter att ha ett pass, då bevarar man passet. När det verkar mindre osäkert att komma fram passlös, då är det en rimlig anpassning till omständigheterna att tappa bort passet. Allt för att överleva och nå en grund för ett fortsatt liv, nya vänner, en familj, jobb.

I hemlandet och under flykten kan en person ha levt skrämmd eller hotad till livet, kanske förlorat nära eller tappat dem ur sikte. De flesta människor är utrustade med förmågan att ta sig vidare från såna händelser utan bestående psykiska svårigheter. Förluster kommer sörjas, sår kommer läkas tillräckligt väl. Kvinnor löper större risk än män att få PTSD, i synnerhet om våldtäkt eller annat sexuellt våld eller tvång funnits med i bilden.

För den som väntar på besked om att få stanna kvar i ett land eller ej kan det ursprungliga traumat inte sjunka undan. Väntan är för många skräckfylld och för den som får besked om utvisning kan det leda till uttalad desperation. Ibland med våldsamma reaktioner där våld kan riktas mot andra eller mot en själv, som en suicidhandling. I slutet av januari och början av februari begick fyra ensamkommande pojkar, i väntan på besked, självmord.

En läkares uppgift är att ställa diagnos och bedöma tillståndets svårighetsgrad och prognos. Våra bedömningar baserar sig på anamnesen, på våra observationer, på vår kliniska erfarenhet och på aktuell forskning inom området.

Baserat på diagnos, svårighetsgrad och patientens övriga livssituation uppkommer resonemang om tänkbart förlopp och prognos. Vi vet att bedömning är en färskvara och att det kan krävas flera möten för att få en god anamnes. Ingen bedömning är en profetia.

Vi blir vana vid att skriva utlåtanden. En patient som på grund av sjukdom inte klarar av att jobba kan sjukskrivas. För den som bedöms ha en arbetsskada eller en funktionsnedsättning kan vi intyga detta till försäkringsbolag eller annan instans.

Själva bedömningsarbetet med patienter som är flyktingar skiljer sig inte från andra bedömningssituationer. Somligt är annorlunda. Vi kanske bara kan tala med patienten via tolk. Det kan vara svårt att ta ställning till konsekvenserna av olika upplevelser och det blir ibland svårare att överblicka en skadas art och omfattning. Bedömningsarbetet är detsamma.

Vi är också vana vid att våra bedömningar nagelfars av tjänstemän, de kan ibland komma till andra slutsatser än vi, men diagnoserna vi ställer brukar accepteras. De flesta av oss är också noggranna i det diagnostiska arbetet och i formulerandet av ett intyg. Patientens bästa står främst.

För personer på flykt, som önskar få asyl eller av andra skäl få uppehållstillstånd i Sverige, kommer våra bedömningar ibland utgöra underlag för Migrationsverkets eller migrationsdomstolarnas ställningstaganden. Många av de personer som söker asyl i landet har många och allvarliga erfarenheter bakom sig.

Det är känt att de flesta med potentiellt traumatiserande erfarenheter **inte** kommer få skador som leder till PTSD. De patienter vi bedömer har diagnosen, torde rimligen också ha den. Prognosen för personer som har PTSD och som fortsätter leva med en stark oro eller en osäkerhet om sina framtida livsvillkor är sämre. Vissa blir suicidala eller våldsamma mot andra. I våra resonemang om diagnos och prognos kan vi endast sällan komma med tvärsäkra påståenden om vad som kommer att hända, vi kan uttala oss om sannolika eller möjliga utfall.

Inför Migrationsverkets och migrationsdomstolarnas tjänstemäns och juristers ögon, händer ibland något märkligt. Våra intyg och utlåtanden beaktas med en läsart och tolkningsart som tycks följa andra regler än de vi till vardags lever under.

Till exempel kan jag i ett utlåtande skriva att en patient uppfyller kriterierna för PTSD och exemplifiera med hur en person undviker psykisk plåga genom att aktivt låta bli att tala om vissa smärtsamma minnen. Detta undvikandebeteende kan ha gjort att patienten (nu den asylsökande) inte förmått berätta om vissa händelser vid intervju på Migrationsverket. När tjänstemännen läser utlåtandet, kommer det ligga patienten till last att upplysningen kommer fram först nu, eftersom saken tidigare förtigits.

Mitt utlåtande kan då till och med ha bidragit till att min patient betraktas som mindre trovärdig. Inom psykiatrin har vi erfarenhet av att patienters anamnes blir fylligare över tid men den erfarenheten (eller vetskapen) tycks inte finnas inom migrationsdomstolen.

Att NN inte berättat om den uppgivna misshandeln under asylutredningen är mycket märkligt, särskilt som den ska ha inträffa efter [kända händelser] och strax innan han lämnade landet. Hans förklaring till att han inte nämnt misshandeln tidigare – att han skämts för att han inte kunnat försvara sig och sin familj – är inte godtagbar. I denna del får hans asylberättelser ses som en upptrappning i en väsentlig fråga som inte kan läggas till grund för bedömningen utan istället som något som förringar hans allmänna trovärdighet.

Exemplet belyser på ett kraftfullt sätt skillnader som finns mellan olika sätt att se på psykiska funktioner. Kanske är den som vid första mötet med en okänd tjänsteman klarar av att förmedla allt också tillräckligt robust för att överleva under osäkra omständigheter. Troligt är i alla fall att personen har samordnande frontallobsfunktioner intakta. Det brukar inte en person med hög stressnivå, som vid PTSD, ha.

Inför framtiden måste de som söker asyl eller till exempel anmäler en våldtäkt, lära sig att alltid berätta allt till alla för att inte förlora i trovärdighet. Detta gäller framför allt de gånger de befinner sig i en beroendesituation och där de människor de talar med har en stor makt över hur deras liv ska löpa framåt.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Handbok för flyktbenägna

Hanna Edberg
Specialist i psykiatri och
rättspsykiatri
Stockholm

Det finns många och stora ord att skriva om andras flykt. Om hjärtan som brister när små barn försvinner ned i otäcka glupande havsdjup. Människor på flykt. Andra människor. Andra människor som springer, hukar, överger. Andra människor som flyr genom att dränka nervändarna i alkohol, fylla venerna med narkotika eller smula sönder hushållskassan på glansiga kasinon. Flykt som ett försök att skydda sig, tömma själen, förhindra ångest, utarmning och död.

Som om.

Som om flykten inte levde sitt alldagliga, gråa liv i den egna vardagen.

Säkerhetsbeteenden. Det verkliga livet är fullt av dem.

Det riktigt supersluga är att lyckas hitta ett flyktbeteende som i mångt och mycket ser ut som ingenting särskilt alls. En kanonstrategi för alla flyktbenägna. Jamen tänk själva, om alkoholisten kunde svepa 33 cl grönkålsjuice med ingefära istället för ett helrör? Med samma resultat.

Bänkplats 1: Lodi Larsson med grönkålsjuice. Bänkplats 2: Friluftsfritte med grönkålsjuice. Samtalsämne: Separationsångest.

Superslugt.

Eller föreställ er att heroinisten hade kunnat gå in på Blodbanken och tömma kärnen på några deciliter 'for the greater good' med samma effekt som om hen hade fyllt dem med svekfulla euforiska substanser. Va?

Superslugt.

Vid samma tidpunkt varje år samlas ett litet gäng supersluga flyktbenägna själar i ett alldagligt forum och ser ut som ingenting särskilt alls. Upprinnelsen är ett litet litet Jesusbarn för en herrans massa år sedan och den störtflod av traditionsenligt påtvingat mys för familjekompetenta som därefter drabbat västvärlden. Dessa själar gör då samma sak som alla andra gör någonstans mellan 36,5 och 40 timmar per vecka. Flexar in, bidrar till samhällsordningen, flexar ut. Honnör för brödfödan. Märks på så sätt överhuvudtaget inte alls.

För vissa kan det vara en flykt från sorgen efter en älskad anhörig. För andra en flykt från ensamheten. Det fina är att själarna samlas och dricker imaginär grönkålsjuice. Man behöver inte säga så mycket. Man kan bara fly. Tillsammans.

ANNONS



Ett ögonblick från kriget

Efter lång tvekan bestämde jag mig för att åka tillbaka till Syrien år 2014, drygt tre år efter att kriget hade startat.

Mitt liv som jag kände det i Sverige, hade kullkastats totalt genom en svår skilsmässa 2012. Ungefär samtidigt, på samma datum som jag lämnat mitt hem med en liten resväska för att bo runt hos vänner och bekanta, övergav mina vänner och släktingar i Homs med skräck sina hem när staden intogs av beväpnade män.

”Det är ödet.” tänkte jag, ”Det spelar inte någon roll vad jag befinner mig i världen, det visar sig att jag ändå drabbas av kaos, på nästan samma sätt som mina anhängare i hemstaden”. Den insikten gjorde beslutet att resa till Homs så självklart och givet.

Med samma lilla resväska reste jag från Stockholm till Beirut och därifrån med möda till Homs och vidare till hembyn.

Jag kom fram till byn sent på eftermiddagen. Solen hade precis sjunkit under horisonten och lämnat en klar himmel med nyanser av rött och lila efter sig. Det hade varit en kvav dag. Värmen låg kvar, men den svaga brisen gjorde det något lättare för bönderna att andas.

Byn kallades i folkmun för stadens trädgård. Här växte de

godaste vindruvorna och bygdens saftigaste granatäpplen.

Bönderna var trötta men nöjda med skörden. Minilastbilen fylldes med ännu mera frukt till marknaden på torget. Som vilken vardag som helst.

Trots att kriget i Syrien har pågått i drygt tre år och trots att ett tiotal soldater från byn stupat kändes kriget avlägset. Trots att allt startade bara några mil från byn! Trots att priserna har fördubblats! Trots att det är brist på basämnena!

Byborna tillämpade omedvetet relativitetsteorin. Allt blir relativt, det finns inga absoluta mått för avstånd, fattigdom, rädsla, liv och död. Byborna har konsekvent normaliserat det nya läget och uppgraderat de normala gränserna för att kunna fortsätta leva.

Att människan är anpassningsbar och har en adaptiv förmåga, det visste jag, men om vidden av den förmågan var jag helt omedveten.

Den augustidag 2014 när jag kom till byn, var ändå en annorlunda dag för byn. De nu skickligt upptränade anpassningsmusklarna klarade inte av att integrera denna dag med de tidigare dagarna.

Det relativt harmoniska tillståndet i ”trädgården” avbröts av ljud från intensiva skottsalvor och frekventa bombningar. Bönderna blev alltmer säkra på att ljudet kom från deras by, de såg rökutvecklingen, de hörde skrik och rop. Det gick inte längre att förneka – alla sinnen rapporterar samstämmiga uppgifter – kriget är inte längre avlägset!

Khalil, som har två barn i byn, reagerar mekaniskt och metodiskt. Han ser rökutvecklingen. Han har uppfattat allvaret. Kriget står nu vid hans dörr. Han trampar fortare och fortare på sin cykel mot sin by. Han försöker febrilt orientera sig i situationen. Sinnesorganen arbetar på högvarv, de rapporterar så intensivt att thalamus inte förmår att reglera och administrera inflödet av sinnesintryck. Hippocampus har svårt att sortera överflödet av informationen. Amygdala skickar desorganiserade katastrofvarningar.

Khalils hjärta slår så hårt att det känns som att det försöker ta sig ut ur hans bröst. Hans andhämtning är häftig. I Khalils huvud finns nu bara skräck och kaos.

När han svänger till höger från huvudgatan upp på vägen som leder till hans hus ser han en flicka som ligger orörlig på marken. Khalil känner igen den 6-åriga flickan Zahra, grannens dotter. Han kastar sig av cykeln, lyfter upp flickan. Den vackra lilla Zahra vaknar till när Khalil lyfter upp henne försiktigt, hon undrar om hon smutsat ner sin nya vita klänning? Den har fått en röd fläck? Fläcken blir bara större och större.

Khalil får en underlig känsla när han springer med Zahra i sin famn, han tycker bestämt att Zahra blir längre och

längre. Khalil stannar till och ser efter.

Zahra är skuren genom hela buken. Khalil ramlar ihop med Zahra i famnen precis utanför Zahras hus. Zahras mor springer ut, hon reagerar blixtnabbt med att klösa sig i ansiktet. Hon skriker till Khalil, vad har du gjort med min dotter?

Khalil sitter på marken med Zahras kropp i famnen. Zahra somnar in. Khalil är frånvarande, han stirrar ut i intet. Grannarna och Zahras familj bär Zahra och Khalil in i huset. Zahra begravs, Khalil blir inte bättre.

Krigsaktiviteterna fortsätter, Khalils hjärna har i princip kraschat. Kaos av perceptioner, förnimmelser, fragmenterade bilder, lukter och en domnings- och överklighetskänsla ockuperar höger hjärnhalva som arbetar intensivt för att kunna hantera det emotionella kaoset utan att lyckas. Han kan inte tala, språkcentrum är blockerat.

Khalil blir ljudkänslig och är ständigt illamående. Han har hög puls och hjärtklappningar och har ont i nedre delen av

buken. Han får mycket stöd och all hjälp och uppmuntran från sin familj, men det blir inte bättre. Vid akutbesök hos läkare får han lugnande besked men blir inte lugn. Smärtan i buken går inte över!

Det tog tid för Khalil och med hjälp av en klok läkare att koppla ihop sina smärtor med Zahras bukskada. Khalil, som av sin omgivning uppfattas som en hederlig, plikttrogen och sympatisk person, har lätt att leva sig in i andras tankar och känslor. Det är en uppskattad mänsklig förmåga som under vissa omständigheter kan öka risken för traumatisering.

Khalils berättelse är inte på något sätt unik, den kan ge ett litet hum om hur människor i krigsdrabbade länder lever.

Text och foto:

Ghassan Chahla

Medicinskt ledningsansvarig överläkare, psykiater.

Röda Korsets center för torterade flyktingar

Foto: kafeinkolik / Shutterstock.com



Att möta asylsökande och flyktingar – helhetssynen är nödvändig



Foto: Karin Nordin

En fredag i september 2015 åkte jag nattåget till Norrbotten tillsammans med drygt 400 flyktingar, som efter att ha vandrat genom Europa var på väg till finska gränsen för att söka asyl. På Centralstationen i Stockholm hjälpte Röda Korset-volontärerna till rätta, på tåget bistod personalen, på stationen i Luleå väntade volontärer från Refugees welcome med kaffe och bullar och länstrafikens bussar stod redo för vidare transport till Haparanda. På den utbildningsdag som var målet för min resa samlades ett par hundra personer i kommun och landsting för att skaffa sig mer kunskap, främst om trauma, för att möta de nyligen anlända.

All välvilja fick ett bittersmakande efterspel – bussen med mina medresenärer blev den första som möttes i Torneå av en organiserad motdemonstration. Och i det något längre loppet kom bilden i Sverige också att ändras – från välkomnande till gränskontroller, id-krav och så småningom nya asylagar och åldersuppskrivningar.

Den utmaning som personal i psykiatri oftast formulerar när det gäller mötet med nyanlända flyktingar är svårigheten att bedöma och behandla trauma, samt bristen på resurser för traumavård. Vid kontakter med personal i kommun och på Arbetsförmedling har jag mött okunskap om att behandlare i den vanliga specialistpsykiatri skulle kunna vara till hjälp i dessa fall. Även vi som arbetar i psykiatri har ofta uppfattningen att trauma alltid fordrar insatser av högt specialiserade enheter, någon annanstans.

Ökat antal självmordsförsök

Idag har själva asylsituationen förmodligen blivit den största utmaningen. Under den gångna vintern har nyheterna om självmord och självmordsförsök bland ensamkommande ungdomar kommit tätt. Boendepersonal, goda män, skolsköterskor, lärare, engagerade i frivilligorganisationer, personal i barn- och ungdomspsykiatri – listan på grupper som dagligen konfronteras med desperata och ofta suicidala ungdomar är lång. Läkare rapporterar om sin vanda inför svåra suicidriskbedömningar på akuten.

Situationen är utmanande för den psykiatriska behandlaren. Ärren efter traumatiska upplevelser under omständigheter som vi är främmande för, förtvivlan som skapas i en för individen Kafka-artad asylprocess – hur ska vi kunna förstå det psykiska måendet?

Psykiatrisk personal gör stora ansträngningar i mötet med varje patient för att möta utmaningarna. På en mer strukturell nivå tänker jag att vi behöver utmana vårt tänkande och utveckla våra redskap.

I mötet med asylsökande och flyktingar är det tydligare än någonsin att psykiatri inte klarar sig utan en helhetssyn på människors psykiska lidande. Vi lär oss under utbildningen om sociala bestämningsfaktorer för sjukdom. Ändå

hamnar vi lätt i ett tänkande som om verkliga psykiatriska tillstånd inte har samhälleliga rötter. Antingen ser vi bara asylsituationen som orsak till måendet – och det blir ofta ett argument för att se mildare på sjukligheten. Eller också ser vi inte asylsituationen alls utan mäter bara mående med våra vanliga checklistor för psykiatriska syndrom.

Följer inte checklistorna

Det vi missar i det senare fallet är att psykiskt lidande inte alltid följer checklistorna. I de asylsökandes fall kan den oerhörda stressen i den aktuella situationen till exempel leda till självmordshandlingar utan att kriterier för något psykiatriskt syndrom är uppfyllt. Det är en myt att bara den som är psykiskt sjuk kan begå självmord (WHO, 2014).

Så för att förstå suicidalitet räcker det inte med de diagnostiska intervjuerna. Det fordras att vi närmar oss personens subjektiva upplevelser. I mötet med personer från andra kulturella och sociala sammanhang innebär det att intressera sig för kulturella och språkliga aspekter.

Det innebär också att aktivt efterfråga personens egen syn på suicidaliteten i syfte att nå en gemensam förståelse. Suicidologer rekommenderar kliniker att börja med patientens egen berättelse och hålla samtalet med en icke-värderande och stödjande attityd (Beskow & Nyberg, 2016).

Psykiatrin behöver utveckla sina verktyg för att möta traumatiserade personer. Det finns något vi kan göra för dem även om vi inte är traumaspecialister. Vi kan använda vår grundkunskap om att möta och samtala med människor i nöd. Vi kan stödja dem i den stabiliseringsfas som de flesta specialiserade traumabehandlare tänker är nödvändig i inledningen till eller parallellt med annan behandling. Stabilisering kan vara god sömn och att lära sig affektreglering, men det finns också kunskap om hur materiellt stöd, bättre boende- och arbetsmöjligheter och permanenta uppehållstillstånd kan förbättra den psykiska hälsan (Porter & Haslam, 2005; Steel et al, 2011).

Insatser på många nivåer

Det fordras insatser på många nivåer samtidigt. UNHCR har

i väldokumenterade rapporter beskrivit kultur, kontext och psykisk ohälsa hos syriska respektive somaliska flyktingar (Hassan et al, 2015; Cavallera et al, 2016). Organisationen beskriver hur psykosocialt stöd och psykiatrisk vård måste gå hand i hand. Det är inte bara så att vi som kliniker måste bry oss om att patienten får andra, sociala insatser samtidigt – vi kan själva inte undgå att vara delaktiga i det. Kliniker som arbetar med traumatiserade flyktingar beskriver vikten av att stärka resiliensen – förmågan att hantera svåra händelser och gå vidare – i behandlingsarbetet. Det innebär att fokusera inte bara på sårbarheten utan också på resurser – biologiska, psykologiska, sociala, kulturella, religiösa eller andliga resurser (Laban, 2015).

Att ha en helhetssyn innebär också att ta samhällsansvar. Det innebär bland annat att tala klarspråk om det vi ser. Inför förslaget om nya asyllagar 2016 var det många som protesterade och framförde att tidigare forskning tydde på att förslagen om försvårad familjeåterförening och tillfälliga uppehållstillstånd kunde utgöra hot mot den psykiska hälsan (Joelsson et al, 2015). Barn- och ungdomspsykiatriska föreningen skrev ett kritiskt remissyttrande. Den aktuella och akuta situationen har inte gjort behovet av klarspråk från psykiaterhåll mindre.

Det gäller att värna om organisationer som kan erbjuda kontinuitet och tidigt, individualiserat bemötande – förhållningssätt som ifrågasätts i en tid av nya management-idéer. Alla våra patienter missgynnas av fragmentering och Svarte Petter-spel, men utsatta grupper missgynnas allra mest. Hos oss som arbetar i psykiatrin finns ett starkt engagemang och en lust att lära oss mer för att möta flyktingpatienternas behov. Det är den största tillgången om psykiatrin ska klara utmaningen.

Maria Sundvall

Överläkare psykiatri

Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting

Referenser: www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Förståelse för erfarenheter baseras på erfarenheter

Jag och en pojke pratar med varandra, han beskriver sin väg från Afrikas horn, genom Sudan och Sahara till Tripoli. Samtalet är allvarligt, han har varit med om händelser som är svåra att nämna och fasansfulla att föreställa sig. Han är 15 år, med en åldrad mans blick. En sak han berättar om är när han blev tillfångatagen av banditer i öknen. Banditerna misshandlade honom och tvingade honom att ligga fastkedjad på marken under brännande sol.

Det är inte första gången vi träffas, jag har varit på boendet många gånger och skojat, druckit te och spelat backgammon med honom och de andra killarna som bor i huset. Han har slutat vara rädd för min hund Moses, numera borrar han in sig i pälsen när vi kommer på besök. Det finns en vänskaplig grund och en någotsånär trygg bas. Under tiden som han berättar, inser jag att jag behöver mitt anteckningsblock som finns i ryggsäcken vid väggen bakom min stol. Jag reser mig, vänder mig bort och böjer mig ner och tar upp blocket ur väskan. När jag vänder mig tillbaka är killen helt förändrad. Han darrar och stirrar förvirrat på mig och runt i rummet. Han ser helt förstörd ut.

Jag har erfarenhet av möten med traumatiserade människor och antar han har en dissociativ reaktion. Men vad var det som utlöste den? Pojken är förändrad, rösten hård och liksom metallisk, men han talar i alla fall. Efter en stund blir han lugnare och ser inte lika rädd ut. Vi kan gå igenom vad han just var med om.

Jag hade vänt och böjt mig och åter rest mig. Mina rörelser väckte minnena av när en man i öknen tagit upp ett redskap som han torterat pojken med.

Ett anteckningsblock. En hammare. Vem kan i förväg veta vad som ska hända?

Jag växte upp med två föräldrar som båda överlevt förintelseläger. De flesta av mina föräldrars vänner delade samma

öde. Jag trodde ända fram till skolstarten att det var helt normalt med tatuerade tecken på armen. Jag hade förstått att man inte fick fråga om eller nämna de blå bokstäverna och siffrorna. Man skulle inte visa att man sett dem.

De vuxna svarade oftast inte på barns frågor om konstiga ärr eller konstiga siffror men de kunde träta med varandra om vem som verkligen hade haft det svårt: "Du vet inget om kriget" kunde det låta, eller: "Du har bara varit i Auschwitz, du skulle sett Bergen-Belsen".

Jag lärde mig känna igen dissociativa reaktioner, alltså reaktioner som på ett eller annat sätt gör att den "vanliga" ordning som psyket följer slutar gälla.

Någon av mina föräldrars kompisar var rökare, på ett kalas roade jag mig med att låna en glödande cigarett för att smälla ballonger. Jag uppmanades att inte göra så, eftersom en del personer i rummet kunde bli rädda. Det förklarades att det inte var ballongen som sprängdes som de blev rädda för, utan att smällen gjorde så att de reste genom tiden till en annan plats, där explosioner betydde att någon dog. Kanske någon älskad blivit dödad.

