

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#2

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

Personligt ansvar



ANSVARIG UTGIVARE:
Ullakarin Nyberg



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



HUVUDREDAKTÖR:
Tove Gunnarsson

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3 Redaktionsruta
- 3 Redaktionell ledare, **Tove Gunnarsson**
- 4 SPF styrelseruta, ledare, **Ullakarin Nyberg**
- 5 SFBUP styrelseruta, ledare, **Sara Lundqvist**
- 6 SRPF styrelseruta, ledare, **Per-Axel Karlsson**
- 7 Kommande temanummer
- 21 Senaste nytt från SPF's Utbildningsutskott, **Alessandra Hedlund**
- 24 Krönika enligt Tiger, **Mikael Tiger**
- 32 10 frågor, i det här numret intervjuar vi en av SPF's styrelseledamöter; Cecilia Mattisson, **Stina Djurberg**
- 50 Kliniska riktlinjer Personlighetssyndrom, **Dan Gotheffors**
- 62 Bokrecension: Kulturell psykologi 2017, **Björn Wrangsjö**
- 63 Kalendarium

Tema:

- 9 Personligt ansvar - några randreflektioner, **Björn Wrangsjö**
- 10 Vem ansvarar över vårdrelationen? **Pebbles Karlsson Ambrose**
- 12 Om personligt ansvar i professionellt arbete, **Björn Wrangsjö**
- 14 Personligt ansvar, **Per-Axel Karlsson**
- 15 En baksida med att ta ansvar, **Daniel Frydman**
- 16 Traumabehandling som aktivism. Svensk vårds roll i internationella rättsprocesser, **Frida Johansson Metson**
- 17 Vårt personliga ansvar att samverka med närstående till våra psykiatriska patienter, **Lars Albinsson**
- 19 Hur hantera det personliga ansvaret när man sätts att utföra alltför svåra arbetsuppgifter? **Madeleine Cocozza**
- 20 Reflektion. Teshuvah. Om Ansvar och Förlåtelse, **Thomas Silfving**

Rapporter från möten och resor:

- 27 Rapport från Svenska BUP-kongressen, 2017 i Gävle **Lars Joelsson**
- 37 Succé igen på SPK 2017, **Tove Gunnarsson**
- 37 Rapport från SPK: Känslostormar, Emotionell instabilitet och hjärnan, Predrag Petrovic, **Jonas Rask**
- 39 Rapport från SPK: Spridda egna intryck från SPK 2017, **Ulf Rydberg**
- 41 Rapport från SPK: Hjärnbildning - har forskningen betydelse för den kliniska vardagen? **Cecilia Mattisson**

Rapporter från möten och resor:

- 44 Rapport från SPK: Suicidprevention - ett folkhälsoperspektiv, **Alessandra Hedlund**
- 46 Diagnostisk och samsjuklighet vid bipolär sjukdom SSBS Vårsmöte 2017, **Lena Backlund, Maria Larsson, Thomas Eklundh**
- 49 Är psykiatri i kris? **Daniel Lindqvist, Johan Fernström**
- 51 WPA i Vilnius, **Per-Axel Karlsson**
- 52 UEMS-möte i Bryssel, 21-22 april 2017, **Olle Hollertz**
- 53 Finns då ingen som kan göra något mot alla dessa självmord? Referat av ett tal i Vilnius under WPA maj 2017, **Per-Axel Karlsson**

Psykiatriska nyheter:

- 55 Missbruk, psykisk sjukdom och kriminalitet, **Cecilia Mattisson**
- 56 KIPA - kompetenshöjande insatser för personal vid asylboenden, **Sven Ernstsson**

Debatt:

- 17 Vårt personliga ansvar att samverka med närstående till våra psykiatriska patienter, **Lars Albinsson**
- 19 Hur hantera det personliga ansvaret när man sätts att utföra alltför svåra arbetsuppgifter? **Madeleine Cocozza**
- 57 Har självmordet ett överlevnadsvärde? - Ett alternativt synsätt! **Lars Jacobsson**
- 59 Det var sämre förr. Låt det inte bli sämre nu och framåt, **Björn Lundin**
- 60 Den tonårstid som är och förblir, **Gunilla Nilsson och Thomas Silfving**

Övrigt:

- 22 Årets Raffaellapristagare, **Tove Gunnarsson**
- 22 Dags att nominera om "Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne"
- 30 Svenska Psykiatriska Föreningen utlyser en skrivartävling
- 31 SPF anordnar resa till WPA i Berlin i höst
- 34 Stiftelsen Natur & Kulturs Cullbergstipendiater 2017 **Tove Gunnarsson**
- 36 Att förtydliga SPF, **Stefan Leijon**
- 45 Inbjudan att skicka in kongressbidrag (Call for abstracts) SPK 2018
- 46 Upprop från SSBS, **Thomas Eklundh**
- 47 Nya hedersledamöter i SPF! **Cecilia Mattisson, Tove Gunnarsson**
- 54 Svensk Förening för Filosofi och Psykiatri inbjuder tillsammans med SPF till ett seminarium, **Helge Malmgren, Jerker Hanson**

Tidskriften för Svensk Psykiatri



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

TOVE GUNNARSSON
Redaktionell ledare



SVENSK PSYKIATRI

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

ANSVARIG UTGIVARE

Ullakarin Nyberg

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@buc.se

FOTO/GRAFISK DESIGN

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

OMSLAGSBILD

Kaspars Grinvalds / Shutterstock.com

INTERNET

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till
annonser@svenskpsykiatri.se

Litet tunnare än vanligt.....

... är detta nummer och det beror på att vi bytt typsnitt. Märkligt vilken effekt det kan ha, nu ryms mycket mer text på en sida!

Som alltid har vårt tema tolkats på olika sätt. Bidragen om *Personligt ansvar* handlar om arbetsmiljö, traumabehandling, samverkan med närstående, omhändertagande av barn, patientperspektiv, lagstadgade skyldigheter och mycket mer.

Som brukligt har vi ett par "vanliga" debattartiklar men dessutom har några av temabidragen debattkaraktär den här gången. Vi vill passa på att påminna om att vi gärna tar emot genmälen på alla våra debattinlägg. Livliga och konstruktiva diskussioner är alltid välkomna!

Vi har även ett tiotal rapporter från möten och kongresser, inte minst våra egna dvs. BUP-kongressen och Svenska Psykiatrikongressen. Notera att du redan nu kan skicka in förslag på bidrag till SPK 2018, se sidan 45!

Kroppen – själens förpackning

Det är temat för nästa nummer och behöver kanske inte någon närmare förklaring. Vi tror att det finns mycket att skriva om: kroppsterapi, ätstörningar, självskada, dysmorfofobi, dopning med anabola steroider, sjukdomsångest... det är bara några få exempel på infallsvinklar.

Vi i redaktionen hoppas att du ska få många vackra, avkopplande och roliga somrardagar med gott om tid att skriva bidrag till Svensk Psykiatri! Skriv om temat eller skriv om andra ämnen. Kanske har du en konferens att rapportera ifrån, en bok att recensera, något angeläget att debattera eller någon nyhet att berätta om? Vill du skriva om ett gammalt tema så går det alldeles utmärkt, det också. Observera våra författarinstruktioner på sidan 7 och hör av dig till redaktoren@svenskpsykiatri.se om du undrar över något. Deadline för nästa nummer är den 30 augusti.

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Glädjeämnen och utmaningar

Jag läste en text som inleddes med "Everyone is a variation of normal". Det är ett fint sätt att se på olikheter tycker jag. Jag skulle vilja lägga till att alla är en variant av psykiskt frisk, eller psykiskt sjuk om man så vill. De flesta människor är på något sätt berörda av psykisk ohälsa och vet hur det känns att svikta psykiskt. Därför möter vi psykiatrer många reaktioner på det vi ägnar oss åt: okunskap, nyfikenhet, tacksamhet, rädsla, ilska, frustration – men så gott som aldrig ointresse! Psykiatri är den finaste specialitet jag kan tänka mig av just det skälet och jag är djupt tacksam över att ha fått förtroendet att vara er ordförande under de kommande två åren.

Det händer mycket inom svensk psykiatri som speglar ett stigande intresse från beslutsfattare, media och allmänhet för våra frågor. Det finns anledning att se ljus på framtiden, men fortfarande saknar jag ett tydligt politiskt beslut om att psykisk hälsa måste få kosta! Psykisk och fysisk sjukdom betraktas fortfarande inte på samma sätt och exemplen på det är oräkneliga. Jag fick ett brev från en förtvivlad förälder som skrev att hennes 25-årige son har gjort fem suicidförsök och nu är remitterad från psykiatri till primärvården "eftersom det inte finns någonting mer vi kan göra". Om man föreställer sig att sonen i stället var drabbad av cancer där behandling inte gav önskad effekt och att han som en konsekvens av det remitterades från onkologi till primärvård framstår detta beslut i all sin orimlighet. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska individer med störst behov få tillgång till mest resurser och den principen måste vi värna om. Vi psykiatrer har en kompetens som behövs inom allt fler områden och därför måste psykiatri få mer resurser!

Den psykiatriska vård som erbjuds över landet är långt ifrån jämlik. Socialstyrelsen rapporterar härresande skillnader i förväntad livslängd mellan människor med svår psykisk sjukdom och psykiskt friska och det förklaras endast delvis av död genom suicid. Psykiskt sjuka som drabbas av cancer får till exempel sin diagnos i ett betydligt senare skede än andra, med sämre prognos som följd. Svenska Psykiatriska Föreningen har visionen "Helhetssyn och samverkan". Med det vill styrelsen lyfta fram att sårbarhet ur ett helhetsperspektiv måste uppmärksammas om vården ska bli jämlik. God samverkan är central för att åstadkomma det. De psykiska sjukdomarna ska identifieras tidigt och behandlas korrekt, oavsett var personen söker hjälp första gången. Samsjuklighet innebär ökad sårbarhet och först när det finns rutiner för samverkan mellan psykiatri, somatik och andra professionella instanser kan vi säkerställa att den sårbarheten leder till mer intensiva insatser istället för det motsatta. Människor med psykiska funktionshinder har rätt till adekvat vård och de är lika intresserade som alla andra av en god hälsa.

De ST-läkare, nyblivna specialister och andra kollegor som jag träffar påminner mig om varför jag en gång i tiden valde att bli psykiater. Jag möter entusiasm, humanism och vilja att förändra. Våra unga läkare har



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



ULLAKARIN NYBERG

Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Ullakarin Nyberg
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

VICE ORDFÖRANDE: Alessandra Hedlund
(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

SEKRETERARE: Michael Ioannou
(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

SKATTMÄSTARE: Christina Ysander
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

VETENSKAPLIG SEKRETERARE: Daniel Lindqvist
(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

FAKLIG SEKRETERARE: Jonas Rask
(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

valt psykiatri som sitt förstahandsalternativ och de ser vad som behöver göras. Deras kompetens måste tas tillvara och villkoren förbättras så att de stannar inom psykiatri. Arbetsmiljö, möjligheter att kombinera klinisk praktik med forskning och undervisning och bättre balans mellan administration och patientkontakt är förbättringsområden som måste prioriteras.

Under de kommande två åren kommer styrelsen att jobba intensivt för en förbättrad psykiatri. Vi fortsätter att prioritera SPK, som har slagit deltagarrekorde tre år i rad och blivit en allt viktigare mötesplats för personal inom psykiatri, liksom för vårdgrannar och individer som själva är drabbade av psykisk sjukdom på olika sätt. Vi kommer att samarbeta mer med brukarorganisationer och fortsätta vårt aktiva deltagande i media. Vår fortbildningssatsning fortsätter och i höst går den första kongressresan som SPF arrangerar av stapeln. Ju fler som engagerar sig i arbetet, desto större möjligheter har vi att påverka så ta varje chans att rekrytera nya medlemmar! Jag ser fram emot ett inspirerande samarbete med er alla!

Ullakarin Nyberg
Ordförande SPF

Mental health care?

Som nybliven ordförande kan jag med stolthet och glädje se tillbaka på ytterligare en fantastisk kongress där hela Sveriges barn- och ungdomspsykiatri samlades och gemensamt både presterade och deltog. Temat "Psyke och Soma" inbjöd till utmanande plenarföreläsningar och matnyttiga symposier. Kongressens tema hade av naturliga skäl attraherat inte bara barn- och ungdomspsykiatriker utan också både barnläkare och skolläkare. Jag träffade flera sjuksköterskor som uttryckte uppmuntran över att också de kroppsliga dimensionerna av hälsa uppmärksammades.

Det traditionella temat om arv och miljö gav sig till känna i en ny tappning när professorn i barn- och ungdomspsykiatri Niklas Långström pratade om gen-miljökorrelationer och beskrev hur miljö i varierande grad samverkar med individens genetiska förutsättningar.

Professor Sir Michael G. Marmot talade efter detta om vilka stora summor pengar som ojämlikheten i världen kostar oss i form av sjukdom och död. Dessa två föreläsningar efter varandra var fascinerande och skapade ett härligt kreativt kaos som inte la sig på en bra stund.

Under årsmötet tackade vi av Lars Joelsson efter 7 år som ordförande. I övrigt förblev styrelsen i huvudsak densamma med en ny styrelsemedlem i form av Tobias Blechinger som ST-representant.



Det här med terminologi i psykisk hälsa och hälsa är något som påminnats om för första gången i serien om psykiatri, maj 2017, reflekterade Margaretha Bäckström i Strömmen, med citat från en av de mest kända i språkbruk. Hon har skrivit till decembernumret av *Lancet Psychiatry* [2016;3:1100-1] där Denish Bhugra och medförfattare problematiserade betydelsen av hur man väljer att benämna



SARA LUNDQVIST

Ledare SFBUP



SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Sara Lundqvist

(sara.lundqvist@vgregion.se)

VICE ORDFÖRANDE: Susanne Buchmayer

(Susanne.buchmayer@gmail.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: Toby Blechinger

(tobias.blechinger@vgregion.se)

SFBUP:s hemsida: www.sfbup.se

psykiska sjukdomar. Margaretha konstaterade att "författarna tyckte sig ha noterat att termerna 'mental illness' och 'mental disorder' i viss mån fasats ut under de senaste decennierna till förmån för de vagare termerna 'mental health problems', 'mental concerns', 'mental health issues' eller rätt och slätt 'mental health'". Hon resonerar att denna glidning i språkbruket troligen har sin grund i en önskan att undvika stigmatisering men att det finns risker att gränserna mellan sjukdom och tillfälliga formsvackor suddas ut.

Även jag har uppmärksammat språkglidningen och känner igen mönstret som Margaretha beskriver. SKL har valt namnet "Uppdrag psykisk hälsa" på det arbetsområde som innehåller allt från första linjen till specialiserad barn- och ungdomspsykiatri. På samma tema föreläste Christopher Gillberg på BUP-kongressen i Gävle och beskrev hur svårt det är att dra en gräns för var normalitet börjar och slutar och var sårbarhet och sjukdom tar vid. Att språket glider mot termer som inkluderar all typ av påverkan på den psykiska hälsan, vare sig det rör sig om suicidprevention i elevhälsan eller patienter med svår psykosjukdom, tror jag snarare hjälper oss. Det påminner oss om riskerna för att symptom och ohälsa kan fördjupas och svårare tillstånd utvecklas men också om att de som blivit riktigt sjuka har friska och kompetenta sidor som vi behöver adressera och hjälpa till att stärka.

Sara Lundqvist
Ordförande SFBUP

Starkare fokus på rättspsykiatri



Harald svär en ed på heliga relikier inför Vilhelm Erövaren.

Källa Wikipedia

Och hittar ett USB-minne?

Med viss (återhållen med möda) glädje kunde jag se att det blivit ännu fler bidrag av rättspsykiatriskt ursprung på Svenska Psykiatrikongressen!

Intresset och viljan att förmedla insikt och kunskap ökar bland medlemmarna och det sker stadigt.

En tydlig trend med andra ord, som verkar hålla i sig.

Detta år 2017 ser verkligen ut att gå med starkare fokus på rättspsykiatri.

Vetenskapsrådet uppmärksammar rättspsykiatri med syfte att kartlägga pågående forskning inom fältet. SBU har genomfört en kartläggning av kunskapsläget inom rättspsykiatri för att identifiera kunskapsluckor. Dessa rapporter kommer att publiceras under året.

SKL håller på med en rundresa på alla landets rättspsykiatriska kliniker för att åstadkomma förnyelse i det litet segslitna arbetet om "Innehållet i den rättspsykiatriska bården"

Det kanske blir en Bayeux-tapet så småningom.

Ah – skämt åsido, det är ju min dator som fyller i ordtolkningar alldeles på egen hand.

– plats för skratt –

Men många kliniker går inte för fullt på grund av personalbrist. Lands-tingen tycks ständigt vara i bakåtläge och man deltar bara fläckvis i framtidsplaneringen då det gäller att stimulera utbildning utav personal. Prognoserna mörknar och besparingskraven ökar.

Visst är det märkligt, vårdplatserna i psykiatri blir färre och budgeten minskar, när det egentligen borde vara tvärtom – vi hade ju nått botten. Och var är Socialstyrelsen med i resonemanget?



PER-AXEL KARLSSON

Ledare SRPF



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

Vårdplatsbrist och överbeläggningar har ju förut varit heta ämnen, som man gärna uttalat sig om. Men nu tystnar det i fråga om psykiatri från den myndighet som ska se till att vi ger en god och säker vård. Tystnar man eftersom man samtycker? Tystnar man för att tona ned problemen? Eller tystnar man för att man inte har någon lösning?

Finland håller på med handlingsplan och man önskar i princip att minska slutenvården, öka öppenvården, minska alkoholen och minska kostnaderna generellt.

Jag har ingen lust att vara gnällspik, men jag vill att insatserna mot psykisk sjukdom och missbruk ska öka, för jag vet att det hjälper och jag vet att vi bryr oss.

Vägar jag hoppas att vi kan få igång rättspsykiatriska möten för alla kliniker och inte bara några utvalda?

Kan vi rentav ordna en rättspsykiatrisk säkerhetskonferens (ack så efterlängtad)?

Och kan vi få till dokumenter Innehållet i den rättspsykiatriska vården (nu höll sig stavningskontrollen i schack).

Till sist – mer kollegiala granskningar som utvecklar oss.

Per-Axel Karlsson
Ordförande
SRPF

SVENSK PSYKIATRI

Skriv till oss
redaktoren@svenskspsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **30/08**

Tema: **Kroppen - själens förpackning**



NUMMER 3 2017

Tema: **Kroppen - själens förpackning**

Deadline 30 augusti

Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2017

Tema: **Rädd att leva**

Deadline 15 november

Utkommer vecka 49

Temat är avsett att inspirera till alternativa ingångar till förhållanden och problemställningar inom psykiatin. 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@svenskspsykiatri.se

SKRIV I SVENSK PSYKIATRI

Skriv till redaktoren@svenskspsykiatri.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 resonemangen 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

ANNONS

Personligt ansvar

– några randreflektioner

Professionellt och personligt i behandlingsrelationer

Ett kliniskt arbete, vara sig det handlar om diagnostik eller behandling, innebär någon form av relation mellan behandlare och patient. Förutsättningen för denna relation tycks kunna vara mycket varierande, alltifrån det traditionella öga-mot-ögamötet till olika former av kontakt över nätet. Den mänskliga förmågan att forma en relation även efter tillsynes minimal "information" om den andra är häpnadsväckande. En relation med signifikant bärighet kan till exempel utvecklas via chat där man bara har den andras textrad att utgå ifrån. I en i klinisk praxis utvecklad relation finns flera lager. I en professionell relation är arbetsalliansen avgörande. Man måste ha en rimlig grad av uttalat (eller för all del outtalat) samförstånd beträffande vad samarbetet går ut på och hur det ska bedrivas. Men även i en professionell relation är den övergripande ramen trots allt en människa-till-människarelation. Freud har uttryckt detta: "tänk på att den du möter i första hand är en medmänniska och i andra hand en patient." Det avspeglas också i utgångspunkten i att terapeuten i psykoterapi inte ska vara "privat" men ändå måste kunna vara "personlig". Detta handlar snarast om kvaliteten på förhållningssättet i mötet, kanske framför allt i icke-verbalt hänseende.

Misstro och tilltro

För vissa patienter är dock en personlig undertext i mötet med terapeuten inte tillräcklig för att forma en stabil arbetsallians. "Jag vet inte om du egentligen bryr dig, du sitter här för att du har betalt". Terapeuten kan försöka olika förhållningssätt för att "övertyga" sin patient om sin genuina omsorg genom tolkningar av försvar och/eller kopplingar till tidiga relationer, eller genom att på andra sätt undersöka patientens misstro. Daniel Stern pekar på en i detta sammanhang intressant process. I den typ av samspel han kallar "moments of meeting", har patienten försatt sin behandlare i en situation där "valet" består i att göra en kognitivt korrekt intervention utifrån vedertagna professionella regelverk eller att reagera spontant, då med åtminstone ena foten utanför den professionella ramen. Då möts plötsligt behandlare och patient på i en mening lika villkor, som två människor som låter sig reservationslöst beröras av varandra. Först då blir vissa patienter övertygade om att deras behandlare verkligen bryr sig och arbetsalliansen får en helt ny kvalitet. Det är viktigt att påpeka att denna behandlarens spontanitet i ett sådant möte inte kan göras till "teknik" i behandlingsvardagen. Då saknas det genuina överraskningsmomentet som tycks likställa parterna.

Att härbärgera sin patient

En annan aspekt av hur en mer personlig dimension aktiveras inom en behandlare har jag upplevt ett antal gånger i rollen som handledare både inom vuxen- och barnpsykiatri. I vissa ögonblick av arbete med ett barns utsatthet i en familj där föräldrar nog försöker men inte alls förmår leva upp till ett fungerande föräldraskap kan jag uppleva en speciell underton i behandlarens framställning. Om jag frågar "den här ungen skulle du väl gärna vilja adoptera?" möts jag ofta av ett övertygande "jaa". Det handlar naturligtvis vanligen inte om ett reellt val utan om en mer personlig/privat än professionell reaktion – en berördhet människa till

människa. Vi brukar få enas om att inkvartera barnet ifråga i det "intrapyskiska barnhem" som många behandlare tycks rymma där såväl barn som vuxna vars utsatthet varit berörande på ett speciellt sätt får sin villkorslösa hemvist.

Att ge och att ta emot

Avslutningsvis en annan aspekt på relationen mellan det professionella och det personliga som också kanske tangerande det privata handlar om patienters gåvor. I många kulturer är presenter till doktorn självklarhet och kanske mest avser att bidra till att definiera relationen och att stämma den auktoritet som man är beroende av i en gynnsam "tonart". I psykodynamisk psykoterapi och psykoanalys har gåvor setts med en viss "misstänksamhet". Gåvor till terapeuten, speciellt i avslutningsskedet av en terapi, kunde ses som ett sätt för patienten att "hantera" sina känslor snarare än att utforska dem, kanske ett sätt att täcka över både besvikelse, missnöje, vrede, övergivenhet och längtan – ett sätt att "desarmera" såväl behandlaren som processen. Genom att ifrågasätta motiv bakom gåvan kunde varje enskild insikt angående till exempel beroende kramas ur avslutningsprocessen.

Konsten att ta emot

Men om vi allmänt funderar på vad som får oss att växa och uppleva en bättre självkänsla, är det kanske inte det vi tar emot utan det vi har att ge som uppskattas av andra. Att ge något utifrån en genuin inre intention rymmer ett moment av sårbarhet. Blir det jag ger emottaget känner jag mig styrkt, blir det avvisat tär det både på självkänslan och på relationen. När en patient ger en gåva kan det avspegla en genuin tacksamhet. Det kan också vara ett sätt att skapa en balans i allt de har fått utan att ha haft tillfälle att själva ge – förutom att under en längre tid fått bidra till att upprätthålla behandlarens självkänsla genom att ta emot och visa att det emottagna är användbart. Jag vet att behandlingen naturligtvis inte bara handlar om att behandlaren ger utan att mycket växer fram genom patientens egen kreativitet. Att ta emot en gåva från sin patient kanske är lite av en konst i sin egen rätt. Att ta emot på ett sätt som gör att givaren känner sig berörd och bekräftad kan kräva fingertoppskänsla. När en patient vill ge en gåva i samband med avslutandet av en behandling kanske det slinker med en eller annan inte helt utan biavsikt eller förhoppning, men det må väl vara hänt. Våra avsikter är nog sällan alldeles invändningsfria på alla nivåer – det är väl denna komplexitet som gör oss till människor.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*

Vem ansvarar över vårdrelationen?

