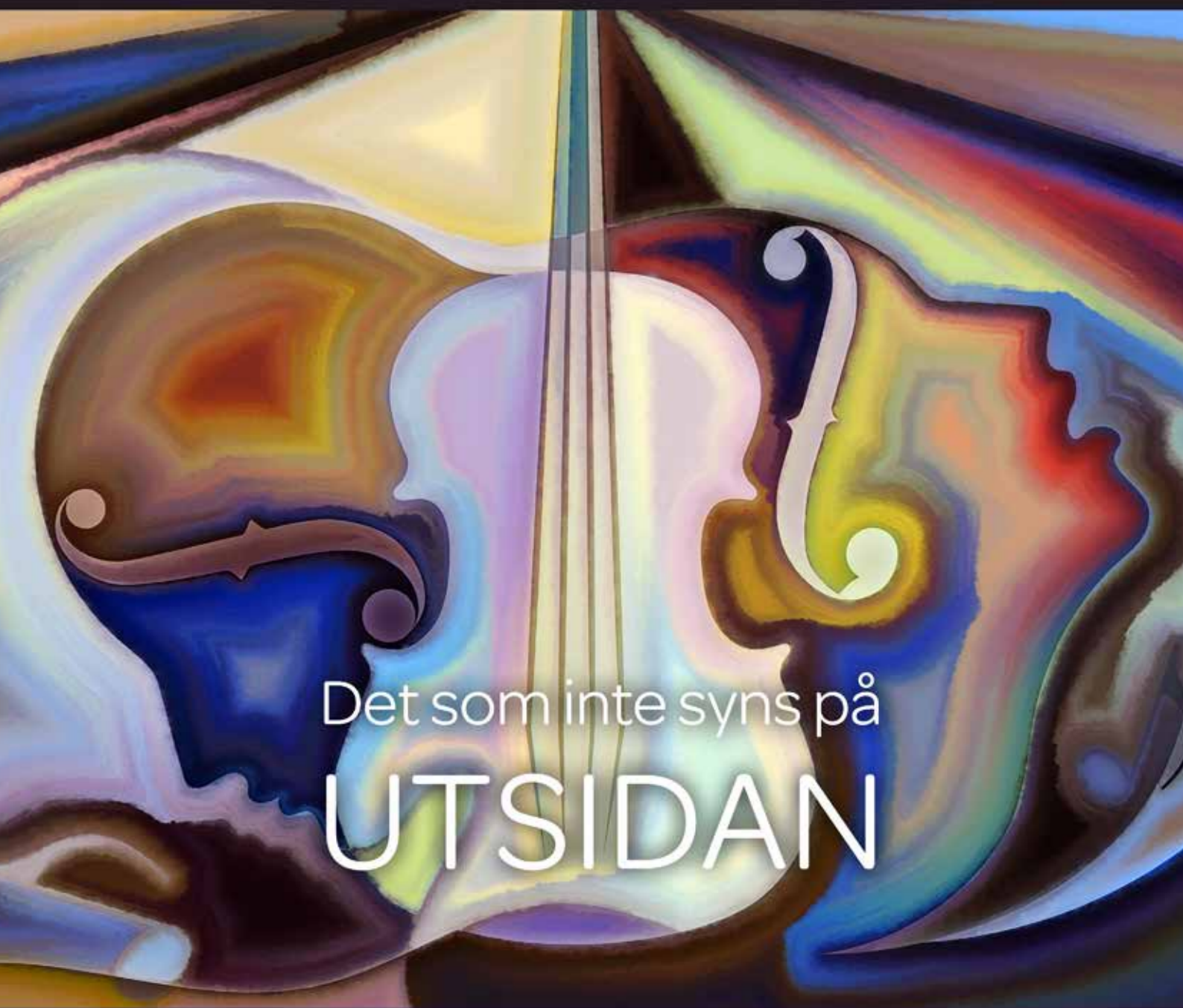


Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#2

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - Juni 2018



Det som inte syns på
UTSIDAN

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
- 26 Krönika enligt Tiger, **Mikael Tiger**
- 28 Senaste nytt från SPF's Utbildningsutskott, **Jonas Rask**
- 38 10 frågor, **Johan Fernström och Maher Khaldi, Stina Djurberg**
- 81 Bokrecension: I befintligt skick. Att ta sig själv på allvar, **Thomas Silfving**
- 83 Bokrecension: Suicidprevention i praktiken, **Daniel Frydman**
- 84 Bokrecension: Livet, **Alessandra Hedlund**
- 85 SPF fortbildar, **SPF styrelse**
- 86 Bokrecension: Makt och psykoterapi **Björn Wrangsjö**
- 87 Kalendarium

Tema:

- 10 Det som inte syns på utsidan, **Hanna Edberg**
- 12 Det som inte syns och det som gör det, **Tove Gunnarsson**
- 14 Det som finns under ytan, **Ullakarin Nyberg**
- 16 Behandlarvardag, **Björn Wrangsjö**
- 17 Det syns inte på utsidan, **Per Gustafsson**
- 19 Mitt osynliga inferno: autism och intryckskaos, **Anonym**
- 20 Den skrattande änklingen, **Tove Gunnarsson**
- 21 Noli me tangere, **Carl Snoilsky**
- 22 Om betydelsen av inre hot, **Johan Schubert**
- 24 Barn är ett folk och de bor i ett främmande land, **Hedvig Krona**
- 25 Look good, feel better, **Per Gustafsson**
- 26 Under ytan, **Mikael Tiger**
- 28 Senaste nytt från SPF's Utbildningsutskott, **Jonas Rask**

Rapporter från möten och resor:

- 30 Nya hedersledamöter i SPF, Lil Träskamn Bendz och Göran Tidbeck, **Johan Fernström, Svante Nyberg**
- 32 Årest Raffaellapristagare, **Hans Ericson**
- 42 Rapport från Svenska BUP-kongressen i Luleå, **Lars Joelsson**
- 45 Rapporter från Svenska Psykiatrikongressen 2018
- 51 Varför hålls SPK i Stockholm även nästa år, **Tove Gunnarsson**
- 66 Biologisk psykiatri och hackad lever i New York, **Johan Fernström**
- 68 Vår i SSBS i samband med 15-årsjubileet, **Maria Larsson**
- 70 Psykiatri i Buenos Aires, **Kajsa M Nordström**

Psykiatriska nyheter:

- 60 Största jämförelsen hittills av antidepressiva läkemedel, **Johan Fernström**
- 62 Utsatthet i barndomen, våldsbrott och risk för självmord i tidig vuxen ålder, **Emma Björkenstam**
- 63 ADHD har inte blivit vanligare, **Mina Rosenqvist**
- 64 Hälsa och levnadsvanor vid psykisk sjukdom - en ny Metis-kurs, **Jarl Torgerson, Jill Taube**

Debatt:

- 76 Vad menar med ohälsotal, **Thomas Silfving**
- 77 Immigration, suicidalitet, våldsprevention och "manlig" depression, **Wolfgang Rutz**

Övrigt:

- 8 50 nummer! **Tove Gunnarsson**
- 9 SPF och GDPR, **Stina Djurberg**
- 36 Dags att ansöka om Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne, **Styrelsen för SPF**
- 40 Ny BUP-professor i Linköping, **Per Gustafsson**
- 53 Inbjudan att skicka in kongressbidrag och att vara utställare på SPK 2019 i Stockholm
- 54 Ny riktlinje från SPF: Transkulturell psykiatri, **Dan Gothefors**
- 54 Kollegial rådgivning, **Tove Gunnarsson**
- 56 Vinnare i SPF:s skrivartävling, **Tove Gunnarsson**
- 57 Den första, **Tove Janarv**
- 58 Etikett i mötet med den psykiatriska patienten, **Elisabeth Karlsson**
- 59 Psykiatrifonden, **Maria Larsson, Martin Schalling**
- 73 Stiftelsen Natur & Kulturs Cullbergstipendiater 2018, **Tove Gunnarsson**
- 75 Så minns vi Lars Bjerkenstedt, **Gunnar Edman, Sten Philipson**

Tidskriften för Svensk Psykiatri



Den vackra utsidan...