När jag var 13 år flyttade vi till ett nybyggt område med små villor och radhus. Familjen flyttade in med den första vågen, alla husen stod färdiga, vägarna i området var inte asfalterade, där gräsmattorna skulle anläggas var leråkrar. Man promenerade till skogen längs en ännu inte asfalterad gångväg. När man var inomhus hördes grusknaster när någon gick på vägen.

En vanlig kväll i huset, hela familjen spelar kort. Från gångvägen hörs röster och steg allt närmare vårt område. Plötsligt när vi sitter runt bordet, ser jag hur min pappas ansikte förändras. Från lugnt och ganska muntert förändras ansiktet i ett slag till stelt och hårt, blicken fäster ingenstans. Han stirrar, skräckfyllt. Förvandlingen från "vanlig" till "konstig" varar några sekunder, sen är han tillbaka med sitt kända ansikte igen. Hårdare än nyss, men som den pappa jag oftast såg.

Det hände ibland att min pappa växlade läge på det här sättet. Det var inget som gick att förutse. De gånger jag försökt fatta vad som hänt, kom svaret i form av ett enda ord: **kriget**. Ordet förmedlade känslan av ett hot.

Många år senare, när jag och min pappa pratade om flytten till området, kom situationen vid kortspelet upp. Nu kunde han förklara att ljudet av fötter som ganska rytmiskt gick i gruset, snabbt översattes till marscherande stöveltramp och kastade honom tillbaka till **kriget**.

Den somaliske pojken reaktion följde samma mönster som min pappas. Det är lätt att föreställa sig den skräck som infinner sig, om jag med blixstens hastighet transporteras från min vanliga miljö till perrongen i Auschwitz eller ett skjul i Sahara eller till ett rum där en man tvingar sig på mig sexuellt mot min vilja. Hjälplosheten och övergivenheten i situationen kanske till och med förstärks av den plötsliga och oväntade förflyttningen. Det är lätt att föreställa sig att det kan bli svårt, rent av omöjligt att berätta om vad som just hände i huvudet.

Den som i arbetet träffar patienter som varit på flykt kommer trimma sin uppmärksamhet på reaktioner som har dissociativ karaktär. Det är antagligen inte nödvändigt att ha ägnat hela livet åt den trimningen, vi förvärvar de förmågor vi behöver för att klara av våra jobb. Men när någon likt den somaliske pojken skiftar ansikte under ett pågående samtal, då **vet** jag att jag strax innan måste ha ställt till med något, utan att jag ens anade det. Den vetskapen har i mitt sinne namnet **kriget**.

Daniel Frydman

Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

ALLA KÄNNER NÅGON

Var tredje svensk drabbas någon gång i livet av psykisk ohälsa. Men den psykiatriska vården behöver utvecklas. Hjälp oss att stödja forskningen kring morgondagens psykiatriska vård som bland annat innefattar större delaktighet för patienten.

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 på www.psykiatrifonden.se





På f Rädsla-ång

Om vi människor inte hade förmågan att plötsligt bli rädda, när vi ställs inför en fara, hade vi inte överlevt på savannen utan lejonerna hade ätit upp oss. Kroppens larmsystem slår på innan vi ens hinner tänka men gör det sedan möjligt att fly eller slåss.

När t.ex. bomberna faller över Aleppo, när en människa blir torterad eller våldtagen, är rädsla en normal reaktion. Kan man fly gör man det och kan under flykten behöva sin muskelkraft för långa vandringar m.m. Men när man sedan väntar på uppehållstillstånd i Sverige, på att bli utvisad eller uppleva risken att anhöriga dödas i hemlandet, är det självklart att man är rädd, men man har inte längre nytta av kroppens larmförsvar. Man kan inte springa eller slåss. Rädslan kan övergå i ångest.

Rädsla skärper sinnen, riktas mot ett specifikt objekt och har ett överlevnadsvärde. Ångesten känns som rädsla men saknar fokus och kan förlama sinnen och ge upphov till ospecifika symtom. Kierkegaard var den första filosofen som tydliggjorde skillnaden mellan rädsla och ångest. Men han påpekade också att det kan finnas något värdefullt i att drabbas av ångest. "Ångest är frihetens verklighet". I psykiatri kan vi många gånger hjälpa en patient att t.o.m. dra nytta av ångesten till förändringar i livet.

Att lära sig ängslas är ett äventyr som varje människa måste igenom för att hon inte skall bli förtappad genom att aldrig ha erfårit ångest eller genom att sjunka ned i ångesten; den som har lärt sig känna ångest på rätt sätt har lärt det största.

(Sören Kierkegaard, Begreppet ångest, 1844)

Mötet med en patient med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Att sitta ner med en invandrare eller flykting från en annan kultur och livserfarenhet fordrar tid och kontakt. Blir mötet dåligt och patienten inte törs lita på en, blir resultatet svagt. Man får börja med att lyssna, fråga och

förstå delar av invandrapatientens livshistoria. Människor från samma land kan ha helt olika historier. När man fått tillräcklig kontakt, ber man patienten beskriva sina besvär. Utifrån en klinisk bedömning får man lätt fram kriterierna för PTSD. Det är bättre att få fram bilden genom diskussion än genom skattningsskalor. Självklart kan skattningsskalor ibland behövas, men risken är att man fragmentariserar patienten, som kan känna sig som ett objekt. Därefter försöker man komma in på patientens tankar om orsaken till besvären. Vanligtvis kan man vid första besöket komma fram till diagnosen, som patienten får information om. Det är viktigt att inte i onödan psykiatisera, utan förklara att symtomen är naturliga reaktioner pga. de förfärliga händelser personen varit med om. Ibland brukar jag säga: "Om du hade varit doktorn och jag den som varit med om dina hemskheter, då hade jag också haft dina besvär". Oftast får patienten en skriftlig kopia på kriterierna, att ta med hem och fundera över. Många patienter söker också information på nätet, och det är viktigt att kontrollera källorna.

När jag under en kort period, då det fanns extra pengar, var konsult på två invandrarstämmande vårdcentraler, träffade jag 17 patienter där jag satte diagnosen PTSD. I 14 av fallen hade husläkaren i remissen satt samma diagnos, men ingen av patienterna upplevde sig fått en förklaring till sina besvär eller en behandling. Däremot hade man provat olika mediciner. Allmänläkarna ansåg det meningslöst att skicka remisser till den ordinarie psykiatri. Min förhoppning är att det trots allt ser bättre ut idag.

Av de totalt 37 patienter jag bedömde på de två vårdcentralerna, hade 29 patienter dessutom en invalidiserande värk. Vanligast var muskulärt betingad värk, men i några fall fanns inflammatorisk eller neurogen smärta. I några fall fanns det en påtaglig smärt-sensitiserings (fel på smärtbromsen), som innebär att en relativt liten eller icke påvisbar kroppsskada ger upphov till smärta, pga. att de smärtinhiberande systemen inte fungerar. IASP

lykt est-smärta

(International Association for the Study of Pain) definierar smärta som en sensorisk och en emotionell upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada. Patienterna hade träffat ortopedier, neurologer och ibland t.o.m. smärtläkare men inte upplevt sig ha fått någon bra förklaring eller återbesök för uppföljning. Sannolikt hade man valt att se smärtan enbart som ett sensoriskt (fysiskt) fenomen. Om man som psykiater skall arbeta med PTSD-patienter, behöver man också ha basala kunskaper om de olika typerna av smärta. Kropp och själ hänger ihop. PTSD ökar upplevelser av smärta. Smärta är liksom rädsla en signal till patienten att något är fel och behöver åtgärdas. Varför man har muskulärt betingad värk är inte så svårt att förklara för patienten. Det har ju att göra med att man spänner muskler för kamp och flykt. Patienter med spänningshuvudvärk blev ibland förvånade, när jag bad dem rynka pannan och känna att de t.o.m. har muskler där men även i nacken. Spänner man muskler hela tiden får man värk. Det finns bra skriftlig information om smärta att dela ut till patienten.

Patienten får fundera på vad vi talat om och en snabb återbesökstid. Ofta har vi redan vid första besöket diskuterat vad som händer med kroppen då man står inför livsfara. Man andas häftigt för att få ner syre i lungorna och ut i blodet. Hjärtat slår fort för att hämta näring och syre och föra ut det i musklerna, för att man skall kunna springa eller slåss. Många symtom vid PTSD handlar om rädsla, som också går över i ångest. I den aktuella livssituationen kan patienten inte springa ifrån sina symtom. Jag har träffat patienter som direkt förstått hur PTSD-symtomen hängde ihop med rädsla och ångest och efter några få återbesök blivit klart förbättrade. Även patienter som lever under utvisningshot kan ha nytta av att förstå sammanhangen. Tyvärr har jag också haft patienter som totalt fastnat i att symtomen beror på kroppslig sjukdom, som tidigare läkare inte förstått eller brytt sig om. Psykiska besvär får man inte ha. Om patienten har förtroende kan medicinering självklart vara till stor nytta, men måste följas upp inom

rimlig tid.

Livet är ju som bekant ibland orättvist. PTSD innebär också en existentiell dimension som behöver tas upp. Här använder jag mig av Aaron Antonovskys studie om känsla av sammanhang (KASAM) med tre delkomponenter.

Begriplighet. Patienten behöver förstå sitt sammanhang, vilket också innebär att rädsla, ångest och PTSD hänger ihop.

Hanterbarhet. Att diskutera med patienten hur man ändå kan gå vidare i livet trots det som hänt. Att medverka till viss trygghet och också hitta tillfälliga vilopauser, t.ex. promenader, gå på gym, simma, odla intressen m.m.

Meningsfullhet. Även om vi inte löser våra patienters personliga mening med livet eller mening i livet (en högre kosmisk mening), kan en diskussion bidra till att må bättre. Ett exempel är att ungdomar, som jag haft som patienter och som varit med om hemska saker, ändå vill se framåt och hitta arbeten där de kan hjälpa andra.

Jag vill avsluta med ett citat av Sofie Bäärnhielm, som hon inleder sin bok Transkulturell psykiatri med. Den boken skall i dagens invandratäta Sverige vara en obligatorisk kursbok under psykiatriutbildningen.

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

(Sofie Bäärnhielm, Transkulturell psykiatri, NoK 2014)

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

Undervisning av flyktingbarn i Vadstena

Lilla Vadstena tog i början av 2016 emot ett femtiotal flyktingar. De fick under en begränsad period bo i stugor på den stora campingplatsen en bit utanför stan. I denna flyktinggrupp fanns det barn 7 – 16 år som behövde få gå i skolan och lära sig svenska. 18 pensionerade lärare anmälde sitt intresse att hjälpa till. Nu behövdes inte alla då antalet barn inte var så stort. Lokaler ordnades. Kommunen betalade lärarlön! Materialet som vi skulle använda hämtade vi från skolorna i kommunen men vi sponsrades också av några företag som såg till att eleverna fick fina färgpennor, pennfodral och skolväskor.

Eleverna

13 elever fick möjlighet att börja sin skolgång. Två grupper bildades. Vi var 5 lärare i min grupp. Vi arbetade en dag var i veckan. I min lilla grupp hade vi fem högstadieelever. Glada, förväntansfulla och arbetsvilliga. Vi arbetade med åk 1-3 material och började från början med våra ljud. Inte helt enkelt där ljuden kan vara "korta" och "långa". Sj-ljud, tj-ljud och ng-ljud var svåra. Men vill man så går det. Det visade våra ungdomar! De gick i skolan 4 tim/dag. Fick äta på matbepisningen i en skola en bit från den fritidslokal som vi huserade i. När de kom "hem" gjorde de läxor! Frivilligt!

Mer än bara skola

Vi som arbetade med dessa elever förundrade oss över deras glädje att lära. När de lämnade oss i maj, för vidare färd till Norrköping, kunde de prata meningar. När jag kom

för att säga farväl till dem störtade en elev fram till mig och sa: Du har en svart kappa, rosa tröja, svarta skor och ett par blå byxor. Det var rörande.

Nämnas bör att ekumeniska frikyrkan tog emot dessa flyktingar med öppna armar. Hela familjer kom för att umgås med kyrkans medlemmar en dag i veckan. De små barnen i familjerna underhölls med lekar och spel av förskollärare som var medlemmar i kyrkan. De hade även lite fester för dem. De ungdomar över 16 år som inte fick skolundervisning fick samtalsträning under dessa sammankomster.

Fortsatt kontakt

Idag har ekumeniska frikyrkans medlemmar fortfarande kontakt med flyktingfamiljerna. De vill tillbaka till Vadstena! Även IOGT öppnade sina lokaler för flyktingarna. Där träffades och träffas ensamkommande flyktingbarn som får träning i svenska språket ledda av lärarkrafter och frivilliga. Flyktingkatastrofen är ett faktum men hjälps vi åt allesamman kan vi åtminstone lindra smärtan en aning. Jag är tacksam att jag fått träffa dessa barn och ungdomar. Det finns hopp för mänskligheten!

Anna-Lena Rapp
Pensionerad grundskollärare
Vadstena

Glimtar från volontärinsatser för flyktingar på en camping 4 km från den lilla kulturstaden

Stugbyn, foto: Vätternviksbadet

Det är söndag andra advent. Stadens affärer är öppna. Ur högtalare ljuder skön julmusik. Folk strosar långsamt fram, stannar upp då och då framför skyltfönstrens lockande utbud. I folkvimlet får vi syn på varandra, Fatima och hennes två bröder som besöker vår lilla stad just idag. Glädjen är stor att åter ses. Vi kramas och pratar i munnen på varandra. Svenskan har utvecklats. Fatima visar stolt upp sitt kollegieblock där hon med perfekt handstil skrivit ner vår nationalsång med latinska bokstäver och på sitt hemspråk. I blocket finns också sången som Cornelis Vreeswijk en gång översatt till svenska "I natt jag drömde något som jag aldrig drömt förut..." och den sjunger vi tillsammans med eftertryck och stort engagemang där på Storgatan. Förbipasserande ler och lyssnar. I detta känslosamma möte berättar syskonen att familjen nyligen fått lägenhet i Finspång. Bröderna fortsätter sin skolgång i Norrköping. Fatima 10 år väntar på skolgång på nya hemorten. Uppehållstillstånd väntar de på fortfarande. När vi berör det ämnet känns det tungt och ledsamt.

Det har nu gått ett knappt år sedan vi första gången träffades på Vadstena camping där vistelsen initialt skulle ha blivit 10 dagar. Det blev istället 152. Hur påverkar en sådan väntan och ovisshet människor egentligen?

Volontärer

Vi är en grupp pensionerade vänner med lång erfarenhet från arbete inom psykiatri som bestämde oss för att

som volontärer engagera oss. Vi tog därför kontakt med kommunens flyktingsamordnare som tacksamt tog emot våra utlovade insatser för de 62 personer, varav 23 barn i sex familjer, som i november anlände till kommunens camping. Ett boende som inte var anpassat för vinterboende och dessutom saknade samlingslokal för alla samtidigt.

I början hjälpte vi till med skjutsar till sjukvården. En kvinna med diabetes saknade mediciner. Hon var ensam här med tre barn. Den 17-årige sonen skulle följa med som stöd. Innan vi kommit iväg dök även en 15-årig dotter upp. Hon ville också träffa läkare för egen del då hon visade upp kliande sår på handen. Det visade sig vara skabb som krävde behandling och apoteksbesök. Ett annat exempel på tidiga insatser och introduktion i svenska samhället var att följa med ett ungt par till barnmorska. En tacksam viktig uppgift där mannen visade osäkerhet på vad som förväntades av honom. Vi kunde underlätta mötet med svensk sjukvård. En trygghet för flyktingen och tidsvinst i en stressad sjukvårdsmiljö. Allt är ju nytt när man inte har språket, kulturkompetensen och är allmänt vilse i tillvaron.

Vi åkte också ut till campingen, bakade, pusslade och målade med barnen och pratade med de vuxna som ville. En trevande början! När det stod klart att vistelsen skulle bli längre, sannolikt en bra bit in på nya året, ansåg vi att andra insatser behövdes. Vi medverkade bl.a. till undervisningsinsatser på plats. Vi initierade samverkan med intresseorganisationer. Representer från kyrkan

bidrog med lokal för samvaro och diverse aktiviteter.

Hur påverkas man?

Genom vår olika yrkesmässiga bakgrund och erfarenhet från svensk psykiatri var vi mycket medvetna om den djupgående psykologiska och psykiatriska problematik, som kunde finnas hos flyktinggruppen. Flyktingar är människor som under lång tid levt under hot. Till sist har de fattat beslutet att lämna sin familj, sina vänner och en framtid i hemlandet för att resa långt bort till något okänt men förhoppningsvis tryggare. De är modiga och starka. De har kämpat sig hit. Men de är också människor i sorg över förluster och med traumatiska upplevelser från hemlandet och från själva flykten. Likt andra sörjande behöver de omsorg, medmänsklighet och hjälp att orientera sig i det nya. Och hopp om att livet kan bli bättre.

Detta finns, om än sparsamt, beskrivet genom forskning. Under hösten 2016 i en kartläggande populationsstudie gjord av Röda Korsets Högskola. I studien ingår 1215 syrier som fått uppehållstillstånd i Sverige under åren 2011-2013 samt 173 asylsökande från Etiopien och Eritrea. Bland syrierna visar drygt 36 % förekomst av depression och ångest, drygt 30 % förekomst av PTSD och drygt 38 % har självskattat lågt välbefinnande. Bland de asylsökande i studien bedömdes 53 % lida av depression och ångest, 46 % av PTSD och 58 % självskattade sig ligga lågt i variabeln välbefinnande.

Komplexiteten i problematiken runt detta och runt integrationen i det svenska samhället är enorm. Liksom runt samhällets förmåga att ta hand om dessa problem. Alla invandrare kommer inte att behöva professionell psykiatrisk hjälp. Men alla är i behov av socialt stöd och genomtänkta kontakter med det svenska civilsamhället.

I de gemensamma diskussionerna i vår lilla grupp kom vi fram till att vi, i den här kontexten, inte skulle blanda ihop rollen som volontär och professionell genom att fokusera på psykisk ohälsa, utan enbart ha det mänskliga mötet i fokus. Olika sociala insatser skulle vara prioriterade, för att stärka de asylsökandes självkänsla och underlätta för mötet med det svenska samhället. Som volontärer måste vi vara delaktiga och pådrivande i att det kan bli ett möte. Medvetna om att förutsättningen för en lyckad integrationsprocess ligger i bägge parter ansträngningar. Varje individs inneboende kapacitet måste få utrymme och lyftas fram. Att få till direkta möten med svenskar, som inte var i maktposition, visade sig stärka och ge hopp hos flyktingarna. Stoltheten när de fick tillfälle att visa något från sin kultur och erfarenhet var befriande att få uppleva.

Boendet

När vi skulle besöka campingen måste vi kontakta den personal som tjänstgjorde för dagen. För oss volontärer blev det då tydligt att det saknades kontinuitet i kontakten med de nyanlända. Förutom en äldre man som städade

några timmar på morgonen, fanns det sällan någon av personalen som kom tillbaka nästa dag. Det blev så att minst femtio personer hjälptes åt att bemanna vid boendet. Förutom muntlig och skriftlig information från flyktingsamordnaren och från Migrationsverket, hade man ingen eller lite kunskap om att möta människor från andra kulturer och med andra språk.

Kommunen hade valt att plocka in anställd personal från olika delar av sin verksamhet och två personer skulle arbeta samtidigt. Grundkravet vid dubbelbemanning dygnet runt är sex personal. Där fanns ingen arbetsledare i vardagen och följden av detta blev att flyktingarna möttes av nya människor, nya ansikten, nya riktlinjer och nya attityder varje dag. Svårigheter som möter personal som ska hantera praktiska frågor och ordningsregler, krav, konflikter och bemötandefrågor, underskattas ofta. När det inte finns någon arbetsledare i vardagen så gör man så gott man kan ändå. Och det blir olika, vilket blev tydligt för oss volontärer. En dag är det skratt och tjo och flirt och stök och många män i den gemensamma lokalen. De tjänstgörande unga flickorna har klätt sig lite utmanande och får beundrande kommentarer. En annan dag när två män bemannar lokalen så är alla flyktingar på sina rum och en av männen uttalar sig nedsättande om en av flyktingarna. Dessa exempel gjorde det tydligt för oss att arbetsledning saknades.

Mötet med Fatima och hennes bröder blev en bekräftelse på att våra kontakter med flyktingarna blivit ömsesidigt berikande. Vi vill gärna rekommendera andra att ta möjligheten att lära känna flyktingar och nysvenskar. Själva tänker vi fortsätta!

Gullvi Aldén, specialistsjuksköterska i psykiatri
Anna Harder, beteendevetare, leg. psykoterapeut
Gun Mälhammar, leg. psykolog, leg psykoterapeut

ANNONS

Om livets mening och att låta sig bli berörd

Under 2015 kom ett stort antal flyktingar till Sverige. Att ta emot dem på ett människovärdigt sätt och – på kort eller lång sikt – erbjuda bostad, arbete, skola, sjukvård samt insatser av socialtjänsten vid behov visade sig på många håll skapa stora svårigheter. Vare sig kommun eller landsting kunde ha en vilande reservkapacitet med adekvat utbildad personal. Många institutioner gick på knäna. Samtidigt kom rapporter från vissa kommuner som lyckats på ett närmast obegripligt sätt kunna ta väl hand om ett stort antal asylsökande.

I stor utsträckning var det civilsamhället, privata initiativ och insatser från kyrkan och andra religiösa samfund som ryckte in där myndigheternas insatser inte räckte till. I ett genomadministrerande samhälle som vårt kan det tyckas vara en brist, men måste insatser från civilsamhället bara ses som en nödlösning och det gamla välgörenhetsspöket aktiveras?

Hur använder vi våra liv? Arbetarrörelsen stred för kortare arbetstid delvis för att vi skulle få utrymme för personlig utveckling och rekreation. Hur använder vi tiden? I många fall till förströelse och underhållning, underhållning och åter underhållning. Ett stort intresse visas för särskilt andras liv - på lagom avstånd på datorn eller på TV. Vi kan få kickar av meningsfullhet genom spel och konstruerade äventyrligheter. Vad är poängen med detta? Kanske mest att bli berörda! Den viktigaste journalistfrågan inte minst i sport- och underhållningssammanhang tycks vara "hur känns det".

Det finns historiker som menar att den gradvisa utvecklingen av en sekulär föreställningsvärld kan ha inneburit att en dimension vad gäller livets meningsfullhet har reducerats. En liberal världsbild och människosynen har inte, åtminstone inte än så länge, lyckats hantera det tomrum som religionen efterlämnat. Totalitära rörelser verkar ha haft, som en av många drivkrafter i starten, att stärka medlemmarnas upplevelse av gemenskap för att nå vissa mål. Dessvärre har det visat sig att detta kom att ske till priset av ett förödande förtryck av dem som inte tillhörde "rörelsen".

Människor kommer till vårt land för att söka asyl, vissa vistas flera år i Sverige och bygger upp en fungerande tillvaro och ett socialt nätverk. Av reportage och dokumentärer i media framgår att många människor som kommit att ingå i flyktingars personliga och professionella nätverk, grannar, lärare, arbetskamrater och vänner har upplevt sin samvaro med de nya anlända som engagerande, stimulerande och

mycket meningsfull.