Det finns många som behöver ta ett personligt ansvar i en vårdrelation och det är faktiskt inte alltid helt lätt att avgöra för en utomstående när patienten själv ska eller kan ta ett personligt ansvar, särskilt såklart vid just psykosjukdomar. Vid schizofreni, schizoaffektivt syndrom (som jag själv har) och bipolär sjukdom så kan vårdrelationen bli väldigt långvarig, kanske följer man en patient mycket länge, i vissa fall i resten av livet.

Eget ansvar

Å ena sidan är det ju viktigt att personen är delaktig i sin egen vård och får ansvara för sin hälsa så mycket som möjligt. Då är den benägen att helt enkelt göra de saker som den säger att den ska göra. Patienten tar den medicinen den gått med på att ta, hon går på de möten som hon tycker att hon vill gå på och hon gör även andra saker som läkaren eller hennes case manager tycker är lämpligt.

När jag som patient upplever att jag får vara med att bestämma själv så följer jag helt enkelt läkarens råd och ordinationer bättre. Jag vet att en del patienter som blir arga på sin läkare går hem och helt enkelt struntar i att ta den medicin den fått utskrivin eftersom hon inte ville ha den från början. När vårdrelationen blir sådan att patienten ljugar för sin läkare så blir den inte helt meningsfull. Däremot ska man inte ge upp om patienten i detta läge (där det upptäcks), tycker jag, utan försöka igen eller hänvisa till annan läkare. Personkemi är faktiskt viktigt.

När patienten inte kan ansvara över sin vårdrelation

När en patient däremot är väldigt sjuk och har akuta vanföreställningar så kan man fräntas sina rättigheter eftersom man inte klarar av att hantera sin situation, speciellt som bekant när man är en fara för sig själv och/eller andra (enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT). Vid ett första insjuknande i psykos kan människor med paranoia lätt bli aviga mot vården som den uppfattar som kränkande och/eller till och med som en instans som begår övergrepp. Då kan det vara väldigt svårt att få tillbaka tilliten igen, särskilt när tvångsinläggning, bältning och/eller polishämtningar varit en del av vårdgivarens beslut. I de fall där vården gjort fel är skadan mycket svår att reparera.

När vården själv förstör tilliten

Men jag har skrivit om det förut och upprepar det gärna igen, att de vanligaste problemen att bygga tillit i vårdrelationer handlar om mer subtila saker. Det handlar om hot av typen "om du inte gör som jag säger får du inte gå ut och röka", "om du inte slutar tjata så får du inte åka hem" eller "om du inte samarbetar så får du inte stanna kvar här på avdelningen". Många av de här påtryckningarna har inte stöd i lagen och görs ibland av mentalskötare, vilket läkare och sjuksköterskor är helt omedvetna om.



Foto Model House

Detta kan förstöra vårdrelationer eftersom patienter ofta tror att personal är "i maskopi" med varandra och klagar eller anmäler inte dessa saker – oftast av okunskap faktiskt. En läkare kan vara helt omedveten om att patienten upplever sin situation som hotfull eller utsatt och i ett tufft underläge. Här måste man diskutera med personalen om hur de jobbar. Tillit bygger på ett ömsesidigt givande och tagande och på att man upplever varandra som någorlunda jämlika.

När patienten inte har kunskap nog

Som jag upplever det finns det också i vården ett utbildningsproblem. Eftersom just psykosjukdomar är omgärdade av mycket fördomar och stigma så vet allmänheten väldigt lite om dem. När någon insjuknar för första gången så har patienten ofta ingen förkunskap och även de anhöriga står handfallna runt den drabbade.

I den positionen är det svårt att ta ett personligt ansvar, hur motiverad man än är, eftersom man helt enkelt inte vet vad som är rätt och fel och vilken vård man behöver. Jag önskar därför att man i början, när man får en nyinsjuknad patient, tar god tid på sig med den och berättar var den kan få mer information. Många som klagar på psykiatrin tycker att de "bara får piller" och blir hemskickade. Men det finns mycket bra information

där ute, bara man vet var man ska leta. Google är inte alltid din bästa vän för att få bra och vettig information som patient faktiskt.

Bemötande och respekt

Att man inte får ett mer omsorgsfullt och bättre bemötande just i början av sin "sjukdomsresa" är synd, särskilt om det kommer att visa sig att denna vårdrelation kommer att bli väldigt långvarig. Man har bara en gång på sig att göra ett första intryck. Dagens unga har också ett större krav på ett bättre bemötande än den mycket äldre generationen. Tiden när man tog mössan i hand och sa "Goddag doktorn" är länge sedan förbi. Även om läkare kan känna sig frustrerade på arga unga människor som inte alltid förstår allting, så är det väl ändå den här utvecklingen vi vill ha? Man har rätt till ett bra bemötande faktiskt, även om man är lågutbildad och fattig. Läkare förstår nog inte alltid hur frustrerande detta annars kan vara eftersom de själva helt enkelt tillhör en respekterad grupp som är vana vid att folk är trevliga mot varandra.

Kontinuiteten i vårdrelationen

Sedan är såklart kontinuiteten i vårdrelationer ett svårt problem som enskilda anställda inte kan påverka. Personalbrist, stafettläkare och för mig personligen - omorganiseringen i Stockholms läns landsting - gör att man får nya kontaktpersoner hela tiden. När man har psykosjukdomar som kräver väldigt många års kontakt med psykiatrien så blir det svårt att som patient helt enkelt ta ett personligt ansvar över att vårdrelationen fungerar eftersom man möts av nya personer hela tiden.

Ny personal som måste sätta sig in i rätt krångliga fall gör att det tar tid att få tillräckligt många samtal som är meningsfulla och fyller en terapeutisk funktion. Mycket tid går åt till grundläggande medicinering och ifyllande av formulär till Försäkringskassan och socialtjänsten. Jag har mött personer som efter fyra samtal inte ens kommer ihåg vem jag är eftersom de har så många patienter. Det känns rätt värdelöst.

Psykosjukdomar tar lång tid att förstå sig på

De vårdkontakter som jag tycker har fungerat bäst och som har varit mest långvariga är med gamla rävar som är djupt cementerade i den svenska vårdapparaten. Och de där guldkornen är svåra att hitta och gömmer sig bakom alla möjliga olika sorters titlar. Jag tror just att psykosjukdomar är något som tar flera års arbete att riktigt begripa sig på. Och när man kommer till den förståelsen, ja det är då man kan göra de bästa insatserna för sin patient.

Pebbles Karlsson Ambrose

Författare och ambassadör för Psykiatrifonden

Det finns många anledningar att vara medlem i SPF

Förutom Svenska Psykiatrikongressen, årliga fortbildningsinsatser, kongressresor:

Svensk Psykiatri
Nordic Journal of Psychiatry online
The Nordic Psychiatrist

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

OM PERSONLIGT ANSVAR I PROFESSIONELLT ARBETE



Foto: Shutterstock/Chinnapong

Professionellt och privat

Vem tar ansvar för vem och vad inom vården? Vad har var och en för mandat att ta ansvar för? Hur kommer personligt ansvar in i bilden vid sidan av det professionella ansvaret? Vi ska ju vara hela människor (någorlunda) och det personliga finns alltid med oss på jobbet även om det professionella står i förgrunden. I privatlivet blir det tvärt om: det personliga/privata står i förgrunden och det professionella i bakgrunden. Hur långt i bakgrunden det professionella kommer i vardagen beror på vad vi har för profession och vår syn på den. Att det personligt/privata finns med på jobbet kan tydliggöras. I en inventering av fokus för samtal i handledningsgrupper blir min första fråga inte sällan: "Är det något som står i vägen för någon i gruppen när det gäller att vara helt närvarande just nu?". Svar kan bli: "sovit dåligt", "han var så ledsen när jag gick från dagis", "ska på möte med mamma och hennes vårdplanerare och måste gå tidigare". Benämndet av sådana naturliga "uppmärksamhetstjuvar" eliminerar dem inte men för dem lite "åt sidan" och underlättar då för vederbörande att vara mer närvarande i handledningsprocessen.

Ansvar för den egna hälsan

Det professionella ansvaret för hur en enhet fungerar som helhet och vilka arbetsuppgifter man ska lösa och hur de ska lösas, vilar i första hand på chefsnivå med dess hierarkier. Behandlaren har naturligtvis ansvar för hur de enskilda arbetsuppgifterna handläggs. Men hur kommer då det personliga ansvaret för den enskilda behandlaren in? Det finns en aspekt av ansvar som den enskilda behandlaren har och måste ha och ta till syvende och sist. Ansvaret för den egna mentala

hälsan på arbetsplatsen! Men hållå! Har inte arbetsgivaren ansvar för vår hälsa på arbetsplatser? Jo till en viss del.

Arbetsgivarens ansvar

Men arbetsgivaren kan bara i begränsad omfattning påverka de omständigheter som skapar och bidrar till en bra arbetsmiljö. Till exempel kan vissa konflikter i arbetsgrupper vara svåra att åtgärda. En annan sida av saken har kommit att stå alltmer i fokus: Ökad arbetsbelastning av arbetsuppgifter, alltför många patienter att hålla reda på och ta ansvar för, ofta tunga ärenden. Naturligtvis är det angeläget att informera sin chef om sådana svårigheter, men de närmaste cheferna tycks få allt mindre möjligheter att göra något åt detta problem. Att ta upp detta faktum med den egna chefen lönar sig inte alltid då denna i sin tur ofta inte kan få något gehör för sina motsvarande synpunkter i förhållande till sin egen chef, som i sin tur är ansvarig för att "tillräckligt antal pinnar plockas" – avgörande för enhetens finansiering. Att kvantitet prioriteras så starkt före kvalitet kan möjligen komma upplevas som något förnedrande i en professionell organisation.

Maktlösa chefer

I ett sådant läge kan man som behandlare tvingas inse att enhetschefen inte längre kan styra den arbetsmängd som för vissa behandlare innebär att de kan vara på väg in i ett utmattningsslag. Det finns alltid några som snabbare kommer in i denna zon än andra, helt enkelt för att vi människor är olika. Här träder ett visst eget personligt ansvar in. Det är bara den enskilda behandlaren

som vet hur det står till med orken och hur mycket stress som kan hanteras. Det finns ingen annan än just Du som vet hur det känns att vara i just Din kropp, vet hur Du sover och hur Du känner Dig när Du vaknar, hur Du orkar med Ditt liv utanför arbetet. Att nått och jämnt orka med sitt arbete och ingenting där utöver är inget rimligt liv. I vården ställs krav på behandlare efter hur arbetsgivaren definierar deras roll. Samma krav ställs på alla som har samma arbetsuppgifter. På ett sätt är det begripligt men människor är olika, har olika ork, olika tempo, olika uthållighet, olika stresstålighet och helt olika liv utanför arbetet.

Över gränsen

Ytterligare en stressfaktor utöver hög patientbelastning på arbetsplatsen är de gradvis ökande kraven på korrekt dokumentation av det arbete som görs, både som underlag för ekonomisk bedömning och för det som kallas patientsäkerhetsarbete. Det är särskilt påfrestande för vissa behandlare som har svårigheter att hantera nya system för dokumentation. Förargligt nog kan ökade krav och ängslan för att inte vara korrekt i dessa avseenden medföra en stress som innebär en risk att patientsäkerheten snarare kan försämrast. Så länge arbetsbördan är hanterlig och samarbetsförmågan intakt kan en arbetsgrupp hantera denna situation. Men när stressnivån ökar tenderar så småningom toleransen för olikheter inom arbetsgruppen att minska.

Svårt att få syn på sin egen utmattning

Visserligen måste var och en ta det personliga ansvaret för sin mentala hälsa, men ett sådant påstående kompliceras av att ett av kardinalsymtomen på begynnande utmattningsdepression är just oförmågan att sätta gränser för sina åtaganden och därmed ta ansvar för sin hälsa. I ett sådant läge kan arbetskamrater vara varandra till stor hjälp genom att vara uppmärksamma på arbetskamraters situation. Det skulle underlättas om man skulle göra ömsesidiga överenskommelser om att slå larm om någon verkar vara i färdzonen. Detta försvåras dock om stresshanteringen har gått så långt att var och en arbetar i sin egen bubbla med skyggglappar för hur enheten och övriga arbetskamrater fungerar. Vissa har naturligtvis lättare än andra att finna sig någorlunda tillrätta inom denna avskärmning. När stressen är intensiv kan var och en ha nog med att hålla samman sig själv och har inte utrymme att lägga märke till andras situation. Detta är naturligtvis i grunden inte ett uttryck för okänslighet eller bristande empati, bara en individuell överlevnadsstrategi.

Men ansvar för patienten då

Borde då inte den pressande personalsituationen slå ut i försämrad

vård och klagomål från patienter och anhöriga? Den ansträngda personalsituationen ger ofta i överraskande liten grad upphov till klagomål. Dels kan det bero på att patienter är tåliga och inte alltid vet vad de kan ha rätt att förvänta sig. Det kan också vara så att många behandlare tänjer sig till det yttersta och hellre "går sönder" själva än slutar att anstränga sig för sina patienter. Då skapas en grund för sjukskrivning eller byte av arbete som medför att någon annan får träda till.

En dyster tanke är att den övergripande politiska och administrativa ledningskulturen (i någon slags fåkunnig välmening), börjar ta över den "gamla" kliniska behandlingskulturen. Detta riskerar att småningom forcera in behandlare i en form som omvandlar även dem till tjänstemän och handläggare. För sin egen mentala överlevnad kan behandlare tvingas till att premiera administrativ korrekthet i förhållande till datorn före klinisk nyanserad närvaro i förhållande till patienterna. Hur problematiken faller ut i diagnostiska kategorier i frågeformulärens dataanalyser blir viktigare än att intressera sig för vad patienten har för behov, mår och känner sig.

Kan du vissla Johanna? Själv vågar jag inte

Kommer då aspekter av behandlares personliga ansvar in i organisationer med så komplex problematik? Kanske kommer vi då in på visselblåsarens domäner? Vad är det för speciellt med en visselblåsare? Kanske just detta att vederbörande tar ett ansvar i en professionell verksamhet där detta ansvarstagande kan innebära att vederbörande riskerar sin professionella position. Detta kan faktiskt riskera att påverka på den personliga situationen. Om en sådan risk inte fanns skulle det inte behövas någon visselblåsning, det skulle räcka med några allvarligt framförda påpekanden om missförhållanden som togs upp på ett respektfullt och eftertänksamt sätt av en ledning som i portalparagraferna säger sig sträva efter öppenhet och transparens. Det är när det inte längre finns grund för att förvänta sig vare sig respekt eller eftertänksamhet som visselblåsaren bryter ett tabu eller "tystnadshölje".

Jag gissar att en trolig reaktion på ovanstående synpunkter kan vara ett indignerat "så är det verkligen inte över allt". Det är alldeles sant! Så är det inte överallt.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*

Personligt ansvar



Karl Jaspers reflektion

Karl Theodor Jaspers, född 23 februari 1883 i Oldenburg, död 26 februari 1969 i Basel, var en tysk psykiater och filosof, med ett stort inflytande över den moderna teologin, filosofin och psykiatrin.

Källa wikipedia

Tematiteln väcker många minnen från yrkeslivet. Jag vill ge en reflektion:

Att ta ansvar är ju att tänka litet större.

När vi har en fri vilja ska vi tänka litet större.

När vi arbetar i sjukvården och inte minst i psykiatri gäller ansvaret gentemot patienter men även anhöriga och ibland tredje person.

Även givet att patienten ska ha en jämlik position och ges mer rätt och mer makt än förut gör det inte automatiskt att vi slipper ta vårt ansvar och därmed kan hänvisa till andra, eller omständigheterna, eller vårdplatserna, eller våra ideologier, eller prioriteringsetik mm.

Det innebär att vi som personal är garanter för att rätt vård ges och rätt bedömning görs. Det finns en juridisk term/doktrin som förutsätter att vi kan garantera det vi är satta att göra – garantläran.

Det kommer att innebära att vi måste inkludera paternalism i vårt förhållningssätt.

Ojdå, nu svor jag!

Svag paternalism är att vägleda till handling.

Stark paternalism är att bestämma om behandling (Collste 2002).

Vi är iallafall garanter för att vården ges med ansvar.

Vi har ansvar och fri vilja.

Har vi en fri vilja?

Omöjligt svara – frågan borde vara – Tar vi ansvar?

Filosofen Karl Jaspers hävdar individens ansvar. Individ i denna mening är patient och även läkare och vårdpersonal.

Det är en evig fråga, om vi har en fri vilja. Jag själv skulle gärna se att det var så och att vi faktiskt har en fri vilja men inser att begreppet fri vilja inte kommer att funka. Sen är det ju så att fri vilja förutsätter att vi har tillräcklig kunskap.

Med tiden och med nya kunskaper sker även en etikförändring, sedan WHO 2001 i Aten har tillkommit en artikel – Deklaration om psykisk hälsa och människoskapade katastrofer, stigma och samhällets omsorg.

Tja, bara en reflektion.

Per-Axel Karlsson
Chefsöverläkare

En baksida med att ta ansvar

Lagen om skydd mot olyckor (2003:778) stadgar hur myndigheter och enskilda ska agera för att olyckor inte ska ske, och för att begränsa olyckors omfattning.

Varje medborgare är enligt lagen skyldig att varna dem runtomkring och att tillkalla hjälp. Det är rimligt, när en person är i fara ringer de flesta 112 (eller gör något annat som anses för stunden lämpligt) och bistår på de sätt som de kan, fram tills de som kan göra bättre nytta anländer. Det gäller nog oavsett om man ser en trafikolycka eller en person som faller omkull på gatan, eller ser att det slår ut lågor från fönstret i ett hus. I förekommande fall kan en enskild person också ha tjänsteplikt vid någon allvarlig händelse. Den plikten omfattar alla personer mellan 18 och 65 år. Vi kan också behöva tillhandahålla vår bil, ifall brandkåren skulle begära det för att alla kårens fordon är upptagna och något brådskande behöver hämtas.

För en läkare är det inte lika okomplicerat – om det nu någonsin är okomplicerat att ingripa vid olyckor. Om vi som är läkare ingriper vid en olyckshändelse, måste vi ta ställning till om vi gör en insats som är en som "vem som helst" hade kunnat göra, eller om vi använder oss av vår specifika kunskap. Principen är att all legitimerad sjukvårdspersonal är yrkesutövare, även på fritiden. Det betyder att en sjukvårdsliknande insats utanför arbetsplatsen måste hanteras precis som vanligt. Om jag tar mitt personliga ansvar vid en olyckshändelse och på något sätt agerar utifrån min profession, då blir personen som varit föremål för min insats en patient och inte bara någon ur allmänheten som behövde min hjälp. En skillnad mellan om jag griper in och om en lekman griper in, är att jag, som yrkesutövande skall ha en verksamhetschef, har ett dokumenterat kvalitetssystem, en patientförsäkring och att jag dokumenterar patientkontakten. Vid akuta olyckor, som en trafikolycka eller annan situation där liv hotas eller någon dör, kan man antas se mindre strängt på dessa krav än vid en mindre akut situation.

Anropet "finns det någon läkare här?", implicerar då *i sig*, precis som om en läkare på fritiden ideellt engageras i en samtalsgrupp, vid någon tävling eller konsert, att det är de specifika medicinska kunskaperna som man önskar få ta del av. Enligt ett PM från Socialstyrelsen 2011 är den direkta konsekvensen av detta resonemang, att man därmed tillhandahåller hälso- och sjukvård. Alltså kommer vi, varje gång vi som läkare engageras utanför arbetsplatsen faktiskt att utöva vårt yrke.

Uppropet "finns det en läkare här" är inte lika vanligt när det gäller akuta psykoser, självmordsnärhet eller depression, som det är om en person får ett akut somatiskt tillstånd som kräver omedelbar hjälp. Det är alltså mindre sannolikt att vi kommer hamna i situationer där vi som privatpersoner agerar akut livräddande. Det kan hända att vi möter personer som vi förstår står inför ett nära förestående självmord. Händer det kommer vi ingripa, det är jag säker på. Jag är inte säker på om de flesta av oss visste att det samtal vi då för, i väntan på att någon annan tar vid eller att den akuta faran bedarrar, måste journalföras. Jag vet inte heller om det någonsin prövats efter en situation som den jag målar upp.



Foto: Shutterstock.com/Sajee Rod

Jag förmodar att de flesta, likt jag själv, inför en akut situation skulle ställa mig frågan om jag kan eller bör göra det jag kan för att förbättra oddsen. Den gången en granne hade en middagsgäst som råkade ut för något vid bordet, fanns inte någon tvekan om vi skulle göra HLR tills ambulansen kom, oavsett utgång.

Om grannen kom för att be mig att prata med middagsgästen om dess svåra livstvivels och ångest, hade jag nog också gjort det, om förutsättningarna krävt det.

Borde jag skrivit en journal? I det första fallet hade jag nog inte behövt det, men väl vid den andra situationen. Om den som pratat med grannens gäst hade varit jurist eller svetsare, hade samtalet varit ett vanligt samtal kring ett allvarligt ämne. För läkaren, något helt annat.

Visste du det?

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Traumabehandling som aktivism

Svensk vårds roll i internationella rättsprocesser

Hur ofta använder du ICD-koden Y07.3? Förmodligen för säl-lan. För visst träffar du patienter som blivit torterade – men kän-ner du igen skadorna, och noterar du dem och de tillhörande psykiatriska symptomen i journalen? Ställer du dig på brotts-offrets sida, som en del i den internationella rättsprocessen?

I Spanien har rättsmedicinska läkare kritiserats för att de valt att inte hjälpa patienter som bad dem dokumentera deras tortyrskador. Kritiken kom från Europadomstolen och var skarp: Läkarna ansåg inte att dokumentationen var deras sak, men domstolen ansåg motsatsen. Spanien har förbundit sig via FN:s tortyrkonvention att inte bara avhålla sig från tortyr, utan också stötta brottsoffer och arbeta för tortyrens avskaffande. Som stat har man därmed också lovat rätt till medicinsk undersökning, behandling och rehabilitering – och det är sjukvården som bär statens ansvar för medicinska bedömningar.

Så som i Spanien, så ock i Sverige. Vi har upprepade gånger kritiserats för att det inte genomförs tortyrskadautredningar i samband med asylprocessen. En god dokumentation är avgörande för patienten då internationell lag innehåller ett absolut förbud mot att utvisa någon tillbaka till risk för tortyr, och där en tidigare upplevelse av tortyr anses starkt predicerande. 2010 besökte den iranska patienten R.C. primärvården i jakt på en läkare som kunde dokumentera hans skador. Vårdcentralsintyget underkändes av migrationsmyndigheterna som inte ansåg att läkaren hade kompetens att uttala sig om tortyrskador – vilket möjligtvis var sant, eftersom få vårdutbildningar uppmärksammar den typen av skador. R.C. skulle utvisas men lyckades lyfta sitt ärende i Europadomstolen, som fastslog att han gjort vad han kunnat. Han hade, via vårdcentralen, gjort det sannolikt att hans skador uppkommit på det sätt han beskrivit och kunde inte förväntas få tag på och bekosta specialistundersökningar. Det ansvaret ligger på Migrationsverket, om myndigheterna trots vårdcentralsintyg tvekar på den asylsökandes uppgifter. Europadomstolen ansåg att läkarintyget var rimligt och tillräckligt – i nivå med hur skador dokumenteras när ett brottsoffer kommer till akuten. Sju år efter R.C. vs Sweden görs fortfarande mycket få tortyrskadedokumentationer, varken i primärvården eller av specialister. Västragötalandsregionen framstår i detta sammanhang som en enslig fyr för brottsoffret, med det prydliga styrdokumentet "Hur ska primärvården dokumentera tortyrskador".