... av detta nummer följs av en insida med fler sidor än på länge. Temat "Det som inte syns på utsidan" har lockat många att skriva och dessutom finns här rapporter från SPK och BUP-kongressen, forskningsnyheter, debattinlägg, recensioner och väldigt mycket mer. Ett nummer att ta med sig till hängmattan!

Du missar väl inte att du redan nu kan skicka in förslag på programpunkter till nästa års Psykiatrikongress? På sidan 53 finns mer information. Var med och bidra till att det blir den bästa kongressen någonsin!

Nästa nummers tema...

... är Anhörig. Så vad kan detta tema innefatta?

Att vara anhörig/närstående till en person med psykisk sjukdom påverkar livet på flera sätt. För många innebär det ett stort ansvar att ge stöd och hjälp, egna behov och intressen kan få stå tillbaka. Syskon som kanske inte tar något direkt "vårdansvar" kan ändå påverkas genom att de kommer i kläm, det blir inget utrymme kvar för att deras problem ska bli sedda.

Att vara anhörig kan också betyda att leva med ständig sorg och naturligtvis särskilt då någon tagit sitt liv. Anhörigföreningar har stor betydelse för att minska känslan av ensamhet.

Ibland pratas det om att vara medberoende – vad menas med det?

En annan aspekt är att många med psykisk sjukdom har ett bristfälligt socialt nätverk – eller inga anhängare som bryr sig – med alla konsekvenser det för med sig.

Äntligen är sommaren här och vi hoppas att den uppfyller alla förväntningar på avkoppling och vackra dagar. Och förstås att den ska inspirera till författande av bidrag till Svensk Psykiatri.

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

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@sll.se)

Daniel Frydman

(daniel.frydman@icloud.com)

Per Gustafsson

(per.a.gustafsson@liu.se)

Björn Wrangsjö

(bjorn.wrangsjö@gmail.com)

TEKNISK REDAKTÖR

Stina Djurberg

stina.djurberg@buf.se

FOTO/GRAFISK DESIGN

Carol Schultheis

carol.schultheis@buf.se

(där inget annat anges)

OMSLAGSBILD

Carol Schultheis

agsandrew/ Shutterstock.com

INTERNET

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se

En givande vår



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: Johan Fernström
(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

FAKLIG SEKRETERARE: Jonas Rask
(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

REDAKTÖR SVENSK PSYKIATRI: Tove Gunnarsson
(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

LEDAMOT: Tarmo Kaaris
(kaaris@svenskpsykiatri.se)

LEDAMOT: Maher Khaldi
(khaldi@svenskpsykiatri.se)

ST-REPRESENTANT: Karl Lundblad
(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

KANSLI: Svenska Psykiatriska Föreningen
c/o Bron Innovation, Storgatan 73 852 30 Sundsvall
kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

Sommaren stundar och den kyliga våren känns alltmer avlägsen. Årets SPK lever dock starkt i mitt minne och blev ännu en gång det ljus i mörkret som så väl behövs under mars månad. Jag känner mig aldrig så privilegerad som när jag får träffa kompetenta och trevliga kollegor från landets alla hörn och utbyta erfarenheter. I år liksom de två föregående åren hade vi ett program som blandade vetenskap, klinik, berättelser och kulturella inslag. Bob Hansson, vår enastående författare och estradpoet, satte tonen med sitt inledningsanförande som handlade om ... ja, vad ska man säga, konsten att vara människa? Med stor ömsinhet och värme förmedlade han hur svårt, men också hur fantastiskt det kan vara att leva. Jag kan inte tänka mig någon som är bättre lämpad att lyfta och inspirera oss som inledningstalare på en psykiatrisk kongress än en man som har skrivit boken "Här ligger jag och duger". Jag läste på en kylskåpsmagnet: "Livet är en jobbig period" och så är det kanske, men här fick vi tröstens ord genom Good enough på hög nivå.

Kongressen avslutades med en politikerpanel där alla partier utom Sverigedemokraterna (de var inbjudna men svarade inte) presenterade sina tankar om framtidens psykiatri. Det lät bra och nu blir det upp till bevis! Niklas Ekdal poängterade att det finns många röster att vinna på ett bra program för en förstärkt psykiatri.

Många samtal pågår om hur vi kan förändra och förbättra psykiatrin och då ådrar sig definitionen av psykiaterns kliniska kompetens givetvis stort intresse. Vilken väg vill vi gå? Är psykiaterns roll att enbart vara en biomedicinsk konsult med goda neuropsykofarmakologiska och biologiska kunskaper? Ger sådana kunskaper oss tillräckligt underlag för kliniskt beslutsfattande och ska vi i så fall lämna över samtalet och relationen till andra yrkeskategorier? Diskussionen om psykiaterns roll, inte minst som ledare och chef, fortsätter. Med hjälp av helhetssyn och god samverkan tror jag att vi kan övervinna den polarisering som riskerar att urholka både rollen och funktionen. De flesta av oss valde trots allt det här yrket för att vi är intresserade av människans berättelse, kroppens funktion och av att bistå människor i deras svåra livsval. Det är det som gör att psykiaterkåren utgör en så fantastisk skara människor, där samtalen och engagemanget aldrig upphör.

Nu ser vi med stor förväntan fram emot nästa SPK, som också blir i Stockholm. Vi ser också fram emot Almedalen. SPF:s programpunkter 2017 blev en succé med stor publiktillströmning och livliga diskussioner med publiken. Intresset för psykiatri bara växer

och SPF bör växa med det. Så glöm inte att rekrytera medlemmar! Det finns många fördelar med att vara medlem och inte minst unga kollegor och nyblivna specialister behöver påminnas om det.

Till sist dristar jag mig till att citera Kerstin Ekman, man kan ju få göra det i dessa tider av samtal om Svenska Akademien. Hon skriver: "Under århundradena har vi långsamt erövrat en humanism i vårt land. Ibland är den skymd, ibland djupt nergrävd. Men den finns där som en guldreserv."

Glad sommar!

Ullakarin Nyberg
Ordförande SPF

Måste man gå på BUP för att få hjälp i skolan?

"Måste man gå på BUP för att få hjälp i skolan" heter Sfbups seminarium i Almedalen i år. Inbjudna är både våra ungdomar och föräldrar samt politiker engagerade i skolfrågor, SKL, skol-läkarföreningen och lärarnas riksförbund. Seminariet kommer att belysa förutsättningar i skolan för att stödja barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och/eller psykiatriska tillstånd. Diskussionen kommer beröra glappet mellan elevhälsans förebyggande uppdrag och BUP:s sjukvårdande uppdrag. Hur fungerar ledning och styrning av dessa viktiga processer när det är olika huvudmän för BUP respektive elevhälsan? Är det rätt barn, i rätt skede, som får tillgång till specialistvård?

I det vardagliga barnpsykiatriska arbetet ingår många tankar och känslor kopplade till skolan. Barn, ungdomar och föräldrar berättar dagligen för oss om överkrav, konflikter och avsaknad av stöd och anpassningar. Många av våra patienter försämras i sina symptom av att vara i skolan.

En skolläkare sa till mig då vi bägge föreläste på en kurs för primärvårdsdoktorer om Barn och unga med psykisk ohälsa och sjukdom, att hennes rekommendation var att alltid då våra patienter har skolproblem, med familjens godkännande, skicka en journalkopia till skolsköterskan eller skolläkaren. Anledningen att skicka kopian just till dessa var, sa hon, att dessa är de som har journalplikt i elevhälsan. Denna kommentar sätter fingret på de svårigheter som uppstår då vi har olika huvudmän och verksamheter med olika krav på t.ex. dokumentation.