När vissa flyktingar i senare skeden nås av myndigheternas långa, rättsligt evidensprövade arm för utvisning väcks starka känslor inte bara hos de berörda individerna utan även hos dem som utvecklat närmare relationer med dessa. Det kan vara svårt att hantera och förstå det oöverstigliga gapet mellan att ha fått en formellt oklanderlig behandling av "sitt ärende" och utvisningen till en livssituation som ter sig förödande och outhärdlig.

Det tycks mig som om vi alla skulle vinna på att vara andra mera till hjälp i svåra situationer. I vårt samhälle ges – kanske övervägande som väl är, inte så många tillfällen till detta då vi har ett ganska gediget myndighetsbaserat tämligen väl utbyggt skyddsnät. Att staten bryr sig via institutioner och skattsedeln är bra och nödvändigt, kanske inte inger samma känsla av trygghet och tillhörighet som när närstående i ett nätverk gör det.

När inte nätverken räcker till får vården ofta ta över och vice versa. Förr talade man om vissa vårdyrken som "kall". Det kan te sig omodernt även om vår förmåga att låta oss beröras av hjälpsökande är helt väsentlig. Vården sköts i dag av personal som ofta jobbar på marginalen men som ändå kan beröras av människan bakom symtomen, somliga tar vi till vårt hjärta på ett speciellt sätt och "tar vi med oss hem".

Att skänka pengar i olika sammanhang kan upplevas som meningsfullt. Men den meningsfullhet som går in på djupet baserar sig på mötet med "den andra", det vill säga att låta sig beröras och i en relation få möjligheten att möta ett viktigt behov hos den andra. Att bevittna sådana möten på TV-skärmen eller på teatern blir liksom inte detsamma. Kanske är vår genetik formad för att premiера upplevelser och beteenden som har väsentligt överlevnadsvärde för våra medmänniskor?

Troligen kommer många tusen ensamkommande flyktingar, varav många unga, att leva som gömda under kommande år. Det blir en mäktig uppgift för civilsamhället att bistå dem för att de ska kunna överleva på ett anständigt sätt och för att möjliggöra goda livsvägar. Det är viktigt att låta sig beröras – på riktigt!

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Ledig för uppdrag inom **psykiatri?**



För psykiatriuppdrag i Sverige:
Maria Esplund, maria.esplund@randstad.se, 073-357 08 55

För psykiatriuppdrag i Norge:
Eline Helset, eline.helset@randstad.no, +47 452 22 799.

Randstad Care är ett av Nordens största bemanningsföretag bl.a när det gäller specialläkare, sjuksköterskor och psykologer inom psykiatri.

Välkomna till vår monter på Svenska Psykiatrikongressen 15 - 17 mars 2017 på Svenska Mässan i Göteborg.

I montern presenterar psykiatriker *Markus Takanen* sällskapsspelet "*Treatment*" **onsdagen den 15/3** samt **torsdagen den 16/3**. "*Treatment*" har Markus utvecklat i syfte att öka kunskapen kring psykisk sjukdom och minska stigmatisering av drabbade.

Efter varje presentation lottar vi ut spel bland åhörarna.

 **randstad**



Foto: Kennerth Kullman / Shutterstock.com

På flykt

I mars 2016 deltog jag i Europeiska Psykiatriska Föreningens årskongress. Ett av symposierna, "Psychiatry in Humanitarian Emergencies", handlade om flyktingsituationen i Världen, Mellanöstern och Europa. Tyvärr kommer ämnet att vara lika aktuellt på vårens kongress, som hålls i Florens i april. På symposiet visades kartor över antalet registrerade flyktingar i olika delar av världen. Den som vill fördjupa sig i kriser runt om i världen kan söka på "ECHO Daily Map" så hittar man Europeiska Kommissionens översikter.

Som vi ser på kartan i Fig. 1 är det en ofattbar mängd människor som registrerats på flykt som följd av kriget i

Syrien, nära 5 miljoner. Plus de som är på flykt inne i Syrien. Av totalt ca 5 miljoner registrerade flyktingar som till allra största delen finns i krigets närområde, tog Storbritannien emot något över 8000, dvs. 0,16 %, Sverige knappt 163 000, dvs. 3,3 % (enligt DN), Europa totalt drygt 1 300 000, 25 % av alla. Flertalet av dem i Balkanområdets fattiga länder där de lever under svåra förhållanden. Och ¾ finns i flyktingläger i Turkiet, Libanon, Jordanien, Irak. Förutom de människor som finns kvar i krigszonerna.

Europa, och Sverige, ser en av de största flyktingströmmarna i modern tid – något som kulminerar under hösten 2015.

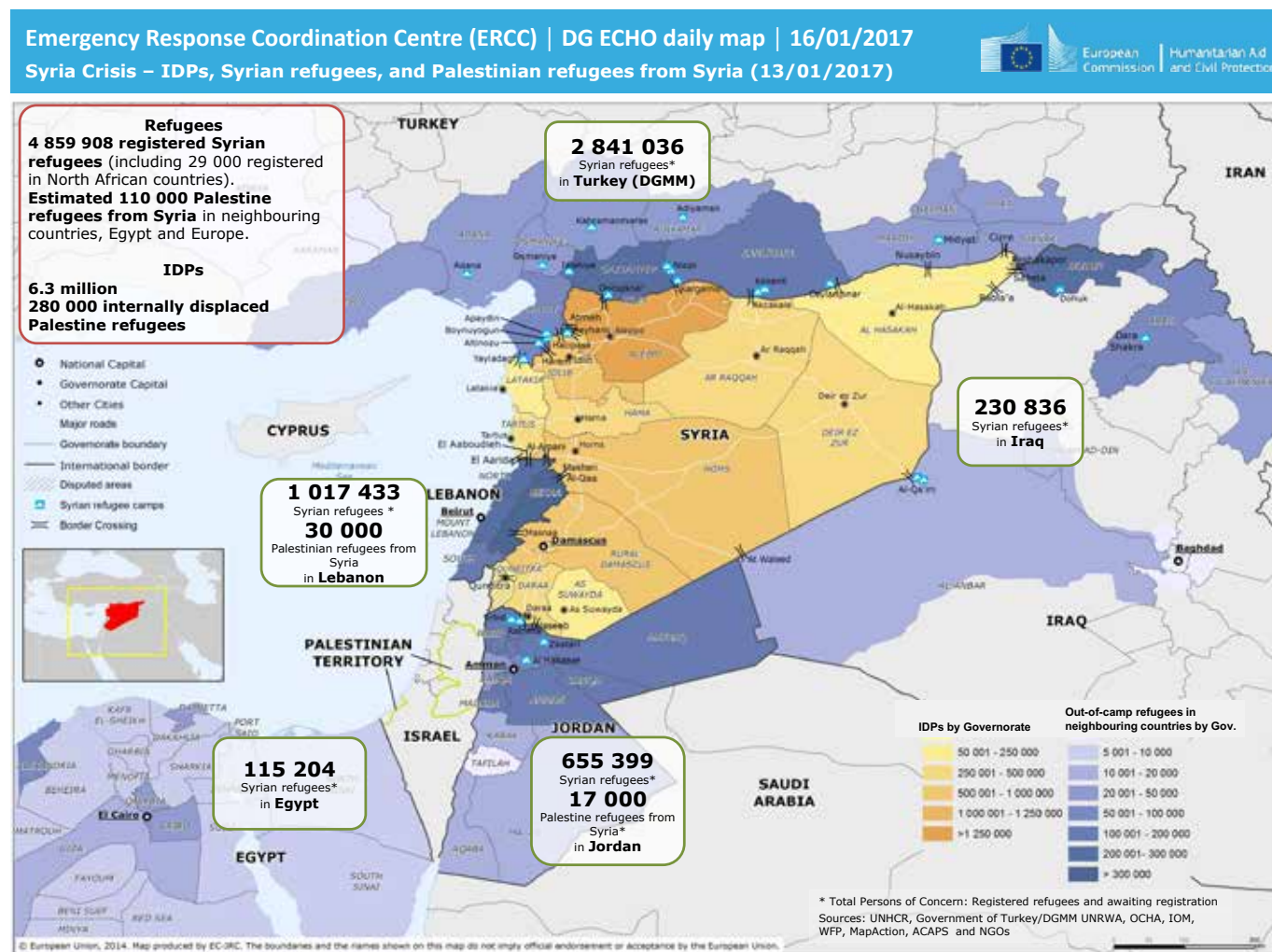


Fig 1 Flyktingsituationen i Mellanöstern januari 2017.

Syrians in neighbouring countries and Europe



Fig 2 Flyktingar från Syrien Feb 2016



Foto: Lukasz Z / Shutterstock.com

Under de kommande månaderna kommer rapporter om tältläger i Sverige, krav på flyktingstopp och en pressad regering – som i november 2015 inför gränskontroller för att minska antalet asylsökande. I slutet på månaden håller statsminister Stefan Löfven och dåvarande vice statsminister Åsa Romson en presskonferens där man meddelar att svensk migrationspolitik nu "anpassas" till EU:s miniminivå. Ett år senare, okt 2016, ser situationen annorlunda ut. Då hade Sverige tagit emot 21 797 asylsökande jämfört med 162 877 under hela 2015. Enligt Eurostat har Sverige 2016 tagit emot två procent av alla asylsökande som kommit till EU, jämfört med tolv procent under 2015.

Men det finns en siffra som skiljer ut sig i statistiken. Trots att flyktingströmmarna mot EU och Sverige ser ut att minska så fortsätter människor att ge sig ut på de livsfarliga båtresorna mot Europa. År 2015 miste 3771 personer sina liv. I slutet av september 2016 var det 3498 som registrerats ha dött på Medelhavet.

Per Gustafsson
Professor BUP
Linköping

Referenser

Flyktingkartan för Syrien jan 2017
<http://ercportal.jrc.ec.europa.eu/getdailymap/docId/1883>
 Källa DN 11 oktober 2016 <http://www.svt.se/nyheter/inrikes/ett-arsen-flyktingkrisen-sa-ser-det-ut-i-dag>



Mohammad Fadel El Sharafi.

Hälsokommunikation - dialog med nyanlända flyktingar kring psykisk ohälsa

Hälsokommunikatörer finns i Östergötlands och Stockholms läns landsting. I Stockholm sker arbetet i samarbete med 13 kommuner. Hälsokommunikatörerna träffar nyanlända flyktingar i grupper i kommuner och vårdsammanhang. På modersmål, eller ibland på lätt svenska, har de dialogsamtal kring hur behålla hälsan i ett nytt land och hur fungerar svensk hälso- och sjukvård. De diskuterar bland annat teman som migrationsstress och psykisk ohälsa. De utmanar stigma kring psykisk sjukdom och tar upp att det går att få hjälp och hur.

Vi arabisktalande hälsokommunikatörer träffar nyanlända flyktingar från Syrien, Irak, Jemen och ibland Eritrea. De flesta kommer från Syrien berättar *Mohammad Fadel El Sharafi*. Mohammad växte upp i Kuwait och fick sin läkarutbildning i Latakia i Syrien.

– För många syrier kom kriget som en chock. Trots att kriget pågått ett par år var situationen stabil på flera platser, som i Aleppo. Många trodde inte att kriget skulle komma dit. Plötsligt en dag var staden delad i två läger. Befolkningen vaknade till helikoptrar, vägspärrar och överallt skottlossning. När vi möter syriska flyktingar står vi inför utmaningen att ha god kontakt med alla oavsett vilka politiska och religiösa grupper de kommer ifrån.

– Många syrier vi möter känner sig otrygga och ostabila. De har sömnsvårigheter, känner sig pressade, måste lära sig ett nytt språk, vänja sig vid ett nytt klimat och har inget socialt stöd. De har erfarenheter av krig och ofta en svår flykt. Många har aldrig tidigare varit utanför sitt hemland och känner sig vilsna. Särskilt svårt är det för dem som är analfabeter. Det är lättare för yngre än äldre. De äldre längtar tillbaka. Barnen förstår inte varför de flytt, de längtar hem och anklagar sina

föräldrar för att ha lämnat hemmet. En lång sysslolös väntan på asyl är förödande för den psykiska hälsan.

Pratar ni om psykisk ohälsa med de nyanlända?

– Ja vi berättar om att man kan få hjälp. I Syrien fanns ett starkt stigma kring psykisk sjukdom. Stigmat förstärktes av filmer som beskrev psykiatriker som de tokigaste av de tokiga. Människor sökte inte gärna psykiatrisk hjälp. Istället gick man till moskén eller kyrkan och fick socialt stöd från vänner och anhöriga. Det fanns många som brydde sig och som hade tid att lyssna och hjälpa till. Här saknas det sociala stödet. Det har börjat förändras. Många orkar inte längre och är beredda att söka psykiatrisk hjälp, fast för många tar det emot att söka hjälp. De känner inte till systemet och vet inte hur de kan få hjälp.

Vad behöver psykiatrin tänka på?

– Många nyanlända har inte så mycket kunskaper om psykisk ohälsa. De har svårt att uttrycka sig med den typen av ord. De pratar mest om kroppsliga problem som huvudvärk och sömnsvårigheter. Det finns också de som sökt men inte fått hjälp. Jag har försökt hjälpa gruppdeltagare att få hjälp från psykiatrin. Jag har fått besked om att den psykiatriska öppenvårdsmottagningen inte tar emot patienten, som varit torterad, pga. att "vi har inte så mycket erfarenhet av detta". Till slut kunde jag hjälpa personen att få hjälp på Röda Korset. Mohammad betonar hur viktigt det är att människor kommer in i nya trygga vardagssammanhang med arbete, skola och bostad.

Även *Larios Malki* är arabisktalande hälsokommunikatör. Larios växte upp i Kamishli i norra Syrien och har en läkarutbildning från Armenien. Larios som nyligen börjat arbeta som hälsokommunikatör har slagits av hur de nyanlända ofta talar om att de är stressade och använder ordet stress i många olika sammanhang. Det är socialt accepterat att tala om stress säger Larios som har intryck av att det som kallas stress ibland handlar om att



Larios Malki

personen är deprimerad. "En del är snarast tungsinta, utan framtidshopp och ibland nästan apatiska".

Larios upplever att han och hans kollegor är positiva exempel för de nyanlända. När de hör att Larios bara varit två år i Sverige, redan kan svenska och har ett bra arbete får de hopp om att det kan gå bra även för dem. "Jag brukar säga att man måste kämpa".

Haibe Hussein är uppvuxen i Somalia, utbildad biolog och folkhälsovetare. Sina utbildningar har han från Hyderabad i Indien och Umeå. Haibe koordinerar hälsokommunikatörernas arbete och träffar somalisktalande flyktingar. Många somaliska flyktingar har flytt flera gånger berättar Haibe. De har flytt från ett krig som pågått i mer än tjugo år. Särskilt svår är flykten från Sudan genom Libyen och över Medelhavet. Flyktingarna har haft väldigt svåra förhållanden. De har utsatts för våld, tortyr, övergrepp, rån, dödshot och våldtäkter. Detta är inget de pratar om, de är tysta och skäms. Istället pratar de i allmänna termer om att "det har varit svåra tider" eller "smugglarna var inte snälla emot oss".

Vad behöver psykiatrin tänka på?

– Många är rädda för att söka psykiatrisk hjälp. De saknar kunskaper och är rädda för medicinering. De tror att medicinen gör dem ännu sjukare och de blir beroende av den för resten av livet. Det finns en stor rädsla för injektioner. För att slippa detta väntar man alldeles för länge med att söka hjälp eller så söker man hjälp på andra sätt, t.ex. från en imam eller en traditionell healer.

Haibe tycker att det är viktigt att vi i psykiatrin förklarar hur utredningar och behandlingar går till. "När patienter ger allmänna beskrivningar är det bra att fråga om detaljer så att ni får ta del av vad de varit med om".

Jordanos Tewelde är uppvuxen i Eritrea och Sverige. Hon är folkhälsovetare med en master i internationell hälsa och har arbetat som hälsokommunikatör sedan 2010. Jordanos träffar nyanlända tigrinjatalande ungdomar i skolornas språkintröskning. I grupperna är en del asylsökande, många ensamkommande och några har fått uppehållstillstånd. Jordanos har reagerat på att sista året tycker hon att allt fler i ungdomsgrupperna verkar må sämre. De har svårt att sova, många använder sömnmedel, de är oroliga för familjen i hemlandet och framtiden i Sverige.

– När vi pratar om migration och hälsa får vi höra berättelser om svåra upplevelser på vägen till Sverige, kompisar som dött under flykten, om att sitta på överfyllda båtar och om att kasta sig i vattnet från båtar när man inte kan simma. Jordanos får även höra om positiva upplevelser som hur den italienska sjukvården står för ett trevligt bemötande.

"Ungdomarna behöver mer socialt stöd" betonar Jordanos. De har inte sina familjer här och vet inte vart de skall vända sig. En del har varit på BUP men de förstår ofta inte att det är där de varit.

För mer information: <http://transkulturelltcentrum.se/halsokommunikation/>

Sofie Bäärnhielm

Överläkare, med dr, enhetschef

Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting



**SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN**

Senaste nytt från SPFs Utbildningsutskott



Alessandra Hedlund
Facklig sekreterare SPF

Vilka delmål för ST-utbildningen uppfylls av SPK? Om man läser kongressprogrammet kan man tycka att det täcker nästan alla. Men ingen människa kan lyssna på alla föredrag samtidigt. Närvarokontroller på kongressen är inte aktuella. Alternativet, att ge ett intyg "i blindo" för väldigt många delmål, känns oseriöst. Därför har kongresskommittén valt att inte ange specifika delmål för ST-läkare. Så hur gör man med SPK och andra tillställningar som vänder sig till en bred målgrupp? Kan man få ett kursintyg ändå? Självklart!

Vår rekommendation är att man som ST-läkare tar hjälp av sin huvudhandledare med att gå igenom programmet innan kongressen och pricka för vilka föredrag man ska gå på. På nästa handledningstillfälle kan huvudhandledaren följa upp vad ST-läkaren fick med sig från kongressen och skriva ett kursintyg på de relevanta delmålen. Detta är inte bara tillåtet utan det har lyfts fram av Socialstyrelsen som ytterligare ett sätt att bredda kursutbudet och knyta ihop teori och praktik.

För de utbildningsintresserade som kommer till SPK har Elina Sarasalo och jag förberett en spännande workshop om bedömning av ST-läkarens ledarskaps- och kommunikativa kompetens. Två viktiga pusselbitar som riskerar att hamna i skuggan av de specialitetsspecifika delmålen, vilket även har framkommit i resultaten från ST-barometern som presenterades på kongressen Framtidens Specialistläkare i höstas. Vi kan redan nu lova konkreta och klinisknära tips för att svara på frågan: "Är din ST-läkare framtidens ledare?" Varmt välkommen!

Så oavsett om du är specialist, ST-läkare, handledare eller studierektor – jag ser fram emot att träffa dig på SPK 2017!



Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:

Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne.

Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 2018.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till Svensk Psykiatri:
raffaellapriset@svenskpsykiatri.se
senast den 15/1 2018.

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

Styrelsen

Svenska Psykiatriska Föreningen



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

Vill du förändra din arbetssituation?

Jag hjälper dig gärna med uppdrag inom psykiatri i hela landet, även inom primärvården och företagshälsovården.

Ring mig direkt eller skicka in din intresseanmälan via vår hemsida.

Mia Hansson

Bemannings- / Konsultansvarig Psykiatri

072 - 335 17 77

www.abcdocdoctor.se





Expanding Minds

Rapport från ST-konferensen

I januari anordnade föreningen ST-läkare i Psykiatri (STP) den årliga ST-konferensen som i år hade temat "Expanding Minds: Psykiatri för framtiden". Seniora kollegor från hela Sverige delade med sig av sina kunskaper och erfarenheter till de 150 ST-läkare inom psykiatri, beroendemedicin samt barn- och ungdomspsykiatri som närvarade. Det Japaninspirerade spahotellet Yasuragi utanför Stockholm gav deltagarna möjlighet att i avslappnad miljö konsolidera sina nyvunna kunskaper.

STP:s ordförande Tove Mogren öppningstalade på konferensen som i år utvecklats jämfört med tidigare. ST-konferensen vänder sig till ST-läkare i psykiatri, beroendemedicin och barn- och ungdomspsykiatri som i stor utsträckning är i behov av kunskaper inom samma områden. Samtidigt finns givetvis också skillnader. Nytt för årets ST-konferens var därför ett föreläsningsspar vardera för de tre olika specialiteterna; tre olika föreläsningar samtidigt i tre olika salar.



Föreläsningarna berörde ett stort antal ämnen och trender inom psykiatri. Biomarkörer för psykiatrisk sjukdom, djup hjärnstimulering, internetförmiddad KBT, ADHD-behandling för barn och vuxna, cannabis som läkemedel samt HBTQ och psykisk ohälsa för att nämna några exempel. Särskilt hett var ämnet psykedeliska droger vid psykiatriska sjukdomar som återkom vid diskussioner kring framtidens psykofarmaka. Dessutom visades filmen "The Quiet Roar" där en cancersjuk

kvinnan genomgår terapi under påverkan av psyilocybin. Henrik Hellström, som skrivit och regisserat filmen, fanns på plats och presenterade filmen och höll även i ett samtal efter filmvisningen.

Samtidigt som föreläsningarna pågick gav Chris Kowalski, läkare från The Simulation Centre på Maudsley Hospital i London, ST-läkare möjlighet att delta i simulering och debriefing kring ett psykiatriskt fall.

Utöver föreläsningsprogrammet anordnades i år även flera paneldebatter. Tvångsvård, framtidens beroendevård, psykiatrikers roll i media och inte minst framtidens psykiatriska diagnostik avhandlades i fyra separata paneler. Dessutom visade ett tiotal ST-läkare upp sin forskning genom en postertävling.

ST-konferensen är inte bara en möjlighet för ST-läkare att höra intressanta föreläsningar och ta del av kunskap inom sitt område. Det ger även ett tillfälle att träffa och utbyta erfarenheter med kollegor från olika delar av Sverige. En viktig del av konferensen är därför den galamiddag som organiseras för att främja kollegial samvaro och som är en uppskattad punkt i programmet.

Vi i STP:s styrelse är glada över den positiva respons som vi fick ta del av vid utvärderingen i slutet av konferensen. Deltagarna var överlag mycket nöjda och de flesta skulle rekommendera konferensen till kollegor. Vi vill tacka alla ST-läkare för deras deltagande. Men framförallt vill vi i STP:s styrelse rikta ett stort tack till alla seniora kollegor som gett oss av sin tid och sina kunskaper. Utan ert engagemang hade konferensen inte varit möjlig.

Arbetet med nästa års ST-konferens har redan börjat och vi i styrelsen ser fram emot en ännu bättre konferens.

För STP:s styrelse
Adel Abu Hamdeh, ST-läkare
Psykiatri Sydväst, Stockholm
Foto: Kadri Kalvo



Ta del av våra remissvar!

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

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

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: **17/05**

Tema: **Personligt ansvar**

HÖSTMÖTE 2017

Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa

- helhetssyn för god och jämlik vård

12-13 oktober 2017, Clarion Hotel & Congress Malmö Live, Malmö

Som ett samarbete mellan Svensk Förening för Diabetologi,

Svenska Psykiatriska Föreningen och Sveriges kommuner och

Landsting bjuder vi för andra gången in till detta höstmöte.