Att kunna dokumentera asylsökandes skador som ett led i asylprocessen är viktigt för att den sökande ska få skydd. Psykiatrisk problematik som posttraumatisk stress riskerar fortfarande att leda till att asylsökandes berättelser inte anses tillförlitliga, trots UNHCR:s riktlinjer och Migrationsverkets egna rättsliga ställningstaganden om speciell hänsyn. Få handläggare inser att det de ser som tecken på lögn är samma faktorer som gör en berättelse om förföljelse och tortyr trovärdig för klinisk personal – undvikande av tankar, ostrukturerat innehåll, saknad information, detaljlöshet. En god dokumentation – både av skador och av psykiatriska symptom, i relation till patientberättelsen – är nödvändigt för att de som utsatts värst och därför mår sämst ska bli trodda och få det skydd de har rätt till.

Men att hjälpa flyktingpatienter att dokumentera det de varit utsatta för är inte enbart viktigt i asylprocessen. Även i Sverige bär vården statens uppdrag att ge behandling och rehabilitering till tortyröverlevare, och vi måste lära oss fråga och känna igen skador och symptom för att patienter ska få kompetent vård. Vidare är vi ett led i en vårdkedja som börjat på gränsen mellan krig och flykt – vårdkollegor i exempelvis Läkare utan gränser är kedjans första länk, när de mellan Syrien och Libanon träffar dem som sedan blir våra patienter. Under flykten har sedan patienten följts av vårdpersonal som värvat om att flyende ska ges bästa möjliga vård – allt från akut såromläggning och psykiatrisk första hjälpen till gruppterapi i flyktingläger och vaccination av barn som fötts på flykt. Dessa kollegor har valt att ge flyktingar ett annat möte med EU än vad många andra delar av samhället gjort. De finns jämte myndigheternas agerande i EU:s gränsländer, där taggtrådsstängsel och beväpnad vakt försöker hålla dem som flyr för sina liv ute, där flyktingläger växer sig allt större parallellt med trakasserier av migranter på gatorna – jämte det Europa finns läkare, sjuksköterskor och psykologer som välkomnar dem som av andra ses som alltmer ovälkomna. Våra kollegor möter sina rörliga patienter med medmänsklighet och professionalism, och behandlar och skyddar dem utifrån vår gemensamma värdeetik.

I Sverige är vi i slutet av vårdkedjan, och det är en skam när vi genom okunskap eller bristande engagemang inte frågar om tortyr och trauma, inte dokumenterar skador och bidrar till brottsoffers upprättelse. För det är förstås vad tortyröverlevare och många andra flyktingar är – brottsoffer med rätt att lämna vittnesmål. Den dagen Syriens Assad kan ställas inför rätta av Internationella brottmålsdomstolen behövs den svenska dokumentationen av vad han gjorde mot många av dem som nu lever här. På så sätt blir psykiatriskt behandlingsarbete också en form av ödmjuk aktivism – att via terapi och medicin ge patienten förutsättning att kunna och våga berätta vad hon har varit utsatt för, till nytta för hennes egen bearbetning och för samhällets väl, så att ingen ska ges straffrihet och kunna undvika ansvar.

Vi vet att vad vi gör i mottagarländerna är avgörande för om en person som varit med om svåra händelser ska utveckla psykisk ohälsa och hållas kvar i traumaminnen, eller ges möjlighet att uppleva trygghet och våga leva, snarare än enbart överleva. Det är ett tungt ansvar, men helt inom vår kompetens. Det är också vår del av ett kollegialt samarbete i världen som är en rörelse för upprättelse och rättvisa. Vi som får höra patientens berättelse och veta vad som hänt har ett ansvar att advokatera för våra patienter – i vården, i samhällsdebatten och i rätten.

Frida Johansson Metso

Leg. psykolog

*Projektledare för Stockholmssykiatriens kompetensutvecklingsprogram
Flykt, exil och trauma och före detta verksamhetschef
på Röda Korsets Center för torterade flyktingar*

Vårt personliga ansvar att samverka med närstående till våra psykiatriska patienter

Vuxenpsykiatri har under många år brustit när det gäller att inse närståendes/anhörigas behov av stöd, dels för att hjälpa de sjuka och dels för att själva orka. Jag tror det kan finnas två huvudanledningar till detta. Enligt en föråldrad psykodynamisk teori sågs de anhöriga ibland som orsak till störningen; t.ex. den "schizofrena mamman". Man kunde t.ex. uppleva att patienten mår sämre efter en anhörigs besök i slutenvården. En annan huvudanledning kan ha att göra med nerdragningar och svagt ledarskap, med bristande kunskaper om den kliniska verkligheten hos chefer.

Det finns givetvis inom psykiatri mycket duktiga medarbetare, som gör en bra insats för att stödja både de sjuka och anhöriga, men stora brister finns. Idag försöker man ofta dölja sig bakom en "tystnadsplikt" för att slippa ta in frågan. Skäms man inför att möta de anhöriga inför alla svårigheter och brister inom psykiatri? Den psykiskt störde har ju oftast mycket mer kontakt och stöd från närstående/anhöriga än från psykiatri. I det psykiatriska arbetet skall det därför vara en *obligatorisk* uppgift att vid behov ha kontakt med anhöriga.

Här några konkreta förslag:

1. Samtal med patienten och den anhörige vid besök i öppen vård.

När behandlaren hälsar på patienten i väntrummet, hälsar man också på den närstående/anhörige. Man frågar patienten om man i slutet av samtalet också får ta in den närstående. Jag har nästan aldrig varit med om ett nej här. När jag arbetade på en mottagning för unga vuxna, hände det ibland att t.ex. en mamma trängde sig på och ville vara med från början. Om jag aldrig tidigare träffat patienten brukade jag säga "Vad bra att du är med. Jag har ju aldrig träffat din dotter förut, så jag vill börja med att prata ensam med henne. Det kanske är något som hon inte tycker du skall höra. Sedan ber jag också dig komma in". Nästan alltid har den anhörige därmed känt sig trygg. Att skapa tillit har inte bara med tid att göra utan också med förhållningssätt. Om jag träffat en patient ensam flera gånger, fått en social anamnes och vi utrett de psykiska besvären, ber jag patienten att vid nästa besök ta med sin partner, förälder eller annan närstående för ett gemensamt samtal. Det brukar fungera mycket bra. Självklart skall närstående inte vara med vid alla besök t.ex. i psykoterapi, men för varje patient skall en inbjudan till samtal med patient och närstående finnas.

2. Samtal med patient och anhörig i slutenvård.

Vid inläggning i slutenvård skall en erbjudan om samtal och bedömning tillsammans för patient och anhörig *alltid* ske och göras efter någon dag. Det kan naturligtvis vara svårt om man skickar hem patienten redan nästa dag. Då skall samtalet istället ske i öppenvården. Självklart skall patienten godkänna kontakten.

3. Anhörigas möjlighet att själva få stöd på mottagningen.

I vissa lägen med svårt störda patienter skall anhöriga själva få träffa en annan medarbetare än den patienten träffar. Syftet är att få allmän information, berätta om sina svårigheter och få stöd att förhålla sig till den sjuke. Man upprättar då ingen egen journal utan noterar bara i patientens journal att ett stödjande möte med anhörig hållits. Patienten är medveten om träffen.

4. Anhöriggrupper. Psykiatri bör erbjuda anhöriga träff i grupp beträffande vissa frågeställningar, t.ex. ADHD, bipolära sjukdomar, psykoser mm. Det här är något som faktiskt sker idag, men det kanske främst är starka anhöriga som kommer. Ötrygga anhöriga behöver stöd istället genom alternativ 3.

5. Bevakning av hur barn till den sjuke har det.

På varje mottagning skall det finnas medarbetare som har som specialuppgift att kontrollera och följa upp hur barn till svårt sjuka har det. Här skall man bl.a. gå igenom medarbetares journaler för att se hur frågan behandlats. Ibland kan barnen ha gott stöd från andra anhöriga t.ex. mor/farföräldrar. Ibland kan kontakt med barn- och ungdomspsykiatri behövas och ibland skall orosanmälan till Socialtjänsten göras. Har man en tillitsfull kontakt med den sjuke, kan denne t.o.m. tycka det är bra att barnen får särskilt stöd, som kan utformas på olika sätt. En orosanmälan kan då bli avdramatiserad, vilket jag har varit med om. Avgörande är att man inte släpper ärendet utan samverkar med andra, t.ex. Socialtjänsten. Brist på tid och resurser kan dessvärre inverka här.

Ibland kan anhöriga vara upprörda över hur de behandlats. Är du professionell behöver du inte själv gå i takt. Du kan leva dig in i de svårigheter som är den anhöriges vardag i förhållande till den svårt sjuke. Du behöver inte försvara psykiatri, men du ska försöka förbättra kontakten. För att ge en bra vård räcker det inte alltid att bara träffa patienten och dennes närstående, utan en viktig del är stöd och struktur i den övriga sociala omgivningen, boende, arbetsplats m.m. Det här är en viktig och *obligatorisk* uppgift för psykiatri.

Det vore värdefullt få synpunkter från medarbetare inom psykiatri på detta debattinlägg.

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

ANNONS



Hur hantera det personliga ansvaret när man sätts att utföra alltför svåra arbetsuppgifter?

För att förhindra att barn far illa finns det en lagstiftning som möjliggör för samhället att ingripa till barns skydd. Barnskyddssystem återfinns i Socialtjänstlagen och i Lag om vård av unga. Den utgörs av tre steg: anmälan, utredning och insats. Barn som far illa eller som riskerar att fara illa måste för att få hjälp, komma till myndigheternas kännedom. I Sverige sker det genom anmälningsplikten, 14: e kap 1 § SoL, det första steget. Det andra steget utgörs av en utredning, 11: e kap 1 § SoL. Barnet och familjen utreds för att undersöka vilket skydd/hjälp som barnet behöver. Det tredje steget utgörs av insatser. En insats inom ramen för barnskyddssystem kan innebära att barn omhändertas med stöd av tvång. Det är en av de kraftfullaste maktutövningar som en stat kan genomföra i den privata familjesfären.

Socialtjänstlagen är liksom hälso- och sjukvårdslagen en mål- och ramlag, därför tillhandahåller den varken bedömning, metoder eller kunskapsbank för utförandet av de arbetsuppgifterna. Lagstiftaren reglerar i nästa nivå vilken profession som får utföra de olika uppgifterna inom respektive lag.

Socialekreterare som arbetar med barns skydd har ofta liten erfarenhet av yrket

Den professionella nivån regleras i Socialtjänstlagen i kap 3 SoL. Där anges att det är socionomer eller professionella med likvärdig utbildning som ska utföra arbetet med att skydda barn från att fara illa. Lagstiftaren har inga krav på att socionomer inom denna myndighetsutövning ska ha någon arbetslivserfarenhet innan de börjar bedöma, utreda och omhänderta barn som far illa. Socionomprogrammet är en 3,5-årig utbildning som går att söka direkt efter avslutad gymnasieutbildning. Det krävs inga förkunskaper eller arbetslivserfarenhet. En socionom kan följaktligen vara klar med sin utbildning 22 år gammal och anställas direkt av socialtjänsten för att utföra de specifika arbetsuppgifterna att utreda och omhänderta barn.

Företrädare för Socionomprogrammet hävdar att de inte utbildar för detta uppdrag då programmet är ett generalistprogram som inte möjliggör specialisering. Socionomer utbildas generellt för arbete inom olika områden efter avslutad utbildning; sjukhus, missbruksvård, skolkurator, äldreomsorg, missbruksvård, LSS vård mm. Det uppstår en villfarelse när lagstiftaren anger socionomer som professionella med kunskap för arbetsuppgifterna, alltså företrädare för programmet hävdar att de inte utbildar för uppdraget. Denna diskrepans mellan teori (lagstiftning) och praktik är ingen nyhet, den har påtalats gång på gång av olika aktörer. Konsekvensen av detta är att det idag inte utbildas professionella för utförandet av arbetsuppgifterna att bedöma, utreda och

omhänderta barn som far illa. Lagstiftaren blundar, socialhögskolorna blundar och facket blundar, för denna brist.

Den medför att unga oerfarna socionomer utnyttjas och används för att utföra bland de svåraste arbetsuppgifterna som samhället skapat i möte med barn och familjer. Det drabbar såväl barn och familjer som socionomerna själva.

När de olika systemnivåerna i samhället så uppenbart brister i ansvarstagande vilar ett tungt personligt ansvar på socionomerna att själva sätta stopp för denna omöjliga arbetssituation. När mötet med arbetsuppgifterna uppenbarar avsaknad av utbildning och kompetens, är det avgörande att de unga socionomerna inte lägger skulden på sig själva, utan tar ett personligt ansvar för att lägga tillbaka ansvaret där det hör hemma. Kravet på en specifik utbildning som utbildar för uppdraget är ansvaret som bör utkrävas.

Skapa en utbildning som svarar mot uppdraget

Socialt arbete är inte tillräcklig som vetenskaplig disciplin; ingen vetenskaplig disciplin tillhandahåller på egen hand kunskapsbanken för barnskyddssystemet. Det är ett socialpolitiskt åtagande som kräver tvärprofessionellt arbete och följaktligen tvärprofessionell kunskap. Föräldraförmågan ska bedömas utifrån exempelvis de vuxnas psykiska och psykiatriska tillstånd och/eller intellektuella funktion. Detta kräver exempelvis vuxenpsykiatriker och psykologer. Ibland är det missbruk och social belastning som försvårar föräldrars förmågor vilket kräver socionomer för bedömning. Barn kommer att på olika sätt ge uttryck för skyddsbehov som läkare, barnpsykologer, socionomer, familjeterapeuter behöver förstå. Barnets rätt ska ställas mot föräldrars rätt vilket kräver juristmedverkan. I det tredje steget ska ett samhälleligt föräldraskap utformas. Det kräver exempelvis familjeterapeuter som kan främja föräldrasystem utifrån barnets behov, specialpedagoger som kan bedöma pedagogisk intervention, läkare som kan bedöma barnets hälsa.

En utbildning för professionella inom barnskyddssystemet behöver utvecklas. Den skulle kunna konstrueras likt de legitimerande psykoterapeututbildningarna. En grundutbildning (socionomer, läkare, psykologer, jurister), några års arbetslivserfarenhet av arbete inom exempelvis socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri, skola, förskola och sedan en påbyggnadsutbildning som utbildar för de specifika uppgifterna inom barns skydd.

Madeleine Coccozza

*Socionom, leg. psykoterapeut, med.dr., författare
Linköping*

Teshuvah Om Ansvar och Förlåtelse

Foto: Shutterstock/Niels Hariot

Människans essens ligger i ansvaret. Därför finns ingen förlåtelse utan att ett ansvar för våra handlingar också existerar.

Det finns olika sätt att beskriva och förhålla sig till förlåtelse. Att den är oupplösligt förbunden med vår ofullkomlighet och vårt ansvar som människor är obestridligt. Att synda betyder att "missa målet". Det vill säga, att missa Guds väg genom försummelse av den skyldighet vi har att vara goda och ansvarsfulla (med) människor i Guds namn.

Inom judendomen anser man att förlåtelsen sker i samklang med att den som handlat fel och orsakat skada går igenom *Teshuvah*.

Teshuvah innebär att återvända till den rätta vägen. Det är en process som sker i flera steg genom att den som brustit i sitt beteende/handlande också inser

och erkänner sina övertramp och sina misstag. Vederbörande uppvisar ånger och ett genuint intresse att gottgöra den som blivit drabbad. Den som visat sig vara ovarsam i takt och ton ber uppriktigt om förlåtelse genom att uttrycka en vilja att bete sig bättre och mer ansvarfullt i framtiden. Det vill säga, den försonande handlingen motsvarar motivationen till bot och bättring.

Men för att vara riktigt sanningsenlig har Teshuvah också en betydligt djupare innebörd. Teshuvah kan vi spåra till det hebreiska ordet *Lashuv* som betyder att återvända, vilket påminner om att människor är mer än bara kropp – sitt yttre skal. Därtill finns både själ och ande.

I traditionell judisk anda är själen primär och kroppen sekundär. Själens natur är väsentligen god och vill göra

gott. Synd är dess motsats. Och att synda är att agera i strid mot sin själs egentliga ursprung och mening. Om en individ överträder ett förbud går inte själva överträdelsen stick i stäv med hans egentliga sanna själv. Snarare motsvarar den att något främmande "klibbat fast" och fått grepp om honom. Att han temporärt är i sina sinnens fulla missbruk. Teshuvah är sedan den process som syftar till att återvända till sitt ursprungliga och äkta själv igen bortom detta "något" som temporärt hemsocht individen. På så vis är Teshuvah både ett arbete (som det finns sorgebearbetning finns även förlåtelsebearbetning) och ett kämpande tillbaka till att återskapa föreningen (sambandet) mellan själen och dess ursprung. Den förening som alltså tillfälligt är ur bruk, ur funktion eftersom man har handlat nedsättande mot sin nästa. Det vill säga, man har överträtt ett förbud. Förbud och förbund får här en sammanlänkande mening i betydelsen att en yttre överträdelse återspeglar ett svek mot vår egen inre sanna natur. I sitt *teshuvaharbete* visar alltså individen upp sitt rätta jag genom att återhämta själens kontroll över kroppen. Anden vinner striden över köttet så att säga: Som också ger röst åt förnuftets återhållande inverkan på människans mer primitiva tendenser; sådant vi förknippar med viss *detaktivitet*, påpassat av *överjagets* emotionsreglerande funktion med insyn och förmedlarstöd av *jaget*.

Även människor som känner sig kränkta för minsta lilla kommentar och tillrättavisning har nog också svårt att återhämta sina själsliga förmågor till sin rättmätiga ägare för att kunna ta sig förbi sorg och bitterhet och gå vidare med sitt liv. Kanske har de svårt att se och acceptera sitt *personliga* ansvar för det som de så beredvilligt anklagar andra för. Misstag har gjorts (men inte av *mig*). Men mycket sällan täcker våra tillkortakommanden upp för att vi också kan ta oss rätten att friskriva oss ansvaret för våra gärningar. Något man ibland märker i bristen på skam, skuld och ånger hos dem som högljutt anser sig drabbade för i stort sett, ja, ... you name it. (Tänk bara på rättshaveristen.) Varför tror de att sorg, smärta och orättvisa är liktydigt med att väsnas och iscensätta sitt inre nödläge? En attityd och roll som både urholkar själen och försvårar att vända blad och gå vidare i livet: att kunna sörja, förlåta och gottgöra. Den som befinner sig i ett sådant angripet tillstånd, och inte inser egna fel och brister som den skrupelfria människa hon faktiskt också är, har svårt att försonas med sig själv, andra och livets villkor. Det senare handlar ofta om offermentalitet: inte om verkliga offer. Människor som däremot varit utsatta för krig, våld och andra svåra umbäranden är jag förvissad om uppfattar skillnaden mellan en självsväldig offermentalitet och en verklighet som offer under omständigheter då man som drabbad varit fräntagen både människovärde och hemvist.

Med det sagt kan man även förstå Teshuvahs djupare innebörd som vi tidigare lät spåra till det hebreiska ordet *Lashuv* – att återvända: till kropp, själ och ande i både sitt eget och sin medmänniskas namn.

Thomas Silfving

Psykolog, psykoterapeut och författare



**SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN**

Senaste nytt från SPFs Utbildningsutskott



Alessandra Hedlund
Vice ordförande SPF

Vad händer med AT egentligen? Ska den verkligen bort?

Svaret är ja och vill ni veta mer så finns det gott om underlag i regeringens utredning och SPFs skrivelser och remissvar. Den nya läkarutbildningen kommer att bli en termin längre och utmynna i en läkarlegitimation. Är det bra eller dåligt för våra patienter? Det beror på. I skrivande stund håller en annan utredning på att avrapporteras, nämligen den om behovet av ett introduktionsår eller bas-tjänstgöring innan ST. De allra flesta verkar eniga om att en sådan bas-tjänstgöring är nödvändig. Det som dock har blivit föremål för diskussion, det är huruvida bas-tjänstgöringen bör omfatta en tid i specialistpsykiatri – eller inte. Hur mycket psykiatri behöver alltså en icke-psykiater kunna för att ge alla patienter god vård? Och varför? För att psykiska sjukdomar ökar, särskilt hos vissa samhällsgrupper. För att våra patienter får sämre somatisk vård och dör tidigare

än andra som inte har en psykiatrisk diagnos. För att alla legitimerade läkare kommer i kontakt med självmordsnära patienter och kan överväga att skriva ett vårdintyg. Skälen är många och ni behöver inte övertygas. SPF har arbetat hårt med den här frågan ändå sedan den dök upp och det avser vi att fortsätta med.

Nu till något helt annat, för det här "senaste nytt från UU" blir det sista jag skriver. Som många läsare redan vet har jag fått ett nytt uppdrag i styrelsen för de kommande åren. Uppdraget som facklig sekreterare har varit oerhört roligt och utvecklande. De många samarbetena med erfarna och kompetenta kollegor har berikat mig både som psykiater och som människa. Särskilt vill jag tacka Utbildningsutskottet, nya och före detta medlemmar, ni vet vilka ni är. Vid det här laget känner ni mig och vet att jag ogärna överdriver med uppskattning. Ni har varit den bästa arbetsgruppen som jag någonsin jobbat med. Ni är fantastiska!



Mitt engagemang för utbildningsfrågor är lika starkt idag som när jag valdes till facklig sekreterare för tre år sedan. Det är någonting som jag tar med mig i mitt nya uppdrag, precis som mycket annat som jag brinner för. Styrelsens nye

facklige sekreterare som blir min efterträdare heter Jonas Rask och arbetar som psykiater i vackra Skellefteå. Välkommen Jonas, du har mycket att se fram emot och jag hoppas att du kommer att trivas med uppdraget!

Alessandra Hedlund
Vice ordförande SPF



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**

Årets Raffaellapristagare



Christina Wänge, psykiater på Södra Älvsborgs sjukhus i Borås, har tilldelats 2017 års Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne, med följande motivering:

Christina Wänge har med sin gedigna erfarenhet och kunskap under många år bidragit till att skapa en positiv bild av psykiatri och hon har som utmärkt pedagog bidragit till att många valt psykiatri som specialitet. Genom personligt engagemang och entusiasm är hon en ständig inspirationskälla för kollegor och medarbetare.

Priset, som delades ut under årets kongressmiddag den 16 mars i Göteborg, bestod av 10 000 kr och diplom.

Christina har under hela sitt yrkesverksamma liv varit djupt engagerad i handledning och utbildning och har varit såväl AT- som ST-studierektor. Under många år har hon deltagit som utbildare och handledare i den utbildning i samtalsmetodik som medicine studerande i VGR får. Christina var med i utvecklandet av METIS-kursen i suicidologi och rekryterades sedermera till regionala METIS-kansliet i VGR där hon fungerade som medicinsk rådgivare. Detta uppdrag har hon nu lämnat men fortsätter att ägna sig åt handledning och mentorskap. Bl.a. är hon aktiv inom VGRs s.k. Plus-program, en introduktion för läkare från andra länder.

Jag lyckas per telefon få en pratstund med Christina som f.n. befinner sig på kongress i Australien. Hon framhåller att "det är jättekul att få ett sådant här pris som betonar pedagogik och handledning".

Redan nu kan du nominera kandidater till 2018 års pris, se notis här intill!

För priskommittén
Tove Gunnarsson

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: **30/08**

**Tema: Kroppen –
själens förpackning**



Själavård i den uppgående solens rike

I barnens sovrum har vi en världskarta med Japan i mitten, för att ge perspektiv på tillvaron. Under en kortare tids post dok har jag och min familj fått vara centralt belägna på kartan, i världens största stad Tokyo. Till skillnad från Kina skulle japanerna aldrig kalla sitt land mittens rike, men man är stolt medvetna om att solen först går upp över de japanska öarna, innan strålarna letar sig vidare över den väldiga asiatiska kontinenten.