Former för samverkan mellan BUP och elevhälsan behöver ses över. Vi har gjort samverkan till en avancerad sak, där förtryckta papper skall skickas och datum bokas, det är bra ibland och kan behövas i vissa fall. För de flesta patienter behövs kanske inte så omfattande typ av samverkan. Ska vi få fart på den samverkan som



SARA LUNDQVIST
Ordförande Svenska Föreningen för
barn- och ungdomspsykiatri



SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Sara Lundqvist
(sara.lundqvist@vgregion.se)

VICE ORDFÖRANDE: Susanne Buchmayer
(Susanne.buchmayer@gmail.se)

FAKTLIG 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: Ida Gebel
(Ida_gebel@hotmail.com)

SFBUP:s hemsida: www.sfbup.se

behövs runt våra patienter så håller jag helt med skolläkaren och kommer definitivt börja skicka journalanteckningar till skolan på mina patienter med skolproblem... och vet ni det är nästan alla.

Den senaste tiden har Sfbup via medlemsmail informerat er medlemmar om både den nya dataskyddslagen (GDPR) och om det kunskapsunderlag som finns för PANS (Pediatric Acute Onset Neuropsychiatric syndroms) och PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal Infections). Ni är många som hört av er och frågat om både datalag och om vården för barn och unga med PANS eller PANDAS. Hoppas att informationen givit några svar och kanske också några nya frågor.

På återhörande!

Sara Lundqvist
Ordförande SFBUP

Fullt på de rättspsykiatriska klinikerna

... kungjorde kvällstidningarna alldeles nyligt. Är det så? Och om det är så, är det bra eller dåligt?

Jag ser det som självklart att det ska vara fullt eller nästintill fullt på klinikerna men med litet överkapacitet för nya fall och vårdinsatser. Det är viktigt att inte slösa med de värdefulla skattemedlen. Rättspsykiatri ska inte neka dömda patienter vård och det ska inte finnas väntetider heller, anser jag. Rättspsykiatri ska också ta hand om sina patienter och det är väl alldeles självklart att allmänpsykiatri inte annat än i undantagsfall ska vara platsen för slutenvård enligt LRV.

Öppen rättspsykiatrisk vård är ett mycket bra redskap för att trygga och säkra utslussning. Det bästa sättet att bedriva denna öppenvård är integrerat i verksamheten och med hembesök som bas. Öppenvården ska ha en funktion som nästan blir som "case manager" för patienten med kontakt med socialtjänst, boende, gode man/förvaltare. Vården ska präglas av kontinuitet och de relationer man bygger upp ger stort värde för patienterna.

Öppenvården får gärna bli lång, anser jag. Allt för många gånger ser jag hur det sviktar i den farliga övergången till allmänpsykiatri – och patienten kraschar.

I mitt hemlän som nu – liksom allt fler andra län – krönt sig själv till region finns en klinik – som då bör benämnas regionklinik? Vi har i Örebro enligt register 44 vårdplatser. Tyvärr tio platser neddragna på grund av rationaliseringstankar och besparingar i närsjukvårdens regim. Hur man tänker? Tänker man?

Örebro finns i södra Norrbotten, för den som frågar. Kliniken är framåt och innovativ enligt andra bedömare. Trots en anorektisk budget.

Jag tror vi har bra omsättning och inte någon stor andel av onödig vårdtid i slutet form. Kontakt tas med hemkommunen tidigt och medger individuell planering på längre sikt. De kommunala insatserna får stöd av den öppna vården – i vårt fall mobila enheter med två personer i varje grupp, totalt tre grupper med sex personer över vår region som omfattar 25 % av Sveriges yta.

Vårdtiderna har sannolikt blivit längre åtminstone verkar det så för vissa kliniker och då pågår en vård som inte kommer vidare i sin process som ska syfta till att patienterna ska kunna hjälpas ut till ett liv i samhället med låg risk för återfall i brott.

En vård som bara står stilla blir väldigt dyr för samhället. Inte bara sker en undanträngningseffekt för de nya vårdbehövande men patienterna kommer inte vidare, ofta genom att kommunerna inte kan/inte vill/inte har råd att ge adekvat boende – och sysselsättning.

Vi har ändå en bra situation för de rättspsykiatriskt överlämnade i Sverige jämfört med hur det är i många andra länder. Enligt uppgift fanns det i mellan- och Västeuropa kö för att få komma till rättspsykiatrisk slutenvård fastän rättspsykiatrisk dom fallit. På många ställen kan det dröja upp till två år innan den dömda får den vård som bestämts. Jag hoppas verkligen att vi ska slippa få en sådan situation i Sverige.



PER-AXEL KARLSSON

Ordförande Svenska Rättspsykiatriska Föreningen



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: Axel Haglund
(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

FAKTLIG SEKRETERARE: Erik Dahlman
(facklige.sekreteraren@srpf.se)

KRIMINALVÅRDSREPRESENTANT:
Lars-Håkan Nilsson

ST-LÄKARREPRESENTANT: Jonatan Adling

LEDAMÖTER: Hannibal Ölund Alonso, Hedvig Krona

HEMSIDEANSVARIG: Jonatan Adling

Hemsida: www.srpf.se

En gång i tiden var det tänkt att rättspsykiatri skulle vara reserverad till en mindre grupp personer men i nuläget är det fler än någonsin som slutenvårdas i förhållande till allmänpsykiatri och barnpsykiatri. Vi bör då minnas att allmänpsykiatri har minskats kraftigt under de sista trettio åren. Det verkar vara svårt att få fram bra statistik här men det räcker med huvudräkning för att se förloppet.

Att sia om framtiden

Förhoppningsvis ska samhällets insatser räcka till för att möta dessa problem. Samarbete är mycket viktigt mellan de olika delarna i samhällets stödstrukturer. Hur kommer det att bli i framtiden? Det är valår, men jag ser inte så mycket i partiernas pratbubblor som får mig att övertygas om förändring av psykiatri.

Kanske är jag för gammal för att spekulera?

Det bästa scenariot skulle vara att kommunerna och vården tidigt planerar ihop om hur det ska gå med individen som är i fokus.

Det värsta scenariot är att man vägrar samarbete och försöker hålla ifrån sig ansvar vilket gör att allt stannar upp – man kommer inte vidare.

Det mest troliga scenariot är dock att det kommer att fortsätta som det gör nu, med en fortsatt nedgång hos allmänpsykiatri, ökade svårigheter hos barn- och ungdomspsykiatri och en långsammare vårdprocess inom rättspsykiatri.

Men jag önskar mig det bästa scenariot!

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

SVENSK PSYKIATRI

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **29/08**
Tema: **Anhörig**



Utgivning 2018

NUMMER 3 2018

Tema: Anhörig

Deadline 29 augusti

Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2018

Tema: Mot din vilja

Deadline 14 november

Utkommer vecka 49

Temat är avsett att inspirera till alternativa ingångar till förhållanden och problemställningar inom psykiatri. Men självklart välkomnar vi bidrag om mycket annat än temat. Vi vill gärna ha artiklar om psykiatriska nyheter, kongressrapporter, debattinlägg, recensioner, fallbeskrivningar och intervjuer!

Maila till redaktoren@svenskpsykiatri.se

SKRIV I SVENSK PSYKIATRI

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Författarinstruktioner för Svensk Psykiatri

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

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

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

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

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

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

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

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

50 nummer!