Rubriken för mötet är "Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa - helhetssyn för god och jämlik vård". Vi har valt detta tema eftersom helhetssyn och god samverkan mellan vårdgivare förbättrar möjligheten att förebygga och handlägga metabola sjukdomar och annan somatisk ohälsa hos psykiskt sjuka. Även den personal som finns runt patienterna i det dagliga livet; boendestödare, på särskilda boende, kommunernas hemsjukvård behöver arbeta med denna målsättning.

Syftet är också att dela med sig av kunskap om hur psykisk ohälsa, bl a kring depression och ångest, självskada, ätstörningar och självmordsrisk behöver upptäckas och behandlas för att kunna erbjuda god somatisk vård.

Mötet vill förmedla kunskap och konkreta arbetsmetoder som underlättar vård och behandling ur ett helhetsperspektiv. Vi har mycket att lära av varandra!

Föreläsningarna kommer att dels vara plenara och dels följa olika fördjupningsspår. Programmet är valt för att stimulera alla som arbetar med somatiska såväl som och psykiatriska sjukdomar inom primärvård, specialiserad vård och personal inom kommunerna som i sitt arbete möter personer med både psykisk och somatisk ohälsa.

Satellitmöten kommer att anordnas kring hälsocoach-utbildning för personer som jobbar på särskild boende eller boendestödare för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning och diabetes tema. OBS! Begränsat antal platser.

Vi hoppas på givande diskussioner, trevlig samvaro och mycket kunskapsutbyte under mötesdagarna i ett nytt och fräscht konferenshotell och i ett förhoppningsvis höstfint Malmö.

Varmt välkomna till mötet i Malmö den 12-13 oktober!

Anmälan till konferensen öppnar i mitten på augusti. Deltagaravgiften för mötet är endast 1 995 SEK.

Information om mötet kommer kontinuerligt att uppdateras på vår hemsida jamlikvard.org

Svensk Förening för Diabetologi

Mona Landin-Olsson
Magnus Löndahl
Stefan Jansson
Åsa Westrin

Svenska Psykiatriska Föreningen

Ullakarin Nyberg
Lise-Lotte Risö Bergerlind

Sveriges kommuner och landsting

Zophia Mellgren
Mikael Malm
Ing-Marie Wieselgren

Kongressorganisatör/Kontakt

MeaConsulting AB
Hedåsgatan 5 A
412 53 Göteborg

Ref: Höstmötet 2017
hostmotet@meaconsulting.se
jamlikvard.org



Somatisk ohälsa i blickpunkten

Nationell konferens 12-13 oktober i Malmö 2017

Det går ett spöke genom Europa skrev Marx och Engels i inledningen till Kommunistiska manifestet. Det är den kommunistiska rörelsen de syftar på. En rörelse på obeveklig marsch framåt, driven av historiens nödvändighet.

Med viss rätt kan man parafrasera Marx och Engels och hävda att det går ett spöke genom psykiatri och att det är den somatiska översjuklighetens spöke. Allt fler individer och aktörer börjar uppmärksamma det stora behovet av ett bättre medicinskt omhändertagande av somatiska sjukdomar hos patienter med samtidig psykisk sjukdom.

Redan 2010 publicerade Svenska Psykiatriska Föreningen kliniska riktlinjer för att förebygga och behandla metabolt risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom. Ett arbete som bedrivits tillsammans med andra berörda specialistföreningar. Ett viktigt arbete inte minst då den metabola problematiken till stor del är iatrogen. I bästa välmening men ändå orsakad av psykiatri.

I Svensk Psykiatri nummer 4 2016 redovisade jag ett alldeles färskt brittiskt handlingsprogram *Improving the physical health of adults with severe mental illness*. Ett samarbete mellan ett flertal brittiska specialistföreningar, som till skillnad från det svenska projektet från 2010 gått hela vägen och inkluderat all somatisk sjuklighet både ur ett medicinskt och ett vårdorganisatoriskt perspektiv. Ett föredöme som förhoppningsvis kan inspirera till breda ansatser även i Sverige.

Hösten 2014 arrangerade Svenska Psykiatriska Föreningen tillsammans med Svensk Förening för Diabetologi och Svensk förening för allmänmedicin en välbesökt nationell konferens på temat somatisk ohälsa och psykisk sjukdom. Mötet ägde den gången rum på Münchenbryggeriet i Stockholm.

Nu är det snart dags igen för en nationell konferens kring somatik och allvarlig psykisk sjukdom. Den tolfte till trettonde oktober 2017 möts vi i Malmö. Mötet, som är ett gemensamt arrangemang mellan Svenska Psykiatriska Föreningen, Svensk Förening för Diabetologi och Sveriges Kommuner och Landsting, vänder sig till medarbetare i hälso- och sjukvården och till kommunernas personal. Inte minst kommunernas boendestödjare är en viktig målgrupp då de ju spelar en betydande roll i många allvarligt psykiskt sjukas dagliga liv.

Konferensen kommer att erbjuda såväl gemensamma plenarföreläsningar som föreläsningar i tre separata valbara spår som vänder sig i första hand till medarbetare inom psykiatri, somatiken eller kommunerna. I det psykiatriska spåret kommer vi bland annat ha en föreläsning kring de nya rekommendationerna om fysisk aktivitet för barn och unga (FYSS), samt om kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och rökavvänjning. I det somatiska spåret tar vi bland annat upp suicid och svåra samtal, liksom ätstörningar vid diabetes.

Det kommunala spåret erbjuder en kurs i livsstil och hälsa vid psykisk sjukdom. En utmärkt möjlighet – menar vi – att ge kommunernas medarbetare lite bättre praktiska verktyg att i vardagen stödja och motivera de psykiskt sjuka till kloka livsstilsval.

Anteckna redan nu tolfte till trettonde oktober 2017 i din kalender! Mer information om anmälan, konferensavgift liksom ett detaljerat schema för konferensen kommer längre fram.

Väl mött i Malmö!

För organisationskommittén
Jarl Torgerson



SVENSKA BUP KONGRESSEN 2017

Gavlerinken Gävle

3-4 maj 2017

TEMA:
Psyke och soma

● PLENARFÖRELÄSNINGAR

Sir Michael Marmot - The health gap: the challenge of an unequal world

Dr Isobel Heyman - Somatic syndrom disorders – overview of evaluation and treatments

Professor Christopher Gillberg - Autism – en översikt över utredning och behandling

Professor Niklas Långström - Epigenetik – hur kan vi hantera en ärftlig belastning?

● EXEMPEL PÅ SYMPOSIER

Funktionella kramper

PANS/PANDAS

Fysisk aktivitet och psykisk hälsa

Uppgivenhetssyndrom

Framtidens tvångsvård

NYTT FÖR I ÅR!

Integrerat slutenvårdsspår om den barnpsykiatriska slutenvårdens organisation och innehåll, samt: ST-workshop om neurologiskt status och dysmorfologi.

Varmt välkomna!

Anmälan: www.sfbup.se

Kongressen kommer även att innehålla posterutställningar och utställare

ARRANGÖRER:
SFBUP och Region Gävleborg

Innehållsrika och spännande dagar

Rapport från Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri möte med landets verksamhetschefer och medicinskt ledningsansvariga läkare på BUP 2017

I förra veckan höll Sfbup sitt årliga möte med landets verksamhetschefer och chölar. Det blev två inspirerande och intensiva dagar där vi avhandlade en hel rad frågor.

En fråga som föreningen nu jobbat med sedan 2014 är frågan om verksamhetschefens åtaganden för de medicinska ledningsuppgifterna. Det har i perioder sett väldigt olika ut över landet och vi har fått frågor från olika håll hur man ska tolka Verksamhetschefsreformen HSL § 29 och hur ansvaret för de medicinska ledningsuppgifterna ska se ut. Under året har vi jobbat med IMR, Institutet för Medicinsk Rätt, för att få hjälp att tolka lagen. Samarbetet har resulterat i ett PM och en delegeringsmall att ta hjälp av ute på klinikerna vid delegeringar. Dokumenten ligger på vår hemsida. I år presenterade vi materialet på verksamhetschefsmötet och lyssnade på Suzanne Ågård, chöl i Göteborg, och Marie Carlsson, VC i Göteborg, som presenterade sin modell av ledarskap. Vi lyssnade också på Oscar Höllgren, jurist på IMR, som redogjorde för materialet och svarade på juridiska frågor på innehållet. Det blev tydligt hur komplex frågan är och kanske ligger lösningen nån stans där teori och praktik möts utan att förringa vikten av att göra saker ordentligt och att vissa lösningar inte är att rekommendera.

Revideringen av tvångsvårdslagstiftningen är nyligen initierad av regeringskansliet och seglade upp som den kanske viktigaste frågan på mötet. Detta är ett initiativ som föreningen välkomnar och är tacksamma för. Kerstin Evelius, nationell samordnare för psykisk ohälsa, presenterade uppdraget. Deltagarna anmälde intresse för att delta i en fokusgrupp som kommer sammankallas av regeringskansliet. Medverkande på mötet var också deltagare i Nätverket för ledning och styrning av psykiatri och även de kommer behandla frågan och delta i fokusgruppen. Från föreningen ser vi vikten av att man i översynen både har fokus på mänskliga rättigheter men också på god och säker vård för våra patienter. Styrelsen har sammanställt en skrivelse som delgivits samordnaren som också deltagarna på mötet ställde sig bakom.

Sfbup har nyligen gått in i ett gemensamt projekt med Svenska Psykiatriska Föreningen och Löf, landstingens gemensamma försäkringsbolag, angående suicidprevention. Ullakarin Nyberg, vice ordförande SPF, föreläste om suicid och Pelle Gustafson, cheföverläkare på Löf, presenterade projektet.

Dag två ägnade vi oss åt verksamheternas svårigheter att rekrytera och behålla psykologisk kompetens. Detta

var ett område som definierades under förra året som det absolut största utvecklingsområdet för barn- och ungdomspsykiatri enligt verksamhetschefgruppen. Under året har det också publicerats ett flertal artiklar på ämnet, främst i Psykologtidningen. Stockholms läns landsting och Västra Götalandsregionen har agerat i frågan och identifierat psykologernas möjlighet till specialisering som ett viktigt område för att trivas och stanna i specialitén. Vi fick höra en fin presentation av Katarina Malmkvist som är studierektor för PTP-psykologer, och utbildningsledare på BUP i Göteborg. Hon presenterade ett förslag på innehåll i en tänkt specialisering för psykologer med inriktning barn- och ungdomspsykiatri. Efter henne pratade professionsansvarig, nationell studierektor och vice ordförande i Psykologförbundet om hur de tänker kring psykologers specialisttjänstgöring och ett samarbete med Sfbup kommer initieras för att driva frågan.



Avslutningsvis vill vi tacka alla som deltog och bidrog till att göra dagarna spännande och innehållsrika med mycket bra dialog och engagemang. Vi ses nästa år igen den 8-9 februari 2018, det ser vi fram emot!

Sara Lundqvist, t.f. ordförande
Susanne Buchmayer, ST-representant
Sfbup

Svenska Psykiatriska Föreningen utlyser härmed en Skrivartävling

Förlängd tid att skicka in bidrag!

På temat

Etikett i mötet med den psykiatriska patienten

Valet av tema har inspirerats av Magdalena Ribbings uppskattade medverkan på SPK 2016. Skicka in ditt bidrag på max 1000 ord senast den 31 augusti 2017. Skriv i Word och maila det till kanlisten@svenskspsykiatri.se. Ange "Skrivartävling" på ämnesraden.

Alla medlemmar i SPF, SRPF, SFBUP och STP kan delta i tävlingen.

Bidragen kommer att avidentifieras och kodas inför bedömningen som görs av SPF:s styrelse.

Priset består av 10 000 kr och publicering i Svensk Psykiatri.

Ev. vinstskatt betalas av vinnaren.

Välkommen med ditt bidrag!

Styrelsen SPF



Värdarna är WC Chang och professor Eric Chen



Hur fungerar psykiatrin i Hongkong?

Text och foto:
Hans-Peter Mofors
Ordförande
SPF

I februari gjorde delar ur SPF's styrelse ett studiebesök i Hongkong, där vi besökte två psykiatriska kliniker och företrädare för forskningen. Här följer en reseberättelse med våra reflektioner kring sjukvården i denna särskilda administrativa region av Kina.

Psykiatrin i Hongkong är indelad i sju sektorer. Vi besökte först Castle Peak Hospital, som har den nordvästra delen som upptagningsområde. De har gott om heldygnsplatser, omkring sexhundra. Vi besökte en avdelning helt inriktad på rehabilitering.

Det hongkongesiska samhället är kompetetivt och värderar funktion högt. Sjukvårdens innehåll präglas därför av rehabiliterande insatser, med fokus på återgång i arbete. Vi imponerades av det till synes välfungerande teamarbetet i både öppen- och heldygnsvård.

Psykiatrisk heldygnsvård med fokus på rehabilitering

Arbeterapi är utbyggd och fungerar annorlunda än vad vi är vana vid (i den mån den alls finns). Man utreder patienternas funktion utifrån både praktiska, sociala och psykologiska perspektiv. Patienterna får återkoppling på vilka funktioner som behöver färdighetstränas utifrån deras behov i arbete och hemliv.

Tidigt i vårdtillfället planeras för hur patienten bäst ska rehabiliteras till arbete. För de som behöver köra bil görs

testning i bilsimulator, ofta under en längre stund, för att utvärdera uppmärksamhet och lämplighet för



Michael John testar sin körförmåga

bilkörning. Testresultatet ligger sedan till grund för läkarens intygsskrivande. Endast hälften (!) av patienterna klarar detta prov, vilket är anmärkningsvärt. Vilka grunder stöder vi oss på när vi skriver de årligen återkommande förfrågningarna från Transportstyrelsen?

Vi besökte en stor avdelning, helt inriktad på rehabilitering. Intressant nog fanns där endast en patient. Hon var kvar inne



Sovsalar med glasväggar

till följd av pågående luftvägsinfektion. Övriga patienter var dagtid sysselsatta i aktiviteter i rehabiliterande syfte. En timme efter lunch är schemalagd för tupplur. Fem timmar per dag ägnas åt arbetsterapi.

Avdelning med glasvägg

Som svenska psykiatrer slogs vi av de stora sovsalarna, med plats för åtta sängar. Väggarna är i glas, för att förbättra möjlighet till övervakning. Märkligt nog kändes inte detta märkligt eller ovärdigt. Vi slogs över renligheten och ordningen på avdelningen. Avdelningspersonalen berättade om suicidpreventiva åtgärder. Sällan eller aldrig inträffar självmord under pågående heldygnsvård. Är vår strävan här hemma efter enkelrum verkligen medicinskt befogad? Någon vårdplatsbrist kändes inte till. Patienterna får helt enkelt vara kvar i heldygnsvården så länge de behöver. Hela vårdkedjan från akut vård till rehabilitering ligger under samma organisation.

Många besök i öppenvården

Primärvården är inte särskilt utbyggd i Hongkong. Därför blir patienterna ofta kvar i psykiatrin. En öppenvårdsläkare träffar omkring tjugofem patienter på en förmiddag. Detta ger omkring tio minuter per besök, varför patienterna är väl förberedda inför mötet med sin läkare. Ofta har de en kontaktperson, som hjälper till med utredning och uppföljning. Teamarbetet är väl utbyggt, med läkarens auktoritet som en självklarhet. Läkarna dokumenterar själva direkt i datorjournalen. Någon diktering förekommer inte.

Stigma och namnbyte

Stigmatisering av psykisk sjukdom diskuterades. I traditionell kinesisk medicin identifieras inte hjärnans sjukdomar. Beteendeeavvikelse ses där mer som uttryck för dålig uppfostran eller bristande personlighet. Denna historiskt präglade syn på psykisk sjukdom uppfattades problematisk

av de läkare vi pratade med.

I samhället, och bland vårdgrannar, finns en viss rädsla för patienter med psykisk sjukdom, en rädsla för våldsamhet. Kanske sammanhänger detta med en del uppmärksammade våldshändelser, där personer med psykisk sjukdom varit förövare. Andelen personer som utför våld till följd av alkoholmissbruk är låg, eftersom bruk av alkohol av genetiska skäl knappt förekommer. På så vis blir andelen våldsbrott av personer med psykisk sjukdom högre än i det västerländska samhället.

Betydande insatser görs för att öka medvetenhet om psykisk sjukdom, inte minst för att få människor att söka vård i tidigare skede. Detta arbete görs bland annat i skola, arbetsplatser och bland fastighetsskötare (!). På senare år har efterfrågan av psykiatrisk vård ökat enormt, nära nog dubblats.

Namnbyte är ett annat sätt att arbeta med stigma. Termen för psykos på kinesiska är "allvarlig psykisk sjukdom".

Bildtext: Kinesisk skrift för psykos, numera benämnt "tanke- och perceptions-

思覺失調

Man har på senare tid ändrat detta, även i officiella sjukdomsklassificeringar till "tanke- och perceptionsdysreglering". Denna term säger i högre grad vad psykoslidande handlar om.

Tidig intervention vid psykosinsjuknande

På eftermiddagen gjordes besök på Department of Psychiatry, University of Hongkong. Vi tog del av deras forskning kring tidig intervention vid psykosinsjuknande, Early Assessment Service for Young people with psychosis

HONGKONG

I KORTHET

Geografi: 1,104 km² (något mindre än Öland)

Befolkning: 7,2 miljoner

Styrelseskick: Hongkong är en särskild administrativ region (SAR) i södra Kina. Under policyn "Ett land, två system" har Hongkong tillåtits behålla sitt eget ekonomiska och politiska system. Brittisk besittning 1841-1997.

Språk: Kantonesiska (lokalspråket), engelska och mandarin.

Religion: Religionsfrihet. De flesta invånarna är antingen buddhister eller daoister. Förfäderkulten är stark på grund av konfucianismens inflytande.

Födelsetal: 0,94 barn per kvinna

Antal psykiater: 400. En tredjedel av dessa är verksamma privat

Psykiatertäthet: 4/100,000 invånare (Sverige 20/100,000)

(EASY). Under två år efter diagnos följs patienterna enligt en case management-modell. Man betonade behov av familjestöd, eftersom familjen ofta, kanske till följd av stigma, sluter tätt och i allt för hög grad isolerar den sjuke. Intensiv arbetsterapi betonades, med fokus på psykopedagogik, återfallsförebyggande åtgärder och insatser för att optimera patienternas funktion för återgång i arbete.

Man beskrev positiva resultat av tidig intervention, främst i form av färre antal suicid, kortare tid i depression och med bättre social återanpassning.

Läkar- och specialistutbildning

Under kvällen tog vi del av läkarutbildning och specialistutbildning i psykiatri. Det tar sju år att bli läkare, varav ett år i klinisk praktik. För att möta läkarbristen har antalet platser på läkarutbildningen ökat från 160 till 200. En fast andel av de examinerade läkarna kvoterar till specialisttjänstgöring i psykiatri. Intresset för psykiatri har långsamt ökat, men kan på långa vägar inte mätas mot viljan att bli ögonläkare, som är den mest populära specialiteten.

Specialisttjänstgöringen tar minst sex år. ST-läkaren måste passera tre stora examina, varav den första efter något år, med fokus på teori. Den andra examen är kliniskt orienterad och omfattar två samtal med riktiga patienter i närvaro av två examinatorer. Endast hälften av studenterna klarar

denna på första försöket. Studenterna beskrevs som oftast mycket teoretiskt kompetenta, men med mindre klinisk kompetens. Den tredje examen utgörs av ett omfattande vetenskapligt arbete. ST-läkarna tränas numera i både psykodynamisk och kognitiv beteendeterapi. Det finns inte några subspecialiteter till psykiatri, som t.ex. barn- och ungdomspsykiatri, äldrepsykiatri, rättspsykiatri. Däremot finns subspecialiserade enheter, där man som psykiater kan arbeta och bli riktigt duktig på ett område.

Sammanfattning

Studiebesöket i denna avlägsna del av världen ledde till många reflektioner, kanske allra mest kring vikten av tydligt fokus i vården. Vi imponerades över det enträgena teamarbetet med att hjälpa den sjuke att återfå sin funktion, med fokus på återgång till arbete och tillvaro med familjen. Psykiatri uppfattas som en självklar aktör i hela vårdkedjan, som ligger under en och samma organisation.

Sjukvård bedrivs olika utifrån varierande traditioner och förutsättningar. För att bättre se hur psykiatri i vårt eget land kan förbättras är det avgörande att ta del av vilka lösningar man har hittat på andra ställen. Med nya intryck kan vi påverka politiker och lokala beslutsfattare till en bättre vård. Jag vill uppmana alla och envar att vid resa i andra länder besöka psykiatri på plats. Bli inte förvånade om detta blir den bästa punkten på resan!

SPF arrangerar kongressresa till Berlin!



8-12 oktober 2017

WPA XVII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY BERLIN 2017

SPF har i år glädjen att ordna en resa för våra medlemmar till Berlin, där WPA arrangerar en världskongress den 8-12 oktober.

I PRISET INGÅR:

- Flyg tur/retur Berlin
- Kongressavgift
- Boende på Swisshotel Berlin 8/10-12/10
- Transfer till och från hotell
- Två gemensamma middagar
- Dagliga seminarier

Summa SEK 17000 / deltagare

Temat är "Psychiatry of the 21:st century: Context, controversies and commitment". Världsledande ämnesexperter medverkar. Information om kongressen går att läsa på www.wpaberlin2017.com.

Det vetenskapliga programmet erbjuder möjlighet till fördjupning och uppdatering av din tidigare kunskap. SPF arrangerar ett paket som inkluderar kongressdeltagande, uppföljande seminarier, resa, boende och socialt program.

Detta är första gången föreningen ordnar en kongressresa. Vi börjar i liten skala, med plats för totalt trettio deltagare. Avresor arrangeras från Stockholm, Malmö och Göteborg. Sista anmälningsdatum är den 30 juni.

Antalet platser är begränsat. Anmälan är bindande och kan inte överlåtas.



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

Kontaktperson:

Hans-Peter Mofors, hans-peter.mofors@sll.se

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

På Rivals kafé vid Mariatorget i Stockholm, över en kaffe och te, träffade jag Suzanne Osten och Pebbles Karlsson Ambrose för att fortsätta den diskussion vi inlett vid Psykiatrifonden och 1.6 miljonerklubbens gemensamma förfilmpremiär av Suzannes senaste film *Flickan, mamman och demonerna* i fjol. Den har sedermera fortsatt i Almedalen och handlar om vad föräldrar med svår psykisk sjukdom behöver för att kunna ge sina barn en trygg uppväxt. Suzanne Osten, regissör och dramatiker, är uppvuxen med en mamma med schizofreni och Pebbles Karlsson Ambrose har själv schizoaffektiv sjukdom och är förälder. Intresserat tog jag del av deras diskussion kring behov av respekt, öppenhet, nätverk och rätt behandling tidigt för att ge föräldrar med även svår psykisk sjukdom möjlighet att ge sina barn en trygg uppväxt och barnen rätten att få detsamma.