Första intrycket när man kommer till Japan är att allting är så massivt annorlunda. Det känns som att utvecklingen i Japan och Europa gått olika vägar någonstans strax efter uppfinningen av hjulet. Går det att göra något på ett annat sätt så gör man det i Japan. Jag lärde mig att man använder sigill istället för underskrifter och lät göra ett sigill med tecknet för tiger för att kunna stämpla mig till det som behövdes under vår vistelse. Vid psykiatriska institutionen vid Nippon Medical School möttes jag varje morgon av mitt namn på katakana när jag startade upp datorn. Inledningsvis var det en del bekymmer med kompatibilitet och det gick inte att installera det statistikprogram,

SPSS, som jag behövde. När jag fick hjälp att kontakta helpdesken fick jag svaret att hon som ansvarade för just SPSS inte var i tjänst, utan jag fick vänta i en vecka. I Japan överträder ingen sina befogenheter. Samvaron präglas av konventioner och det finns en uttalad rädsla för att göra fel. Av förekommen anledning, fick jag lära mig. När en ST-läkare vid den årliga inspektionen av kliniken hade missat att dokumentera det obligatoriska anhörigsamtycket vid en inläggning förvisades den olycklige kollegan som straff till ett mindre sjukhus långt utanför Tokyo.

Som utlänning, gaijin, förväntas man inte kunna alla sociala koder. Det räcker med att respektera dem. Trots att jag nog aldrig fick till rätt vinkel på bugningarna kände jag mig hela tiden som en hedersgäst. Jag fick motsvarande corner office i ett kontorslandskap där man i värsta fall nästan satt som i en biosalong. När min dotter behövde träffa en läkare ordnade min professor ett rekommendationsbrev till en känd specialist. Kollegorna frågade vad vi behövde hemma och skramlade sedan ihop barnkläder i rätt storlek. De presenter

som patienterna regelmässigt ger sina doktorer vidarebefordrades till mig. Det blev en strid ström av Castella-bakelser, en japansk version av en bakelse som togs till Japan av de tidiga portugiserna. Som närmast ensam kaffedrickare bekymrade jag mig över den lilla burken med kaffepulver, som räckte till tre stora koppar kaffe, vilket är mitt dagliga smörjmedel. Efter varje dag var dock burken fylld igen, säkert som Särimner. Den flinka sekreteraren som stod för påfyllningen tröttnade dock till slut och införskaffade en betydligt större kaffeburk. En kollega frågade mig sedan om jag ville att han skulle ta med sin kaffemaskin till institutionen, under förevändningen att han ändå inte kunde ha den hemma då hans son inte tyckte om ljudet från malandet av kaffebönorna. Det var en klassisk italiensk modell, som skulle tillfredsställa vilken barista som helst. Efter en tid förstod jag att jag fick akta mig noga för att be om något, emedan risken var stor att jag skulle få precis det jag bad om.

Som gaijin är man inte en självklar del i den sociala strukturen och därför kan ens status fluktuera. Den högst uppsatte europén vid japanska Honda är vad jag förstär en svensk. Hans fru beskrev att det kunde pendla från en dag till en annan, så att han ena dagen kom hem från jobbet som en kung och nästa kände sig som en utomjording. För mig var det också så.

Det var spännande att få en inblick i den japanska psykiatrin. En vanlig dag träffade varje psykiater 30–40 patienter. Varje besök blev därför kort och journalföringen hölls på ett minimum. Man jobbade enligt devisen många och korta återbesök och bedrev i praktiken till stor del en förloppsdiagnostik. Ersättningen till sjukhuset var i ännu högre grad än i Sverige styrt av pinnar, vilket säkert bidragit till arbetssättet. Sedan springer japanerna till läkaren i mycket högre utsträckning än i Sverige, bland annat för att det nästan inte förekommer några receptfria läkemedel.

Japan innehar världsrekordet i antalet slutenvårdsplatser per capita och någon kollega till mig sa att det vid hans fars psykiatriska sjukhus fanns för många sängplatser, 250 stycken (åtminstone tre av kollegorna hade en far som "hade ett sjukhus"). Detta ledde stundom till onödigt långa vårdtider och ibland till tveksamma indikationer för inläggning. Ändå framstår det som en dröm, med svenska mått mätt.

Det var idel läkare på de ledande chefspositionerna och vid min institution var verksamhetschefen överläkare, professor och prefekt. Klinikmötena började vid utsatt tid, utom vid ett tillfälle där jag förundrades över att mötet inte var igång trots att klockan var fem över. När sedan chefen kom in genom dörren började mötet omedelbart, som om ingenting hade hänt. Den som presenterade satt med ryggen mot sitt auditorium, kanske för att det tidigare av hävd har ansetts som ohövlighet att se sina åhörare i ögonen. Några av läkarna somnade regelmässigt, också han som ledde mötet. Ordföranden vaknade dock alltid till när det var dags att föra mötet vidare, och ingen höjde någonsin på ögonbrynen över detta. Jag själv bemöttes ofta av en artighetsfras som kan översättas med "du

ser trött ut, du förtjänar att få vila". Den som går med påsar under ögonen antas helt enkelt ha arbetat hårt, vilket mer än något annat är en dygd i Japan. Den japanska arbetsveckan är onekligen längre än den svenska, och det är mer regel än undantag att också lördagarna ingår. När man sedan stämplar ut gör man det med besked. Få, om ens några, japaner skulle komma på tanken att kolla jobb-mejlen hemifrån.

Som en av få kulturer har den japanska haft ett sanktionerat självmord, seppuku. I vissa lägen har det varit godkänt, och kanske till och med förväntat att den vanärade tar sitt liv. Även i relativt modern tid har det skett flera spektakulära och uppmärksammade suicid, särskilt hos människor av samuraj-börd. Avseende självmord har det senaste decenniet skett en omfattande normalisering gentemot omvärldens syn, och inställningen till självmord ligger idag nära den svenska. Flera stora satsningar har gjorts för att förebygga självmord i Japan. Även avseende synen på psykisk sjukdom är trenden i Japan positiv. Den mer uttalade stigmatisering som tidigare varit regel har gradvis ersatts av en ökad tolerans, särskilt avseende ångestsyndrom och affektiv sjukdom. I läkarspalten i den stora dagstidningen Yomiuri Shimbun handlade det ofta om psykiatri. Flera kända personer har gått ut med sin psykiska sjukdom och en mycket känd TV-hallåa har berättat öppenhjärtigt om sin ECT-behandling.

Det stora intrycket när jag jämförde svensk och japansk psykiatri var sedan trots allt hur påfallande lika de var i grunden. Patienterna var desamma och innehållet i vården likaså. När kollegorna berättade om någon av sina patienter kunde jag ofta tänka: "jo, en sådan patient har jag också träffat". Med enstaka kulturella undantag, som den hypomana patient som i sitt upphöjda tillstånd slutade buga för doktorn, var symtombilden precis som hos patienterna hemma. Den mest avgörande skillnaden var i dosering av läkemedel, där man för flertalet läkemedel använde lägre doser än de svenska, vilket torde avspegla skillnader i läkemedelsmetabolism.

När jag så här i efterhand tänker på Japan kan jag känna ett sting av vackert vemod, för att jag helt enkelt saknar det. Som inflyttad kan man aldrig bli japan, utan förblir gaijin. Likväl har jag aldrig blivit så vänligt och artigt bemött av människor jag inte känner som jag blev i Japan. Under åren har jag bott i flera länder, som jag alla kommit att tycka om, men relationen till ett helt land har aldrig varit lika innerlig som här. Har man en gång lärt känna det japanska folket, kan man inte undgå att älska det.

Mikael Tiger
Överläkare, med dr
Psykiatri Nordväst, Stockholm

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



Rapport från Svenska BUP-kongressen

2017 i Gävle



Isobel Heyman

Det var med stor förväntan som jag åkte till Gävle för att delta i årets BUP-kongress. Jag tror jag delade denna förväntan med de 550 kongressdeltagare som kommit för att under två dagar ta del av 4 plenarföreläsningar, 18 symposier och 9 postrar.

Efter öppningsceremonin var det Isobel Heyman, barnpsykiatriker från London, som pratade om barn med *kroppsliga symtom* där man inte kan hitta någon somatisk orsak. Dessa barn utsätts nästan alltid för en mängd utredningar och behandlingsförsök innan de till slut hamnar på BUP. Isobel Heyman förordade att man samarbetar med barnmedicin och skolan och att man närmar sig patienten och familjen på ett icke dömande sätt. Hon menade att KBT med familjeinriktning är det som verkar fungera bäst. Under Isobel Heymans föreläsning började jag att tänka på några patienter som jag haft och jag tror att vi alla har träffat många av dessa patienter. Hennes föreläsning gav en fin klinisk bild och gott stöd i det vardagliga kliniska arbetet på mottagningen eller avdelningen.

Efter lunch var det dags att välja mellan sex olika symposier, vilket kan vara väl så svårt. För mig var det dock enkelt eftersom jag var moderator på symposiet där vi presenterade *remissversionen av vår senaste kliniska riktlinje om ångest- och tvångssyndrom*. Symposiet hade lockat många och de fick höra barnpsykiatrikerna Beata Bäckström och Lena Wallin samt barnpsykolog Maria Carlsson redogöra för grunderna i riktlinjerna samt

ställa frågor. För de som missade symposiet kan jag rekommendera att gå in på vår nya hemsida och ladda ner remissversionen.

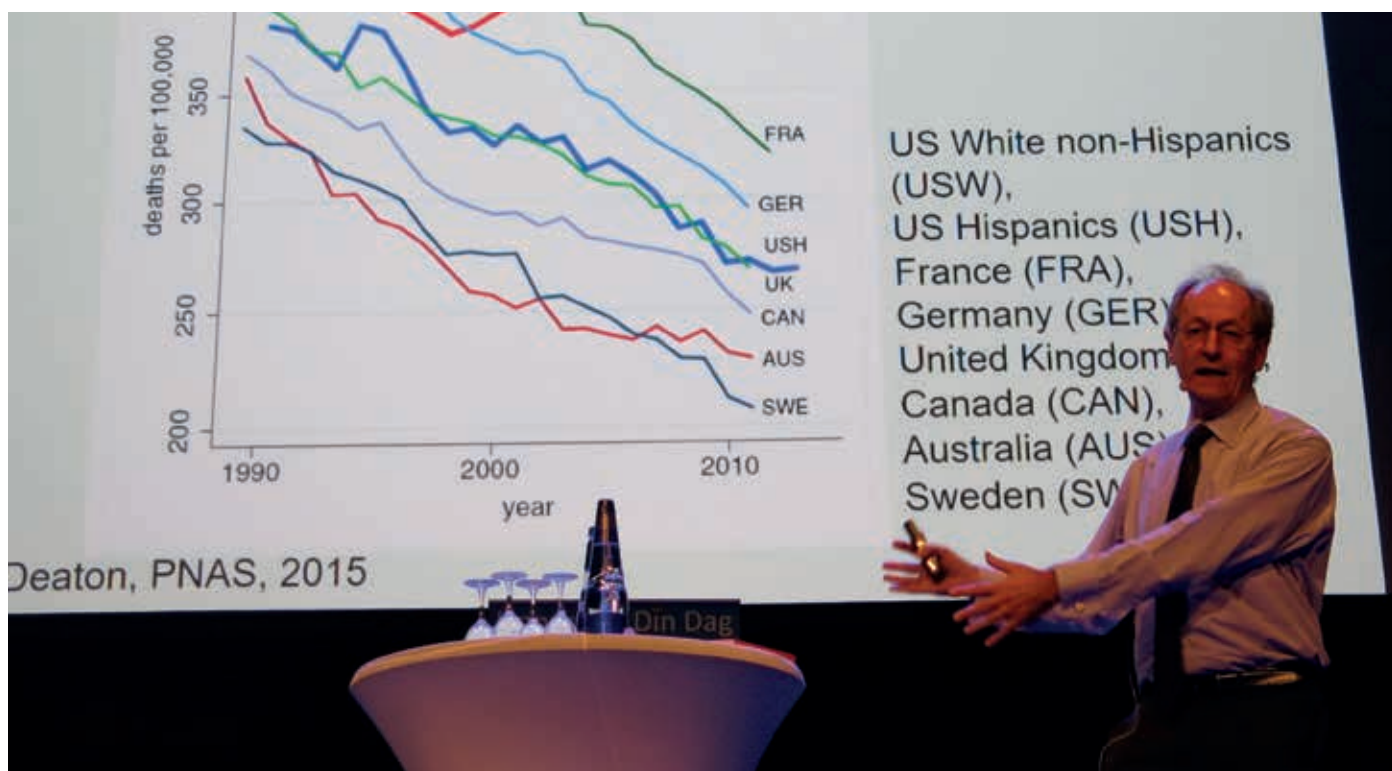
Sist på den första dagen föreläste Niklas Långström, nybliven professor i Uppsala, om *genetiska aspekter på vår förståelse av psykisk ohälsa*. Han budskap var att tillsynes självklara orsakssamband inte är så säkra när man tar hänsyn till störande genetiska faktorer. Föräldrar skapar en uppväxt som är påverkad av egna ärftliga egenskaper samtidigt som de vidarebefordrar genetiskt material till sina barn. Det är därför svårt att veta om det är miljön eller genetiken som orsakar problem. Niklas påpekade dock flera gånger att även om det är genetiska faktorer som styr så betyder det inte att man inte kan behandla genom att påverka miljön.

Första dagen avslutades med att vi hade vårt årsmöte i SFBUP. Vid årsmötet avgick jag som ordförande och Sara Lundqvist valdes enhälligt till ny ordförande. Årsmötet beslutade också att ändra medlemsavgiften till 500 kr per år och att avgiften skall vara lika för alla.

På kvällen var det galamiddag. Gavlerinken var trevligt inredd och inbjöd till feststämning. Under middagen höll nyvalda ordföranden Sara Lundqvist ett tacktal till arrangerande BUP-kliniken i Gävleborg och programkommittén för en fin kongress. Hon tackade också mig som avgående ordförande samt presenterande den nya styrelsen i SFBUP.



Christopher Gillberg



Sir Michael Marmot

Amélie Kjellstenius tog sedan över och presenterade de nominerade till **ST-läkarnas pris för Årets förebild**. Priset gick till **Karima Assel** som arbetar på Transkulturellt centrum i Stockholm. Galamiddagen avslutades med högklassig underhållning med ett lokalt rockband som kompade en välsjungande kör samt en lång rad lokala artister. Artister som fick det att svänga så att publiken inte kunde sitta stilla.

Dag två började med symposium. Själv valde jag att lyssna på ett symposium inom slutenvårdsspåret. Moderator Lars Ahgnell hade bjudit in arkitekt **Stefan Lundin** och professor **Roger Ulrich** för att prata om *läkande arkitektur*. Detta symposium var mycket givande och gav mig nya tankar. De kunde visa att när man flyttade från en gammal vårdavdelning med långa korridorer och flerbäddsrums till nya lokaler med ljusa öppna ytor där varje patient hade ett eget rum minskade tvångsåtgärderna markant, även då personalen var den samma.

Före lunch var det så Sir **Michael Marmots** tur att föreläsa. Sir Michael är professor från London och är rikligt hedrad för sin mångåriga forskning på hur *ojämlikhet i samhället ger ökad ohälsa*. Han kunde tydligt visa detta samband på en mängd olika områden. Sir Michael påpekade att han inte är någon politiker men att han ändå uttryckte hopp om framtiden och för detta fick han kongressens längsta och stående applåd.

Efter lunch deltog jag i ett symposium om *barn med uppgivenhetssyndrom*. Elisabeth Präntare var moderator och föreläsare var barnpsykiatrikerna **Anne-Liis von Knorring** och **Håkan Jarbin** och undertecknad samt barnläkare **Karl Sallin**. Symposiets fråga var om syndromet skall betraktas som depression, katatoni, konversionssyndrom eller ett kulturbundet fenomen. Symposiet gav en fin genomlysning av alla dessa aspekter men tyvärr inget svar på frågeställningen. Mer forskning behövs uppenbart på



Maria Unenge Hallerbäck och Niklas Långström



Årets förebild Karima Assel får pris av Amélie Kjellstenius

detta syndrom som nu drar till sig uppmärksamhet utanför Sverige genom den artikel, "The trauma of facing deportation", som nyligen publicerades i tidskriften The New Yorker, Länk finns på www.sfbup.se.

På sitt sedvanliga eleganta sätt höll sedan professor **Christopher Gillberg** "state-of-the-art-föreläsning" om *autism*. Gillberg menar att förekomsten av autism är oförändrad medan förekomsten av autismdiagnoser har ökar markant. Han efterlyste bättre och grundligare utredningar. Gillberg pratade också om begreppet ESSENCE som han själv myntat och som anger att det är svårt att skilja på de olika diagnoserna utan att det är viktigt att uppmärksamma tydliga symtom som uppträder i barndomen och som varar mer än sex månader eller kommer hastigt.

Efter sista föreläsningen var det dags för SFBUPs vetenskapliga

sekreterare Maria Unenge Hallerbäck samt professor Elisabeth Fernell från programkommittén att utnämna den **bästa postern**. Priset gick till **Kristina Holmqvist** från Linköping för postern "Färdighetsträning i grupp för familjer - en pilotstudie i känsloregrering inom barnpsykiatri".

Kongressen avslutades med att Sara Lundqvist från SFBUP och Alf Kågström från BUP Gävleborg tackade alla medverkande och överlämnade stafettpinnen till chefsöverläkare Shiler Hussami från Luleå för nästa års BUP-kongress i Luleå, då med temat E-hälsa i framtidens barnpsykiatri.

*Foto och text:
Lars Joelsson
SFBUP*



SPK 2017



En ny chans att delta i den enda svenska högskolekursen i mentaliseringsbaserad psykoterapi. Kursen anordnas av Karolinska Institutet och MBT-teamet Huddinge Psykiatri sydväst.

Mentaliseringsbaserad terapi

Teori och praktik - 7,5 hp - kursstart 20 september 2017

Kursen ger grundliga kunskaper om mentalisering ur ett utvecklingspsykologiskt och biologiskt perspektiv. Fokus läggs även vid mentaliseringsbaserade terapitekniker som kursdeltagaren ska kunna börja tillämpa i sitt kliniska arbete redan under utbildningen.

Kursen är ackrediterad av Sveriges Psykologförbund.

Ur kursinnehållet

- Bedömning av mentaliseringsförmågan
- Mentaliseringsbaserat förhållningssätt
- Interventioner vid specifika situationer
- Psykopedagogik och mentalisering

För mer information och anmälan, gå in på

www.ki.se/uppdagsutbildning eller ring 08-524 838 91



Karolinska
Institutet



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 31/08 2017. Skriv i Word och maila det till kanlisten@svenskpsykiatri.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 delas ut på Svenska Psykiatrikongressen 2018 och består av 10 000 kr och publicering i Svensk Psykiatri. Ev. vinstskatt betalas av vinnaren.

Välkommen med ditt bidrag!

Styrelsen SPF

SPF arrangerar kongressresa till Berlin!



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



CECILIA
MATTISSON

10 frågor

CECILIA MATTISSON;
ledamot SPF:s styrelse

Född

5 december 1955 på Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm.

Bor

I Bjärred, Skåne.

Familj

Make Sven, Barn, tre stycken; Nils, Siri och Ylva. Svärson Joakim gift med Siri och två barnbarn, Silje och Frode.

Arbetar

På Psykosmottagningen i Lund sedan många år tillbaka. Jag har alltid tyckt att det är spännande med patienter med psykosjukdom. Ibland hoppar jag in och arbetar på akutavdelningar också. Jag tycker det är roligt att undervisa och har föreläst och haft case på läkarprogrammet och så har jag forskat i Lundbyprojektet, det är roligt att vara med i en forskargrupp.

Vad gör Du när Du INTE jobbar?

Jag umgås med min familj och vänner, gräver i trädgården och planterar gärna, det tycker jag är ett sant nöje att åka till plantskolor. Jag är lite kulturtant, läser, går på opera och sysslar gärna med lite handarbete. På sommaren blir det segling i Lommabukten och på vintern brukar jag åka skidor, men vurdade sist väldigt ordentligt och blev omskakad värre. Jag är med i Munsänkarna vilket är skojigt, men detta tar jag inte så högtidligt. Jag reser också gärna.

Anser du dig vara troende?

Nej egentligen inte. Men jag har gått i söndagsskolan och jag känner mig trygg i kyrkan och i obehagliga situationer (typ sjönöd) ber

jag till Gud. Det har hjälpt.

Vilken bok ligger just nu på ditt nattduksbord?

Peter Gärdenfors Den svåra konsten att se sig själv och Transkulturell psykiatri av Sofie Bäärnhielm.

Vad gör Dig lycklig?

Min familj, att få vara med sina vänner och att ibland få uppskattning av mina patienter och arbetskamrater. Sedan är jag svag för god mat. Jag bor ju i Skåne trots allt.

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

Citerar Bibeln ibland, jag är också mycket förtjust i Marcel Proust och kan fundera mycket på hans rollkaraktärer. Jag är också närmast fascinerad av systrarna Brontë, både deras liv och deras litteratur.

Vilka är SPF:s största utmaningar under de närmaste åren?

Arbetsmiljön för psykiatern, ledarskapsfrågor och att givetvis bevaka utbildningsfrågorna. En utmaning är att få kongressen bra också.



Stina Djurberg
Redaktionen
Svensk Psykiatri
Foto: Privat

Stiftelsen Natur & Kulturs Cullbergstipendiater 2017

Cullbergstipendiet finansierar resor för studiebesök vid en psykiatrisk klinik eller institution utomlands under två till fyra veckor. Det utdelas årligen till specialister eller ST-läkare i psykiatri med syftet att de ska få erfarenheter och kliniska kunskaper som är väsentliga för att fördjupa svensk psykiatri. I år tilldelades sex ST-läkare totalt 150 000 kronor.

Therese Hillström, ST-läkare vid Psykiatri Nordväst, Stockholm, ska vid University of Miami Hospital, USA, studera den högspecialiserade och individanpassade vård som bedrivs där samt hur man införlivar kliniska studier i den dagliga vården.

Nasim Hanie Hoseini, ST-läkare BUP, Stockholm, ska vid St George Hospital University Medical Center och University of Saint-Joseph i Beirut, Libanon, studera hur man arbetar med psykiatrisk vård i en instabil kontext, med fokus bl.a. på posttraumatiskt stressyndrom och psykisk ohälsa hos flyktingar.

Kajsa Nordström, ST-läkare vid Psykiatri Södra, Stockholm, ska vid två psykiatriska sjukhus i Buenos Aires, Argentina, studera arbetsmetoder och

behandlingsrutiner samt vilka sociala stödsatser som erbjuds.

Esther van de Wall, ST-läkare BUP, Örebro, ska vid Child Mental Health Services i Perth, Australien, studera transkulturella aspekter av trauma och hur man arbetar med aboriginska barn och ungdomar som utsatts för trauma.

Adrian Fröjd och **Sazia Rahman**, båda ST-läkare vid Psykiatri Sydvest, Stockholm, ska inom ramen för klinikens internationella utbyte auskultera på barnpsykiatriska och beroendemedicinska verksamheter vid den psykiatriska kliniken Aurora i San Diego, USA.

På sidan 64 i detta nummer kan du läsa hur du gör för att söka Cullbergstipendium 2018!

För stipendiekommittén
Tove Gunnarsson

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

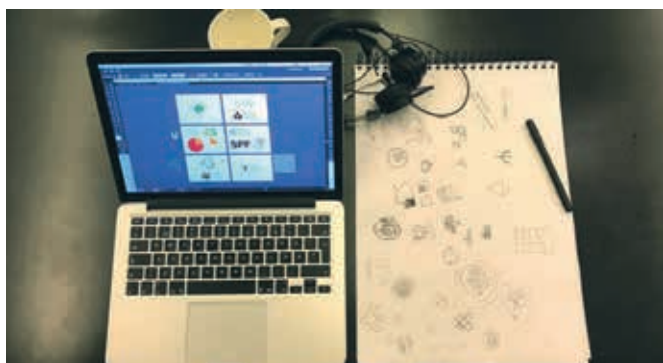
Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:

 www.srpf.se

ANNONS

Att förtydliga SPF

Vi fick det ärofyllda uppdraget att förnya Svenska Psykiatriska Föreningen visuellt för ungefär ett halvår sedan. Att omprofilera en verksamhet är något som signalerar förändring och förnyelse och detta väcker ofta känslor, såväl positiva som negativa, och det är något vi blir tvungna att navigera i under arbetets gång.



Utgångsläget beskrevs av styrelsen som gammalt, mossigt och intetsägan- de. Vi hörde saker som "jag förstår inte varför vi har en Yin-Yang-orm" osv. Att SPF var nu villiga att ta modiga grepp och göra om radikalt blev tydligt för oss.