Nästa nummer, dvs. nr 3 2018, kommer att vara Svensk Psykiatri 50:e nummer i nuvarande format och det vill vi förstås uppmärksamma! Här nedan följer en lista på samtliga teman hittills och vi vill gärna ha just dina kommentarer! Är det t.ex. något tema som kan vara värt att upprepa i någon form? Vilka teman skulle du vilja se i framtiden? Tänk till och maila till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



Nr 2 2006 Tvångsvård
Nr 3 2006 Psykoterapi – samtal om liv och död
Nr 4 2006 Slutenvården
Nr 1 2007 Transkulturell psykiatri
Nr 2 2007 Psykiatrins risker Del 1
Nr 3 2007 Själ och ande
Nr 4 2007 Psykiatrins risker Del 2
Nr 1 2008 Psykiatri och media
Nr 2 2008 Etik
Nr 3 2008 Självhjälp utanför psykiatrin
Nr 4 2008 Ledarskap
Nr 1 2009 Diagnos
Nr 2 2009 Vart är vi på väg?
Nr 3 2009 Lycka
Nr 4 2009 Vem är normal?
Nr 1 2010 Vad gör psykiatrin med psykiatern?
Nr 2 2010 Kultur, psykiatri och psykisk hälsa
Nr 3 2010 Psykiatrins pionjärer
Nr 4 2010 Det omedvetna
Nr 1 2011 Kultur, psykiatri och psykisk hälsa Del 2
Nr 2 2011 Psykiatrins idéhistoria
Nr 3 2011 Det psykiatriska forskandet och den forskande psykiatrin
Nr 4 2011 Förbjudna känslor
Nr 1 2012 Livsstil
Nr 2 2012 Registrera mera

Nr 3 2012 Var kommer barnen in?
Nr 4 2012 Psykiatrins biologi
Nr 1 2013 Psykiatrins sociologi
Nr 2 2013 Psykiatrins psykologi
Nr 3 2013 Varför blev jag psykiater – egentligen?
Nr 4 2013 Att skada sig själv
Nr 1 2014 Vändpunkter
Nr 2 2014 Ändpunkter
Nr 3 2014 Synd
Nr 4 2014 Närvärk
Nr 1 2015 Tillstånd
Nr 2 2015 Extrem
Nr 3 2015 Känsligt
Nr 4 2015 Skäms
Nr 1 2016 Det uppblåsbara självet
Nr 2 2016 Psykiatrins byggnader
Nr 3 2016 10-årsjubileum
Nr 4 2016 Kön
Nr 1 2017 På flykt
Nr 2 2017 Personligt ansvar
Nr 3 2017 Kroppen – själens förpackning
Nr 4 2017 Rädd att leva
Nr 1 2018 Var finns värden?
Nr 2 2018 Det som inte syns på utsidan
Nr 3 2018 Anhörig

SPF och GDPR



Här kan du läsa mer om hur Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) hanterar personuppgifter.

SPF och dina personuppgifter

I dataskyddsförordningen (GDPR) finns regler om hur och när vi får behandla personuppgifter. Som medlem i SPF hanteras dina personuppgifter i SPF:s medlemsregister i enlighet med GDPR.

Du kan läsa mer om GDPR här

<https://www.datainspektionen.se/lagar-och-regler/personuppgiftslagen/>

Vilka personuppgifter registreras?

Namn, adress, e-post, födelseår. Om du som medlem väljer att avsluta ditt medlemskap rensas dina personuppgifter bort men medlemsnummer, postnummer/postort sparas för statistik, verksamhetsberättelse och ekonomisk redovisning.

Syfte

Uppgifter från medlemsregistret används endast inom ramen för SPF:s verksamhet samt via av SPF anlitade aktörer för distribution av information. Exempelvis till: medlemsbrev, årsmöteskalender, medlemstidningen Svensk Psykiatri, sändlistor för e-post. SPF lämnar aldrig uppgifter vidare från medlemsregistret till tredje part.

Den som anser att SPF inte har vidtagit begärda åtgärder med sina personuppgifter har rätt att lämna in ett klagomål hos Datainspektionen som är tillsynsmyndighet.

Att du lämnar efterfrågade personuppgifter till SPF är ett krav för att du ska beviljas, eller tillåtas förlänga medlemskap i, SPF. Den som inte lämnar efterfrågade personuppgifter löper risken att ansökan om, eller förlängning av, medlemskap inte kan beviljas.

Uppdaterat medlemsregister

För att så många som möjligt ska känna sig trygga i och få en korrekt och god service via medlemsregistret är det viktigt att du som medlem hjälper oss att hålla medlemsregistret uppdaterat. Enklast gör du detta genom att skicka dina uppgifter till vårt kansli (kanslisten@svenskpsykiatri.se). Detta gäller såväl e-postadress som postadress.

Vem har åtkomst till medlemsregistret?

Styrelsen (personuppgiftsansvariga) för SPF är ansvariga för medlemsregistret och för att föreningen följer de regler som datainspektionen satt upp. Till sin hjälp har styrelsen två personuppgiftsbiträden, som behandlar personuppgifter på uppdrag av styrelsen. Dessa två är Ewa Mattsson och Stina Djurberg.

Båda har skrivit under ett sekretessavtal och får inte lämna vidare information om medlemsregistrets innehåll vidare till annan part. Åtkomsten är strikt begränsad till det område som ansvaret gäller för, dvs fakturering av medlemsavgift, utskick av nyhetsbrev samt information kring Svenska Psykiatrikongressen. För distribution av medlemstidningen Svensk Psykiatri ges personuppgift med namn och adress till tryckeriet. SPF har upprättat ett sekretessavtal med detta tryckeri. Personuppgiftsbiträden säkerställer att personuppgifterna skyddas och lagras på ett bra sätt.

Webbplats, sociala medier mm

SPF kommer inte att lämna ut några personuppgifter utan att ha ett uttryckligt samtycke från dig som medlem.

Dina rättigheter

Du har rätt att hos SPF begära tillgång till och rättelse eller radering av dina personuppgifter. Det finns vidare möjlighet till begränsning av behandling (markering av lagrade personuppgifter med syftet att begränsa behandlingen av dessa i framtiden) för dina personuppgifter och att invända mot behandling.

Du har rätt att få ut de personuppgifter som rör dig och som du har tillhandahållit SPF i ett strukturerat, allmänt använt och maskinläsbart format.

Vill du veta vilka personuppgifter vi har sparade på dig som medlem kan du kontakta kanslisten@svenskpsykiatri.se. Vill du avsluta ditt medlemskap och att vi tar bort dina personuppgifter ur vårt medlemssystem så kontaktar du kanslisten. I övrigt behöver du inte göra någonting som en följd av lagändringen.

Stina Djurberg

på uppdrag av SPF:s styrelse

Det som inte syns på utsidan

Jag får samtal när saker och ting har gått snett. När en växel i vårdmaskineriet har hakat upp sig, när det så att säga är inställda tåg på grund av elfel. De ringer när en blankett som skulle ha skickats fastnat i utposten, när ett beslut fallerat i sina tidsramar, när någon agerat på ett sätt som inte stämmer överens med rutiner och riktlinjer eller *inte* agerat så som rutinerna och riktlinjerna föreskriver.

Jag får ta del av felen. Defekterna. Skavankerna.

Jag får ta del av dem, och det får även SVT:s nyhetsprogram, Uppdrag Granskning och Ekot. Duktiga och samvetsgranna journalister vässar sina skarpladdade pennor och sänder ut beskrivningar och bilder till allmänheten. Budskapen handlar inte sällan om detta. Felen. När Vården Gör Fel.

Låt mig fråga er följande:

Har det någonsin hänt att ni har glömt strykjärnet och låtit det stå påslaget under en dag? Eller

kaffekokaren. Missat att låsa ytterdörren i morgonrusningsbrådskan..? Personer som sysslar med människa-maskin-interaktioner har begripit att sådana saker händer. De uppfinner automatavstängningsfunktioner, batterilarm och rörelsesensorer. Än så länge har vi dock inte kommit dithän att samtliga mänskliga handlingar kan ersättas med maskiner. Än så länge har vi inte uppfunnit en automatavstängningsfunktion för människan.

Detta är en berättelse om När Vården Gör Fel. Brygg en kanna pepparmyntste, öppna en förpackning finska pinnar och slå er ned, så ska jag berätta.