”Jag tror alltid att det är viktigt att se barnet som en individ och tänka ur barnets perspektiv samt att vara ärlig” säger Suzanne. ”Att inte dölja sanningar. Vuxna vill gärna ’skydda’ barnet från verkligheten på bekostnad av en falskare bild som inte respekterar barnets känslor, tankar och förmåga att förstå. Vuxna är också ofta mycket räddare än barn som lättare kan se världen som den är även vid mer komplexa företeelser. Jag har sett det ofta när jag jobbat med barnteater och nu senast kring min sista film som initialt gavs en åldersgräns på 15 år. När jag rest runt med filmen och talat kring den efteråt frågar barnen utan rädsla och med öppet sinne vad psykoser är och undrar om mamman blev sjuk på grund av en förgiftad tårta då de äter en tårta i början av filmen eller vad det beror på med en öppenhet och klarhet som ibland vi vuxna saknar. Min grundinställning till vad barn till föräldrar med psykisk sjukdom behöver handlar mycket om att möta barnets frågor förutsättningslöst och ärligt och jag tänker mig att det behöver även föräldern med psykisk sjukdom”.

”Jag tror också att det är viktigt att se ur barnets perspektiv men även essentiellt att vuxna inte låter barnet ta för stort ansvar och att det finns trygga vuxna, allra helst föräldern med sjukdom själv, som kan förklara” fortsätter Pebbles. ”Kring ansvaret för barnet som jag ibland tror blir för stort är jag själv fortfarande upprörd över att sjukvårdspersonal vid en period när jag var som sjukast frågade min minderåriga dotter om de tyckte att jag skulle vara på sjukhus eller inte.



Foto: Sara P Borgström,

Barn måste få vara barn även om föräldern har en svår psykisk sjukdom! Om individen med sjukdomen inte klarar det måste andra vuxna i närheten stärka barnets nätverk under den perioden sjukdomen kräver det. För mig har mitt nätverk bidragit oerhört. Inte minst genom min mamma men även via exempelvis boendestöd. Initialt var jag mycket negativt inställd till det senare men det visade sig att denna insats har bidragit mycket till en ökad trygghet i min vardag, både för mig och för mina barn”.

”Tänker ofta ur perspektivet att barnen är alla vuxnas ansvar och vikten av nätverk. Där viktigt att vi är fler oavsett om psykisk sjukdom i familjen eller inte. Barn behöver fler intryck från olika människor för att hitta sin särart. Nätverket är viktigt, klart för litet runt mig och min mamma när jag var liten. Det fanns emellertid en lärare som kom hem till oss ibland. Hon brukade låna ut böcker till mamma vilket gjorde att hon släpptes in, hon var smart då min mamma lätt kunde stänga andra ute med sin verbala och på många sätt intellektuella styrka. Samtidigt tror jag idag att mamma till mycket högre grad förstod sin otillräcklighet när hon var sjuk. Har förstått att hon på sitt sätt sökte hjälp då hon sökte olika typer av insatser för mig. Har nyligen läst olika rapporter från den tiden, inkluderat barnpsykiatriska utlåtanden om mig själv. Speciell läsning. I detsamma missade man emellertid då att lyfta upp min mammas sjukdom när man ’bedömde

mig'. Övertygad om att jag kunnat förstå och mått bra av en beskrivning om densamma, jag levde ju med den varje dag. Helst hade det varit bra med en beskrivning från min mamma men annars från annan vuxen. Tror att skolan kan fånga upp mycket. Kan själv se ett flertal tillfällen där min mammas sjukdom på ett naturligt sätt kunnat följas upp där" säger Suzanne.

"Mina egna erfarenheter från bemötande i skolan har varit väldigt varierande" säger Pebbles. "Jag har mötts av 'överförståelse' och blivit lovad full sekretess för att senare förstå att allt jag eller min dotter berättat gått vidare till hela skolledningen som resulterat i krismöten som inte gynnat vare sig mig eller min dotter. Jag har också mötts av lugn och trygg lärare som när jag berättade helt lugnt sa att hon skulle kolla av lite extra hur min dotter verkade må och hörde efter om det fanns något särskilt sätt som vi ville att de skulle hantera det i klassen. Det naturliga bemötandet byggt på kunskap och trygghet känns klart mest gynnsamt för både mig som förälder och barn. Min förhoppning är att alla som utbildar sig till att jobba med barn, kanske med människor generellt, ska få utbildning kring psykisk ohälsa och sjukdom så att det inte blir 'konstigare' att prata om än andra sjukdomar. Det är hög tid att vi lyfter fram våra vanligaste folksjukdomar i ljust inte minst så att vi kan hjälpa till att bidra till att människor kommer till vård tidigt".

"Jag har förstått att tidiga insatser är viktigt för bästa prognos av psykiska sjukdomar. Extra viktigt för människor med svår psykisk sjukdom och deras barn. Riskerna för egen sjukdom är större om även miljöfaktorer påverkar och att

växa upp med en förälder med svår och obehandlad psykisk sjukdom och litet nätverk ökar riskerna för egen sjukdom oavsett genetik. Vi måste hjälpas åt om det behövs! Vi måste se barnet och dess personliga uttryck och behov. Vi måste se den vuxne som en individ och inte en sjukdom. Vi måste våga prata och vara där" säger Suzanne.

"Tidiga interventioner och rätt behandling är oerhört viktigt. Hade själv önskat att jag fått tidigt, inte minst för mina barns skull. Som förälder har jag ofta under vägen ifrågasatt mitt föräldraskap och pratat med min äldsta dotter om detsamma. Jag vet att min sjukdom påverkat henne. Jag tröstas av att hon utvecklat många konstnärliga talanger som hjälpt henne att förhålla sig. Sedan hade jag en gång en terapeut som jag diskuterade föräldrarollen med och hon sa något som hjälpt mig många gånger, 'alla föräldrar faller, vid psykisk sjukdom faller man på många sätt hårdare - det du kan hjälpa dina barn och lära dem för livet är konsten att resa sig upp igen. Det är en genuin gåva för livet för dem'. Citatet hjälper mig fortfarande idag när det känns som svårast" säger Pebbles.

"För mig tror jag framför allt att min mammas sjukdom gjort mig orädd. Som barn lärde jag mig att ta hand om föräldern och detta gav en viss stolthet och tilltro till min kompetens, något jag tror är vanligt hos barn som blir 'förälder åt sin förälder'. Dessutom kan man säga mycket om normalitet men en del fria tankar hos min mamma gjorde i alla fall tillvaron spännande vilket säkerligen bidragit till min konstnärliga utveckling. Emellertid tror jag att det är en romantisering att uppvärdera erfarenheter med att växa upp med en förälder med svår psykisk sjukdom. Jag hade mycket hellre velat att min mamma fått en välbehandlad sjukdom tidigt, att det funnits ett starkt nätverk som ryckt in när hon var för sjuk, att jag fått förklaringar och fått veta att sjukdomen inte var mitt fel. Vidare hade jag önskat att både jag och min mamma mötts av respekt och värme kring den situation som vi befann oss i och att någon vågat ingripa och velat se mig. Den hjälpen tror jag även min mamma önskat för att ge mig en annan och tryggare uppväxt. Jag tror att det är lite annorlunda idag men vi har fortsatt långt kvar. Glädjande nog har jag precis fått pengar med schizofreniförbundet för att utveckla informationsmaterial till skola, polis och socialtjänsten hur vi bäst hjälper till. Jag tycker också att psykiatrin borde göra mycket mer här, hjälpa föräldern med svår psykisk sjukdom än mer till ett starkt nätverk och till ett naturligt språk med barnet kring sina symtom. Det finns metoder för detta idag som används på vissa ställen runt om i landet men bara i en bråkdel av vad som behövs" avslutar Suzanne.



Foto: Model House

Maria Larsson
Ordförande programutskottet Psykiatrifonden



Prisbelönt artikel!

I Läkartidningen nr 12-13 2016 publicerades en artikel av SPF:s hedersledamot Jan Beskow och vice ordförande Ullakarin Nyberg med titeln *Suicidpreventionen kan bli evidensbaserad och effektiv. Inifrån- istället för utifrånperspektiv återupprättar patienten.*

Denna artikel vann Läkartidningens utmärkelse Årets artikel i kategorin Kommentar!

Du kan läsa den på www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Kommentar/2016/03/Suicidpreventionen-kan-bli-evidensbaserad-och-effektiv/.

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive hemsida läser Du alltid senaste nytt:

Svenska Föreningen för Barn - och Ungdomspsykiatri:

 www.sfbup.se

ST-läkare i psykiatri:

 www.stpsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:

 www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:

 www.srpf.se

ANNONS

Annorlunda rättspsykiatri:

Kort sammanfattning efter en intrycksrik resa
till Mason Clinic i Auckland, Nya Zeeland

Jag vill börja med att tacka Cullbergstipendiet för den unika möjligheten att kunna besöka rättspsykiatri i Nya Zeeland. Stort tack, hoppas att många flera får denna unika möjlighet att bredda sina vyer!

"Welcome to Mason" står det vid entrén till campus. Och välkommen till Nya Zeelands största rättspsykiatriska klinik med ca 120 sängplatser och rättspsykiatrisk öppenvård. Vid första ögonkastet var det lite svårt att vänja sig vid tanken att här bedriver man rättspsykiatri. Låga, välvårdade hus, näst intill perfekt gräsmatta, ett par grabbar klipper gräset vid simpoolen, närmast idyll.

Innan jag åkte fick jag en hel del frågor med ett och samma innehåll: varför Nya Zeeland? Har du inte hittat något närmare? Ja, närmare finns det men vårdavdelning endast för maori-befolkning finns det endast där, i Nya Zeeland. Redan första dagen blev jag informerad att på kliniken finns det 2 psykologstudenter från Sverige som gör sin del av utbildning och praktik och, självklart, man kan inte glömma nämna dr Staffan Heed, stolt representant för svenska psykiatrer, som arbetar där sedan 1992. Helt oväntat upptäcker man "lilla Sverige" på den största rättspsykiatriska kliniken i Nya Zeeland.

ID-kort utfärdas, verksamhetschef förtydligar att undertecknad ska ha tillgång "till alla enheter och faciliteter". Efter en kortare introduktion ("du vet väl det där med säkerheten...", det är samma regler som överallt i världen...) fick jag besöka avdelningen där endast maorier vårdas. Jag blev förvånad över den respekt man visar och de möjligheter man ger till en besökande psykiater. "Fick



besöka" är endast en ordkombination. I själva verket blev jag indansad och insjungen och fick dessutom följa deras hälsningsprocedur där man kramas, pussas och när varandra

med näsan. Cultural advisor hälsade mig på maoriska och min handledare redovisade varför jag kom hit. Synd, att jag inte fick filma. Sedan blev det mat och kaffe som en del i välkomsten och endast därefter kunde jag kliva in på avdelningen. Imponerande och väldigt rart. Snart upptäcker jag att sjukvården är mån om att följa maoriernas sätt att leva. Exempelvis, varje samtal (framför allt läkarsamtal) börjar och slutar med bön på maoriska. Om inte patienten själv förmår följa dessa traditioner så tar cultural advisor på sig denna roll. Utifrån den medicinska aspekten är intressant att anmärka att man undviker att medicinera maorier med haloperidol pga. att rent empiriskt har man sett att vissa maoriska familjer har ökad känslighet för hjärtpåverkan vid medicinering med haloperidol. För ca 10 år sedan har 3 dödsfall inträffat inom en och samma familj efter medicinering med Haldol. Rädslan har stora ögon och nya zeeländska kollegor verkar tro att haloperidol är väl glömt och en oanvändbar medicin nu förtiden.

Jag visste inte i början av min vistelse att jag ganska ofta kommer stå på maoritraditioner. Roligt för en som är endast besökare men är detta helt rimligt och rättvist utifrån andra nationaliteters perspektiv? Man skulle kunna dra parallell med Sverige om man exempelvis valde att följa samernas traditioner utan att ta hänsyn till andra stora minoritetsgrupper.

Vad säger lagen?

Men vad är en rättspsykiatrisk patient i Nya Zeeland? Rätt så snart upptäckte jag att patienterna fördelas i "vanliga rättspsykiatriska patienter" och så kallade "special patients". I Sverige finns det lag om rättspsykiatrisk vård, LRV. Och vad säger lagen i Nya Zeeland? Hur hamnar man inom rättspsykiatri på NZ?

Innan jag förklarar det rättsliga systemet i NZ vill jag inflika fängelsesystemet som ger största tillförseln av rättspsykiatriska kunder. Bra eller dåligt men det finns ett väl utbyggt fängelsesystem i NZ som har över 10 000 fångar på en befolkning på 4,5 milj. Ca 50 % av fångarna är av maoriskt ursprung, ca 33 % "pakiha", dvs. europeiskt ursprung och resten hade ursprung från "Pacific-länder". För jämförelsens skull kan nämnas att år 2015 fanns 3827 fångar inom Kriminalvårdens anstalter i Sverige som har befolkning på 10 milj. Det blir lätt att räkna ut att NZ har en betydligt högre procent av befolkningen som avtjänar olika straff. Finns det högre antal omhändertagna inom Kriminalvården så finns det även rätt så många som behöver psykiatrisk hjälp. I Nya

Zeeland likaväl som i Sverige söker de flesta fångar hjälp för psykiska åkommor på frivilliga villkor. Det finns dock en grupp av klienter som är så pass sjuka att frivillig vård inte kan ges. I så fall tillämpar man tvångsvård motsvarande tvångsvården i Sverige och behandlar dessa personer ineliggande mot deras vilja. En annan patientgrupp inkommer via domstolar där domaren väcker frågan om "not guilty by reason of insanity" eller "inte skyldig pga. sinnessjukdom". På sätt och vis liknar detta § 7-undersökning här i Sverige. Det intressanta är det att alla psykiatrer arbetandes på rättspsykiatrisk klinik skall kunna göra liknande undersökningar. I Nya Zeeland saknas institution som liknar svenska Rättsmedicinalverket och som utför § 7 och rättspsykiatriska undersökningar. Den andra stora skillnaden är att i rättspsykiatriska undersökningar i NZ ingår inte utlåtande vare sig ifrån psykolog, kurator eller omvårdnadsteamet. En mans bedömning gäller.

Och sist men inte minst finns också en kategori av så kallade "special patients". Dessa personer är överlämnade av domstolen till rättspsykiatrisk vård. Dessa klienter har varit allvarligt psykiskt sjuka (enligt svensk nomenklatur) under tiden de begick brott, var inkapabla att ta adekvata beslut och deras brott var bisarra och tunga. Till en viss del påminner hanteringen av dessa patienter svensk lagstiftning, LRV med särskild utskrivningsprövning. Den stora skillnaden är att det finns klara kriterier i Sverige för vad som skall uppnås för att utskrivning ska ske och Förvaltningsrätten gör prövning av ärendet var 6:e månad. I Nya Zeeland däremot skriver man en gång om året till Hälsoministern där man redovisar framgångar patienten har gjort. Det krävs årtal innan ministern eller hans klerk godkänner att slutgiltig utskrivning kan ske. Det skiljer även i behandlingstraditioner. I Sverige råder det vetenskapligt baserad behandling. I Nya Zeeland kan vetenskap kompletteras med olika örter som levereras av patienternas anhöriga. Innehållet i dessa blandningar är dock oklar. Det är inte ovanligt att i ansökan till Hälsoministern står exempelvis följande: "Mr. Douglas lider av schizofreni och behandlas med T Clozapine 275 mg och T Terazosin 2 mg till kvällen samt intar även naturopatiska örter levererade av familjen".

Rehabilitering: vad händer sen?

Som nämnt, själva rättsliga systemet är ganska annorlunda. Men patientens utvecklings- och utslussningsprocess är ändå väldigt lik den svenska. Efter att man ser en påtaglig förbättring och uppnår symtomkontroll börjar man tänka på hur man kan aktivera patienten, vilket ev. arbete kan denne utföra? Vad finns för intresse? Vilken funktion har patienten? Dessa frågeställningar är lika i Sverige som i Nya Zeeland. Arbetsterapeuter kommer in i vårdprocessen i tidigt skede och leder patientens rehabilitering till samhället. Kliniken har olika aktiviteter där patienterna kan träna olika förmågor och t.o.m. få en symbolisk summa för sin insats. När man kommer till Mason lägger man märke till att gräsmattorna är näst intill perfekta. Man blir ännu mer överraskad att kliniken inte har någon entreprenad för detta och allt detta sköts av patienter. Man kan grubbla om saken i

tankar "orättvist", "underbetalt", etc. Det positiva är att patienterna är upptagna med meningsfullt arbete som de själva efterfrågar. Patienterna är stolta över det de gör och nöjda att få en symbolisk ersättning. Jag har väckt frågan om det har förekommit att användare har förstört gräsklipparen eller misskött sitt uppdrag. Personalen tittade på mig med misstro i ansiktet: det har inte förekommit skadegörelse eller misskötsamhet sedan kliniken grundades! Utanför kliniken finns det flera aktörer som är behjälpliga i rehabiliteringen av patienterna. Man har olika kurser för patienterna, exempelvis kurs om hur man skriver CV, möjligheter att kunna träna sociala färdigheter, exempelvis, vad säger man på en arbetsintervju? Klienterna har möjlighet att genomföra arbetsträning på "Zoo Doo", "Woodfors gardens" och "Wrap 'N' Pack". Det som uppskattas av patienterna är att det är "riktiga" arbetsuppgifter som var och en får ta i sitt tempo. Produkt säljes. Alla dessa rehabiliteringsenheter



behöver donationer för att kunna fungera och finnas för klienterna. Man blir fascinerad över personalens, som arbetar med dessa klienter, dedikation för sitt arbete och uppdrag. Verksamheter bedrivs ofta i slitna lokaler, hjälpmedel för att genomföra arbetet är gamla, men kärleken till sitt jobb – mycket äkta!

Hur kan jag sammanfatta det jag har sett och upplevt? Vilket värde har det för mig? Svårt att uttrycka det på papper. Jag låter en del vara osagt – den som planerar sina resor och har sina drömmar ska inte ha allt avslöjat. Jag vill dock medge att jag inte hade kunnat tro att en sådan resa skulle vara så mycket nyttig om allt som omfattar arbete och även daglig tillvaro. Känslor och tankar flödar fortfarande, det krävs mer tid för att sätta ord på allt jag har sett. Framförallt vill jag nämna att det gav mig mer input för att bli en mer nyanserad, ödmjuk, och förhoppningsvis, bättre läkare för mina patienter samt en trevligare kollega. Tack, att jag fick uppleva det!

Text och foto:
Jurgita Kundrotienė
Överläkare
Psykatri Nordväst, Stockholm

Helst inte 40 bokningar på en halvdag, men kanske mer E.A.S.Y.?

En Cullbergstipendiats resa till Hong Kong

"Du är galen och du borde bli inlåst på Castle Peak".

En sådan mening kan dyka upp vid gräl i Hong Kong. Namnet Castle Peak Hospital har en negativ klang för många och är synonymt med psykisk sjukdom och galenskap. Sjukhuset är en symbol i Hong Kong:s kultur och väcker både skräck och nyfikenhet.

16 år efter min flytt till Sverige och 4:e året in i min specialisering inom psykiatri, tänkte jag att det vore hög tid att jag faktiskt besökte Castle Peak Hospital och fick se hur verkligheten där är. Castle Peak Hospital tog emot mig med värme och glädje. Tack vare Stiftelsen Natur & Kultur och Cullbergstipendiet kunde jag åka till Hong Kong hösten 2016 och auskultera på en specialiserad psykosenhets E.A.S.Y. under 2 veckors tid.

Castle Peak Hospital är det äldsta psykiatriska sjukhuset i Hong Kong. Det öppnades 1961 och erbjuder vård inom områdena Allmän Vuxenpsykiatri (inklusive psykos), BUP, Missbruk och Beroende, Äldrepsykiatri, Rättspsykiatri, Psykiatrisk Rehabilitering, Utvecklingsstörningar. Upptagningsområdet har en befolkning på ca 1,1 miljoner och det kan även komma patienter från utanför, t.ex. grannprovinsen Kanton i fastlands-Kina. Sjukhuset har ca 1100 sängplatser varav 228 akutplatser (vårdtid <3 mån) för vuxenpsykiatri inklusive beroendevård.

Arbetsmiljön är tydligt hierarkisk. Man blir alltid presenterad som "Dr Efternamn" och sköterskorna blev förvånade och nervösa då jag försökte småprata med dem under pauserna. Och pauserna, de var inte många. Som läkare inom allmän vuxenpsykiatrisk öppenvård tar man emot ca 40 patienter på en halvdag i snitt. Dessutom har en läkare alltid ansvar för sina patienter oavsett om de vårdas inom slutenvård eller öppenvård. Detta innebär att arbetsdagen blir uppdelad mellan sluten- och öppenvård. De officiella arbetstimmarna är kl. 09-17:45 men att åka ifrån arbetsplatsen kl. 17:45 är nog mer undantag än regel. Jobbar man på öppenvårdssidan på eftermiddagen har man dessutom pressen på sig att inte förlänga alla andra kollegors arbetsdag, eftersom sjuksköterskorna på mottagningen, receptionisten som tar hand om betalning samt farmaceuten på sjukhusapoteket alla måste vänta tills sista patientärendet är avslutat innan de kan åka hem. Låter stressigt? Att ge er ett annat perspektiv,

inom Stockholms läns sjukvårdsområde som inte har så jättemycket större befolkning i sitt upptagningsområde jobbar 749 läkare. På Castle Peak Hospital jobbar 72.

Är det möjligt att bedriva psykiatrisk vård med kvalitet under sådana förutsättningar? Absolut. Jag vågar kanske till och med påstå att bättre så än här i Stockholm/Sverige. Läkarna i Hong Kong förväntas forska. Och med det konkurrensinriktade arbetsklimatet i Hong Kong innebär det i stort att man måste forska. Det är också hårda krav från ledningen att all handläggning måste vara evidensbaserad, att man ska kunna citera Maudsley Guidelines och den senaste vetenskapliga evidensen. Konsultläkaren på E.A.S.Y.-teamet var noggrann med att påpeka vikten av att kunna den förväntade förbättringsmöjligheten vid medicinbyte i % och att inte enbart läsa Socialstyrelsens riktlinjer ("det är ju som att läsa buljong").

Slutenvårdsmiljön för patienter är däremot mycket annorlunda än den vi har i Sverige. Avdelningar är könsspecifika, där även all personal är av samma kön som patienterna. På en akut avdelning vårdas 50 patienter. I varje sal finns 8-9 sängplatser utan någon skärm eller gardin emellan. Alla sovrum är kamerabevakade. Castle Peak Hospital bedriver s.k. "gazetted" vård dvs. de får bedriva tvångsvård och alla dörrar på avdelningarna är låsta. Patienter behöver be personal om upplåsning av dörren om de t.ex. vill gå in i/ut från sovrummet, dagrummet etc. Det finns 2 samtalsrum på en avdelning men ofta sitter läkare i sjuksköterskeexpeditionen och håller samtal med sina patienter bland stående sjuksköterskor samt andra läkare som håller samtal med sina patienter samtidigt. Det var förtvivlande för mig men både personal och patienter där verkade helt oberörda. Åtminstone var det lätt att signalera för hjälp när läkare vill att personal ska fysiskt bära ut patienter som vägrar att avsluta samtal.

E.A.S.Y.

E.A.S.Y., som står för Early Assessment Service for Young People with Psychosis, är ett specialiserat vårdprogram som startades i Hong Kong 2001. En E.A.S.Y.-enhet finns på varje psykiatriskt sjukhus i Hong Kong, med multidisciplinära resurser inklusive läkare, sjuksköterska, psykolog, arbetsterapeut samt social workers. Målet är att utbilda allmänheten om psykosjukdom samt förbättra remitterande



Innegården av Castle Peak Hospital. Den röd-vita byggnaden mittemot är Enheten för Community Psychiatric Service, som ansvarar för hembesök, dagverksamhet för rehabpatienter, familjerådgivning, samarbete med sysselsättningscentra mm

och behandling för unga vuxna med nydebuterad psykos. Initialt tog programmet enbart emot personer mellan 15-25 åå men sedan flera år tillbaka har E.A.S.Y. nu utvidgat sina åldersgränser till 15-64 åå.