Vi började i vanlig ordning med att ta pulsen på verksamheten för att förstå hur SPF ville upplevas. Detta blir något vi lägger som grund i allt vi skissar fram.

Tonaliteten vi ville skapa visuellt skulle vara förtroendeingivande men samtidigt vara personlig. Detta kändes viktigt.

Symbolen

Stället att börja för oss var symbolen i logon. I början av vårt arbete är det viktigt att vara öppen för förslag och inte avvisa idéer, hur knasiga de än må vara. Här samlar vi intryck och väger dem sedan mot den tonalitet vi vill kommunicera men vi ville också få in en djupare mening om det gick.

Vi hade tidigt en idé om att behålla ormen, men en uppdaterad version som kunde utgöra den första bokstaven i namnet, då med en prick i S:ets översta spets som skulle utgöra ormens öga.

Vi förstår ormens symboliska värde då den så tydligt kommunicerar vård. Vi tittade även på andra symboler förutom ormen och spiran inom medicin och läkarvård såsom asterisken, men den symboliserar akutvård. Vi tittade även på Yin-Yang som ni hade använt hittills som kommunicerar balans, ljus och mörker, harmoni osv, men vi fastnade för den grekiska bokstaven Psi som är förknippad med just ert huvudsakliga ämne; Psykiatri.

Längs vägen lekte vi även med tankar kring förtydligande av olika problemställningar inom ert fält såsom att på något sätt visualisera hur stor del av befolkningen som drabbas (går det att väcka tankar och förtydligande kring det?), kanske att visualisera att vi alla ser saker från unika perspektiv i forma av en "omöjlig" form? Kanske något som väcker frågor som liknar

funderingen om glaset är halvfyllt eller halvtomt?

Men till slut uppträckte vi att vi inte kunde släppa tanken om den grekiska bokstaven Psi, då den är en internationell symbol för just ert verksamhets- område. Det finns något kraftfullt i dess enkelhet, men den saknade något som gör den unik för er.

Den är grekisk, men internationellt erkänd.

Den säger inget om er som förening – att ni till exempel är en svensk förening som har funnits i över 100 år.

Vi uppträckte att symbolen kunde uppfattas som en extremt förenklad per- son som håller upp sina armar till en omfamning. Detta försökte vi göra extra tydligt genom att sätta ett "huvud" på symbolen.

Men symbolen kändes fortfarande intetsägan- de och opersonlig.

Jag tyckte mig ha sett något liknande någonstans, och en dag precis innan jag somnade, kom jag på var jag hade sett denna symbol förut. I hållrist- ningar!

Allt föll på plats. Vi fick med symbolen Psi. Vi fick med att den är unikt svensk. Att den har historia. Vi fick även en ny och oväntad vändning som vi gillade mer än något annat. Att symbolen faktiskt väcker olika känslor. Att alla som betraktar den ser något annat än alla andra, oftast utifrån sitt egna, unika, perspektiv.



Att vi fick kommentarer som "jag ser ett segerjubel", "jag ser en fotbollshu- ligan", "jag ser en boxare" eller "jag ser en omfamning" när vi presenterade symbolen var ett uppskattat kvitto på att vi hade uppnått vårt mål.

Logotypen

Logotypen, alltså texten i logon, behövde vara ganska strikt och stram för att väga upp mot symbolens mer abstrakta form, därför valde vi ett kraftfullt och geometriskt typsnitt för att skriva föreningens namn bredvid symbolen.

Färgen

Eftersom vi nu hade bytt ut allt som tidigare identifierade SPF kände vi att det var viktigt att behålla åtminstone färgvalet. Att byta även färg vore att sudda ut alla spår av den tidigare profileringen. Vi kände dock att den gröna färgen behövde moderniseras och få en piggare ton.

Typsnitt

Tydligt och rakt på, geometriskt och lättläst i tryck och digitalt, men inte stelt och stramt. Typsnittet vi valde har en viss personlighet, speciellt i de rundare bokstäverna som exempelvis lilla "a" och lilla "g".

Avslutningsvis

Som helhet tycker vi att den gör vad vi ville. Profileringen känns person- lig och förtroendeingivande. Den känns modern och fungerar väl i digitala miljöer. Den är lätt att känna igen från håll. Den väcker känslor och tankar. Man kommer ihåg den. Det var en glädje att få ta fram den åt er.

Stefan Leijon

Kreativ strateg på A New Dialogue



Succé igen på SPK 2017!

Den tionde Svenska Psykiatrikongressen ägde rum i Göteborg den 15–17 mars. Hittills hade vi på våra Göteborgsmöten trivts – och efterhand alltmera trängts – på Filmstaden Bergakungen. Inför årets möte fick vi med sorg i hjärtat inse att vi nog vuxit ur dessa lokaler. Valet föll istället på Svenska Mässan där det fanns plats för såväl möte som mingel och middag. Med facit i hand kan vi konstatera att bytet var nödvändigt då vi åter slog rekord i antal deltagare, denna gång blev vi 820! Deltagarna kunde ta del av ett hundratal programpunkter med brett innehåll – forskning, klinik och kultur.

Dessutom bjöds som vanligt på social samvaro under luncher, kaffepauser och kvällsevenemang. Ett varmt tack till Göteborgs stad som traditionsenligt bjöd på mingel på onsdagskvällen! På torsdagen hölls SPF:s årsmöte som i år var ganska välbesökt och extra uppskattat då det bjöds på dryck och tilltugg. Därefter vidtog kongressmiddag med underhållning av Anna-Lena Brundin och Jan Sigurd.

Efter tre dagar åkte vi alla hem, lärda och glada och trötta. Kongressen är över men du kan fortsätta att del av de ca 60 föredrag som filmades – du hittar dem på www.svenskapsykiatrikongressen.se/filmer.html

Referat från några av föreläsningarna kan du dessutom läsa här.

Planera redan nu in att delta på Svenska Psykiatrikongressen 14–16 mars 2018 i Stockholm!

Tove Gunnarsson
SPF:s styrelse

RAPPORT FRÅN SPK

Känslostormar

Emotionell instabilitet och hjärnan

Predrag Petrovic

Predrag Petrovic höll en stimulerande och intressant föreläsning om emotionell instabilitet utifrån begreppet kognitiv neuropsykiatri. Kognitiv neuropsykiatri består av grundläggande neurovetenskap och kognitiv psykologi och avser att förklara och förstå psykiatriska tillstånd.

Petrovic visade på likheter mellan emotionell instabilitet och nedsatt uppmärksamhetsreglering vid ADHD/ADD. Emotionell instabilitet innefattar diagnoserna emotionellt instabilt personlighetssyndrom, antisocialt personlighetssyndrom och uppförandestörningar hos barn. Petrovics forskning kombinerade funktionella- och strukturella hjärnabbildningar med psykologiska testmetoder. De strukturella områdena frontalloberna, främre cingulum och basala ganglierna som reglerar emotionella funktioner och icke-emotionella exekutiva funktioner samt neuromodulatoriska system som dopaminsystemet visade sig vara dysfunktionella i båda tillstånden. Både ADHD/ADD och emotionell instabilitet kan förklaras av en försämrad reglering av hjärnans informationsbearbetning.

Petrovic argumenterade för att man som med ADHD/ADD också bör kunna betrakta emotionell instabilitet som ett neuropsykiatriskt tillstånd. Detta skulle på sikt, efter forskning på området, kunna leda till att emotionell instabilitet skulle kunna behandlas med centralstimulerade behandling eller att psykologiska behandlingsmetoder för emotionell instabilitet blir del av behandlingsalternativen för patienter med ADHD/ADD.

Det finns en betydande överlappning mellan emotionell instabilitet och ADHD/ADD när det gäller diagnosticering och fyller man kriterier för en av diagnoserna finner man inte sällan enskilda eller flera symtom av den andra diagnosen.

I stället för att indela kategoriskt i diagnoskriterier kan en dimensionell struktur ge en bättre förståelse för enskilda patienter men också förhoppningsvis ökad förståelse för problematiken på gruppnivå. Petrovic föreslår att man delar in symtomen på en x-och y-axel där emotionell reglering utgör y-axeln och uppmärksamhetsreglering x-axeln. Ett dimensionellt tänkande kan underlätta för att ge en mer korrekt beskrivning av patientens svårigheter och därmed ge varje enskild patient en mer optimerad och verksamare behandling.

Spännande att se hur detta utvecklas framöver!

Jonas Rask
*Överläkare
Facklig sekreterare SPF*





Spridda egna intryck från SPK 2017

Ett motto för Psykiatriska Föreningen är "helhetssyn och samverkan". Vi över 800 deltagare levde med råge upp till den målsättningen i Göteborg 15-17 mars 2017.

Vad var viktigast för mig vid SPK-mötet? Det som kom mig närmast personligen, var nog frågan från hedersmedlemmen Kerstin Malmcrona, om jag hade sett några nya orkidéer! Nya precis – jag har sett 43 av de numera 46 som i Sverige brukar klassas som separata arter, och förra året hade vi salepsrot på Gotland på tomten. Men på Kreta har vi sett flera andra Ophrys-arter, dvs. olika slags arter av flugblomster och biblomster vilken nu lär ha påträffats också i Sverige. Tack Kerstin – tänk att vi i den svenska psykiaterkåren så finstämt kan värna om varandra och varandras intressen också utanför det professionella!

Varför deltar jag i SPK? OK – visst är det roligt för mig som pensionär att försöka att hjälpligt orientera sig om nyheter inom forskning, undervisning och organisation. Men det är minst lika viktigt att träffa gamla och nya vänner. Så fin andan var! Eftersom jag inte längre har skyldighet att hålla mig uppdaterad, kan jag välja och vraka. Att försöka springa mellan olika parallella program har jag slutat med – det blir bara tjafsigt. Man måste bestämma sig. Jag valde dels några vetenskapliga highlights, dels "årets skandaler".

Psykiatri vid livets början och dess slut. Genetik har fått nya dimensioner. Något om perinatal psykiatri såg jag inte alls till, och frågor om alkohol och narkotika såg man föga till. Vi kanske måste helt tänka om inom diagnostiken – det verkar finnas mer som förenar affektiva syndrom och psykos än vad man tidigare ansett. Nog bör vi tänka flerdimensionellt, och epigenetik är viktigt.

Det vi studerar kanske kan sammanfattas i begreppet "molekylär epidemiologisk psykiatrforskning". Var i hela befolkningen samverkar arv och miljö, så att psykisk sjukdom uppstår, och att vi begriper det ända ner på atomplanet?? Vi måste också skilja på kliniska samples och populationer.

Johan Lundberg tog oss ut på en hisnande resa till proteinet p11, ett intracellulärt protein korrelerat till 5HT1b-receptorer. Hans berättelse blev av andra kompletterad med kunskap om telomerer. "Inflammation" har blivit ett nyckelbegrepp ur mekanismsynpunkt. Ingrid Agartz föreläste föredömligt om avbildning av hjärnor med en noggrannhet som man inte trodde var möjlig. Predrag Petrovic var väldigt medryckande då han knöt samman klassisk diagnostik med modern hjärnabildning.

Jag hade sett fram mot avsnittet då en representant från alla universitetsorter



skulle presentera aktuella forskningsmiljöer och pågående forskning. Å ena sidan ska man försöka samverka, å den andra tävlar man om forskningsanslag och bästa medarbetare. Avsnittet leddes elegant av Lisa Ekselius och Mikael Landén.

Jussi Jokinen är nyutnämnd professor i Umeå och var lojal mot sina kolleger. Lisa Ekselius var stolt över verksamheterna på det nya psykiatricentrum, Akademiska sjukhuset i Uppsala. Susanne Bejerot presenterade Örebro som rätt ny universitetsmiljö.

Det kan svårligen förnekas att Stockholmsområdet haft en klar dominans. Barn- och ungdomspsykiatern Clara Hellner Gumpert, med framstående administrativa meriter som bl.a. dekanus, nämnde att Stockholm f.n. har 10 professorer inom det psykiatriska området, varav 2 adjungerade, och det måste märkas i produktionen – total demokrati finns inte. Mikael Landén representerade Göteborgsperspektivet, även om han varit huvudhandledare för en avhandling om könsdysfori i Stockholm, och Anders Tingström lyfte fram Lund-Malmö. Man kan notera samverkan mellan prekliniska insatser och rent klinisk, patientnära forskning. Att man samarbetar både inom Sverige och med utländska forskare är uppenbart och lovvärt. Det är synd att Linköping i detta sammanhang hade valt att inte skicka någon representant.

Jag är väl ibland litet av "sensation seeker". Naturligtvis lyssnade jag då två finstämda rättspsykiatrer, Sara Bromander och Helena Norman inför publik intervjuade Sture Bergwall. Tänk att denne man, tidigare anklagad för det värsta tänkbara, nu lugnt kunde sitta och med stadig röst i en jättesal med många åhörare berätta om en del av vad han varit med om, när han var patient på Sätters mentalsjukhus, och hur han klart feltolkats

och vanvårdats inom svensk s.k. psykiatri, grundat på hypoteser som var långt ifrån evidensbaserade. Han, den f.d. patienten, menade att psykiatrin "nu hade nyktrat till", och att det är viktigt att respektera patienten. Nog så tänkvärt, och jag läser hans nya bok.

Journalisten Niklas Ekdal hade efter ett år av somatisk sjukdom gjort ett allvarligt suicidförsök, som han skrivit mycket ärligt om. Han intervjuades finstämt av Psykiatriska Föreningens nyvalda ordförande Ullakarin Nyberg. Tänk att man kan tala om sådant inför en stor publik.

Den sista skandalen handlade om Macchiarini-affären. Den prisbelönta journalisten Bosse Lindquist redogjorde för hur han först ville berätta om tänkbara terapeutiska framsteg, men sedan steg för steg insåg att något var fel. Svante Nyberg var klok utfrågare. Vi fick se avsnitt ur det legendariska



TV-programmet då Macchiarini konfronterades med alarmerande fakta. Om vi inte hade haft Bosse Lindquists grävande journalistinsats kanske bubblan inte hade spruckit. Två eljest hedervärda rektorer har misstänkliggjorts.

Slutligen: En av de nya hedersmedlemmarna i Psykiatriska Föreningen är professor Lisa Ekselius i Uppsala. Välförtjänt!

Ulf Rydberg
Specialist i psykiatri, professor emeritus



Hjärnavbildning - har forskningen betydelse för den kliniska vardagen?



Psykosspåret på SPK modererades av professor **Lars Farde** som först berättade om den **snabba utvecklingen av hjärnavbildande tekniker**. Enligt Farde har det alltid varit en gammal dröm att titta in i hjärnan. Det väckte stort uppseende när den första datortomografen kom 1972 och redan 1973 fanns det en datortomograf i Sverige. Det betraktades som en revolution i neuroradiologin. 1990 kom sedan MRI, magnetisk resonanstomografi (Daniel Weinberg). Farde citerade en studie av Suddath et al. 1990, där man med hjälp av MRI undersökt 15 monozygota tvillingpar som var diskordanta för schizofreni. Forskarna kunde med hjälp av MRI identifiera 12 av 15 personer med schizofreni.

PET dvs. positronemissionstomografi var nästa innovation som utvecklades och som kartlägger hjärnans biokemi. Många förknippar säkert PET med "occupancy" eller blockad av dopaminreceptorer, där man visade att det finns terapeutiska nivåer av läkemedel och behandlar man med för stora doser antipsykotisk medicinering får man blockad av andra receptorer med biverkningar som följd. En occupancy på cirka 70 % av dopaminreceptorerna räcker för god terapeutisk effekt. Hjärnavbildningstekniker kompletterar varandra, med hjälp av MRI kan

man anatomiskt avbilda detaljer i hjärnan medan man med hjälp av PET kan kartlägga transmittorer och transportörer. T.ex. har man kunnat belägga att serotoninssystemet är ett mycket gammalt system som finns hos allehanda djur som sniglar, fåglar och gnagare.

PET har enligt Farde utvecklats mycket och han exemplifierade detta genom att berätta att den första kameran hade 384 detektorer att jämföra med den senaste som har 120 000 detektorer. Farde berättade att det behövs många olika expertiser för att arbeta med PET-teknologin; fysiker, kemister för att märka radionukliden och forskare som kan utföra undersökningarna. Karolinska Institutets PET-grupp består av 70 personer. Farde nämnde också att man numera betraktar hjärnan som en föränderlig struktur med dynamisk plasticitet.

Karolinska Schizophrenia Project beskrevs också. I detta projekt, "KASP", kommer man att med hjälp av hjärnavbildning, genetiska analyser, mätning av kognitiva resurser och biomarkörer lägga pussel för att komma fram till en ökad förståelse av schizofreni. Immunsystemet är funktionellt nersatt vid psykos och kan spela roll för sjukdomsutvecklingen.

Johan Lundberg talade om **Nya PET-studier av serotoninssystemet – världens äldsta transmittor.**

Serotoninssystemet är ett fylogenetiskt mycket ålderdomligt system som innefattar 14 olika receptorer.

Lundberg inledde med att understryka att depression är mycket vanligt i befolkningen och kostsamt för samhället. Depression medför också en funktionsnedsättning och en överdödlighet. Behandlingen hjälper ungefär 2/3 av de som drabbas.

Ketamin nämndes som ett alternativ för depressionsbehandling. Vid depression tillbakabildas dendriter och ketamin stimulerar dendrittillväxten. Ketamin ökar också bindningen av 5HT_{1b}-receptorn *in vivo*. En markör för behandlingseffekt är P 11 som ökar vid ECT-behandling och vid SSRI-behandling.

Ingrid Agartz föreläste under rubriken **Morfologiska hjärnförändringar vid psykos – kan MR användas för diagnostik?** och menade att det är viktigt att utesluta hjärntumörer eller andra avvikelser vid schizofreni. Det är oftast ganska subtila anatomiska avvikelser vid schizofreni och bipolär sjukdom och dessa överlappar med normalitet. Schizofrena uppvisar ofta ett fronto-temporalt mönster med cortical atrofi och en förminskad hippocampus. Subsegmentering nämndes som ett sätt att koppla vissa symtom till anatomiska strukturer, t.ex. en mindre gyrus transversus fanns vid hallucinos. Agartz var också inne på att det vid schizofreni kan vara «overpruning» dvs. en för stor tillbakabildning av neuron.

Agartz beskrev dock en studie med 13 års uppföljning av 50 patienter med schizofreni och 50 kontroller där man fann en tämligen stabil anatomi.

Patrick Sullivan föreläste om **Schizophrenia genomics in Sweden.**

Han beskrev schizofrenin som en fortsatt mystisk och gåtfull sjukdom. I

framtiden kan kanske genetiska analyser spela en stor roll vid diagnostik av schizofreni, som sannolikt består av många olika sjukdomar. Sullivan berättade om utvecklingen av genetiska analyser som kan hjälpa till med diagnostik.

Man försöker också studera fenotypiskt extrema fall med terapiresistens för att hitta avvikelser i genomet som kan ge en förklaring till uttalade sjukdomsbilder. Sullivan exemplifierade med en patient som fick både schizofreni och Huntingtons sjukdom.

Föreläsaren ansåg att man skulle screena för «copy number variants» och att man så småningom skulle addera genomskanning till utredningar av psykos.

Slutligen föreläste **Ann Nordgren** om **Genetiska orsaker till syndrom, missbildningar och utvecklingsstörning.**

Det var ett uppskattat och välbesökt föredrag där flera syndrom som har betydelse för psykisk sjukdom relaterades. Nordgren berättade mycket målande om flera olika syndrom med åtföljande funktionsnedsättning hos barn vilket medförde en mycket belastad vardag för barnens familjer. Prevalensen av sällsynta diagnoser ligger på 5-6 %, vilket innebär att en halv miljon personer i Sverige har en diagnos av detta slag.

Flera syndrom som kan ge psykiatriska problem nämndes, däribland *CATCH-22* där man har en deletion på kromosom 22. *Rubinstein-Taybis syndrom* är ett annat syndrom med genetisk bakgrund. Bägge dessa syndrom kan ge speciella fenotyper hos de patienter som drabbas av dessa avvikelser. *CATCH-22* ger en stark riskökning för psykos vilket även *Rubinstein-Taybis syndrom* gör.

När det gäller utvecklingsstörningar så kan man diagnostiskt förklara



störningen i 50 % av fallen och i de andra 50 % vet man inte orsaken. 1959 kände man till Downs syndrom och 2017 känner man till 5000 syndrom som beror på genetiska orsaker. När det gäller utvecklingsstörningar vet man att 700 gener kan vara inblandade.

Turners syndrom (X0) nämndes liksom *Klinefelter* som ju har dubbla X-kromosomer (XXY). Turners syndrom har samband med schizofreni och Klinefelters syndrom har högre risk både för schizofreni och bipolaritet. Många av dessa syndrom har många somatiska manifestationer, som komplicerar syndromet ytterligare.

Nordgren beskrev också *Williams syndrom* (deletion på kromosom 17). Man är då social och trevlig men saknar normal begåvning. 5–10 barn i Sverige föds med denna avvikelse och det finns risk för hjärtsmissbildningar. Barnen ser ut på ett speciellt sätt med kort näsa med bred nästipp och tjocka kinder. Ungdomar med Williams syndrom är ofta klumpiga i sitt rörelsemönster och de har ofta en förhöjd muskelspänning. Williams syndrom är kopplat till uppmärksamhetsstörningar, ångesttillstånd och fobier.

Smith-Magenis syndrom är också ett sällsynt tillstånd som Nordgren nämnde. Detta tillstånd orsakas av en deletion på kromosom 17 eller en mutation i RAI1-genen. Dessa barn har ofta uttalade sömnproblem och de kan också ha självskadehandlingar. Familjer med barn med Smith-Magenis syndrom är ofta svårt belastade och behöver mycket hjälp.

De flesta som drabbas av *Retts syndrom* är flickor och i Sverige föds 5–6 flickor om året som utvecklar syndromet. Man har hittat en mutation i 90 % av fallen som sitter på X-kromosomen. Vid Retts syndrom utvecklas barnen normalt fram till 6–18 månaders ålder men sedan följer utvecklingen av en svår funktionsnedsättning av motorik, kognition och förmåga till socialt samspel.

Fragilt X är den vanligaste kända formen av ärftlig utvecklingsstörning och drabbar främst pojkar. Syndromet beror på att X-kromosomen har en mutation och kromosomen blir då "fragil". Man kan ha en s.k. pre-mutation och kvinnor som har detta kan få barn med fragilt x-syndrom. Pojkar med syndromet har oftast en utvecklingsstörning och en försenad språkutveckling. Kopplade till detta syndrom finns ofta bettavvikelser, och ett speciellt utseende med utstående öron och framträdande panna. Flickor kan också ha syndromet och kan då ha inlärningssvårigheter och psykiatriska symtom i form av ångslan och depressivitet.

Ann Nordgren var mycket fängslande att höra på och hon beskrev mycket målande hur familjerna som levde med barn med olika syndrom hade det i vardagen med problemlösning och hjälpinsatser från olika instanser.

Vi hoppas på en fortsättning av "psykospåret" 2018!

Cecilia Mattisson
Docent, överläkare
SPF:s styrelse



Suicidprevention – ett folkhälsoperspektiv

Referat från SPK 2017

Kan kunskap skydda oss mot självmord? Eller är det förutsättningarna för kunskap som skyddar oss? Tänk om det är betygets fel?! Eller är det fördelarna som kunskap får med sig som skyddar? Dessa och många andra frågor diskuterades i samband med Sven Brembergs presentation om "Suicidprevention – ett folkhälsoperspektiv". Med värme, tydlighet och klinisk nära exempel lyckades Sven, som är docent i socialmedicin vid Institutionen för Folkhälsovetenskap, KI, förvandla grafer och staplar till en levande sammansättning av kliniskt relevanta data. Den folkhälsomatrix som han utgick ifrån, med de tre komponenterna "individen, miljön och den verk samma faktorn" bejakade den kliniska komplexiteten. Här fanns få svar, men desto fler hypoteser. Varje hypotes var en möjlig chans att rädda några liv. Man fick tänka till och alla tankar var värda att utforskas och prövas. Jag kom på mig själv att tänka på åtskilliga patienter som jag har träffat genom åren, där den ena eller den andra förklaringen kunde passa in, där den ena eller den andra samhällsinsatsen kunde bidra till att man valde livet.