En uppjagad kollega ringer på morgonkvisten. Rösten är stressad och tonläget förhöjt. Begrepp som "oegentlighet" och "IVO" passerar mellan oss. Det som hänt innehåller mycket riktigt en felaktighet; en människa har begått ett misstag som medfört att ett dokument inte skickats i tid. Ett rutinbrott som faktiskt också innebär att vi brutit mot lagen. Dessa företeelser följer ett relativt standardiserat förfarande som involverar avvikelsemarkering, granskning, internutredning, rapport till vårdens tillsynsmyndighet, åtgärdsförslag, återkoppling och uppföljning. Beroende

på utfall kan ytterligare insatser krävas. Vi kommer att se över vad som brustit och undersöka om det går att identifiera strukturella eller individuella förklaringar eller systemfel. Vi söker efter åtgärdsalternativ.

Näväl. Kollegan är en noggrann och omdömesgill person och plågas märkbart av det som inträffat. Vi samtalat en stund kring vad utredningen innebär och vilka följder den kan tänkas få. Lex Maria och IVO är inte enkom positiva och förhoppningsfulla begrepp för en medarbetare i vårdverkligheten. Jag frågar om patienten har fått information om vad som hänt, och jodå, det inträffade är klart och tydligt beskrivet. Alternativa tillvägagångssätt, rättigheter och möjligheter har presenterats.

Detta samtal närmar sig så småningom sitt slut. Något senare under dagen får jag tid att gå tillbaka för att se över handläggningen och göra en första bedömning av förloppet. Vi har trots allt att göra med en potentiell lagöverträdelse, något som möjligen är straffbart. Ett brott. Jag följer vår patients väg genom vårdens korridorer. En svårt sjuk person, som i livets lotteri drabbats av närmast malign psykisk ohälsa och vars väderkvarnar stundtals antagit en så skrämmande skepnad att den mest motståndskraftige hade dukat under för

mindre. Komlicerad diagnostik, komplicerande samsjuklighet, komplicerande komplikationer när allt detta komplicerade skulle behandlas. Jag läser vår patients historia, och jag fylls av djup och innerlig beundran för den kunskap, värdighet, empati och kompetens som färgar omhändertagandets journalblad. Respekt, ömsinhet, mod och skicklighet. Ett team runt patienten som gjort sitt yttersta för att undanröja sjukdom och upprätthålla funktion och stabilitet. Detta pågår därute, mina vänner. Mitt i denna brottsliga vårdverklighet, om vilket kvällspressen senare kan komma att rapportera. En nyhetsrapportering som kommer att ge minimalt utrymme åt den vård som gavs. Få rader kommer att skrivas om medarbetare som varje dag gör fantastiska insatser för personer med psykisk sjukdom; som vårdar, diagnosticerar, utreder, stöttar, omhändertar, tröstar, skyddar och behandlar.

Allt det där som psykiatrisk vård också innehåller.

Det som inte syns på utsidan.

Hanna Edberg
Chefsöverläkare
Stockholm

Foto: Shutterstock/Dima Aslanian

ANNONS



Det som inte syns och det som gör det

Det som syns på utsidan är inte alltid vad det synes vara. De små parasiterna i huden kan i själva verket vara hudflagor och de infekterade sårerna kan vara självsamkade. Hudkliniken på Karolinska universitetssjukhuset har en neurokutan mottagning där en dermatolog och en psykiater samarbetar kring patienter med sådana tillstånd.

Psykiatern i fråga är Sten Friberg, överläkare och enhetschef på Mobila Akutenheten Karolinska (MAK) på Psykiatri Nordväst i Stockholm. MAK är en vuxenpsykiatrisk jourmottagning som erbjuder inbokade besök med kort varsel, hembesök och stöd via telefon. De står även för konsultationer gentemot de somatiska klinikerna på Karolinska universitetssjukhuset. I Stens uppgifter ingår således att vara psykiatrisk konsult på den neurokutana mottagningen. Detta lät som ett bra uppslag för temat "Det som inte syns på utsidan" varför jag stämde träff för en intervju.

Neurokutana mottagningen – vad är det?

Mottagningen är en del av hudkliniken på KS där den funnits sedan 2002. Den riktar sig till patienter hos vilka de upplevda besvärerna inte står i proportion till objektiva symtom och undersökningsfynd. Hudläkaren Harry Beitner startade verksamheten då han såg ett behov och började koncentrera sig på dessa patienter. De första åren fick patienterna enbart träffa en

hudläkare (som med tiden bytts ut några gånger) men sedan ca 2012 sker arbetet tillsammans med en psykiater. Sedan 3 år är det jag och hudläkare Klas Nordlind som sköter mottagningen. Liknande verksamhet finns i Eskilstuna och är även på gång i Malmö.

Vi har mottagningsverksamhet 1 gång/månad men däremellan har vi kontakt mest varje vecka, via telefon eller remisser. Då patienterna kommer till mottagningen har de oftast redan haft kontakt med enbart Klas som efter grundlig utredning och behandlingsförsök bedömt att möjligheterna inom ordinarie verksamhet är uttömda. Till neurokutana mottagningen väljer Klas varje månad ut de 4 mest angelägna patienterna. Ibland kommer dock patienter på remiss där det står klart att de bör få kontakt med neurokutana mottagningen direkt.

Vilka patienter är det som blir aktuella för er?

Det vanligaste är parasitofobi. Näst vanligast är derma- eller trichotillomani. Tredje vanligast är andra tvångssyndrom med olika former av upprepad självskada mot huden. De primära psykiatriska frågeställningarna är förutom parasitofobi OCD/BDD, psykosnära tillstånd samt factitia.

Vad tycker patienterna om att träffa en psykiater?

Vissa vill inte och då träffar Klas dem själv efter diskussion med mig. Men många är tacksamma, glada och känner hopp. Ofta har besöket föregåtts av många års lidande och patienten präglas av desperation över att inget hjälpt. För en del har tillståndet lett till svåra komplikationer, t.ex. upprepade osteiter i skallbenet efter att ha försökt "underlätta" en upplevd asymmetrisk sårsläkning genom att med naglarna jämna till kanterna. Igen och igen, tills skallbenet är i dager.

Hur går ett mottagningsbesök till?

Oftast har Klas och jag träffats själva först för att diskutera bedömningen och ev. titta på bilder. Vi träffar sedan patienten tillsammans och inleder med en hudundersökning. Om det rör sig om parasitofobi finns det ibland s.k. matchbox sign, dvs patienten har med sig askar med t.ex. hudflagor som uppfattats som parasiter. Sedan pratar vi med patienten och om behov finns så tas en fördjupad psykiatrisk anamnes. Många kommer dock mycket välutredda varför det redan finns en stor informationsmängd. Jag försöker identifiera ev. bakomliggande depression eller psykos som kräver behandling och ev. vidare utredning.

Om vi ska dröja oss kvar vid just patienter med parasitofobi så kommer sedan ofta en stor pedagogisk utmaning: att bejaka, bekräfta och validera patientens symtom och upplevda besvär men samtidigt problematisera patientens förklaringsmodell. Man får kryssa försiktigt. Patienten kommer ofta med två syften: att bli trodd, både vad det gäller symtom och förklaringsmodell, och att bli bättre. Ibland blir patientens önskan att bli trodd vad det gäller förklaringsmodellen ett hinder mot att patienten blir bättre.

I de fall då dessa två syften står emot varandra kan man behöva få patienten att inse detta motsatsförhållande. Kort sagt, att det kan vara bättre att bli hjälpt än att bli trodd. Man måste dock alltid utgå från att bejaka patientens upplevda besvär men sedan framhålla att det kan finnas en annan förklaring.

Som i så många fall av somatoforma sjukdomar så gäller det även här att hitta en "face saving strategy", en strategi där patienten inte känner sig uthängd eller utpekad, men ändå accepterar en förklaringsmodell som möjliggör behandling. Jag brukar ibland säga till patienten att det handlar om ett lättretat nervsystem, att nervsystemet uppfattar och reagerar på en retning som inte finns. Och att tillståndet kan liknas vid andra tillstånd som innebär en ökad retbarhet och att man uppfattar stimuli som inte finns. En jämförelse som många patienter lätt kan ta till sig är den s.k. änkestöten där man kan få smärta och domningar i handen efter att ha slagit i armbågen. Neuroanatomiskt är det ju inte så konstigt men för många patienter fungerar det som en illustration över att man faktiskt kan känna något från en plats på kroppen utan att problemet sitter just där.