I Hong Kong passerar alla nykontakter med psykiatrisk vård triagebedömning hos specialiserade sjuksköterskor. De blir sedan prioriterade i rank 1, 2 eller 3 där prio 1-patienterna kan få sitt 1:a besök hos läkare redan inom 7-10 dagar. Alla personer mellan 15 och 64 åå med nydebuterade psykossymtom får alltid en Fast-track prio med prio 1 till E.A.S.Y.-enheten. E.A.S.Y.-enheten erbjuder sedan patienten intensivt stöd och behandling med tät uppföljning både via hembesök och mottagningsbesök, anhörigutbildning, rehabilitering via arbetsterapeut mm. Efter 3 år hos E.A.S.Y. slussas sedan patienterna ut till allmän vuxenpsykiatri för fortsatt vård.

Castle Peak Hospital har ett imponerande välfungerande E.A.S.Y.- team. Jag fick åka med sjuksköterska ut på hembesök samt samarbetsmöte med sysselsättningscenter som bedrivs av välgörenhetsorganisationer. Jag kunde också följa olika läkare på både mottagningen och avdelningar, hålla samtal med patienter, diskutera diagnostik med läkarkollegor. En eftermiddag fick jag också följa teamets arbetsterapeut och se sjukhusets stora arbetsterapiavdelning med kognitiva övningar, träningsbutik, rehabiliteringscaféer mm. Stort fokus läggs på att integrera patienterna tillbaka in i arbetsmarknaden, även om det kan röra sig om enkla arbetsuppgifter som att diska eller tvätta bil.

Reflektioner

I januari kom en debattartikel i DN om brister i vården vid nydebuterad psykos, med uppföljande replik om ämnet. I båda artiklarna lyfter man fram vikten av att förbättra resurser samt insatser för denna patientgrupp, att vården för nyinsjuknade i psykos bör byggas ut till att omfatta hela landet samt att mottagningar för högriskgrupper för psykosjukdom bör etableras. Man refererade till Opus-projektet i Danmark och Tips-projektet i Norge. E.A.S.Y. i Hong Kong är ett annat bra exempel på samma tanke och mål. Om Castle Peak Hospital kan få till en välfungerande specialiserad enhet trots enbart 72 läkare för mer än 1,1 miljoner personer i deras upptagningsområde, varför kan vi inte göra bättre i Sverige?

Vi har mycket att lära oss från psykiatrisk vård i andra länder, oavsett om det är nära grannar som Danmark och Norge, eller en liten förutvarande kolonistad långt långt bort i Asien. Vi bör vara glada och stolta över den vård vi kan erbjuda våra patienter här i Sverige men samtidigt behöver vi vara medvetna om behovet och utrymmet för förbättringar. Ansök om Cullbergstipendiet, åk ut i världen, och upplev!

Text och foto:

Wan Kam

ST-läkare

Psykatri Nordväst, Stockholm

ANNONS



Erfarenheter från Kapstaden

En Cullbergstipendiat berättar

Varför Sydafrika?

Sydafrika är ett komplext land med stora kontraster. Det är ett av Afrikas rikaste länder, men till följd av det tidigare apartheidsystemet är klyftorna i samhället fortfarande stora. Å ena sidan känt för att ha modern västerländsk medicin och för att internationellt bidra med viktig forskning (det påstås stolt att eftersom de inte bara forskar på 'WEIRD populationer' - nämligen Westernised, Educated, Industrialised, Rich and Democratic - har deras forskning hög validitet). Å andra sidan finns det få resurser och stora, komplicerade behov.

Hur fungerar psykiatrien där?

För att få veta mer organiserade jag en studieresa till Kapstaden med hjälp av Cullbergstipendiet. Jag kontaktade forskare och kliniker inom psykiatri i Kapstaden och flera tackade ja till att jag skuggade dem en dag i deras jobb och lät sig intervjuas med sitt team.

På det sättet fick jag möjlighet att delta i följande:

- *Victoria Hospital*, ett sekundärt sjukhus som ligger vid Wynberg, Western Cape: rond på intagningsavdelning samt slutenvårdsavdelningar, en dag på öppenvårdsmottagning
- *False Bay Hospital*, ett sjukhus som beskrivs som "District/

Provincially Aided Hospital" och som ligger i Cape Peninsula, 36 km från Kapstaden: öppenvårdsmottagning och rond för psykiatriska patienter inlagda på medicinavdelning

- *Groote Schuur Hospital*, ett stort, statligt finansierat akademiskt sjukhus i Kapstaden: följde en dag läkarna på konsultpsykiatrien

- *Valkenberg mentalsjukhus*: tur i lokalerna, handledning av specialistsjuksköterskor, av psykiater samt peer review (diskussion av svåra fall med psykiatrer från hela Kapstaden)

- *Department of Psychiatry and Mental Health - University of Cape Town*: en dag med en psykolog, doktorand som forskar med hjärnbildning samt research meeting med neuroimaging-forskare

- *Substance Use Symposium* för fortbildning av specialister
- Deltog på WPA Congress i Kapstaden där flera psykiatriker från hela landet deltog och presenterade sitt arbete

En överblick

Sydafrikas befolkning är ca 50 miljoner, historiskt och etniskt mycket komplex inkluderande människor med bl.a. afrikansk, europeisk och asiatisk bakgrund som talar elva olika officiella språk. Kapstaden som jag besökte är huvudstad för den

legislativa makten och näst största storstadsområde med 3,7 miljoner invånare. Vita, som är i minoritet i staden (ca 15,7 %), sägs ha en hög levnadsstandard. En betydande andel av majoriteten som är färgade (blandat ursprung med anor från Europa, Asien och olika etniska grupper i södra Afrika - 42,3 %) och svarta afrikaner (38,6 %) lever på tredje världens nivå i förslummade kåkstäder eller på fattig landsbygd.

Psykiatri i Sydafrika

För sina ca 55 miljoner invånare har Sydafrika bara 65 762 läkare, 841 av dem är registrerade psykiatriker. Dock påstår läkare som jag intervjuade att i verkligheten är endast 500 av dem kliniskt aktiva. En grov beräkning visar att Sydafrika har ca 1 psykiater per 100 000 invånare, motsvarande siffra i Sverige är 19/100 000 invånare. En andel arbetar privat och till privat vård har man tillgång om man har privat försäkring, vilken är för dyr för de flesta, men statlig vård ska också vara av god kvalitet.

Som i Sverige har man tvångsvård och frivillig vård. En viktig skillnad är att om man vårdas enl. tvångsvård kostar vården ingenting, vilket blir det enda sättet man kan få vård om man inte har råd och i praktiken är de flesta inom psykiatrisk slutenvård inlagda enl. motsvarande LPT.

Bortsett från alla utmaningar som psykiatrin måste bemöta har sydafrikansk psykiatri några ytterligare problem. Ca 12 % av befolkningen är HIV-positiv, vilket ofta är (67 % enl. lokal statistik) etiologisk faktor hos patienter med underliggande medicinska tillstånd men kan dessutom innebära ökat riskbeteende, självmordsrisk, HIV-associerade neurokognitiva sjukdomar (HAND). Beroende är ett stort bekymmer inte minst med kodein som säljs receptfritt och dagga (cannabis) som är socialt accepterat bland många. Eftersom tidig graviditet, HIV, gäng och droger kan dominera ungdomarnas liv, ibland före 16 års ålder, är ungdomshälsa en viktig fråga i Sydafrika.

Resurser och organisation i sydafrikansk psykiatri

Flera Health Care Centers (liknande vårdcentral) i kommunen, ofta i kåkstäderna, har psykiatrisk avdelning som bemannas av specialistsjuksköterskor. De träffar hela spektret av åldrar och konsulterar, diagnostiserar, behandlar och följer upp patienter med mentalhälsoproblem.

Distriktssjukhusen (District Hospitals) utanför storstäderna har inte permanent psykiatrisk personal men vårdar psykiatriska patienter. Alla patienter, oavsett orsak de söker för, kommer till akutmottagningen och blir bedömda av "general doctors". Alla läkare efter legitimation och innan ST har plikt att arbeta i två år som general doctors på statliga sjukhus. Om det bedöms att behov föreligger läggs patienten in på en intagningsavdelning som är gemensam för alla patienter oberoende av problematik (medicinsk, kirurgisk, psykiatrisk mm).



Medicinman

För att bemöta behovet hos en geografiskt utspridd population besöker 'distriktssykeiatriker' sjukhusen på landet en eller två gånger i veckan för att handleda personal eller träffa några patienter. Sjukhusets psykiatriska team går rond och träffar patienter på intagningsavdelning med psykiatrisk frågeställning. I rondan jag närvarade på (*False Bay Hospital & Victoria Hospital*) var ca hälften av patienterna inlagda pga. psykiatrisk problematik, bl.a. med delirium tremens, dekompenenserad schizofreni, sociala problem, konversion, mani, akut icke organisk psykos, suicidförsök. På intagningsavdelningen fanns det 12 sängar och 6 fåtöljer (sic!) och det kan hända att en psykiatrisk patient "är inlagd" på en fåtöljplats upp till två veckor i väntan på en "riktig" vårdplats på en psykiatrisk avdelning. Några distriktssjukhus har även ineliggande psykiatriska vårdplatser alt. psykiatriska patienter på medicinska vårdplatser där general doctors är ansvariga men kan alltid konsultera en psykiater. Psykiatriska patienter har gemensamma rum och väntrum med resten av patienterna för att minska stigma och som alla andra gör hämtar de själva sin pappersjournal från receptionen innan de träffar sin läkare. Psykiatern läser sin journalanteckning högt för patienten innan patienten instämmer och tar journalen med sig igen för att lämna tillbaka i receptionen.

I de stora städerna finns stora generella sjukhus, såsom *Groote Schuur Hospital*, ett välkänt universitetssjukhus där den första hjärttransplantationen ägde rum. Psykiatriska kliniken där har tre egna slutenvårdsavdelningar, öppenvård (bl.a. specialist HIV/Neuropsychiatry, Maternal Mental Health, Pain, Eating Disorders och Adolescent services), akut psykiatriskt team och konsultpsykiatri (Consultation-Liaison psykiatri - CLP). CLP är en subspecialitet som tar emot icke akuta psykiatriska remisser från somatisk vård. Den fungerar som gränsland mellan psykiatrin och andra medicinska discipliner samt har en utbildningsroll för somatiken. Forskning har visat en högre prevalens av psykisk sjukdom bland personer med fysiska hälsoproblem (ca två tredjedelar

av ineliggande patienter) och man har även sett fördelar med CLP från ett hälsoekonomiskt perspektiv.

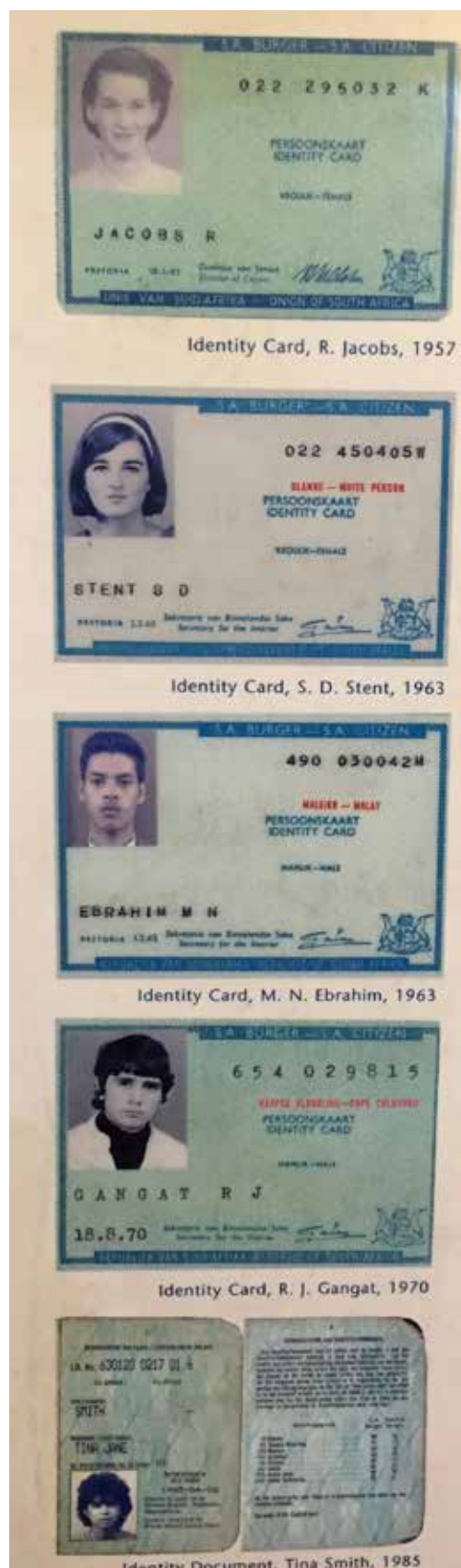
Sist men inte minst, finns det även sjukhus som är enbart psykiatriska, såsom *Valkenberg Mental Hospital* som byggdes initialt som "lunatic asylum" och ursprungligen bestod av två rassegregerade sjukhus som enades till ett psykiatriskt sjukhus efter 1990.

Bortsett från psykiatri får flera stöd av icke-statliga organisationer (NGO), kyrkan och även traditionella medicinmän som man kan besöka för vad vi här skulle kalla stödsamtal, lättare hälsoproblem eller sociala problem (t.ex. arbetslöshet, svårighet att gifta sig mm). Familjen spelar också stor roll, en moder kanske delar mediciner och en farbror anställer i sin affär en patient som annars inte skulle klara sig ensam i samhället. Anhöriga kan vara närvarande vid samtalet med patienten och frågan om samhörighet och gemenskap är lika viktig (eller mer) som frågan om sekretess och integritet: patienten kan inte ses utanför sitt sammanhang och patientens problem är nätverkets problem.

Take home messages

- "May Your Choices Reflect Your Hopes, Not Your Fears" (Nelson Mandela) – Lärdom från mitt subjektiva perspektiv är att trots att vi alltid kan göra bättre, gör resurser som vi lägger inom psykiatri viktig skillnad för patienterna! Det märks när de saknas!
- "People Are People Through Other People" (Ubuntu) – Glöm inte vikten av att se den stora bilden och tänka enl. den biopsykosociala modellen!
- "The Best Way To Find Yourself Is To Lose Yourself In The Service Of Others" (False Bay Hospital via Ghandi) – Konsultpsykiatri är en struktur som saknas i svensk hälsovård, finns det plats för dess utveckling?
- "Education Is The Most Powerful Weapon Which You Can Use To Change The World" (Nelson Mandela) – Trots de få resurser som Sydafrika har, ser man till att läkare, inte minst psykiatrer, fortsätter att utveckla sig och utbilda sig. Specialisterna måste samla fortbildningskrediter varje år för att behålla sin legitimation. Det är mycket inspirerande och jag hoppas att man ska sträva efter kontinuerlig hög nivå även i Sverige. En bra början kan vara att ansöka om Cullbergstipendium och komma tillbaka med rika erfarenheter!

Text och foto:
Myrto Sklivanioti
ST-läkare
Psykiatri Sydväst, Stockholm



Apartheid - ID



SPF fortbildar - Fokus Psykiatrisk diagnostik

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

Hur anser SPF:s medlemmar 2016-2017 att vi ska diagnostisera så att det bäst gynnar patienten?

Den kliniska bedömningens betydelse, problem och fördelar med en strukturerad diagnostik, problem med över- respektive underdiagnostisering, biomarkörernas roll i diagnostik och önskan om en utveckling med mer fokus på funktion - livskvalitéet och symtomnivå. Det är exempel på ämnen som diskuterats under SPF:s extra fortbildningssatsning i form av en "psykiatrisk turné" kring diagnostik under 2016-2017. Fortbildningssatsningen kommer få en formell avslutning under SPK i form av en föreläsning och en slutrapport som kommer läggas ut på hemsidan. Totalt har turnén nått cirka 250 av SPF:s medlemmar som tillsammans med de 16 föreläsarna och representanter från SPF:s styrelse har bidragit till en intensiv och givande diskussion i Stockholm, Göteborg, Malmö och Umeå kring frågan "Hur ska vi diagnostisera så att det bäst gynnar patienten?".

Kliniska bedömningens betydelse

Ett område som lyftes på alla orter var den kliniska bedömningens betydelse för att hamna rätt i diagnostiken och sedermera behandlingen. I Malmö något som hela publiken i stort sa i kör under föreläsningseftermiddagen. Skattningar i alla ära men generellt var SPF:s medlemmar överens om att det inte finns något som trumfar den kliniska bedömningen för att få en värdefull psykiatrisk diagnostik. Vidare framhölls av många vikten av att låta patienten få gott om tid att själv berätta fritt kring sina symtom i ett första skede.

Strukturerade diagnostikens komplexitet

Som komplement till klinisk bedömning byggt på patientens egen beskrivning framkom emellertid ett på många plan gemensamt strukturerat arbetssätt just nu runt om i landet. I grunden innefattande någon form av manualiserad diagnostisk intervju kompletterad av skattningar med

både generella och specifika mått. Diskussion skedde kring att strukturerad diagnostik kan leda till en reduktionism av individen, risk att screeninginstrument ger överdiagnostisering och falsk samsjuklighet samt tar bort fokus från det viktiga mötet. En idé om att allt formellt inhämtande skulle kunna vara databaserat så klinikern lägger fokus på mötet och kliniken framfördes. Att en strukturerad diagnostik inte på något sätt utesluter en humanistisk människosyn, vikten av att lyssna på patienten och använda sig av den egna förmågan till "läkekonst" lyftes även fram samt att densamma kan bidra till en mer jämlik vård.

Det gemensamma språket

Det generella intrycket var att SPF:s medlemmar har en önskan om att psykiatrisk diagnostik bidrar till ett gemensamt språk kring sjukdomstillstånd som ger bra förklaringsmodeller som både kan användas av patienten till sina anhöriga, mellan patient och vårdgivare samt för forskning och utveckling. Emellertid var det även tydligt att vi idag runt om i landet inte alltid använder samma språk eller är överens om vilket språk som är bäst. Det framkom från några en önskan om en mer beskrivande och flerdimensionell diagnostik, mindre influerad av kriterier och DSM. Vidare skedde en problematisering av att "det diagnostiska språket" vi använder riskeras påverkas av vilka "glasögon" man har på sig samt även till viss del av exempelvis samhällets krav och vilka behandlingsalternativ som finns tillgängliga där diagnostiken sker.

Tvåsamhetens och utbildningens värde

På flera orter och av flera av föreläsarna och/eller deltagarna framfördes värdet av att tidigt vara två personer vid diagnostiseringen. Gärna en psykolog och specialist direkt vilket sällan är fallet utan istället framkom att inledande diagnostisering ofta sker av mindre utbildad personal. Problematiken med detsamma diskuterades och även lösningar. Då diagnostisering på många orter ofta sker av

exempelvis underläkare och AT-läkare lyftes det faktum att diagnostisering till stor del även är en utbildningsfråga och ett strukturerat sätt att lära ut diagnostisk kompetens inkluderat empatiskt inkännande eftersöktes

Långsamhetens lov och effektivitetens

Flera av föreläsarna och deltagarna lyfte det faktum att diagnostiken måste få ta tid och även är en del av behandlingen. Samtidigt framfördes åsikter om att ett uppskjutande av rätt diagnos kan leda till att man skjuter upp insättande av rätt behandling eller insatser vilket kan leda till risker med ett utvecklande av samsjuklighet och/eller kronisk utveckling av sjukdomstillståndet. Dubbeltid för nybesök rekommenderades av många. Vidare för att öka chanserna att man ska hamna rätt i diagnostiken att anhöriga tidigt kopplas in. Många framförde även betydelsen av att på ett strukturerat sätt ompröva diagnoser om inte behandlingen leder framåt.

Problemen med diagnosstyrd vård

Problematiken med en diagnosstyrd vård överhuvudtaget diskuterades och upprättande av specifika mottagningar relaterade till diagnostik och inte symtomnivå. En individ med en viss diagnos skulle om även kraftigt sänkt funktionsnivå kunna vara i behov av ett större omhändertagande än det diagnosen erbjuder och vice versa. Vidare kan Försäkringskassan eller motsvarande utifrån diagnos tro att en individ skulle kunna bli botad med relativt enkla metoder där problematiken kan vara betydligt mer komplex. Många ansåg även att diagnostiken idag, förutom på symtomnivå, för lite fokuserar på funktion och livskvalitet och att det borde finnas ett diagnostiskt system som mer lyfte dessa värdefulla parametrar.

ICD och DSM idag och i framtiden

Under föreläsningseftermiddagarna lyftes även en del historik kring ICD och DSM. Förordet betonades vid användning där man bland annat understryker att DSM är ett komplement till klinisk bedömning och långt ifrån den diagnostiska "checklista" som många idag uppfattar den som. Vidare diskuterades en utveckling av nya ICD där information om troligen större överensstämmande med DSM framkom. Att de mer "prototypala" beskrivningarna i ICD kanske kan vara nog så bra som de mer utarbetade kriterieversionerna av diagnostik som i DSM lyftes även.

Biomarkörernas plats i diagnostik

Om ett större överensstämmande av ICD och DSM är troligt inom en nära framtid är det något mer oklart hur RDoC - med sitt tydliga fokus på biologins och etiologins betydelse vid diagnostisering - kommer att införlivas. Generellt framkom en försiktig öppenhet inför hur biomarkörerna och RDoC ska kunna bidra för att hamna rätt i diagnostik och önskan hos medlemmarna om att utvecklingen följs och kliniskt implementeras eftersom framkom.

Förståelsen och existensialism

Det fanns flera företrädare som lyfte upp vikten av att via ett empatiskt inkännande ägna tid till att genuint försöka förstå en individs beskrivning av symtom och problematik och några framförde åsikten att patienten nog hellre vill bli förstodd än diagnostiserad. Vidare fördes en diskussion om att man vid psykiatrisk diagnostik inte får glömma ett existentialistiskt perspektiv inte minst för att få fatt i patientens egen upplevda verklighet.

Att lära av historien

Av några av de medverkande föreläsarna eller deltagarna som varit med sedan 70-talet framkom vidare en viss matthet över att diskussionen kring psykiatrisk diagnostik inte kommit längre och att samma frågor diskuteras på ungefär samma sätt som för snart femtio år sedan. Samtidigt fanns en önskan om en återgång till ett något enklare och tydligare system med färre parametrar som bygger på svårighetsgrad av sjukdomsnivån mer förenat med de nivåer som fanns innan DSM:s tidevarv. Frågan är då hur vi kan lära av historien och bidra till att utvecklingen går mer positivt framåt kring psykiatrisk diagnostik?