Ni som inte har fördomar kan sluta läsa här. För det var en väldigt stor mängd studier som gick igenom. Om jag hade läst studierna på min kammare skulle risken vara rätt stor att jag hade uppfattat läsningen som torr och tråkig. Nu var det på riktigt, det var mina patienter som Sven Bremberg pratade om. Det var lättillgängligt, inspirerande och framförallt: hoppingivande.

Så hur var det egentligen med kunskap och självmord? Frågorna som inledde det här referatet sprang ur diskussionen kring en registerstudie från 2011. Studien visade bland annat en sex gånger högre risk för att dö i självmord bland dem som hade låga eller ofullständiga betyg i nionde klass, jämfört med dem som hade höga betyg. Ett fynd som ligger skrämmande nära den sista frågan i screeningformuläret "5 frågor" (Holmqvist & Nylander). Jag drog öronen åt mig. Visst är verkligheten mer komplex än så. Men pusslet kan bara läggas en bit i taget. Just den här pusselbiten tål att vridas och vändas på, om och om igen. Vi har inte alla svar, men vi måste fortsätta fråga.

Alessandra Hedlund
Vice ordförande SPF

FORMULÄRET:

Läs igenom varje fråga och ringa sedan in det svarsalternativ som stämmer på dig! Dina svar, och om de ger anledning till närmare bedömning, kommer din läkare att ta upp med dig.

1. Hade du, före 12 års ålder, några psykiska problem som du själv eller din omgivning led av?

JA NEJ

2. Hade du, före 12 års ålder, några anpassningsproblem som du själv eller din omgivning led av?

JA NEJ

3. Hade du problem med att lära dig läsa, skriva eller räkna under de första åren i skolan?

JA NEJ

4. Behövde du något extra stöd i skolarbetet?

JA NEJ

5. Har du slutbetyg från årskurs 9?

JA NEJ

Inbjudan att skicka in kongressbidrag

(call for abstracts)



Nu planerar vi för Svenska Psykiatrikongressen 2018 som kommer att gå av stapeln 14-16 mars på Münchenbryggeriet i Stockholm.

Vi vill att du som är intresserad av att hålla en egen muntlig presentation skickar in en kort sammanfattning (abstract) till oss. Det kan handla om ny forskning, samverkansprojekt eller metodutveckling. Du kan också föreslå ett debattinlägg eller ett kulturinslag. Vi förväntar oss att många tar chansen att bidra till att 2018 års kongress blir den bästa hittills!

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

Sammanfattningen skickas till **Ullakarin Nyberg**, ullakarin.nyberg@sl.se

Sista datum för inlämnande är den **15 oktober 2017**.

Företag/landsting som önskar ställa ut på SPK 2018 - ta kontakt med **Stina Djurberg**, stina.djurberg@buf.se senast den **1 oktober 2017**.

Diagnostisk och samsjuklighet vid bipolär sjukdom

SSBS Vårmöte 2017

Sedan starten av Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdom 2003 har sällskapet samlat psykiatrer med intresse för bipolär sjukdom och hållit regelbundna träffar vår och höst med syftet att tillförsäkra en högkvalitativ vård inom området - inte minst genom ett gemensamt utbyte av erfarenheter och en levande diskussion. I början av maj i år var det åter dags och under en givande dag träffades särskilt intresserade på Norra Latin i Stockholm för att diskutera diagnostik vid bipolär sjukdom och hur man kan skilja bipolär sjukdom från vanlig differentialdiagnostik och samtidigt inte missa samsjuklighet av densamma.

Från kärn- till mer specifika symtom

Mats Adler, Psykiatri sydväst, Stockholm, inledde med en grundläggande föreläsning där "Diagnostik och differentialdiagnostik" diskuterades. Kärnsymtomen vid typfallet av bipolär sjukdom i form av eufori, förhöjd självkänsla och sömnsvärigheter beskrevs samtidigt som flera andra vanliga symtom diskuterades som möjliga tecken på bipolär sjukdom och/eller andra diagnoser. **Johan Söderlund** från samma klinik fokuserade sedan i sitt framförande på "Personlighetsstörningar och bipolär sjukdom". Aspekter av betydelse för differentialdiagnostik, såsom sjukdomsförlopp, bakgrundstrauma och livsomständigheter lyftes fram. Efter en lång lunch med fortsatt diskussion fortsatte **Kerstin Malmberg**, BUP, Stockholm, med en föreläsning om behandling av "ADHD och bipolär sjukdom". Under föreläsningen diskuterades även centralstimulans risker och fördelar vid bipolär sjukdom. Sömnens betydelse vid bipolär sjukdom är det nog få idag som missat, men hur kan vi bäst behandla sömnstörningar och hur ser de ut hos personer med bipolär sjukdom? För att belysa detta ämne avslutade **Jerker Hetta**, Karolinska Institutet, föreläsningarna under dagen med en uppskattad föreläsning inriktad på "Sömnstörningar vid bipolär sjukdom".

Årsmöte med diskussion för vidare arbete

Dagen avslutades med sällskapets årsmöte. Under årsmötet valdes bland annat en ny styrelse. Ny ordförande är **Maria Larsson**, Stockholm; vice ordförande **Johanna Bargholtz**, Stockholm; kassör **Kristina Lindwall-Sundel**, Göteborg; sekreterare **Thomas Eklundh** och till övriga ledamöter valdes **Göran Isacsson**, Stockholm och **Ann Frånberg**, Gävle.

Årsmötet beslutade vidare att sällskapet även fortsättningsvis ska arbeta för att ha två träffar per år men att vårmöten integreras med Svenska Psykiatrikongressen med årsmöte i anslutning till detta. Diskussion fördes även hur sällskapet i nuläget ska jobba vidare för bästa vård av bipolära syndrom. Det beslöts bland annat att sällskapets styrelse under året ska göra en kartläggning av förekomsten av bipolära/affektiva mottagningar eller enheter i Sverige och söka nå kollegor på dessa mottagningar. Se gärna uppropet till att delta i denna kartläggning.

Sedan vårmötet har arbetet i sällskapet fortsatt och arbetet för höstmötet i november är redan igång. Mer information om detsamma inom kort på SPF: s hemsida och till medlemmar i brev. Varmt välkomna då!

Lena Backlund
Ordförande emerita
Maria Larsson
Ordförande
Thomas Eklundh
Sekreterare

Upprop från SSBS

Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdom (SSBS) är en av SPF:s subsektioner. Vi försöker kartlägga förekomsten av mottagningar/enheter i Sverige som specialiserat sig på bipolär/affektiv sjukdom. Arbetar Du på en sådan mottagning eller har kännedom om sådan vore vi glada om vi fick ett kort e-brev om det. Skriv vad mottagningen heter och är belägen, hur den är profilerad, hur många läkare som arbetar där och gärna vem som är chef/verksamhetsansvarig.

Sänd till mig: thomas.eklundh@live.se

Tack för din hjälp!

Thomas Eklundh
Sekreterare SSBS
Psykiatri Sydväst
Karolinska Universitetssjukhuset/Huddinge

Nya hedersledamöter i SPF!

16 mars valdes överläkare och med dr Lena Nylander och professor Lisa Ekselius till nya hedersledamöter i föreningen.

Motiveringarna löd:

Lena har på ett framstående sätt främjat föreningens syften genom kliniskt arbete, utbildningsinsatser och forskning, alltid med stort engagemang för svensk psykiatri.

Lisa har på ett framstående sätt främjat föreningens syfte genom sitt engagemang i svensk psykiatri, inte minst genom framtagandet av kliniska riktlinjer och spridandet av kunskap om psykiatrisk diagnostik.

Vi bad dem båda att skriva några rader utifrån följande frågor:

Varför valde ni psykiatri som specialitet?

Varför ska unga läkare skall välja vår specialitet?

Hur kom ni in på forskning?

Vad har varit speciellt roligt i era karriärer?

Vad tror ni om psykiatrins framtid och dess utmaningar?

För styrelsen

**Cecilia Mattisson
Tove Gunnarsson**

LISA EKSELIUS;



Som medicinstudent övervägde jag nästan alla specialiteter. Under de första åren som underläkare kom psykiatri att ge ett särskilt avtryck. Det kändes som psykiatri – med allt från nervcellen till samhällsperspektivet rymde en extra dimension. Och att den närvaro och lyhördhet, som psykiateryrket kräver för att skapa reciprok kommunikation, var en alldeles särskild utmaning.

Mitt val att bli psykiater har jag alltid känt mig glad och stolt över. Psykiatri inbegriper många utmaningar – och så mycket att vinna. Att patienter med personlighetsyndrom blev mitt särskilda intresseområde har förstås flera skäl.

Men framför allt upplevde jag att det var en försummad patientgrupp. Personer med stort lidande och stora funktionsstörningar. En del klappade mig på axeln och sa att jag borde göra något annat.

Jag är extremt glad över att ha blivit vald till hedersmedlem i SPF. Jag ska göra mitt bästa för att vara en god representant för svensk psykiatri. Till dagens unga, begåvade kollegor vill jag säga: Välj psykiatri som specialitet. Och välj också forskning – det är så mycket vi inte vet. Men alla behöver inte disputer. Genom samverkan mellan klinik och akademi blir vi starkast och kan åstadkomma absolut mest.

Foto: Lise-Lotte Risö Bergerlind

LENA NYLANDER;



Foto: Lise-Lotte Risö Bergerlind

Jag hade tänkt bli narkosläkare och försökte t.o.m. aktivt att slippa AT i psykiatri eftersom jag var ointresserad. Men det gick inte, och genom olika tillfälligheter hamnade jag på professor Eberhard Nymans avdelning på S:t Lars sjukhus i Lund 1975. Där fick jag många tillfällen till långa samtal med patienter med schizofreni, och blev fascinerad och nyfiken av att patienterna hade så uppenbart bisarra och verklighetsfrämmande föreställningar och upplevelser, samtidigt som de på ett annat plan fungerade och resonerade lika vettigt som vem som helst. Efter 3 månader på den psykiatriska avdelningen ändrade jag inriktning och bestämde mig för psykiatrin.

Att min son 1992 fick autismdiagnos gjorde att jag blev intensivt intresserad av autism. På den tiden fanns det så lite skrivet, särskilt om vuxna, att det inte var så svårt att läsa den väsentliga litteratur som fanns och åka på de viktiga konferenserna. Jag kom på så sätt tidigt i kontakt med ledande kliniker och forskare, i Sverige och England och USA, som stöttade mig i att ägna mig åt forskning om autism och andra kognitiva funktionsnedsättningar hos vuxna. Men eftersom jag aldrig klarat att lämna det kliniska arbetet under någon längre tid tog mitt avhandlingsarbete många år och

utfördes nästan helt på deltid. Ända sedan jag började syssla med autism (och med ADHD) har det funnits en efterfrågan på utbildning om dessa funktionsnedsättningar, och jag har föreläst på massor av ställen i Skandinavien och även några gånger i andra länder. Mycket snart drog föreläsningarna in pengar till min egen fortbildning och även till min forskning. Kanske ett tips till unga kollegor med specialintressen, och till deras chefer?

Vad har varit speciellt roligt under mina drygt 40 år i psykiatrin? Ganska mycket faktiskt, utan att jag kan peka på någon särskild höjdpunkt (utöver att det förstås var härligt att äntligen bli klar med avhandlingen, 31 år efter det att jag första gången registrerats som doktorand).

En rolig sak var när VUB-teamet inrättades i Skåne 2013, ett team för vuxna med utvecklingsstörning och svåra utmanande beteenden. Det var glädjande att bli utsedd till hedersledamot i Autism- och Aspergerförbundet för några år sedan, och nu förstås att få motsvarande utmärkelse i vår yrkesförening.

Många medarbetare och kollegor under årens lopp har varit roliga att samarbeta och diskutera med, och jag hoppas att det alltid finns utrymme för intressanta, kreativa diskussioner i psykiatrin.

Det är nämligen därför jag tänker att unga läkare borde välja vår specialitet – det finns alltid något att fundera över, och att diskutera. Vår specialitet handlar mer än någon annan om hela människan, och den är särskilt spännande eftersom det är ett detektivarbete varje gång man försöker förstå en patient.

Man behöver förstå bakgrund, upplevelser, reaktioner, omgivning, kroppslig funktion, relationer och mycket annat, och inte minst behöver man förstå vad patienten förstår. Den innefattar inte bara alla andra medicinska specialiteter, utan psykiatern behöver också veta något om språk, kultur, sociologi med mera.

Utmaningarna i framtiden tänker jag är att hitta biologiska markörer – och om man hittar någon sådan kanske det blir en utmaning att rita om den diagnostiska kartan dessutom. En utmaning som i hög grad finns redan nu är att försöka minska överanvändningen av psykiatriska diagnoser i sammanhang där de inte hör hemma, och där de kan användas på ett sätt som aldrig varit meningen.

Detta är en förkortad version av Lenas svar. Fullständig version finns att läsa på vår hemsida svenskpsykiatri.se

Är psykiatri i kris?



Foto: Shutterstock/basiczto

Detta var temat på mötet "Current issues and controversies in psychiatry", som hölls för 24:e året i rad, denna gång i Barcelona. Konferensen var organiserad i dagliga debatter, där inbjudna föreläsare gav sin syn på saken. Efter en något lång introduktion till det aktuella ämnet där både fenomenet "kris" och begreppet "psykiatri" utförligt definierades, gav sig de första kontrahenterna i kast med varandra.

Den första sessionen startade i ett rasande tempo med en debatt mellan psykiatriprofessor **Simon Wessely** och psykologiprofessor **Richard Bentall** på just detta tema; huruvida psykiatri befinner sig i en kris. Wessely menade att psykiatri är "just fine" och att alarmister alltid har förekommit i vår specialitet, medan Bentall initialt hävdade motsatsen och pekade bland annat på svagheter med diagnostiken. Efter ett tag kunde vi dock konstatera att debattörerna höll med varandra om en hel del, det blev aldrig någon särskilt hetsig debatt. Det som låg i fokus var inte minst diagnostiken.

Det rådande diagnostiska systemet, DSM, har varit väldigt betydelsefullt för psykiatri bland annat genom att skapa ett gemensamt språk och öka den diagnostiska reliabiliteten. Samtidigt finns det många som menar att en övertro till diagnossystemet i forskningssammanhang har hejdat utvecklingen och vår förståelse för uppkomst och utveckling av psykiska sjukdomar. Om detta och möjliga framtida diagnostiska system, pratade professor **Mario Maj**, grundare och redaktör till tidskriften *World Psychiatry*, som i februari 2014 ägnade merparten av sidorna åt att presentera och förklara ett nytt diagnostiskt system där biologin står i fokus. *Research Domain Criteria*, eller *RDoC*, som systemet heter, har redan snart tio år på nacken och är inte oproblemiskt. Kritiken har varit omfattande och det anses fortfarande vara ett ofärdigt koncept, långt ifrån redo att introduceras i den kliniska vardagen. Samtidigt ser många potentialen och nödvändigheten att blicka bortom DSM för att någonsin kunna nå mer förfinade och individanpassade behandlingsmetoder.

Även andra möjligheter till klassificering och bedömning inom psykiatri presenterades av **Thomas Fuchs** från Heidelbergs universitet i Tyskland. Dr Fuchs ifrågasatte bl.a. att mänskligt lidande kan reduceras till smärre enheter (eller domäner) och föreslog istället en mer fenomenologiskt inriktad typologi. Ett sådant tillvägagångssätt skulle syfta till att "empatiskt

förstå, beskriva och analysera patientens subjektiva upplevelser". Grovt förenklat innebär det att man gör bedömningen vad det innebär för patienten att vara deprimerad eller psykotisk, snarare än att bara benämna patientens problem med sådana ospecifika etiketter. Förslag till standardiserade bedömningsinstrument med fenomenologisk grund har fått omfattande uppmärksamhet under de senaste åren, mest välkänt är sannolikt Josef Parnas EASE (Examination of Anomalous Self-Experience)-skala.

Professor **Jerrold Rosenbaum** från Harvard gav en gedigen beskrivning av utmaningarna med att förbättra farmakologisk depressionsbehandling. Han diskuterade olika sätt för att möjliggöra mer skräddarsydda behandlingar för patienter, idag populärt kallat *precision medicine*. Detta ses av många som psykiatriens "heliga Graal" och vägen dit kantas av flera hinder såsom påtaglig heterogenitet i många diagnosgrupper vad gäller faktorer som orsakar och vidmakthåller symptomen. Att finna nya och kreativa sätt för att utmejsla subgrupper inom och mellan psykiatriens diagnoskategorier, och sedan använda behandlingar som är specifika mot en viss biologisk eller psykologisk avvikelse, kommer bli en viktig utmaning för framtiden.

Professor **Damiaan Denys** från Amsterdams universitet rundade av konferensens tredje dag med att berätta om sina erfarenheter av DBS (Deep Brain Stimulation)-behandling av patienter med svårt tvångssyndrom och uttryckte samtidigt sin starka oro för att psykiatri verkligen befinner sig i en svår kris, då många kollegor tappat kärleken till sitt arbete, eftersom hela den grund som psykiatri vilar på urholkats. Där man tidigare hade en utvecklad nomenklatur för psykopatologi har man idag ett begränsat urval symtom. I de (fåtal) fall man lärt sig förstå biologin bakom en sjukdom har behandlingen tillfallit andra specialiteter. Slutligen har man förlorat den terapeutiska kompetensen. Detta sista budskap målar tyvärr en dystrare bild av vart psykiatri är på väg...

Daniel Lindqvist, ST-läkare, docent
Johan Fernström, specialist i psykiatri, doktorand

Vetenskapscentrum för klinisk psykiatri, Region Skåne
Avdelningen för psykiatri, Lunds universitet

Kliniska riktlinjer

Personlighetssyndrom



För er som ännu inte upptäckt det så finns SPFs Kliniska riktlinjer Personlighetssyndrom nu att införskaffa. En författargrupp under ledning av professor Lisa Ekselius har sammanställt denna riktlinje som har en stark klinisk förankring och som ger handfast vägledning om gott bemötande, utredning och behandling. Missa inte!

www.svenskpsykiatri.se/spfs-kliniska-riktlinjer/

Är ni nyfikna på pågående kliniska riktlinjearbeten? Den som väntar på nåt gott... Håll utkik på hemsidan men i korthet pågår följande arbeten:

- **Transkulturell psykiatri;** preliminärt manus skickat till granskare. Riktlinjen troligen färdig andra halvan av 2017.
- **Intellektuell funktionsnedsättning inom psykiatrin.** Publicering troligen under 2018.
- **Ångestsjukdomar.** Arbetet påbörjat, en fördröjning har inträtt och i nuläget oklar tidpunkt för publicering.
- **Konsultationspsykiatri.** Arbetet påbörjat, oklar tidpunkt för publicering.
- **Psykotiska syndrom och somatisk differentialdiagnostik.** Arbetet påbörjat under 2017, oklar tidpunkt för publicering.
- **Beroendesjukdomar.** Styrelsen för Svensk Förening för Beroendemedicin har åtagit sig att skriva riktlinjer med ett öppenvårdsperspektiv. Tidpunkt för publicering är ännu oklart.
- **Psykofarmakologi.** Projektansvariga utsedda, arbetet ännu ej påbörjat. Oklar tidpunkt för publicering.

Dan Gothefors

SPFs ansvarige för riktlinjearbeten





Foto: Shutterstock/MNStudio

WPA i Vilnius



WPA -World Psychiatric Association var förlagd till Vilnius detta år och nyligen hemkommen har jag många intryck. Besökte Litauen för tio år sedan och under åren har landet renoverats och det märks nästan inte att det är 27 år sedan Sovjet föll 1990.

Man har en hel del problem i **Litauen** trots renovering och alkoholförbrukningen är högst i Europa, liksom andelen suicid. Litauen har mycket mer befolkningsproblem än Östersjöstaterna i övrigt och bara 10-12 psykiatrer per 100 000 invånare (se artikel av Wahlbeck et al 2011 BJP).

Estland har också många suicid men personalmässigt sjunkande antal psykiatrer, narkologer (missbruksläkare) och barn- och ungdomspsykiatrer. 45 % av medarbetarna är äldre än 50 år, 30 % av psykiatrerna äldre än 65 år. Mycket få sjuksköterskestuderande.

Färre ST – 50 % fattas, beklagade Andres Lehmers från Estland.

Läkare i Baltikum är lågavlönade men Estland ligger bäst till.

Alkohol sjunker ändå hos unga (som i Sverige) men fler droger har kommit till.

Man ser också oroande trend – flera unga isolerar sig med undandragande beteende och han sade skämtsamt "alla ester är autister" men förstås finns psykisk sjukdom hos många här, det är inte automatiskt att radikalisering är kopplat till terrorgrupperingar.

En tanke från författaren: detta problem tycks vara internationellt, det finns även i Sverige och vi bör ha närmare samarbete med polisen och socialtjänsten om vi ska kunna komma och framförallt se på problemet!

Lettland har ingen egen rättspsykiatri.

En kanske ovanlig lösning men inte ogenomförbar, för Sveriges del, fick jag höra om i Litauen. En inkomstfinansierad privat rättspsykiatri!!

En tanke från författaren: Från början privat... i Sverige tar vi inom rättspsykiatriska kliniker betalt av andra landsting – vad är egentligen skillnaden?

Finland har 19 psykiatrer per 100 000 inv. berättade Sami Pirkula.

Minskad suicidfrekvens, nu 16/10 000 invånare/år, förut var det 30/100 000 invånare/år.

Planen för framtiden är att förstärka patientens ställning. Patientfokus har kommit för att stanna. Integration socialtjänst – psykiatri – somatiken går för långsamt.

Finland ska öka öppenvård, minska slutenvård, minska suicid, minska alkohol.

Sverige då? Vårdplatsminskning har pågått under flera år. Siffran för genomsnittligt disponibla vårdplatser per 1 000 invånare 2011 är 2,7 däri fanns (någonstans) 0,47 platser inom den specialiserade psykiatrivården.

OECD-genomsnittet 2011 var då 0,7 platser per 1 000 och Sveriges 0,47, vilket placerade oss på den nedre tredjedelen.

Nu fortsätter minskningen...

Nu blev det en hel del politik och statistik. Det är väl ofrånkomligt och psykiatri måste blanda sig i sin omvärld.

Jag är mycket nöjd med konferensen och framförallt att ha träffat litauisk rättspsykiatri, som jag hoppas utbyta erfarenheter med framgent.

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

UEMS-möte i Bryssel

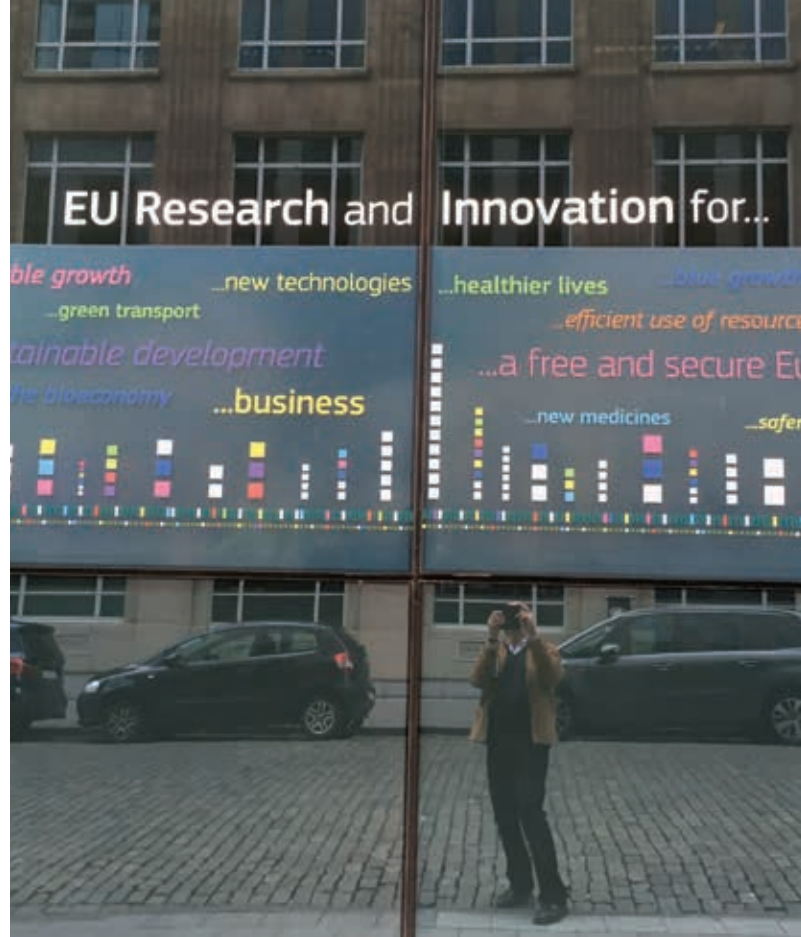
21-22 april 2017



Artikelförfattaren i fint sällskap.