Men jag kan inte nog betona hur viktigt det är att man gör skillnad på patientens symtom och förklaringsmodell. Om man inte gjort det mycket tydligt innan man leder in resonemanget på vad som skulle kunna hjälpa så riskerar man att patienten upplever det som ett ifrågasättande och all allians och samsyn försvinner, vilket förstås försvårar behandlingen.

Jag begår det misstaget lite mer sällan nu än när jag började.

Vilken behandling kan erbjudas?

För de patienter där Klas och jag inte tillsammans med patienten når en samsyn blir det som sagt svårt att nå framgång på farmakologisk väg. Men om patienten accepterar det resonemang Klas och jag för så här långt så blir nästa steg att resonera om hur man kan minska retbarheten. Vanligen provar jag med aripiprazol i låg dos, ensamt eller som tillägg till ev. övrig psykofarmakologisk behandling. Det finns inga större bra vetenskapliga studier på detta, utan den mesta vetenskapliga litteraturen är i form av fallrapporter. Olika typer av neuroleptika har i dessa fallrapporter använts på olika sätt, men mitt val av aripiprazol baseras främst på biverkningsprofilen och tolererbarheten. Det är förstås helt "off label". Läkemedelsbehandlingen brukar kombineras med ljusbehandling eller annan barriärstärkande behandling. Vid besvär i hårbotten kan en s.k. ljuskam användas.

Nu kom detta att handla mycket om patienter med parasitofobi, men vi ska inte glömma de andra patientgrupperna. För patienter med derma- eller trichotillomani så är specialiserad psykoterapeutisk behandling starkt indicerad. Vi har på Psykiatri Nordväst en enhet specialiserad på bland annat just detta, Ångestenheten, som är belägen på KS. Där finns det flera skickliga psykoterapeuter och psykologer som är specialiserade just på dessa tillstånd.

Hur effektivt är det och vem sköter uppföljningen?

Min erfarenhet är att ca 40 % av de med parasitofobi blir förbättrade. Övriga får ingen effekt alltså får biverkningar som gör att medicineringen måste avbrytas. Det fåtal som gärna vill pröva något annat brukar jag ordinera t.ex. risperidon.

För de patienter som går till Ångestenheten så har vi ett samarbete med ansvariga psykologen, Mia Asplund. Mia uppskattar att minst 60 % förbättras, om än i mycket olika utsträckning. Forskning kring mer exakta data pågår.

Det händer att jag följer upp en patient själv men ofta är de redan väl uppknutna på annat håll och då ger jag istället rekommendationer till behandlande läkare.

Några avslutande ord till våra läsare?

Jag har världens bästa jobb.

Mitt jobb erbjuder en fantastisk blandning av det akuta och det elektiva, det vanliga och, som denna intervju illustrerar, det ovanliga. Ibland är det svårt och ibland är det tragiskt, men vi har både resurser och organisation för att kunna hjälpa de patienter vi träffar. Samarbetet med somatiken funkar nästan alltid väl, och jag har förmånen att få jobba på en välfungerande klinik med fantastiska kollegor.

Intervjuare:
Tove Gunnarsson
Psykiater
Stockholm
Fotograf: Astrid Hallman

Det som finns under ytan

Det händer att jag behöver samla mod i min dagliga gärning och då återvänder jag gärna till en händelse för många år sedan som fick en avgörande betydelse för mitt framtida yrkesval.

Jag arbetade på Radiumhemmet och hade hand om en ung småbarnsmamma med metastaserande malignt melanom. Hon hade opererats ett otal gånger och hennes livsvilja var oerhört stark, men nu bedömde vi att hon inte skulle klara ytterligare ett ingrepp eftersom hennes allmäntillstånd var kraftigt påverkat. Hon försämrades snabbt och jag och mina kollegor förstod att slutet var nära så vi förberedde familjen på att hon inte hade långt kvar. Som jag minns det blev det ett lugnt samtal, men sedan inställde sig den svåra frågan huruvida hennes två små döttrar, fyra och sex år gamla, skulle få vara med i rummet när mamman dog? Alla utom jag ansåg att det var olämpligt eftersom hon såg så otäck ut; avmagrad, gul och med tumörer över hela kroppen. Jag tog mod till mig och insisterade på att barnen behövde vara med för att ta adjö av sin mamma och lyckades övertala både anhöriga och mina kollegor. Villkoret var att jag själv var med vid dödsbädden. Jag var förstärkt rädd att mitt beslut varit fel, men stod ut med rädslan och i gengäld fick jag vara med om något fantastiskt. Medan mamman långsamt lämnade livet satt döttrarna

vid hennes sida, klappade på henne, drack sin juice, berättade om händelser på dagis och frågade mig om droppet. Allt kändes naturligt och avspänt. Barnen såg inte ytan utan det som fanns under den, deras mamma. Jag tror att det var då jag bestämde mig för att sträva efter att inte låta mig förledas av det skal som vi människor så ofta visar upp. Det beslutet hjälpte mig att välja psykiatri och att så småningom arbeta med suicidfrågor.

Varje psykiater vet att ytan är en chimär. Skrapar man lite kan man hitta vad som helst hos vem som helst och det gör att vi tidigt förlorar tron på att normalitet existerar. Kanske gör det oss mer overseende, också med oss själva. De flesta som har jobbat ett tag tänker nog i varianter av det som senior professor Marie Åsberg en gång svarade en journalist på frågan om hon haft något ledord under sitt långa yrkesliv: "Without the mercy of God, it could have been me." För mig är det en källa till kraft att veta att vi alla är sårbara och att det går att mötas i djupet utan att riskera att drunkna.

För att våga ta sig under ytan krävs en förvisning om att närvaro, inte åtgärder, många gånger är det viktigaste vi kan ge till den som har det svårt. Att jag finns här hos dig och att det spelar roll att vi pratar med varandra även om tillvaron har visat sig

Foto: Photographee.eu/Shutterstock.com



från sin mest obarmhjärtiga sida. Det ligger nära till hands att bli extra åtgärdsinriktad i svåra situationer. Vi fyller luften med ord och tröstar med hjälp av handlingar. Kanske var det den viktigaste insikten jag fick i mitt möte med den döende mamman och hennes flickor, jag kunde ingenting göra och därför gjorde jag ingenting utom att sitta där. Det räckte.

I arbetet med att förebygga självmord är den insikten ovärderlig. Fokus för mina möten med drabbade människor är ytterst sällan åtgärder för vad kan jag egentligen säga som tröstar eller hjälper? Ingenting. Jag måste våga lita på att min närvaro har betydelse och när jag kliver ner i mörkret tillsammans med den som söker min hjälp får den insikten mig att våga. Handlar det om mod? Nej, jag tror inte det. Någon skrev, kanske var det Tove Jansson, att det är lätt att vara modig när man inte är rädd och rädd är man ju ofta i de här situationerna, eller åtminstone är jag det. Jag vill tro att det är rädslan som gör att människor nöjer sig med det som syns på utsidan och till och med introducerar nya sätt att distansera sig från det som finns därunder, till exempel genom att placera en skärm mellan sig och sina medmänniskor eller genom att visa upp en glad mask och svara att allt är bra när någon frågar hur vi har det. Många tror att man måste åtgärda andras problem när man får kännedom om dem och hur ska vi hinna det? De flesta av oss har ju nog med att hinna med vårt eget! Och så undviker vi de viktiga orden: Hur mår du egentligen? Jag ser att du har det jobbigt. Jag lyssnar gärna.