Utveckling, riktlinjer och kommitté

Innan utbildningseftermiddagarna hade jag en tanke om att ett återinförande av ett användande av ett utvecklat "axelsystem" (kanske till färre eller fler "axlar" än de fem jag senast använt) skulle kunna bidra till en mer flerdimensionell psykiatrisk diagnostik. Tankarna nu med ett mer fördjupat hur. Emellertid är det mina högst personliga tankar om utveckling kring psykiatrisk diagnostik och som sammanfattning inför SPF:s fortsatta arbete i landet kring psykiatrisk diagnostik överlämnar jag till styrelsen följande rekommendationer att ta ställning till:

- Fortsatt i Svensk Psykiatri och SPK samt övriga fortbildningssatsningar bidra med utbildning, diskussion och ständig utveckling kring psykiatrisk diagnostik.
- Utredda möjligheterna till att utveckla nationella kliniska riktlinjer kring psykiatrisk diagnostik efter ett noggrant förarbete.
- I utbildningsutskottet diskutera kring utbildning i diagnostik och möjligheterna till att anordna kurser i samdiagnostik och bästa utlärande och utveckling av diagnostisk kompetens.
- Utse ny kommitté eller ge i uppdrag till nu vilande arbetsgrupp i diagnostik att följa och om möjligt ge input till synkroniseringen av nya ICD och DSM-5.

Maria Larsson
Moderator

Take home-meddelanden från några av föreläsarna från SPF Fortbildar - Fokus Diagnostik

Bo Runeson

Diagnostik betyder att förstå den akutsökande personens problem och behov av vård. Begreppet suicidriskbedömning används för många olika företeelser. Ibland är det en screening för att prioritera vilka som över huvud taget behöver psykiatrisk konsultation till att i andra fall utgöra en första del av en omfattande psykiatrisk intervention. Det saknas dock vetenskapligt stöd för att något bedömningsinstrument skulle vara tillförlitligt för att förutsäga framtida suicid.

Daniel Sandqvist

Försäkra dig om du har tillgång till en god anamnes, ställ krav på inremitterande. Utforska förväntningarna hos patienten genom att skynda långsamt. Undersök patientens bakgrund för att sätta in symtomen i ett sammanhang. Patienten är en vän. Rätt diagnos nås tillsammans.

Göran Rydén

En gemensam struktur ger förutsättningar för en jämlik vård för fler patienter. Struktur står inte i motsatsförhållande till frihet och individualisering. Strukturer är en hjälp att skapa ordning för mänskliga möten.

Herman Holm

Det finns en missuppfattning kring att kriterierna i ICD och DSM är lika med diagnos. I förordet till DSM står det tydligt att diagnostik är mer komplext och att kriterieprövning inte räcker utan utgör ett "delmoment". Diagnosen väger in kontexten och är i slutänden en klinisk bedömning i samförstånd med patienten.

Johan Fernström

Trots landvinningar inom neurovetenskapen som tillhandahåller ett nytt sätt att betrakta psykisk ohälsa är vårt förhållningssätt starkt präglat av DSM. Jag tror det är viktigt att följa uppmaningen från förordet: Diagnoser som beskrivs här är att betrakta som tillfälliga. Vi ska inte försöka behandla diagnoser utan se till de problem som varje individ tar med sig.

Jörgen Herlofson

Klinisk diagnostik syftar till att beskriva ohälsa hos enskilda individer, medan diagnostik i forskningsstudier syftar till att avgöra om individen ska delta i studien. Individperspektivet ställer helt andra krav på bredd och djup i det diagnostiska

underlaget än forskningens grupperspektiv. Metodik som är rutin i forskningsstudier kan därför inte utan vidare överföras till klinisk verksamhet.

Lars Jacobsson

Diagnoser kommer och går - en fråga om kunskapsutvecklingen inom psykiatin. Klinisk diagnostik handlar framför allt om behandlingsbarhet/ behandlingsalternativ. Diagnostiken är en del i behandlingsprocessen! Därför ett problem om den sköts av andra än de som skall behandla! För att citera E. Ask-Upmark, legendarisk medicinprofessor i Uppsala: "Listen to the patient, she is telling you the diagnosis".

Lena Nylander

ADHD respektive ASD är kliniska diagnoser som ställs utifrån utvecklingsanamnes och beteende; testning är ej nödvändig för diagnostik.

Läkare och psykolog samtidigt är nödvändiga och oftast tillräckliga som bedömare.

Differentialdiagnostik - koncentrationsstörning, sociala samspelsproblem, impulskontrollstörning med flera är ospecifika symtom.

Försiktighet med diagnoser som innebär långvarig funktionsnedsättning; patienten behöver vara införstådd med diagnosen.

Mats Adler

Psykiatri Sydväst bedriver ett utvecklings- och forskningsprojekt för psykiatrisk diagnostik. I projektet kombineras traditionell symtombaserad diagnostik (DSM) med metoder att fastställa debutålder, förloppstyp och kontextuella faktorer. Syftet är att öka precisionen i diagnostiken samt att använda skalor på ett sätt som gör att det ger bättre produktion för diagnoser.

Peder Björling

Den existerande personlighetspatologin är klumpig och har begränsad användbarhet. Den efterlängtrade sammanfogningen av personlighetspsykologi och syndromdiagnostik slutade i ett DSM-5-förslag som inte ansågs färdigt av en mängd experter. Ett stort behov och intresse kvarstår för en vetenskapligt baserad uppdatering av personlighetskonstruktionen, dess betydelse i differentialdiagnostik och val av behandlingsmodalitet.

Tonny Andersen

Psykiatriska sjukdomstillstånd är sällan enkla - och frågan om så kallad samsjuklighet återkommer ofta i det kliniska arbetet. Särskilt vanlig är frågan om samsjuklighet mellan neuropsykiatriska funktionshinder, särskilt ADHD, och sådana tillstånd som bipolär sjukdom och personlighetssyndrom, särskilt borderline personlighetssyndrom. Oavsett utgångspunkt är risken för samsjuklighet med ett av de andra tillstånden i storleksordningen 20-30 %. Ett samtidigt missbruk/beroende är även ofta förekommande. Samsjuklighet ställer utan tvekan extra krav på behandlingsplanering.

Tove Lugnegård

Inför ställningstagande till neuropsykiatrisk utredning, fokusera på patientens eget incitament. Vad är "ingången" till utredningen och vad är patientens fråga och hjälpbehov. Under en neuropsykiatrisk utredning ha ett ökat fokus på funktion. Välgjorda, individuella beskrivningar av funktion ger bättre underlag för förståelse och insatser jämfört med enbart diagnos. Kring det stora söktrycket till neuropsykiatriska utredningar kan man ställa sig frågande till om vi som profession kan påverka samhällskraven så att färre behöver utredas? Som profession bör vi verka för att funktionsnivå, inte diagnos, avgör stödinsatser.

Maria Larsson
Moderator



DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: **17/05**

Tema: Personligt ansvar



Aktuella avhandlingar från BUP 2016

Linköping

Nikolas Aho

Victimization, Prevalence, Health and Peritraumatic Reactions in Swedish Adolescents

Våld är ett internationellt och nationellt uppmärksammat folkhälsoproblem och våld bland unga är därför ett prioriterat område. Barn och unga tillhör den grupp som är mest utsatt för våld och detta under en viktig period där traumatiska händelser kan påverka framtida liv och hälsa. Gymnasieungdomar från hela landet fick anonymt besvara en digital enkät sammansatt av flera beprövade formulär gällande våld och brotthändelser, social fobi, reaktioner under händelsen och symptom, samt frågor om social situation. Ungdomarna fick redogöra för sina upplevelser av allt slags våld under deras liv. Totalt 51 gymnasieskolor deltog och 5960 studerande i årskurs 2 besvarade enkäten. Utsatthet för viktigmisering innebär risk för psykisk ohälsa ex. ångest och nedstämdhet, att sänka förekomst av våld skulle därför kunna innebära minskad framtida ohälsa. Ett linjärt samband noterades mellan ökat antal händelser och ökad ohälsa. Antalet händelser visade sig också vara en egen faktor som påverkar symptom, vilket innebär att vi måste fråga barn om alla typer av händelser och inte bara en viss typ, då vi annars riskerar att gå miste om en betydelsefull information som kan påverka barnens framtida liv och hälsa.

Stockholm

Nora Choque-Olsson

Social skills group training for children and adolescents with autism spectrum disorder

Det övergripande syftet med denna avhandling var att undersöka effekten av träning av sociala färdigheter i grupp hos barn och ungdomar med högfungerande autism och psykiatrisk samsjuklighet. I en randomiserad studie ingick totalt 296 personer med högfungerande autism/Aspergers syndrom och psykiatrisk samsjuklighet i åldern 8 till 17 år. De randomiserades till antingen träning av sociala färdigheter i grupp med det manualbaserade "KONTAKT" + behandling som vanligt (TAU) eller till kontrollgrupp, TAU. Dessutom intervjuades 11 deltagare (6 hög-responders och 5 låg-responders) från experimentgruppen och deras föräldrar och en kvalitativ svarsanalys utfördes. Resultaten tolkas som att träning av sociala färdigheter i grupp med KONTAKT kunde genomföras framgångsrikt i "real-world" klinisk sjukvård. Effekten av både KONTAKT + TAU och TAU var positiva.

En signifikant större förbättring av social kognition noterades hos de som gick i KONTAKT. Vid jämförelse mellan barn respektive ungdomar hade ungdomarna en större positiv effekt på social kommunikation, social motivation och social kognition, medan barnen hade bättre effekt när det gäller vardaglig funktion, och symptomens svårighetsgrad. Föräldrar till barn visade minskad stress, men inga förändringar i upplevd stress bland barn och ungdomar noterades efter behandling.

Eva Norén Selinus

Childhood signs of ADHD and psychosocial outcomes in adolescence

Eva undersökte hur ADHD-symtom hos pojkar och flickor i barndomen är associerade med psykosociala problem i tonåren. Neuropsykiatriska symtom i barndomen var i allmänhet associerade med en mer problemtyngd tonårsutveckling. ADHD-symtom i barndomen var associerade med ökad risk för antisocialt beteende och nedsatt daglig funktionsnivå i tonåren, oberoende av annan samsjuklighet och föräldrars utbildningsnivå. I tvillinganalyser sågs även ett samband mellan ADHD och ångest/depression. Gener och individspecifika miljöfaktorer som var unika för ångest och depression i tonåren hade störst inflytande. Hos flickor fanns en genetisk överlappning mellan ADHD i barndom och internaliserade problem i tonår. Det skulle kunna innebära att flickor med ADHD-symtom har en högre risk att utveckla ångest och depression i tonåren. Slutsatser som kan dras från avhandlingen är att screeningintervjuer som A-TAC (Autism-tics, ADHD and other comorbidities) kanske skulle kunna vara till nytta även i kliniskt arbete. Även ADHD-symtom under diagnoseröskeln behöver tas på allvar, och hos tonårsflickor med ADHD-problematik är det viktigt uppmärksamma risken för drogproblem och samsjuklighet i ångest och depression.

Hedvig Engberg

Psychological and psychiatric aspects in women with disorders of sex development

Disorders of sex development (DSD) är en övergripande term för tillstånd som påverkar biologisk könsutveckling. Målet med avhandlingen var att fördjupa kunskaperna kring vilka psykiatriska och psykologiska aspekter som är viktiga för kvinnor med DSD. Metoderna som användes var intervjustudier, registerstudie där psykiatriska diagnoser

i en kohort av kvinnor med DSD jämfördes med 1:100 åldersmatchade kontroller och en tvärsnittsstudie där en kortfattad standardiserad diagnostisk intervju (MINI+) användes för att studera förekomsten av psykiatriska symtom hos kvinnor med DSD. I intervjuerna framkom att adekvat kunskap underlättade när informanterna skulle berätta om sitt tillstånd för andra. Kunskap kring den egna kroppen underlättade också initierandet av sexuella aktiviteter. Registerstudien visade ökad risk för psykiatrisk sjuklighet i allmänhet och beroendesjukdomar. Sammanfattningsvis är kvinnor med DSD en heterogen grupp individer med olika behov och erfarenheter. Genom att vara uppmärksamma på psykiatriska symptom, bistå med åldersadekvat information och strategier för att berätta för andra, kan vårdpersonal hjälpa dessa kvinnor att må så bra som möjligt, både fysiskt och psykiskt.

Göteborg

Louise Karjalainen

Eating disorders, eating pathology and ESSENCE

Följande grupper undersöktes; ungdomar och vuxna patienter med autism och/eller ADHD, patienter med AN (nyinsjuknade och vid 1-årsuppföljning), AN-patienter som befinner sig i partiell remission och matchade jämförelsegrupper (i alla utom en studie). I alla studier har validerade psykiatriska frågeformulär och intervjuer använts och i en studie genomgick individerna magnetkameraundersökning (MRI). Sammantaget ger studierna i denna avhandling ytterligare stöd för att det finns gemensamma nämnare mellan ätstörningar och autism, både vad gäller beteende och neurobiologiska avvikelser. Denna kunskap är viktig inte bara för forskare utan även för kliniker för att möjliggöra individuellt anpassad behandling, där man måste använda sig av strategier från både ätstörnings- och autismområdet.

Adam Helles

Asperger syndrome in males over two decades

I denna avhandling rapporteras resultaten från den första långtidsstudien av en relativt stor grupp med diagnosen AS. Hundra pojkar som fick diagnosen AS på 80- och 90-talet i Göteborg har följts under en period av i genomsnitt 19 år. Två uppföljningar har gjorts av gruppen, den första 2002-2003 (då deltog 76 personer) och den andra 2011-2013 (då deltog 50 personer). Efter 19 år uppfyllde 39 av 50 deltagare (78 %) fortfarande en diagnos inom autismspektrum. Detta kan jämföras med den första uppföljningen då 90 % fortfarande uppfyllde kriterier för en autismspektrumdiagnos. Nästan samtliga (47 av 50) deltagare i studien hade uppfyllt kriterier för minst en annan psykiatrisk eller neuropsykiatrisk diagnos under sin livstid (de vanligaste diagnoserna var depression, motorisk koordinationsstörning och Tourettes syndrom). En majoritet (53 %) uppfyllde kriterier för minst en annan psykiatrisk diagnos (de vanligaste diagnoserna var ADHD och depression) vid uppföljning två.

Martina Barnevik Olsson

Autism spectrum disorders - first indicators and school age outcome

Syftet med avhandlingen var att över tid, upp till 9-13 års ålder, följa en populationsbaserad grupp barn som i

förskoleåldern fått diagnos inom autismspektrum (Autism Spectrum Disorder, asd). Barnen erhöll tidiga insatser under en tvåårsperiod från ett habiliteringscenter i Stockholm, specialiserat på autism hos förskolebarn. I den totala gruppen ingick initialt 208 barn. Gruppen var representativ för små barn i länet, som utretts och fått diagnos asd mellan 2 och 4,5 års ålder. Avhandlingen visar att även barn som, under uppväxten inte längre helt bedöms uppfylla kriterier för asd, bör få fortsatt uppföljning över lång tid. Flertalet hade kvarstående svårigheter som stämmer med begreppet "essence" (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations) och hade fortsatt stort behov av stödsatser.

Per Gustafsson

Professor BUP

Linköping

Länkar till BUP - avhandlingarna:

Nikolas Aho. "Victimization, Prevalence, Health and Peritraumatic Reactions in Swedish Adolescents". <http://liu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1047437&dsid=-6628>

Nora Choque-Olsson "Social skills group training for children and adolescents with autism spectrum disorder" <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/45026>

Eva Norén Selinus "Childhood signs of ADHD and psychosocial outcomes in adolescence." <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/44885>

Hedvig Engberg "Psychological and psychiatric aspects in women with disorders of sex development" <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/45325>

Louise Karjalainen "Eating disorders, eating pathology and ESSENCE" <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/44865?locale=sy>

Adam Helles "Asperger syndrome in males over two decades" <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/42343>

Martina Barnevik Olsson "Autism spectrum disorders - first indicators and school age outcome". <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/41544>



ADHD - sveket

Socialstyrelsen vilseleder och Barnombudsmannen går emot FN:s barnrättskommittés kritik.

Socialstyrelsen skulle sammanställa kunskapsläget om ADHD [1] och i expertgruppen ingick Tomas Ljungberg, docent i klinisk farmakologi och hjärnforskare [2]. Då han 2001 efter grundlig genomgång av forskningen redovisade sin slutsats "att det inte är vetenskapligt hållbart att benämna ADHD för ett 'neuropsykiatriskt funktionshinder'" och att "den modell som bäst kan förklara ADHD är stress-sårbarhetsmodell" och att det inte finns belägg för att ADHD har hög (specifik) ärftlighet blev han inte kallad till fler möten [3]. I stället publicerade Socialstyrelsen 2002 en rapport [4], utan att vare sig ta med eller bemöta Ljungbergs resultat, som sedan legat till grund för vad som påstås om ADHD. Men rapporten innehåller många allvarliga uppenbara fel. Här bara ett exempel: "ärftligheten är enskilt viktigaste orsaksfaktorn för ADHD" [5] och man nämner bl.a. Barkleys siffra 80 % [6] som sedan de flesta upprepar helt okritiskt.

Forskningen visar förvisso att **heritabiliteten** [7] för ADHD är 40-80 % [8].

MEN heritabilitet är **inte heriditet**. Detta borde vara lätt att inse då med samma tvillingmetod har visats att tuberkulos har en lika hög heritabilitet som ADHD, 80 % [9]. Men vi vet att tuberkulos beror på en bakterie - utan bakterie ingen sjukdom! Hög **heritabilitet** utesluter alltså inte icke ärftliga faktorer för ADHD!

I juni 2016 var det ett stort möte om ADHD där bl.a. Allen Frances visade på den överdiagnostik som följt av DSM-IV och lär bli värre med DSM-5. Mötets konsensus var att ADHD måste ses som ett biopsykosocialt orsakat tillstånd. Dr Barbro Thurffjell uttalade sig då som representant för Socialstyrelsen att detta också är deras syn. Men så står det inte alls på kunskapsguiden.se som Socialstyrelsen hänvisar [10] till. Där står "Adhd har biologiska orsaker och är till stor del ärftligt."

Thurffjell menade att detta bara var en sammanfattning. Men en sådan ska ju spegla det väsentliga, inte ha vilseledande påståenden. Socialstyrelsen bjöd in till ett möte för att diskutera detta [11]. Jag träffade Barbro Thurffjell, Peter Salmi, Sofia von Malortie och Agneta Holmström och påvisade med utgångspunkt från docent Tomas Ljungbergs gedigna granskning de allvarliga felaktigheter som Socialstyrelsen

sprider om ADHD och de allvarliga kliniska konsekvenser det får med feldiagnoser och felbehandling [12]. Då jag efter mötet mailar och frågar efter referenser till, och vilken person som är ansvarig för, texten *Orsaker till adhd. Forskning visar att adhd har biologiska orsaker och till stor del är ärftligt*.

Adhd kan alltså inte uppstå på grund av brister i uppväxtmiljön. i Kort om ADHD hos barn och ungdomar samt i Kort om ADHD hos vuxna [13] fick jag mailsvar från Agneta Holmström att de inte kommer ändra texten, att de är fem myndigheter [14] som står bakom denna korta text och att referenser finns i Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd - ett kunskapsstöd, Socialstyrelsen 2014 [15].

Men det är återigen helt felaktigt!

Alla ADHD-symtom kan uppkomma pga. trauma, som mobbing, misshandel och sexuella övergrepp [16]. Dissociation, läs trauma, är också en differentialdiagnos [17] i DSM-IV och DSM-5!

I kunskapsstödet 2014 finns tre referenser [18] som berör ärftlighet. En är till *ADHD hos barn och vuxna*, Socialstyrelsen 2002. All forskning som där anförs till stöd för Socialstyrelsens dåvarande slutsats att ärftlighet är den enskilt viktigaste orsaksfaktorn för ADHD och där citeras Barkleys påstående att ärftlighetens bidrag är 80 %, liksom den forskning den andra referensen från 2007 bygger på, har med utomordentlig noggrannhet visats bygga på felaktigt tolkade siffror och begreppet heritabilitet. Detta i docent Tomas Ljungbergs utförliga analys i *AD/HD i nytt ljus* Exiris 2008 [19].

Den enda senare forskning efter docent Ljungbergs analys som refereras till är från 2013 Chang, Z, Lichtenstein, P, Asherson, PJ, Larsson, H. *Developmental twin study of attention problems: high heritabilities throughout development. JAMA psychiatry. 2013;70(3):311-8.* som redan i titeln innehåller begreppet heritabilitet. De tycks som de experter Socialstyrelsen anlitar inte förstår vad heritabilitet betyder.

Jag har sedan skrivit till alla experter som är nämnda i Kunskapsstödet 2014 och frågat om grunder för dessa påståenden [20]. De flesta har inte svarat, en av dem Björn Kadesjö som är en av de huvudansvariga till rapporterna 2002 och 2014.

Statens medicinetiska råd skrev bra om etiska problem med ADHD men fortsätter även de felaktigt påstå att ADHD har

hög ärftlighet utan någon ny forskning som stödjer det. Jag har frågat professor Ingemar Engström som står som sakkunnig i den rapporten hur han kan göra det utan att reservera sig [21].

FN:s barnrättskommitté har riktat kritik mot Sverige för överdiagnostik och övermedicinering av ADHD [22]. Men BO tar inte upp denna allvarliga kritik utan påstår istället utan vetenskaplig grund att det är för få flickor som får ADHD-diagnos och verkar kraftfullt för utbildning kring detta [23] men inte för FN:s barnrättskommittés krav att det tillsätts en oberoende kommitté för att granska överdiagnostik [24]!

Lars H Gustafsson är med i BO:s expertråd. Han höll med om att BO ska verka för barnkonvention (vilket anständigtvis då även gäller för FN:s barnrättskommittés kritik) och han tog upp frågan på det möte BO:s expertråd hade nu i januari. Han svarade sedan mig att han tagit upp "din" fråga med BO Fredrik Malmberg och där även barnläkaren Anders Hjern var med. De hänvisade till Socialstyrelsens kunskapsbank och att det är Socialstyrelsens bord. RIDÅ. Detta är inte "min" fråga utan bör vara alla anständiga läkares fråga. Att kunskapsbanken sprider felaktigheter kunde man inte hantera. Vidare skrev Lars H Gustafsson att numera tar BO bara en fråga i taget vilket är effektivare och i år är det flyktingfrågan. OK. Men FN:s barnrättskommittés kritik mot Sveriges handläggning av ADHD kom mars 2015 och BO skrev rapporten om funktionsnedsättningar som var temat 2016. Vad gjorde BO:s expertråd då?

Alla ni, en del nämnda här men ingen glömd, som bidragit och fortsätter bidra till vilseledande uppgifter om att ADHD har övervägande biologisk orsak och inte kan bero på brister i uppväxtmiljön [25] och har hög ärftlighet, visa på den forskning som visar detta. Om den finns! Ingen har på alla år i sak bemött Tomas Ljungbergs väl underbyggda slutsats att så inte är fallet. Eller visa vetenskapligt mod och anständighet genom att erkänna att ni har haft fel och se till att det rättas till.

Om inte kommer alla felbehandlade barn och historien döma er hårt.

Jan Pilotti

Pensionerad barn- och ungdomspsykiater

Denna debattartikel är skriven i djup förtvivlan över att barn felbehandlas och vetenskapen inte följs och att alla med makt sviker. Jag väddar till alla seriösa debattörer, för barnens och vetenskapens skull: läs referenser, läs Tomas Ljungbergs bok eller åtminstone sammanfattningen och var sakliga.