Vårens möte var en dag kortare än brukligt, eftersom information angående värdlandets psykiatri hade strukits. Mötet började direkt i det nybyggda Domus Medica, som är UEMS gemensamma hus i Bryssel. Bygget har inte varit helt problemfritt – förseningar, överdragna kostnadsramar och därmed finansieringsproblem har kantat vägen. Med tanke på omständigheterna motsvarade inte huset förväntningarna. Det såg litet och anspråkslöst ut där det ligger på Industrigatan, inklämt mellan stora betongkomplex i EU-kvarteren. Ett oöverskådligt antal EU-institutioner har sina kontor runt om, många av dem hade jag aldrig hört talas om. Insprängt mellan EU-komplexen finns också kontor tillhörande allehanda organisationer och företag, som befolkas av lobbyister. När veckan närmar sig slutet blir det närmast folktomt i dessa kvarter, då ingen bor här.

UEMS är nu en av dessa organisationer som försöker göra sin stämma hörd i bruset runt Robert Schuman Platz. Under mötet hade vi besök av en lobbyist som åtog sig uppdrag för att försöka nå fram med angelägna budskap till politiker. Hon sa att det för närvarande är ett svalt intresse för psykiatrins frågor. Vi enades om att psykiatrins frågor är mer närvarande i kriminalserier än i politiken.



Hollands representant Thea Heeren och tillika medlem i presidiet lämnade i och med årets möte plats för nya krafter. Till ny s.k. standing officer i presidiet, Standing Committee, valdes enhälligt Jozef Dragasek från Slovakien.

EFPT, dvs. yngre psykiatriker under utbildning var representerade av Harold Ryland från England och Ekin Sönmez från Turkiet, där den senare höll en engagerad presentation av aktuella projekt som EFPT driver. Jag vill uppmana alla att gå in på deras hemsida, efpt.eu, för att ta del av deras arbete och låta sig inspireras. Ett brännande ämne som EFPT undersöker är medlemmarnas inställning till legalisering av psykoaktiva substanser, typ cannabis. Detta är ett område där UEMS skulle kunna arbeta för konsensus inom psykiaterkåren. Ett annat område där vi i Sverige behöver bli mer aktiva är när det gäller deltagande i EFPT:s utbytesprogram, som på ett konkret sätt skulle bidra till att sammanföra européer och öka förståelsen. Vistelse i andra länder räcker nog inte, utan detta måste kompletteras med andra åtgärder för att öka kulturkompetensen.

Representanten från England, Andrew Brittlebank, var inte närvarande vilket misstänktes vara en konsekvens av Brexit, vilket dock senare kraftfullt kunde dementeras. Inställningen inom UEMS Psykiatri är annars den motsatta, nämligen att vara öppen för alla europeiska länder, samt även i grannområdet. Som ett uttryck för detta kommer nästa möte att arrangeras av Ryska Psykiatriska Föreningen i St Petersburg. Tidpunkten är väl vald, nämligen i slutet av oktober, 100 år efter ryska revolutionen. Förhoppningsvis resulterar detta i att Ryssland ansöker om fullvärdigt medlemskap i UEMS, till gagn för alla ryska psykiatriker som vill tillhöra Europa.

Olle Hollertz
UEMS-delegat

Finns då ingen som kan göra något mot alla dessa självmord?

Referat av ett tal i Vilnius under WPA maj 2017

Vi fick höra ett gripande anförande av en litauisk minister som själv hade drabbats av suicid i släkten.

Vad kan man göra? Vad bör man göra? Kommer det att hjälpa?

Faktiskt började man i flera ändar och skapade dels uppföljande öppenvårdsteam/kristeam som träffade personerna direkt på akutmottagningen, för att tidigt knyta an och följa upp dem som snabbt blev utskrivna från akuten. Det blev även en bemannad jourtelefon som snabbt blev högt utnyttjad.

Ställd inför gensvaret från befolkningen var man villrådig, vad skulle göras med alla insatser, inte nog med resurser fanns.

Mot mångas inrådan planerades och startades en webbsida för de drabbade och närstående där man kunde skriva sitt budskap och även så blev det flera som ville dela med sig av det självupplevda. Många gripande berättelser rymde både svår sorg och förhoppningar om bättre lycka för andras öden.

Flera föreslog att berättelserna skulle skrivas ned i bokform och flera gånger tog man kontakt med förläggare som var mycket tveksamma och negativa. Även de som läst manuset var fundersamma och bland psykiatrierna ville man inte ha med sitt namn och få det sjukhus där man arbetade omnämnt.

Manuset omarbetades efter kommentarer men i huvudsak behölls femtio originalberättelser och presenterades för förlagen, som nobbade – igen. Då bestämde sig regeringen för att bekosta tryckningen i en mindre upplaga.

Man kunde inte komma på något namn på boken, som de flesta bokhandlare var mycket tveksamma till att ha i sina hyllor.

Några få vågade dock och boken, som fått ett vitt omslag men fortfarande inget namn, sålde snabbt slut och efterfrågan gjorde att man tryckte ny upplaga.

Detta har nu återupprepats och man har fått veta att den vita boken hamnat på försäljningstoppen och bokhandlare vill ha den till sina affärer.

Det var känslösamt att höra om alla kringelkrokiga vägar projektet vandrat, om problemen och lösningarna samt förhoppningarna. Om inte annat har problemet verkligen börjat uppmärksammas.

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

Källa utöver mig

Ingenstans i Europa är självmord så vanliga som i Litauen. Men förvåningsvärt lite har gjorts för att pressa ner de dystra siffrorna.

Text och bild: Pål Ruin | Prenumerera | Artikel i SocialPolitik nr 3 2015



I början av året (2015) öppnades Litauens första center med uppgift att införa fler förebyggande åtgärder för att minska antalet självmord. Varför har det dröjt så länge med tanke på att Litauen toppat självmordsstatistiken i Europa i 15 års tid?



Svensk Förening för Filosofi och Psykiatri inbjuder tillsammans med Svenska Psykiatriska Föreningen till ett seminarium

Torsdag den 26 oktober, eftermiddag

“Alströmsalen”, Psykiatriska kliniken, St Görans sjukhus i Stockholm!

Fokus blir
Filosofiska aspekter på psykoterapi

inkluderande preliminärt även medvetandets roll

Om du är intresserad: skicka gärna ett mail till Jerker Hanson jerker.hanson@telia.com och/eller Jenni Andersson anderssonjv@gmail.com
En mindre avgift kan tas ut för kaffe mm.

Helge Malmgren och Jerker Hanson, ordf. resp. vice ordf. i SFFP
Svensk Förening för Filosofi och Psykiatri
(Swedish Association for Philosophy and Psychiatry)
<http://sffp.se>
http://sffp.se/sffp_eng.html (English homepage)
<https://www.facebook.com/groups/782922585088399/>
e-mail: info@sffp.se



DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: **30/08**

Tema: **Kroppen -
själens förpackning**



Missbruk, psykisk sjukdom och kriminalitet

Ny Lundaavhandling

Martin Olsson försvarade sin avhandling: Problematic substance use and co-occurring psychiatric problems in young clinical patients and in criminal justice clients, den 20 maj i Lund.

Docent Tom Palmstierna var opponent. Han gjorde en elegant presentation av forskningsläget och vi åhörare fick t.ex. stifta bekantskap med Penrose lag. Lionel Penrose genomförde 1939 en tvärsnittsstudie av 18 europeiska länder, inkluderande de nordiska, där han fann en invers relation mellan antal vårdplatser i psykiatrisk vård och antal personer i fängelse.

Martin Olsson visade i sin avhandling att 34 % av personer som suttit i fängelse blev i efterförloppet hospitaliserade för psykiatrisk diagnos och i en efterföljande analys där man exkluderat vårdtillfällen som berodde på missbruk eller bara ett personlighetssyndrom så fann man att 10 % av fängelsepopulationen hospitaliserats pga. psykiatriska diagnoser. Prediktorer för inläggning var inte överraskande depression, ångest, användande av lugnande medel och självmordsförsök, däremot var amfetaminmissbruk inte predicerande.

Risikfaktorer för onaturlig död i en fängelsepopulation belystes också i ett arbete och prediktorer för detta var heroinmissbruk,

cannabissmissbruk, skadligt bruk av alkohol (binge-drinking) och tidigare inläggning pga. psykiatrisk sjuklighet. Suicidproblematiken diskuterades och död efter överdos speciellt. Det är mycket svårt att i efterhand bedöma intentionalitet efter död i överdos av narkotika.

Arbete tre handlade om "Interactive voice response with feedback intervention in outpatient treatment of substance use problems in adolescents and young adults: a randomized controlled trial". Martin Olsson fick beröm för att han med hjälp av andra i forskargruppen lyckats genomföra denna studie som visat lovande resultat.

Det fjärde arbetet handlade om tramadolmissbruk och att man kan analysera tramadol i hår hos missbrukarna. Hos de som använde tramadol som drog var nästan alla också cannabissmissbrukare.

Det var mycket intressant att ta del av diskussionen och intressant att fundera på fängelsepsykiatri, designade nättdroger och hur man kan hjälpa ungdomar att upphöra med missbruk.

Cecilia Mattisson
Docent, överläkare



KIPA - kompetenshöjande insatser för personal vid asylboende

Ett projekt med syfte att öka den psykiska hälsan för asylsökande

Morgon blir till förmiddag i en kommun någonstans på Västgötaslätten. Två psykologer möter ett trettioårigt boendepersonal från fyra olika boenden och några socialsekreterare i en föreläsningssal för att presentera KIPAs basföreläsning. Ämnena handlar om migrationsprocess, psykisk ohälsa med fokus på kriser och trauma, men också boendepersonalens arbetsmiljö och konflikthantering. Många ämnen berörs och föreläsningen är snarast att betrakta som en introduktion till de 2-3 konsultationstillfällen som i efterföljd erbjuds ute på de enskilda boendena där personalen får tillfälle att borra djupare i de frågor som är relevanta på just deras boende. Tidigare under vårvintern har det förekommit att ensamkommande tagit sina liv och en del boenden fruktar att det – gud förbjude! – ska hända hos dem. Psykologerna har rest sedan bittida och personalen är starkt engagerad i de ensamkommandes ve och väl. Frågorna och erfarenheterna som delas blir många så redan föreläsningen tenderar att dra åt en konsultations-setting. Utvärderingen av föreläsningen tyder på ett positivt mottagande med önskemål om fördjupning och vidare samtal.

Scenen från Västgötaslätten hade kunnat vara hämtad från vilken som helst av Västra Götalandsregionens 49 kommuner. Oftast är det personal vid kommunala HVB-hem KIPA-psykologerna möter. Sedan boenden för asylsökande sattes i brand 2015 och Socialstyrelsen tog bort registret över HVB-hemmen från sin web-plats är det inte lägre lika enkelt att söka upp dem. Kontakten med boendena förmedlas via kommunerna centralt och trots ett generöst erbjudande

– gratis utbildning och gratis uppföljande konsultationer på plats – är det ibland initialt svårt att få kommunerna att nappa. Efterhand som ryktet om projektet har spridit sig hör nu boenden själva av sig och önskar stöd till sin personal. Projektet riktar sig även till privata aktörer och större förläggningar som Migrationsverket driver.

Gemensamt bland personalen man möter är engagemanget för de boende och önskemålet om att göra ett gott jobb. Tyvärr möter vi ofta uppgifter om att vården inte lyckas möta de asylsökande barnens behov, det gäller såväl vårdcentraler som specialistpsykiatri. På en del håll upplever man att den förda asylpolitiken med hot om avslag, utvisning och långa väntetider sätter käppar i hjulet för arbetet, men hungern efter verktyg i vardagen gör att man tacksamt diskuterar och suger i sig om Traumamedveten omsorg, Lågaaffektivt bemötande mm. Projektet försöker samla och förmedla tips och idéer om metoder som andra aktörer utvecklat och använder.

Sven Ernstsson

*Projektledare Kompetenshöjande Insatser till Personal i Asylboenden
Kunskapsstöd för Psykisk Hälsa i VGR
Koncernstab hälso- och sjukvård Koncernkontoret
Västra Götalandsregionen*

Faktaruta

Som ett led i regeringens beslut i dec 2015 om tillfälligt stöd till landsting och kommuner för att hantera flyktingsituationen har Västra Götalandsregionen (VGR) beslutat att satsa på kompetenshöjande insatser för personal på asyl- och anläggningsboenden (även HVB). Projektet löper under 2016 till 2018. Syftet är att genom utbildning och konsultation till personal medverka till att bibehålla eller förbättra den psykiska hälsan bland asylsökande. Fyra psykologer med erfarenhet från kliniskt arbete med traumatiserade patienter har anställts i projektet. Projektet sorterar under Kunskapsstöd för psykisk hälsa, VGR.

Har självmordet ett överlevnadsvärde? – Ett alternativt synsätt!

Synen på självmord

Synen på självmord och självmordsbeteende har skiftat över tid och sociokulturellt sammanhang. Sedan Dürkheim har det uppfattats som en konsekvens av sociala processer. Andra som betonat den psykiska smärtan som en drivkraft bakom självmord är Schneidman och Baumeister. Williams har utvecklat tanken om självmordshotet eller självmordsförsöket som ett uttryck för psykisk smärta (cry of pain) och oförmåga att undkomma (entrapment theory). Självmordet ses som en funktion av tre komponenter; en stressfull livssituation som upplevs som förödmjukande, en känsla av att inte kunna komma undan och upplevelsen av att det inte är möjligt att förändra situationen (defeat, no escape and no rescue). Ett vanligt synsätt har också varit att se självmordet som en process, som en flykt/ett avslut.

Under senare tid har ett mera medicinskt psykiatriskt perspektiv dominerat där självmordet ses framför allt som en konsekvens av psykisk sjukdom/ohälsa. Forskningen har i konsekvens med detta fokuserat på riskfaktorer av social, psykiatrisk och på senare tid mera renodlat biologisk inklusive genetisk natur. Ytterligare ett synsätt som etablerats på senare tid är synen på självmord/självmordsförsök som ett psykologiskt olycksfall som inträffar när belastningen på en individ överstiger hennes förmåga att hantera sin livssituation. Över huvud taget har det lanserats en rad teorier/modeller för hur man ska förstå självmordet, de flesta med utgångspunkt i självmordsproblematiken i västerländska kulturmiljöer.

Varför suicid?

Ingen av dessa förståelsemodeller svarar emellertid på den grundläggande frågan varför människan över huvud taget har självmordet som ett handlingsalternativ när livet av uppenbarligen många olika skäl upplevs som omöjligt/inte längre önskvärt. Vad är det som gör att människan ibland väljer självmordet? Varför har människan utvecklat en suicidalitet som inte finns observerad hos några andra djur. Människan kan genom sin förmåga till självreflexion se på sig själv och sätta sig in i ett större sammanhang och värdera sin roll, sitt liv och göra val – hur fria val vi gör kan väl diskuteras – men det finns ett utrymme för val som inte andra djur har. Människans kognitiva apparat har uppenbarligen självmordet inbyggt – förmågan till självtranscendens har skapat detta handlingsalternativ!?

Kanske ligger det ändå något i Freuds tanke om en dödsdrift. Freud skriver inget mera explicit om självmordet, men diskuterar självmordet i flera av sina fallbeskrivningar och skriver t.ex. att "dödsdriften är ett ofrånkomligt antagande på såväl biologiska som psykologiska grunder" och att den synliga aggressiviteten är den yttre manifestationen av den osynliga dödsdriften. Andra som diskuterat detta är Allbach, som menar att självmordet inte kan förstås utan förekomsten av en självdestruktiv process som kan starta mycket tidigt och pågå under kanske hela livet fram till det fullbordade självmordet. Rudd ser självmordet som resultat av ett

"suicidal mood", som bygger på ett kognitivt synsätt där affektiva symtom, biologiska/fysiologiska faktorer och ett "suicidal belief system" interagerar.

Ett evolutionärt perspektiv

Alla de inledningsvis nämnda synsätten/modellerna förutsätter implicit någon slags dödsdrift, "suicidal mood" hos människan som utgör förutsättningen för att enskilda individer under vissa omständigheter tar sina liv eller försöker att ta sina liv. Den "tysta" acceptans som finns för åtminstone vissa typer av suicid i de flesta kulturer talar också för något slags "dödsdrift", som ligger djupt rotad i människans sinne! Många (kanske alla?) i vår kultur tänker någon gång på suicid som lösning på en svår livssituation, medan bara någon enstaka faktiskt tar sitt liv. Detta "suicidal mood" har uppenbarligen överlevt under evolutionens gång och måste sålunda ha ett överlevnadsvärde för flocken – och om så är fallet, vilket skulle värdet av självmord kunna vara?

En ur ett evolutionärt perspektiv rimlig tanke skulle vara att se på självmord och självmordsbeteende som en ibland användbar och t.o.m. framgångsrik problemlösningstrategi i den aktuella livssituationen (som ju skiljer sig åt på många sätt i olika sociokulturella miljöer). I extremfallet lämnar en individ med en av någon anledning nedsatt överlevnadskapacitet flocken eller på grund av en allvarlig konflikt med flocken. Dürkheims fyra typer av suicid, egoistiska, altruistiska, fatalistiska och anomiska, passar väl in i en sådan modell. Alla övriga beskrivna synsätt passar också väl in. Processmodellen vittnar bara om den inbyggda självdestruktiviteten som för vissa personer kan manifesteras tidigt och kan finnas där hela livet. För andra aktiveras självmordsalternativet mycket senare i livet, men förutsättningarna har hela tiden funnits där. Olycksfallsmodellen hjälper oss att bättre förstå de sista stegen i processmodellen. De olika synsätten som bygger på psykisk smärta och svårlosta – för den enskilda individen upplevda som olösliga konflikter – blir också lätta att förstå. Alla de kända riskfaktorer som en enorm forskningsinsats har belyst passar väl in i detta tankemönster. Ålder, kön, psykisk sjuklighet, familjeförekomst, alkohol och droger, genetik, tidigare suicidförsök, blir pusselbitar i det stora självmordskomplexet som ytterst bygger på något slags "suicidal mood" hos människan.

Varför förebygga suicid?

Vad skulle detta synsätt innebära för vår syn på självmordet och framför allt försöken att förebygga självmord? Det finns många goda skäl att försöka förebygga självmord. Vi har ju sedan länge försökt sätta det "naturliga urvalet" ur spel i vårt samhälle. Det finns nästan alltid alternativ till självmordet, som i varje fall omgivningen kan se även om den enskilda suicidala personen inte för tillfället uppfattar det. Psykisk sjukdom kan behandlas, svår somatisk smärta kan behandlas – om inte nu så kanske nästa månad eller om ett år beroende på kunskapsutvecklingen, som faktiskt är väldigt snabb.

Ensamhet kan brytas, kärleksbesvikelser kan bearbetas... Människor som överlevt ett allvarligt självmordsförsök fortsätter oftast att leva och är t.o.m. glada över att de överlevt. Närstående far illa, men inte alltid dock – ibland upplevs självmordet som en lättnad för en hårt prövad familj (självmordet har då ett värde för flokken!). Men ett självmord lämnar alltid närstående med många komplicerade känslor av skuld och förebråelse.

Om vi ser självmord som en lösning på ett problem – jag tror inte man ska tala om "rationella" självmord. Det för tanken fel. Däremot kan självmord vara förståeliga. Vad skulle det innebära för vår syn på suicidet, den suicidala och möjliga handlingsalternativ? Och vad skulle det betyda om vi slutade se på den suicidala personen som ett "offer" för olyckliga omständigheter och i stället se hen som en ur sitt perspektiv rationell aktör. Då behöver inte självmordet eller suicidaliteten uppfattas som "misslyckade problemlösningar". Jan Beskow har i en intervju nyligt formulerat sin vision vad gäller bemötande i suicidala situationer på följande sätt; "Att man ska förstå att suicidala personer bär det lidande som samhället producerar. De är hjältar och goda informatörer. De informerar om vad som inte fungerar i samhället. Vi ska ta vara på deras kunskap så att samhället kan bli mer anpassat till hur vi människor är biologiskt gjorda".

En förändrad syn på den självmordsnära personen!

Vi skulle då sannolikt få en annan och mindre dömande/avståndstagande inställning till personen (det finns ofta en mer eller mindre medveten negativ syn på den suicidala, som feg, misslyckad, omogen...). Detta skulle i grunden förändra vårt sätt att förhålla oss till den suicidala personen. Vi skulle kunna föra en mera öppen dialog om problemets natur och alternativa strategier. Det finns nästan alltid alternativa lösningar på det upplevda problemet även om individen just för tillfället inte ser det så. I den akuta situationen gäller det att skapa rådrum – analysera problemet tillsammans och prata igenom konsekvenserna av ett fullbordat självmord (vad innebär det för barn och anhöriga, arbetskamrater...) och vad kan behövas av hjälp, stöd, behandlingsinsatser för att förändra situationen. Vår roll som närstående eller professionella, blir medarbetarens och inte den som

är ensamt ansvarig för lösningen.

Synsättet får också konsekvenser för behandlingspersonal – den som ytterst är ansvarig för sitt suicid är personen själv – men vårt ansvar är att erbjuda vårt stöd och i extremfallet skapa rådrum genom t.ex. tvångsvård. Vår roll blir att fungera som förmedlare av hopp om förändring och som medhjälpare i förändringsprocessen. I stället för att fokusera på diagnos och behandling av mer eller mindre uppenbara psykiska sjukdomar/störningar skulle vi fråga oss vilket slags problem är det personen försöker att lösa genom sitt suicidala beteende. Den ev. förekomsten av en "dödsdrift" behöver inte innebära passivitet i en suicidnära situation eller att vi accepterar självmordet som oundvikligt – tvärtom. Döden kommer hur som helst till slut och det vi kan göra är att bjuda motstånd så länge vi kan. "Dödsdriften" kanske handlar om en dödslängtan/en längtan bort från en konfliktfylld värld som Ferlin skriver om i den korta dikten "Inte ens en grå liten fågel..." att "den vackraste dag som sommaren ger har det hänt ett jag längtat dit" (den andra sidan). Kanske är det inte heller en dödslängtan utan ytterst en paradislängtan – paradismyten tycks ju vara ett universellt mänskligt fenomen.

Vår uppgift

Mängden av teorier och modeller och allt teoretiserande omkring suicidet har inte hjälpt oss så hemskt mycket i vårt arbete med suicidprevention och suicidnära personer – är det inte dags att vi konstaterar det enkla faktum att självmord är ett sätt att lösa en svår konfliktssituation och att vår uppgift som närstående och professionella i första hand är att diskutera alternativa lösningar – som nästan alltid finns – och med respekt för att den suicidnära personens strategi inte nödvändigtvis är uttryck för svaghet, oförmåga, psykisk sjukdom...

Lars Jacobsson

*Professor emeritus, Psykiatri, Umeå universitet,
Fortfarande aktiv som kliniker och akademiker*

Det var sämre förr

Låt det inte bli sämre nu och framåt

Finns det en erfarenhetstrappa som man kan tillgodogöra sig utan att själv ha vandrat hela vägen? Finns det en meningsfull formulering av en samlad erfarenhet som kan vara till hjälp för att lyfta utvecklingen av vår praktik till en ny nivå? Undertecknad vill, tillsammans med jämngamla och yngre kollegor starta en diskussion om erfarenhetens giltighet och användbarhet för specialitetens utveckling.