Jag föreläser varje termin på den studentvalda kurs som heter "Konsten att vara en god doktor." Den har seglat upp som en av de allra mest populära kurserna och är en höjdpunkt för mig under terminen. Jag spelar alltid rollspel med någon av de fantastiska läkarstudenterna. Målet är att hjälpa patienten att berätta om det som finns under ytan. Jag spelar två varianter av läkare; båda är vänliga, bekräftande och empatiska men det ena rollspelet sker helt och hållet på doktors villkor. Jag informerar, jag talar om hur vi ska gå vidare, jag bestämmer vad problemet är. Det som skrämmer mig lite är att studenterna tycker att den doktorn är en plusvariant och att ett sådant samtal är bra mycket bättre än många av de samtal de är med på under sina kliniska placeringar. När jag sedan spelar en läkare som vinnlägger sig om att hjälpa patienten att formulera det som finns under ytan, till exempel orsaker till oro för sjukdom, blir de häpnadslagna över hur effektivt samtalet blir och hur långt man kan komma genom att betrakta patienten som expert på sig och sitt liv. Kanske riskerar vi att tappa bort denna aspekt av samtalet i vår jakt på det som är mätbart och möjligt att fånga i processer, diagnoser och tabeller. En diagnos beskriver ju aldrig en människa och de flesta människor kan och vill berätta om sig och sitt liv.

När den första frågan som ställs lyder: Vill du berätta varför du har kommit till mig? och tystnaden som följer blir lite längre än vad behandlaren upplever som bekvämt hamnar fokus ofta på det som finns under ytan. Det är läkekonst och vi läkare bör värna den konsten, både för vår egen skull och för patientens.

Ullakarin Nyberg

*Psykiater
Stockholm*

Behandlarvardag

Tvättmaskinssyndromet

Nu, äntligen, är gruppen samlad, några minuter efter utsatt tid har den sista anlänt med andan i halsen, lätt generad. Vi börjar genomgången av vilka fall som ska tas upp i handledningen i dag. Det blir lite tyst. Gruppmedlemmarna tittar sökande på varandra. "Har vi något att dra tillsammans", "kanske kan vänta", "nja, vet inte riktigt". Handledaren ser sig omkring. "Kan det vara så att någon eller några har så mycket som snurrar runt så att inget riktigt går att ta fatt i"? Några nickar. I gruppen kallas det "tvättmaskinssyndromet". Ni vet, kläderna far runt i maskinen, man kan urskilja en ärm här och ett ben där men innan man har klart för sig vilken tröja eller byxa de tillhör så är de borta, intrasslade i den stora massan av kläder som virvlar runt. Så kan det också vara med patienterna och deras diagnoser, behandlingsplaner, berättelser och livsöden. De far runt i huvudet på behandlarna, är som hopflätade i varandra. Det går inte att få fram en minnesbild av vem som är vem. De är bara för många, alldeles för många, knappast längre individer utan en odifferentierad massa. Efter ett gemensamt tålmodigt arbete går det att urskilja tillräckligt mycket av en problematik för att börja kunna fokusera och fördjupa handledningen.

Arbetsituationen

Gruppen arbetar intensivt och målmedvetet. De upplever sin situation som ansträngd. Det finns vanligen inte tid att i förväg förbereda val av patient till handledningen. Det känns också ledsamt att inte kunna upprätthålla en klar bild av varje patient, kunna minnas deras historia och känna igen dem i en lite djupare mening när de kommer. De allra flesta patienterna har en komplex problematik som endast undantagsvis lämpar sig för manualiserad behandling där de tekniska interventionerna och psykoedukation har avgörande betydelse. För en del av dem är den farmakologiska behandlingen helt avgörande. Kontakten med doktorn är central och kontakten med övriga behandlare har mer stödjande karaktär. Men för många kommer den hjälp de behöver och kan få att stå och falla med kvaliteten på den terapeutiska kontakten, relationen och alliansen. Inte sällan tycks förbättringen gå över en positiv upplevelse av behandlaren som anknytningsobjekt vilket förutsätter lyssnande, deltagande, omsorg och inte sällan uthållighet på gränsen till "stryktålighet", interfolierat med mer tydligt urskiljbara psyko-terapeutiska och psykiatriska interventioner.

Medveten närvaro under attack

Arbetet som behandlare kräver förutom den professionella kunskapen och erfarenheten också en hög grad av medveten närvaro. Förmågan att aktivera denna närvaro är ständigt under attack. Rent personliga omständigheter kan spela in men framför allt är arbetsmiljön avgörande. Stressmomenten är många förutom tidvis för hög arbetsbelastning. DSM var tänkt som en bas för synkronisering av forskningsarbete och har

gradvis övergått till att bli basen för klinisk diagnostik. Dess tillämpning via ett antal skattningsskalor tycks ha omvandlats från att vara ett kvalificerat hjälpmedel för behandlaren till att bli dess herre – "följ Mig till punkt och pricka, annars...". Bakom denna omvandling förefaller det stå en ohelig sammanflätning av psykiatriska och ekonomiska skäl.

Behandlaren kan känna sig mer eller mindre tvingad att ställa frågor till sin patient som upplevs som direkt olämpliga och kontraindicerade för uppbyggande av en arbetsallians.

Det kan bli svårt för behandlaren att upprätthålla en positiv identifikation med sin organisation och ha full respekt för ledningen när det egna kliniska omdömet utsätts för den "strukturella kränkning" som en hård begränsning av det professionella handläggandet kan innebära. Är denna inskränkning alltid att betrakta som icke önskvärd? Inte nödvändigtvis, men antingen tycks den inte vara nödvändig eller också tycks ledningen ha misslyckats med implementeringen och att få medarbetarna att ta den till sig.

Det kostar att gilla läget

Det betyder att behandlare kan komma att arbeta under förutsättningen "gilla läget" vilket betyder att man måste avsätta energi, mer eller mindre medvetet, för att kompensera för att man faktiskt innerst inte alls gillar läget. Att koppla bort "gilla läge"-konflikten går möjligen bra i rutinarbete som vid ett löpande band, men i ett arbete som kräver öppenhet för känslor och behov är det svårare. Till en för hög arbetsbelastning kan alltså komma stressande omständigheter som försvårar etablerande och vidmakthållande av en bärande arbetsallians med patienterna. Kontakten med dessa riskerar att få karaktär av en serie konsultationer som inte alls har samma hållande/bärande kapacitet som i många fall tycks var nödvändigt för ett gott behandlingsresultat med den typ av patienter vars problematik inte lämpar sig för mer manualiserade insatser.

Varför klagar inte patienterna? Dels kanske de inte vet vad de kan få och har rätt till. Dels för att behandlare ofta både har en stor ambition och förmåga att anstränga sig för att kompensera för dessa missförhållanden och därmed stå till patientens förfogande. Detta är dock något behandlarna kan få betala ett pris för i form av spänningar i kroppen, malande tankar och sömnsvårigheter, tvivel både på sin egen förmåga och på verksamhetens i stort. Dessa påfrestningar märker inte patienterna – de verkar i behandlarens inre och tillhör det som inte syns.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*

Det syns inte på utsidan

Vad menas ”i folkmun” med yttrandet ”Det syns inte på utsidan”? Ett sätt att undersöka det är att göra en sökning på Google. En sökning 2018-04-12 med frasen ”Det syns inte på utsidan” gav drygt 4000 träffar.