Referenser

www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Landstinget Dalarna söker Läkare inom allmänpsykiatri

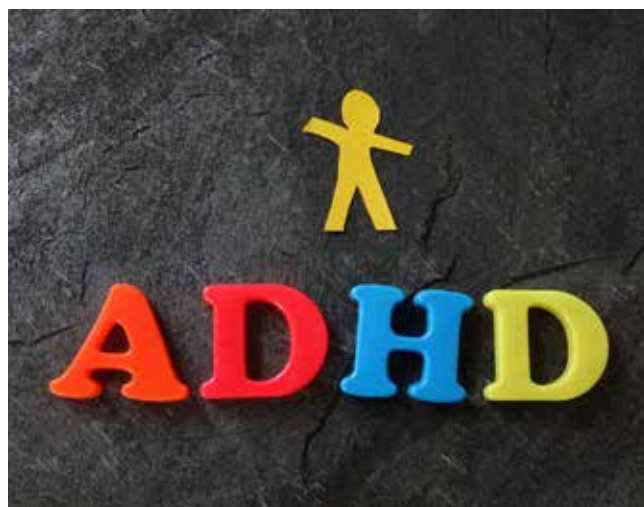
Till Falu lasarett

Vi söker dig med specialistutbildning inom beroendemedicin. På vår missbruksenhet får du vara med och bygga upp mottagningen för att erbjuda vård och behandling inom spelmissbruk och doping.

Ansök senast: 2017-03-26
via ltdalarna.se/ledigajobb


Landstinget
DALARNA

Foto: zimmytws / Shutterstock.com





Psykiatri

*Red.: Jörgen Herlofson, Lisa Ekselius, Anders Lundin,
Björn Mårtensson, Marie Åsberg
Studentlitteratur, 2016*

Under åren har ett flertal läroböcker i psykiatri sett dagens ljus. Några exempel: Gadelius, Strömgen, Ottosson, Wetterberg, Allgulander. De avspeglar vad man visste vid aktuella tidpunkter.

En splitter ny lärobok: Den nya upplagan av boken från Studentlitteratur har tagit intryck av att DSM-5 utgetts under 2013. Psykiatrin blir alltmer evidensbaserad, och man blir enig om ett brett synsätt – bio-psyko-socialt, där också hälsoekonomiska aspekter beaktas. 48 kapitel, 45 författare (c:a), 879 sidor. Vilka är målgrupperna? Knappt på grundkursnivå. Då nöjer sig många med Wikipedia. Mer för AT-läkare eller ST-läkare, eller som reaktivering, en fin modern uppslagsbok. Jag väljer hänsynslöst vad jag vill lyfta fram.

De inledande kapitlen känns fräscha och penetrerande. Det känns alldeles naturligt med "rangordning av evidensstyrka" från Ia till IV, och det bedömer jag som föredömligt. Inga lösa teorier här inte! Historik är viktig i vår ibland perspektivlösa tid.

Att man låtit den konstruktive filosofen Fredrik Svenaeus stå för två nya kapitel tycker jag är utmärkt. Han analyserar sjukdomsbegreppet och vill avgränsa vad som hör hemma inom läkares arbetsområde och vad som hör någon annanstans. Det är en självklarhet att definitioner påverkar frekvenstal. Kausalitet eller slump samband diskuteras ingående.

Sårbarhet, kanske genetiskt styrd OCH miljö tas upp – ingen motsats. Det är ju så populärt att tala om epigenetik.

Predrag Petrovic har föredömligt behandlat det svåra temat "kognitiv neuropsykiatri". Empirisk neurovetenskap när den är som bäst.

Det gläder mig att man sammanfattat olika "psykologiska teorier" utan att ta ställning.

Kapitlet om diagnostik och dokumentation är alldeles utmärkt. Vi ska i dag befinna oss fjärran från "det psykiatriska blomsterspråket". Vi måste tydligt skilja på vad som är berättelser från patienter, från anhöriga, från

andra referenspersoner och vad som är professionella bedömningar. Referenser, tack. Skattningar är viktiga och presenteras ingående. "Hjärnbildande metoder" av Ingrid Agartz är ett område som var helt okänt när jag gick psykiatrikursen.

Ett kapitel som jag med förväntan mötte var det om "psykiatrisk laboratorieutredning" av Lil Träskman-Bendz och Hans Ågren. Tyvärr är vägen lång till det praktiskt genomförbara.

Vem skulle elegant föra samman modern barn-och ungdomspsykiatri med vuxenpsykiatri, om inte den internationellt välkände Christopher Gillberg? Och kunskap om autismspektrum och ADHD hos vuxna är ett område som bara tillkommit under det senaste årtiondet.

Kapitel om schizofreni och förstämningssyndrom är mer traditionella områden, men väl beskrivna och moderna.

En ny författare i svensk psykiatrilärobok är Markus Heilig, Linköping. Hans bidrag om "substansrelaterade och addiktiva störningar" bedömer jag som utmärkt. Det är roligt om redaktörerna anser att man kan kräva att så gå på djupet, men jag tycker nog att det blivit väl mycket djurstudier och mindre av tillämplig klinisk vardag, jämfört med andra kapitel. Neurobiologi och neurokemi är ju i dag områden också inom allmänpsykiatri. Dessutom finns det speciella men bredare läroböcker i beroendemedicin.

Alltmer aktuellt är kunskap om demenssjukdomar och äldrepsykiatri. En ny ännu obestyrkt idé är att tarmfloras innehåll påverkar risken för Alzheimers sjukdom.

Det vi i dag vet om "personlighetssyndrom" är väl beskrivet och nog så svårt.

Samverkan mellan erfarna kliniker och kliniska farmakologer är fruktbar. Man kan nå individuella behandlingsprogram, kanske genom cytokromanalys.

Att suicidalt beteende är ett nyckelbegrepp inom psykiatri är välkänt. Alla erfarna kliniker har stött på det. Få ting är så upprivande som när självmord händer inom psykiatrisk verksamhet, och berörd personal kan verkligen behöva stöd och professionell hjälp. "Självskadebeteende" var för mig länge ett okänt begrepp, men det har tyvärr blivit verklighet.

Att normer inom psykiatri och juridik kan komma på kollisionskurs är välkänt. Ofta upplever psykiatrisk personal situationer, där stelbent juridik hjälper föga, oavsett vad man anser på IVO. I tveksamma fall ska man rådgöra med erfaren kollega, eller landstingens jurister.

Slutligen: Den nya upplagan inleds med ett sublimt poem av Kenneth och Ted Gärdestad. Det knyter ihop klinisk verklighet med dikten. Det ger en så fin upptakt – vi har njutit då huvudredaktören Jörgen Herlofson sjöng till eget gitarrackompanjemang.

Självklart är jag mycket tacksam för den fina upplagan. Det finns mycket mer att kommentera. Svensk psykiatri, patienterna och författarna är att oförbehållsamt gratulera.

Ulf Rydberg
Specialist i psykiatri, professor emeritus

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: 17/05

Tema: **Personligt ansvar**



Buddhas ord om kärleksfull vänlighet En kommentar till Karaniya metta sutta

Sangharakshita
Bodhi-Förlaget, 2016

Ett liv i vänlighet

Kärleksfull vänlighet (loving kindness/friendliness) är enligt Dalai Lama ett sinnestillstånd då man strävar efter att alla levande varelser ska bli lyckliga, medan *medkänsla (compassion/medlidande)* är en önskan att alla ska bli fria från lidande.

Inom buddhismen lär man vanligtvis ut övningar i *metta*, kärleksfull vänlighet, före *medkänsla*. *Metta* är också grunden för *medglädje* och *jämnmod/balans*. Pali-ordet *metta* har två ursprungsbetydelser: vänlighet (*kindness*) och vän (*friend*).

I Väst har intresset för *mindfulness* (uppmärksamhet, medvetenhet) ökat inom psykologi under de senaste trettio åren. *Mindfulness*- och *acceptansbaserade* terapier hör till "tredje vågens" kognitiva beteendeterapi. *Mindfulness*-meditation ger insikter som bidrar till större *medkänsla*. I de allra flesta religioner är kärlek och *medkänsla* kärnan. "Human life is a battle and the way of victory is the way of compassion" sade jesuitater Adolfo Nicolas vid sitt besök i Sverige 2016. "We all need love, we all suffer, we all can grow. These are three common things to humanity".

För snart fyrtio år sedan skrev *Psykolognytt* (numera *Psykologtidningen*) att buddhistisk psykologi var på frammarsch i Väst (nr 17, 1980). I en artikel beskrevs en "mycket intressant teknik som gör individen existentiellt medveten om sina projiceringar", en övning i *metta*. Den övningen hade FWBO (Friends of the Western Buddhist Order; Västerländska buddhistordens vänner, numera *Buddhistiska gemenskapen Triratna*) börjat lära ut i Sverige 1979.

I höstas kom Sangharakshitas (FBWO:s grundare) *Living with kindness, The Buddha's teaching on metta* ut på svenska med titeln *Buddhas ord om kärleksfull vänlighet, en kommentar till Karaniya metta sutta*. Sangharakshita (född 1925) är en engelsman som förenat flera buddhistiska riktningars undervisning och fört den till Väst. *Living with kindness* baseras på hans seminarier från 1978 och publicerades som bok 2004.

Karaniya metta sutta ger råd om vad den som önskar nå upplysning skall göra utifrån ett etiskt förhållningssätt genom att agera på ett klokt och kärleksfullt sätt med insikt om livets möjligheter och begränsningar.

Djupare andlig praktik förutsätter att man är psykiskt stabil. Meditation kan bidra till att reda ut okomplicerade psykiska problem och därigenom skapa lugn och ro, men ersätter inte psykologisk och psykiatrisk behandling. Förutom kommentarer till Karaniya metta suttan beskriver Sangharakshita hur man kan utveckla *metta* med meditationsteknik, som består av fem steg. Det första steget liknar *självmedkänsla (self-compassion)*, varefter man utsträcker *metta* till en god vän, till en neutral person och till en ovän/fiende. I sista steget utsträcker man *metta* till alla levande varelser.

Den omhuldande, vårdande moderskärleken används som en liknelse för *metta*. I en äldre svensk översättning av Karaniya metta sutta sägs:

*Såsom en mor skyddar med sitt liv
sitt barn, sitt enda barn
så med en ousinlig kärlek
skall man värna om alla levande varelser.*

Bokens svenska översättning, *Buddhas ord om kärleksfull vänlighet*, har ett välskrivet förord. Själva boken är översatt av Lotta Ström. Texten är bearbetad för att finna passande svenska ord och begrepp. Det måste ha varit ett krävande arbete. Översättaren har lagt till småord (lite, bara, faktiskt, helt) antagligen för att göra språket mer flytande. Samtidigt finns flera låneord kvar och även några felöversättningar. *Buddhas teaching* är översatt med *Buddhas läror*, vilket kan bli förvirrande för läsaren. Är det frågan om många läror? Kanske skulle *undervisning* passat bättre?

Som helhet är *Buddhas ord om kärleksfull vänlighet* med Sangharakshitas kommentarer till Karaniya metta sutta en värdefull läsning speciellt för dem som praktiserar *mindfulness* och *självmedkänsla (self-compassion)* och bland dem många psykiatrer och psykoterapeuter. Boken visar vägen till djup vänlighet (*metta*) som kan utsträckas till att omfatta alla.

Leena M Johansson
Docent, psykiater, psykoterapeut



BOKRECENSION

Lyssna till ditt hjärta Allt om kroppens viktigaste organ

Johannes Hinrich von Borstel
Forum, 2017

En bok om vårt viktigaste kroppsorgan hjärtat är vi inte bortskämda med. Och särskilt inte en populärvetenskaplig sådan. I boken *Lyssna till ditt hjärta* förmedlas ny intressant kunskap om vår kropp och hälsa på ett både lekfullt och informativt sätt. Författaren, som är läkare och blivande kardiolog, tar upp allt som kan drabba ett hjärta och förklarar på ett pedagogiskt vis vad som sker och varför.

Han tydliggör kopplingen mellan näringsintag och ett friskt hjärta. Författaren ger många hälsosamma tips och beskriver fördelarna med att äta vegetariskt, motionens betydelse och hur sex kan skydda oss från åderförkalkning. Att ett aktivt sexliv är hälsosamt för att hålla hjärtat friskt hade jag tidigare ingen aning om. Ett starkt immunsystem, mycket sex och vad det har med hjärtat att göra levandegörs i kapitlet *Sänggymnastik för hjärtat*. Spännande.

Författaren redogör vidare för hur hjärtat bildas, och liknar det med ett klassiskt teaterdrama i fem akter: det ofödda hjärtat; det nyfödda hjärtat; det starka hjärtat; det sjuka hjärtat och slutligen den femte akten; (k)alla hjärtans dag.

I boken kan man också läsa om hur hjärtinfarkt uppstår: Om hur rökning, alkohol och andra beroendeframkallande rusmedel är som att spela "rysk roulett med hjärtat". Med tanke på dess vanemässiga intag och de stimulanskickar det ger är det en form av "Tjärlek som hotar hjärtat". Författaren leker gärna med språket för att på så vis bl.a. åskådliggöra hur dopaminlika belöningsdroger också är de mest hälsovådliga med tanke på olika hjärtsjukdomar. Och när människan drabbas av exempelvis hjärtinsufficiens och arterioskleros, mer känd som åderförkalkning, beskrivs det i boken som "Trängsel i hjärtat". Fast man i dag inte entydigt kan säga vad som utlöser kranskärslsjukdomar finns det flera faktorer som ökar risken för att drabbas av dem. Ödesdigert är som sagt rökning och brist på motion. Men det finns också sådant som kan ha positiv påverkan, vilket sker genom att bland annat behandla diabetes, högt blodtryck liksom höjda blodfetter.

Boken är rik i sitt omfång. Författaren bjuder generöst på sig själv i sitt berättande och i de första kapitlen berättar han om att han redan som liten läste mycket om människokroppen. Ju mer han läste desto mer imponerad blev han av det där "knytnävsstora kraftpaketet i vårt bröst." Han berättar också om sina erfarenheter som yrkesverksam ambulanspersonal, och hur han då kom nära människor i (and)nöd som hade mer eller mindre akuta hjärtproblem. Vissa gick att rädda, andra inte. Oavsett vilket blev den allra viktigaste hjärtesak som författaren då kom att lära sig och förstå den att "empatisk omvårdnad och god behandling är oskiljaktiga." Bara det ger boken *Lyssna till ditt hjärta* en plats i mitt hjärta.

Johannes Hinrich von Borstel arbetar för närvarande på sin doktorsavhandling i molekylärbiologi. Han är också en av Tysklands mest framgångsrika talare inom Science Slam. Science Slam är en ny form av kommunikation av vetenskap till en publik som inte är specialister i ämnet, en form av populärvetenskap. Som också *Lyssna till ditt hjärta* är ett exempel på.

Boken vänder sig främst till medicinstuderande, läkare, sjukvårdspersonal och alla som är intresserade av hur hjärtat fungerar och samarbetar med både vår kropp och vårt psyke. Med tanke på bokens populärvetenskapliga språk och ton bör den också väcka många intresse för ett ämne och ett organ som vi i allmänhet inte bara ska uppmärksamma en gång om året på Alla Hjärtans Dag; utan i synnerhet även bör beakta och hälsosamt vårda under resten av årets alla dagar.

Tyska originalets titel är *Herzrasen kann man nicht mähen*. Den svenska översättningen är gjord av Frederik Sjögren.

Thomas Silfving
Leg psykolog, specialist och författare



Den svåra konsten att se sig själv

Peter Gärdenfors
Natur & Kultur 2017

Den svåra konsten att se sig själv är den fjärde boken i en serie som Peter Gärdenfors kallar "Vad är en människa?".

Temat är här vår uppfattning om "jaget" – eller snarare vår bristande förståelse av våra "jag".

De flesta har nog ställt sig frågan "Vem är jag?". För att sedan konstatera att den inte var så lätt att svara på. Generellt kan man dock säga att vi tenderar att överskatta oss själva för att kunna prioritera oss själva: Således är vi självbedrägliga för att kunna uppfatta oss i en bättre dager än vi är, och jämfört med hur andra ser på oss.

Författaren menar att vårt "jag" är flyktigt. Så fort vi tror att vi fångat det undflyr det oss. Och det framstår ständigt i olika mönster som i ett kalejdoskop, beroende på vilket synsätt man vrider fram och vill visa sin omvärld.

Tidigare förknippades vårt "jag" huvudsakligen med inre egenskaper som karaktär, heder och position i samhället. Det bestämde vem man var, och fick en avgörande roll i ens liv. Med modern teknologi för bilder, selfies och skärmen läggs fokus mer på yttre attribut som personens yta och fokuserade uppfattning på sitt utseende, vilket gör att vi alla blir "ättlingar till Narcissos". Inte så mycket en längtan efter ett tryggt och fast liv. Men gärna en "livsstil". I detta avseende går författaren in på hur vår uppfattning om oss själva förändrats över tid. Nuförtiden verkar det därför inte bara räcka med ett "förstapersonsperspektiv", utan många känner att de bara finns till som individer när de betraktas och bekräftas utifrån. Och med nya medier öppnas ständigt nya möjligheter till fortsatt självexponering. I boken kan man just läsa om spegelns bakgrund och dess betydelse för människans upplevelse av sitt "jag". Den (spegeln) inspirerar oss att tillrättalägga (fixa till) oss själva eftersom den också ökar vår medvetenhet om oss själva. Med dess hjälp kan vi se oss själva utifrån: En yttre bild som vi ibland tycker avviker på ett negativt sätt från den inre självbild vi har, men likväl gärna vill förmedla till det omgivande samhället. Vår önskan korresponderar alltså inte alltid med den eller det vi vill leva upp till och önskar vara; *idealjaget*. Det vill säga, *den svåra konsten att se sig själv*.

Författaren har ett evolutionärt perspektiv, och ett huvudtema i boken är att "jaget" är resultatet av en *förhandling* med oss själva. Med det menas att vi väger våra önskningar mot varandra där också andra människors förväntningar bidrar. Vidare fortgår den här förhandlingen genom att vi ständigt konstruerar våra "jag" och dess roller. Man brukar tala om människans *persona*, ursprungligen ett jungianskt begrepp. En ytterligare komponent i denna förhandling är att vi är skickliga på att lura oss själva, och att det finns ett överlevnadsvärde i det. En anledning till att vi gör det är att vi därigenom skapar oss en illusorisk kontroll över faktorer och val som styr oss, men som vi inte alls har någon faktisk kontroll över. Enligt författaren är med andra ord vår fria vilja mer begränsad än vad vi tror. Det är sådana frågor författaren låter läsaren brottas med i texten.

Boken ger inga uttömmande svar utan väcker mer nyfikenhet och inbjuder till spännande tankar. Och en uppmaning som undertecknad håller med om är att: genom att vidga sitt perspektiv och se bortom sig själv öppnar vi också upp för större solidaritet med andra, våra medmänniskor. Det större sammanhanget kan även mildra allas vår rädsla för "jagets" upplösning som tanken på döden innebär.

För att illustrera hur svår konsten är att se sig själv, och hur lite vi ofta vet om våra egna motiv bjuder Gärdenfors läsaren på en rad klassiska experiment från forskningens värld. Därför är boken också en både allmänbildande och fängslande läsning för alla som är intresserade av att förstå hur komplicerade beteenden också manifesteras i irrationella handlingsmönster som avslöjar att vi har svårt att ibland faktiskt se vilka vi är.

Peter Gärdenfors är professor i kognitionsvetenskap vid Lunds universitet och ledamot av bl.a. Kungliga Vetenskapsakademien. Han skriver också regelbundet i SvD.

Thomas Silfving
Författare, psykolog och psykoterapeut
Lidingö



Schizofreni kopplas till mammans vikt under graviditeten

Under krigsvintern 1944-1945 rådde detsvält i Nederländerna. Flera decennier senare fann man att risken för schizofreni och andra icke-affektiva psykosjukdomar var fördubblad hos barnen till de mödrar som drabbats av svälten.

I ett pressmeddelande från februari 2017 meddelas att en forskargrupp vid Karolinska Institutet givit stöd åt de nederländska fynden.

De har tittat på barn födda 1982 - 1989 och deras mödrar i en studie där alla personer anonymiserats. Över en halv miljon personer ingick i studien, varav 3000 hade utvecklat icke-affektiva psykos. För att undersöka näringsintaget hos mammorna fokuserade man på hur mycket de hade gått upp i vikt under graviditeten.

För kvinnor som haft en mycket låg viktuppgång, mindre än åtta kilo för normalviktiga kvinnor, var risken för schizofreni och andra icke-affektiva psykos hos barnen 30 procent högre jämfört med om viktuppgången varit normal.

Även för överviktiga och mödrar med fetma sågs ett liknande samband. En viktökning på mindre än fem kilo ökade risken för icke-affektiva psykosjukdomar hos barnet.

Forskarna konstaterar att även i välnärda och rika länder som Sverige kan vissa kvinnor ha svårt att gå upp i vikt under graviditeten. De framhåller att det kan finnas medicinska förklaringar till detta, men att det också skulle kunna bero på social press som kräver att mammor ska "behålla sin kropp" även när de är gravida.

Studien är publicerad i Euan Mackay, Christina Dalman, Håkan Karlsson, Renee M. Gardner. Gestational weight gain, maternal body mass index in early pregnancy, and offspring risk of non-affective psychosis. JAMA Psychiatry, online 22 February 2017, doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.4257.

Tove Gunnarsson
Överläkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm

Kalendarium

Svenska Psykiatrikongressen
15-17 mars 2017, Göteborg
www.svenskapsykiatrikongressen.se

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

58th Annual Congress of the SCNP
(Scandinavian College of
Neuropsychopharmacology)
26-28 april 2017, Köpenhamn, Danmark
<http://scnp.org/>

Svenska BUP-kongressen
3-4 maj 2017, Gävle
www.sfbup.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
www.wfsbp-congress.org/home.htm

17 th International Congress of ESCAP
(European Society for Child and Adolescent
Psychiatry)
9-11 juli 2017, Geneve, Schweiz
www.escap.eu/escap-congresses/2017-geneva

6 th European Conference on Schizophrenia
Research
14-16 september 2017, Berlin, Tyskland
www.schizophrenianet.eu/

WPA XVII World Congress of Psychiatry
8-12 oktober 2017, Berlin, Tyskland
www.wpaberlin2017.com/

Somatisk sjukdom och psykisk ohälsa -
helhetssyn för god och jämlik vård
12-13 oktober 2017, Malmö
www.jamlikvard.org

Fler kongresser hittar Du på
www.svenskapsykiatri.se
www.sfbup.se
www.srp.se



Förlaget Natur & Kultur är en stiftelse som utan ägare kan agera självständigt och långsiktigt. Vårt mål är att genom stöd, inspiration, utbildning och bildning verka för tolerans, humanism och demokrati.

Cullbergstipendiet

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. Tiden går fort – kom gärna i gång med att planera en ansökan redan nu.

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 till fyra veckor.

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

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

Ansökan

Ansökan ska vara stipendienämnden tillhanda den 1 februari 2018. Stipendiaternas namn tillkännages vid Svenska Psykiatrikongressen nästa år.

Börja gärna nu att diskutera med kolleger och läsa färskas tidsskrifter 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@svenskspsykiatri.se

Stipendiekommitté

Ansökningarna bedöms av en stipendiekommitté bestående av Johan Cullberg, Tove Gunnarsson (Svensk Psykiatri), Hanna Edberg (rättspsykiater), Jörgen Vennsten (ST-läkare i barn- och ungdomspsykiatri), Pauliina Victorsson (psykiater) och Annika Schildt (Natur & Kultur).