Ett perspektiv på de senaste 40 åren

BUP är en specialitet som har varit och kanske är väldigt modekänslig. Förändringar har i stor utsträckning varit ideologistyrda i stället för vägleda av forskning och erfarenhet. Frustration verkar ha varit en viktigare motor för förändring än målmedvetet utvecklingsarbete. En ny idé – och även en ny diagnos – har tagit avstamp eller fått kraft i den frustration som misslyckanden i behandlingsarbetet med "den gamla metoden" har medfört. Lockelsen i en ny metod har drabbat "den gamla metodens" förespråkare och medfört ett regimskifte. Den föregående epoken har blivit underkänd, föraktad och bortglömd. Den goda erfarenheten tappas bort i stället för att bli arvet att bygga vidare på. Ett cykliskt förlopp har utvecklats där hopp och initiala framgångar har styrt hela skutan i ny riktning utan att de goda erfarenheterna av föregående epok har fått plats på resan. BUP har gått från tes till antites utan att formulera någon syntes. Vi har fått förändring men inte utveckling.

En stympad verksamhet

Barn- och ungdomspsykiatri blir mer och mer avsmalnad, allt mer stympad av de diagnostiska system vi är ålagda att arbeta inom. Diagnoser och resursfrågor pressar hand i hand fram arbetsmetoder och terapiformer, som reducerar patienternas personligheter, deras familjer och övriga livsomständigheter till oidentifierade kulisser. Evidens är ett begrepp som korrupperats och riskerar att göra så att bara det symptom, som kan behandlas inom evidensen, plockas fram i behandlingsarbetet. Men patientens liv kryllar ofta av fallgropar som behöver täckas igen med hjälp av metoder som – hittills – "endast" är erfarenhetsbaserade och därmed ofta inte erkända. Hit hör systemiskt arbete med familjer och nätverk liksom psykodynamiskt inspirerade terapier.

Diagnoser kan upplevas som alltför fyrkantiga och torftiga för att göra patientens person och problem rättvisa. Diagnoserna lämnar stora luckor. I försöken att fånga in både det speciella och det allmängiltiga i barns och ungdomars liv stympar diagnoserna bilden mer än den lyser upp.

I denna tid är inte bara klinikern fångad i diagnostiskt språk. Psykiatriska självstudier på nätet är en trend bland identitetssökande ungdomar. Man hittar möjligheter att lära och utveckla identiteter som kryddas med psykiatriska begrepp och symtombeteenden och klär sitt lidande i ett färdigt diagnostiskt språk som inte alltid leder rätt. Vi träffar unga, som inte släpper sin nya patientidentitet med risk att åter falla ner i känslor av tomhet, ensamhet och uppgivenhet.

Livsomständigheter viktiga för att förstå beteenden och reaktioner görs överhuvudtaget inte synliga. Komplexiteten i människors person och liv tappas bort, vi vaskar fram stereotyper som vi riktar flacka behandlingsmetoder till. Ett "överdiagnostiskt" språkbruk för att beskriva

problem och individens sätt att reagera på sina svårigheter styr och begränsar. Varje epok har sina signalord ("omedveten", "syndabock", "svartvit", "undvikande", "lätstörd", "trauma", "specialintresse") med en närmast magisk effekt på klinikerns perception. Den komplexa individen med alla sina reaktioner och försök att hantera livets utmaningar tappas bort i trasket av nomenklatur. Vi står på stranden och lockar den som inte längre orkar simma med terapi på fastlandet. Vi, BUP, måste, tillsammans med familj, skola, socialtjänst och andra, först skapa förutsättningar för liv. Först ett liv, sedan terapi!

Metoder begränsar synfältet

Vi arbetar smalt, alltför smalt, i nutid, fokuserar på enskilda symtom, enskilda avvikande beteenden och/eller konflikter. Vi arbetar med metoder som avgränsar problematik och siktar på hantering i stället för förändring parad med förståelse, insikt, breda perspektiv, insatser på individ- och systemnivå.

Behandlingsmetoder påverkar vår syn på de personer vi möter. För KBT beskrivs man på ett sätt, för medicinering på ett annat. Familjeterapin, precis som psykodynamisk psykoterapi, odlade egna språk. Beskrivningen reduceras för att passa behandlingsutbudet i stället för att vi formar behandlingar som passar individen med sina förutsättningar.

Så vilka behandlingsmetoder skall vi använda inom BUP? Frågan är komplicerad, men ett intryck är att teknik och metod övervärderas medan andra sätt att närma sig patienten göms eller glöms bort. Frågan är om våra otillräckliga insatser döljer eller hindrar "det egentliga problemet" från att bli synligt.

Vårt tänkande och vår varseblivning ockuperas eller blockeras av den som fått – eller tagit sig – rätten att formulera en ny sanning. Kollektivt verkar detta blockera tillgången till tidigare vunna erfarenheter och kanske även att förhindra nytänkande. Detta är förstås bara en annan formulering av den bekanta tesen om "ordets makt över tanken", men mycket i den barn- och ungdomspsykiatriska utvecklingen verkar kunna beskrivas i sådana termer. Jag menar att man kan hävda att resonemanget stämmer in på det psykoanalytiska såväl som på de familjeterapeutiska och beteendeterapeutiska paradigmen.

Vårt utbud av behandlingar, "vår verktygslåda" med ett aktuellt språkbruk, är troligen en viktig förklaring till hur vår perception av patienterna och hur vårt språk att beskriva dem formas. Sett i backspegeln har vårt behandlingsutbud alltså varierat över decennierna och därmed har också vår blick, vårt sätt att tolka och förstå och vårt sätt att beskriva de barn, ungdomar och familjer som söker oss förändrats. Utvecklats? Förbättrats? Ytterst tveksamt, snarare bytts ut. Det vi har lärt oss under en period har offrats för ett nytt perspektiv, för en ny verklighetsbeskrivning i stället för att läggas till, för att vidareutveckla och för att föra goda erfarenheter vidare.

Björn Lundin
Barn- och ungdomspsykiater
Linköping

Den tonårstid som är och förblir

DÅ

Vi träffas en kväll. Sju klasskamrater som tidigt i livet kom att dela både glädje och sorg. Från klass tre hängde vi ihop och skildes åt efter nian. Inte utan en känsla av vemod.

Nu är vi medelålders kvinnor med karriär, äktenskap och barn. Även barnbarn. Jag vill minnas att vi tillsammans utvecklades till unga kvinnor med både ett personligt och gemensamt ansvar för det vi uppskattade och trodde på. Det blev en lång kväll, och många av de minnen som väcktes till liv blev vi också delaktiga i. Vi var tämligen eniga om att tiden mellan barndom och vuxenliv var den mest spännande. Ibland äventyrlig. Första förälskelsen, pirret i kroppen när pojkarna tog och klämde på en, och hur man försiktigt lärde känna deras kroppar som bångstyrt sköt i höjden. Åtminstone lokalt. Hur funglest och oantastbart vackra och akneförsedda de var. Pirret, glädjen, upptäckarlusten, tungkyssen och det första sveket. Allt blandat i en pubertal brygd utan like men lika för alla. På något flyktigt vis delades den pubertala lust- och svekansvarsbiten upp inom gruppen. Kanske inte alltid rättvist, men ack så självklart som en del av spelreglerna – tonårstiden. Det fanns liksom en kodex: Ett normsystem för ett ostoppt, lockande och *testvilligt* energiflöde. Vi festade utan insyn från vuxenvärlden, men med deras godkännande och tydliga föräldraansvar som trygg fond. Inget konstigt med det. Helt normalt. De hade ju sitt. Vuxenvärld och barn- och ungdomsvärld var tryggt skilda åt.

Händelser så pinsamma och saker man ångrar och skäms för? Javisst fanns det med som en del av den trevande och, minst sagt, urskillningslösa mängd "kåthet" som lycksaligt härjade till kropp och själ. Kanske mest kropp. Att fråga på chans hit och dit var ju praxis. Och likaså att testa, och låta sig bli testad genom att hålla handen, smyga, kramas, pussas (släta varandra) samt att hängla på de mest kroppsböjliga sätt, som kan få en yogafantast att känna avund, var vårt "spänningsfält". En arena väl fredad från de vuxnas insyn och gränsproblematik. Att de äldre killarna ville gå över gränsen och ligga med oss lärde man sig hantera. På ett kontrollerat och förföriskt sätt medverkade man till att fresta dem utan att någon gick över gränsen. Man kittlade varandras "trubbiga" kåthet. Kompisarna och grupplojaliteten fanns där som både en trygghet och växtmöjlighet i ens trevande identitetsbygge. Vi ville främst bli betraktade, kommenterade och blygas inför alla otillbörliga förslag som samtidigt som de var förföriska bekräftade att man var åtrådd. Sedd! Samtidigt åtrådde vi dem vi inte fick medan vi fortsatte att kyssa och hängla med "våra" pojkvänner. Objekten för vår kärlek växlade, men begäret var obevekligt. Helt i linje med den ombytthet som kännetecknade vår tonårstids första försök att ritualisera vårt samspel med jämna åren och att skapa smågruppsritual. Det var vår härliga och besvärliga tidiga ungdomsperiod av sexuell och intellektuell nyfikenhet under växt som sanktionerade uppskjutandet av definitivt engagemang. En tid som gav oss spelrum att experimentera med

olika roller, och då främst könsroller. Och var gränsen gick för vad som var okej och inte okej lärde vi oss just genom att experimentera och dela våra erfarenheter. Ibland delade vi även objekten för våra erfarenheter med varandra. Vi pratade om allt, och vi lärde oss att växa och mogna till kropp och själ genom att vi tillät oss testa, smaka på och överraskas av de naturliga kroppsytringar som fanns där i sitt knopplika tillstånd för att senare blomma. Det skedde oberoende av, och bortom de vuxnas inblandning och gränsförvirrade uppfattning om vad de ansåg känneteckna normalt tonårsbeteende.

NU

Vad har hänt med den gamla ystra tonårstiden? Varifrån kommer de vuxnas rädsla, moralpanik, för den naturliga nyfikenheten som finns hos barn och tonåringar inför det sexuella, och viljan att famlande experimentera med könsroller. Vad har "vuxna" där att göra när de inte kan ansvara för att hålla tassarna i styr? De är tonåringarna som ska ha svårt med det! Varför denna rollförväxling?

I en vanlig 9:a med fler pojkar än flickor märks ett alldeles särskilt, lite fnittrigt, intresse för flickornas BH:ar och det som däri göms och dröms, men inte glöms. Grabbarna drar och med spänning leker med spännen och annat elastiskt material. Intresset för tjejens kropp är på topp. Det lockar och pockar från olika håll. Oskuldsfullt vill man känna hur det känns och se vad som händer. Hur reagerar tjejerna? Stämningen är uppsluppen, närmast lekfull. Och i experimenterandet testar ungdomarna sina gränser, och det som iscensätts är ett spel där roller formas och omformas för att ännu inte befästas. Det är precis som i sandlådan men på en annan utvecklingsnivå som man kan kalla tonåringarnas "handlådeverksamhet". Oj, vad det tafsas, kläms, kramas och hänglas. Det står härliga till, och känslorna sprudlar. Ingen klagar eller känner sig utanför och utnyttjad. Kränkt. Men vuxna ska ändå dit och blanda sig i.

Lärare har sett vad som pågår i klassen och, i upprört högmod, enats om att något måste göras – åtgärdas. Någon måste ta ansvar och visa handlingskraft. Man måste ta tag i dessa avvikande beteenden. Fast flickorna inte klagat utan själva glatt medverkat betecknas det som hänt som "sexuella övergrepp" alternativt "sexuella trakasserier". Normalt och utvecklingsfrämjande tonårshyfs har blivit kriminell handling. Så, när vi inte vattnar blommor som behöver näring vet vi att de vissnar. Det gäller även våra barns och ungdomars nyfikenhet på varandra, och alla därtill hörande privata- och grupputforskande (lust)aktiviteter. Vi vuxna måste hålla oss borta från tonåringarnas kroppssysselsättningar – kärlekslekar. Övervakat måste de få tam-pas med och lära sig av (på) sina egna och varandras kroppar så de ostört kan skapa sig en uppfattning om vilka de är, och var deras och kompisarnas gränser går. Pålitligheten i de ungas engagemang beror just till stor del på utgången av tonårens kamp för identitet, inklusive könsidentiteten. Ingen ungdom kan heller inte veta vem han eller hon är förrän individen ifråga har mött och provat olika och

lovande partner i arbete (skola och fritid) och kärlek. Har vi "vuxna" inte själva varit unga och känt oss härligt besvärliga och besvärande någon gång? Vad är det med oss?

Tonen på efterföljande föräldramöte var upprörd. Unisont menade föräldrarna att det är helt oacceptabelt att sådana sexuella antydningar och beteenden får ageras ut i deras barns klass. Ja, i skolan över huvud taget. Det kan bara klassas som kränkande behandling och måste därför stoppas omgående. Pojkarna blir kallade till samtal för att läsas upp av både lärare och föräldrar. De blir medvetna om vuxenvärldens värderingar: deras inskränkande och inkräktande hållning. Några menar till och med att det pojkarna gjort sig skyldiga till kan betraktas som en grov kriminell handling. De ska därför vara evigt tacksamma att de bara är 14 (minderåriga) för annars skulle det bli polisanmälan. Och då minsann skulle de utkrävas ansvar för sitt förödmjukande och sexistiska beteende mot kvinnor. Tafsande på rumpor, lek med BH-band och flickors begynnande och aktivt nyfikna snoppintresse skulle alltså rubriceras som "sexuella trakasserier" alternativt "sexuella övergrepp". De vuxna verkar inte alltid längre vara vid sina sinnens fulla bruk, utan mer vid sina sinnens fulla missbruk. För den skull får man självsvåldigt inte ta sig rätten att projicera egna "perverterade" föreställningar och sextabun på våra barn och tonåringar. Vilket inskränker deras behov av att testa sina egna gränser; och att småningom frigöra sig och ta eget ansvar för sina personliga och sexuella preferenser. I ovan nämnda fall gick man så långt att man även ansåg det vara medlöperi att stå och se på när pojkar drog i flickors BH-band utan att "anmäla" denna "brottsliga handling" till skolans ledning. Att vuxenvärlden uppmanar till skvaller är många gånger värre än att låta de ungdomar som inte deltar ändå få se hur andra ungdomar hanterar sin begynnande vuxensexualitet. Även här sporrar och lär tonåringar av varandra. Självklart ska vuxenvärlden finnas till hands när det sker övergrepp, mobbning, våld och andra former av trakasserier. Men vi tror att våra kloka och ansvarsmedvetna ungdomar klarar av mycket på egen hand. Det är liksom en del i deras utveckling som ligger väl till pass om den får förbli oantastbar. De vet ofta själva när gränsen är nådd, och för det mesta har de koll på varandra och vet när de ska be om hjälp.

Vi har försökt förstå vad som hänt med vuxenvärldens syn på sexualiteten, och på ungdomars kärleksfulla lek. Var tog den nervöst sunda, glada och livskraftiga tonårssexualiteten vägen? I press och media möts vi ofta av ett svart-vitt-tänkande i form av gärningsman och offer ganska långt ner i åldrarna. Ombett basunerar det ut om våldtäkt, övergrepp och (nät)kränkningar med sexuella anspelningar. Hur kan det vara så när vi alla vet att vi växer oss vuxna i gemenskapen med jämnåriga bortom insyn från både vuxna och massmedia. Något stämmer alltså inte. Och, du, skulle det spåra ur någon gång kanske tonåringen har tillit och mod att själv knacka på och ta kontakt med vuxenvärlden på SINA EGNA VILLKOR. Har du tänkt på det?

I den litteratur vi läst i ämnet har man en någorlunda enhetlig syn på ungdomssexualiteten och den visar att den mestadels äger rum utanför vuxnas insyn. Barn och ungdomar måste få utforska sin sexualitet med varandra, utan att vuxna tolkar och benämner vad de tror försiggår. Risken är då stor att de blandar in egna fantasier. Kanske också sin avund. Vi minns säkert alla hur vi uppförde oss i sällskap med vuxna och allt vi gjorde när de inte var närvarande. Ungdomar behöver sin subkultur för att lära sig om sexuella reaktioner, sin kropp, om onani och sina egna och andras gränser.

Avslutningsvis går våra tankar till hur en ung flicka kan få en trasig pojke att tro på livet igen. Det är Sven Delblanc som i sin bok "Agnar" berättar hur han svårt traumatiserad efter ett år i Kanada med en sadistisk far återkom till Sörmland. Han kom att hata sig själv så mycket så att han nästan blev deprimerad. Men hans liv vände den dag då han och hans tre unga tonårskamrater fick lov att titta på när några jämnåriga flickor klädde av sig och badade nakna inför pojkarnas blickar: "Jag tänkte – om jag blir hundra år, kommer jag aldrig, aldrig att se något så vackert som dessa sörmländska flickor en junidag vid Måsarens sjö. Och nu vet jag att livet är värt att leva".

Psykologerna **Gunilla Nilson och Thomas Silfving**

Författare till böckerna Hotande Närhet: Om borderlinerelationer och Narcissistens Spegel: Om narcissister för anhöriga och vårdpersonal.

Studentlitteratur

DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: **30/08**

**Tema: Kroppen -
själens förpackning**



Lika och olika

Inom personlighetspsykologin skiljer man gärna på allmän psykologi och differentialpsykologi, där allmänpsykologin omfattar det som förenar människor och grupper, differentialpsykologin det som skiljer. Det kan vara lätt att uppfattas som en god människokännare genom att ge en nyanserad men allmängiltig bild av en person som denne känner igen sig i, utan att kunna urskilja att bilden gäller för de flesta (i den åldern, med det yrket och civilståndet osv). Men akademisk allmänpsykologi har övervägande utformats inom ramen för den västerländska kultursfären och är inte så "allmän". Vår allmänpsykologi kan snarare ses som differentialpsykologi i ett multikulturellt globalt perspektiv (där alla kulturer har sin "allmänpsykologi"). "Vår" allmänpsykologi riskerar att bli urskiljningslöst tillämpad även på människor och grupper från andra kulturer utifrån "västerlandets hegemoni" som väl åtminstone fortfarande gäller inom forskningen. Inom den transpersonella psykiatrin har det till exempel blivit tydligt att den psykologi på vilken vi baserar klinisk utredning, bedömning och behandling inte minst av barn inte är generellt tillämpbar över kulturgränserna.

Omfattande jämförelse mellan olika kulturer

Agnes Botond, leg. psykolog med doktorskompetens i pedagogik ifrån sitt hemland Ungern, tar i *Kulturell Psykologi* ett brett grepp på detta ämne när hon sammanställer relevant forskning vad gäller skillnader både vad gäller kognition, emotioner, motivation och personlighet liksom kommunikation och utvecklingspsykologi. Med tanke på alla kulturer som skulle kunna jämföras har forskningen bara kunnat belysa ett begränsat antal. En stor del av materialet hänför sig till jämförelser mellan amerikanskt/västerländska och asiatiskt/österländska kulturer. En förenklad men intressant dikotomi som utvecklas i boken skiljer mellan independenta, individsamhällen och interdependenta, gruppssamhällen.

Individ- och gruppssamhälle

I *individsamhället* utskiljer man sig primärt som individ, jagbegreppet är centralt och självuppskattning premieras. Man flyttar dit där det finns arbete, samhällen snarare än gruppen står för övergripande beslut. Kunskap lärs ut av experter. Sexualiteten är jämförelsevis fri, döden hålls frånvarande. Beteendens regleras i stor utsträckning snarare av skuld- än av skamkänslor. Människor ter sig jämförelsevis mer extroverta, rör sig snabbare, är mer konsumtionsberoende och tenderar att få sin information från media snarare än från sociala relationer jämfört med i gruppssamhället och handikapp är också mer öppet accepterade.

I *gruppssamhället* står medlemskapet i fokus. Man strävar att bo kvar på sin hemort. Vi-begreppet och gemensamma beslut är viktiga, liksom att äldre lär yngre. Sexualiteten är kontrollerad och beteende begränsas övervägande av skamkänslor och rädsla för exkludering, döden är naturligt närvarande. Man är beredd att anpassa sina val till kollektiva mål snarare än att driva sin egen linje. Att bevara harmonin i gruppen är överordnat den enskilda individens personliga självständighet. Det betonas i boken att det i alla samhällen finns individer och grupper som kan ha både interdependenta och independenta drag.

Familje- föräldra- och barnperspektiv

I boken skiljs på *egalitära respektive hierarkiska familjetyper* där den först nämnda har en individinriktad platt demokratisk natur medan den hierarkiska har en tydlig struktur för makt och ansvarstagande, samtidigt som den är kollektivistisk med stark vi-känsla. Män värderas ofta högre än kvinnor och upprätthållande av familjens heder är en stark regulator inte minst av kvinnors beteende.

Kulturell psykologi 2017

Agnes Botond
Studentlitteratur; 2017

Föräldrastilarna tycks skilja sig i de olika samhällena. I det independenta samhället har barn och föräldrar mindre kroppskontakt men mer ögonkontakt vilket befrämjar personlig autonomi medan den interdependenta stilen främjar större förmåga till ömsesidigt beroende. Man finner – kanske överraskande – en tidigare och bättre självreglering hos barnen, vilka ofta upp till skolåldern i majoriteten av alla globala samhällen, sover i föräldrarnas säng. Hos en undersökt kultur där barnen fick sina behov tillfredsställda omedelbart och kroppskontakten var starkt utvecklad, kunde forskare inte finna några uttryck för otrygg anknytning.

Synen på barn

Barns beteende kan värderas olika: olydnad kan ses som tecken på självständighet eller som en handling som äventyrar gruppens sammanhållning. Att framhålla egna förtjänster ses som positivt och uppmuntran som förstärkare av ansträngning, medan motsvarande beteende i andra samhällen ses som tecken på själviskhet och omognad och att det är kritik som får barn att anstränga sig. Blyghet och nedtoning av egen framgång uppmuntras t.ex. i Kina medan dessa egenskaper värderas lågt i de flesta västerländska samhällen.

Kulturetnocentrisk utredning

Forskningsfynd beträffande likheter och olikheter mellan olika kulturer har varierande relevans i den kliniska vardagen då de är olika upplagda. Författaren betonar och utvecklar dock en aspekt med emphasis – de psykologiska och psykiatriska utredningsmetodernas validitet angående vilka det ännu inte tycks råda konsensus bland psykologer. Vissa anser till exempel att såväl kognition som intelligens är kulturspecifika men ändå att testen är universella. Använder man samma test i olika kulturer är det ändå viktigt att poängsättning och tolkning är kulturellt anpassad. Inte minst gäller det bedömningen av barn vad gäller skolplacering där en felplacering kan få livslånga konsekvenser såväl för självbild som för generell kompetensutveckling. Vikten av att varje behandlare arbetar med sin egen tendens till etnocentrism betonas, att man ser varje individ i sin egen egen rätt och inte tar något för givet.

Bred läsekrets

Boken är intressant, informationstät och relativt lättillgänglig. Den vidgar perspektiven och är skriven med en personlig ton där författarens närvaro och erfarenhet blir tydlig. Hon har lyckats att väl organisera sitt stora och komplexa material – runt 700 referenser – på ett överskådligt sätt. Boken kan förhoppningsvis vinna inte bara en stor professionell läsekrets utan också nå läsare med ett brett kulturellt intresse som vill bredda sin transkulturella insikt.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

En Pudel!

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

Foto: Shutterstock/Matej Kastelic



Kalendarium

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

30 TH ECNP CONGRESS

(European Congress of Neuropsychopharmacology)

2-5 september 2017, Paris, Frankrike

<http://2017.ecnp.eu/>

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 - HELVÄTSSYN FÖR GOD OCH JÄMLIK VÅRD

12-13 oktober 2017, Malmö

www.jamlikvard.org

FRAMTIDENS MEDICIN OCH HÄLSA

(arrangör Svenska Läkaresällskapet)

14-15 november 2017, Stockholm Waterfront

<http://www.sls.se/Utbildning/Framtidens-Medicin--Halsa/>

Fler kongresser hittar Du på

www.svenskpsykiatri.se

www.sfbup.se

www.srpf.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. Om du är intresserad av att söka är det nu dags att börja tänka ut en projektplan och etablera kontakt med den klinik eller institution där du vill vistas.

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