Enligt www.google.com/search/howsearchworks/algorithms/ bygger en Google-sökning på att webbsidor där de ord jag skriver i min söksträng finns, letas fram av sökmotorn. När jag skrev in frasen ”Det syns inte på utsidan” sökte Googles algoritmer igenom ett stort antal webbsidor (enligt deras reklam hundratal miljoner webbsidor) och levererade som svar de webbsidor som, i fallande ordning, stämmer bäst med min söksträng. Det betyder att i början återfinns nästan exakt det jag skrev, allteftersom blir träffarna ”sämre”, dvs. mer långsökta. Därför har jag valt att gå igenom de första 20 unika träffarna och tänker att de speglar de mest förekommande tolkningarna av vad skribenter på nätet menar med »Det syns inte på utsidan». Men själva idén att utsidan och insidan inte är exakta återspeglings av varann fanns med långt ner i sökningen. Den hundra träffen är en bloggtext som hävdar ”... Av alla som är beroende/missbrukar är många vanliga Svenssons, som lever vanliga liv. Det syns inte på utsidan. Men det går sakta utför med allt i livet...”. Och i träff 150 skriver en bloggare ”... Det syns inte på utsidan, men jag lovar (att) det känns på insidan! Mitt liv har präglats av sjukdomar, läkare och utredningar...”

Vad är då de enligt Google de vanligaste innebörder som kommer fram? Se tabell: Google-sökning. Den största gruppen (1/3) är vad jag kallat för ”Självupplevd berättelse”. Det är personer som skriver utifrån egna erfarenheter, flertalet är inlägg på blogg-sidor. Fyra av de självupplevda skulle kunna sammanfattas ”insidan mår inte bra” fast de inte visar det på utsidan, ett par exempel:

”Jo jag vet, jag ser glad ut på utsidan. Jag pratar som vanligt, det vill säga en hel del. Jag skrattar och ler emellanåt. Du tror att jag mår bra. Tänk så fel du har. Jag vill inte att du ska se”

”Det sista sms jag får från min vän och tidigare pojkvän C, två veckor innan han dör, är ett glatt meddelande om ett projekt som han nu har rott i land... Mina tre sista sms och otaliga röstmeddelanden till C förblir obesvarade. Allt pekar på att han tagit ännu ett återfall. När sommarlovet övergår i terminsstart ringer telefonen och C:s syster berättar att C har somnat in”.

De andra tre talar om en möjlig utvecklingspotential ”en problematisk situation kan leda till omvärdering och nystart”, ett exempel ur en annons för ett föredrag:

”Hennes erfarenheter av att leva med detta har påverkat henne på många sätt - men alla är inte dåliga. Genom tydliga exempel förklarar Malin hur tvångstankarna och tvångshandlingarna

Tabell: Google-sökning

Kategori	Antal
Självupplevd berättelse	7
Bok/kurs för professionella	4
Uppsats baserad på intervjuer med personer med självupplevd problematik	2
Barn (ungdoms)bok	2
Annonser för att rekrytera kontaktpersoner	1
Annonser till brukare om stödverksamhet	1
Annonser till allmänheten om bidrag	1
Information från högskola om avancerad miljöteknik	1
Sångtext	1
	20

gör hennes vardag svår. Malin har så länge hon kan minnas lidit av tvångssyndrom, OCD. Nu vill hon nå ut till andra och öka förståelsen för vad denna funktionsnedsättning kan innebära. Hon hoppas hon kan hjälpa andra att våga söka hjälp tidigare än hon själv gjorde. De ska känna att de inte är ensamma om detta. Med både humor och allvar bjuder Malin in sin publik till en utelämnande och samtidigt hoppgivande berättelse”.

En av de två uppsatserna handlar om ADHD, den andra om långtidssjukskrivning. En likhet är att intervjupersonernas uppfattning om sin självkänsla är mycket låg. Intervjupersonerna (alla kvinnor) känner att omgivningen har oerhört svårt att förstå sig på deras sjukdomstillstånd.

Annonserna för bok/kurs för professionella framhåller att god bedömning är en förutsättning för god vård, och då behöver man förstå klientens inre, inte nöja sig med ”utsidan”. Den tredje boken har ett annorlunda perspektiv och riktar sig till bibelskolor. Den handlar om att göra rättvisa åt den sammanlagda bibliska undervisningen och påminner om att *”den syndfulle inte känns igen utanpå, den som ser vänlig ut kan vara en syndare”*.

Den ena barnboken förmedlar att barn behöver förstå varann, och för att förstå någons handlingar måste du förstå personens intentioner och värderingar, inte bara bry dig om vilka handlingar den gör. Den andra är en ungdomsbok med politiskt perspektiv – den politiska inriktningen syns inte utanpå, den som ser vänlig ut kan vara farlig. Verkar vara ett nog så viktigt budskap när nynazister finns på skolgårdar och försöker värva medlemmar.

De tre annonserna kan sammanfattas *”alla kan vara med”*, man behöver inte vara på ett visst sätt för att vara till hjälp eller få hjälp.

De två sista i listan har en lite annorlunda karaktär. I annonsen om avancerad miljöteknik framhålls att ett innovativt hus inte behöver se annorlunda ut än vanliga hus. Och i sångtexten undrar bandet Kapten Kermit: *”... Hur kan du som ser så bra ut/Lyssna på sån skit för det syns inte på utsidan/Hur kan du, ja hur kan du med/Det måste va’ nått fel på dig/Men det syns inte på utsidan...”*.

Så vad har jag kommit fram till? Det verkar vara en rörande enighet om att hur man ser ut på utsidan inte speglar hur man känner sig, och majoriteten av texterna handlar om psykiskt mående. En sammanfattande tanke är att det vore bättre om omvärlden visste hur det är inuti. Skribenterna berättar om på vilka sätt det kan vara svårt att nå från utsida till insida men att det, åtminstone ibland, kan vara möjligt.

Per Gustafsson
Professor emeritus
BUP Linköping



Mitt osynliga inferno:

autism och intryckskaos

Jag har kämpat med det här så länge jag kan minnas, men få vet om det. Jag har blivit en expert på att kompensera. Men varje gång problemen läcker in i det dagliga livet får jag kämpa för att återfå min självacceptans. Jag har autism, vilket gör mig till en unik, lojal, och ärlig person. Många aspekter av min autism börjar jag kunna acceptera eller vända till styrkor. Men det finns ett symptom som jag innerligt önskar jag kunde bota: det konstanta kaoset orsakat av min bristande förmåga att bearbeta sinnesintryck.

Mina sinnen tolkar inte världen effektivt. De flesta människor har välfungerande system för att automatiskt fokusera på användbar information och se helheter. Min hjärna tar in världen detalj för detalj, och jag upplever allt extra intensivt. Det är extremt uttröttande, och inte sällan leder det till märkliga sociala situationer som blir omöjliga att förklara för omgivningen.

Varje miljö är ett nytt pussel

Jag är intelligent och fungerar relativt bra emotionellt. Jag har inte social fobi och är inte ens speciellt blyg. För att fungera helt optimalt behöver jag tydlighet och lugna miljöer, och en bonus är om jag får sänka blicken och vara rak. Då kan jag producera normalt beteende och känna att jag är mig själv. När jag hamnar i en ny eller stimmig miljö ändras förutsättningarna. Kanske blir jag ostrukturerad och vilsen, kanske avstängd, kanske oresonabel... Mitt avvikande beteende reflekterar dock aldrig vad som verkligen försiggår, nämligen att mycket kraft går åt till att sortera intryck och samtidigt dölja hur svårt det är.

Sociala tillställningar är extra utmanande eftersom de kräver effektiv bearbetning av både sinnesintryck och mellanmänniska processer. Tänk dig en fest med ett tiotal bekanta. När jag öppnar dörren bombarderas jag av detaljer: bord, fönster, glas, lukter, skor, röster, klänningar, människor, musik... Jag kan inte effektivt bearbeta detta till en meningsfull helhet som kan guida mitt beteende. Att nå slutsatsen "gå mot soffan och prata med Karin" kräver ett mödosamt pussel. Det sker under tidspress, eftersom framgångsrikt beteende till stor del är just konsten att tajma sina handlingar. Det sker också under aktivt hot, för min hjärna brinner av ansträngningen. Om för mycket händer samtidigt kan jag tappa all känsla av sammanhang. Det blir härdsmläta, och mina exekutiva funktioner, som jag är beroende av för att kompensera för mina autistiska uttryck, bryts ner. Festdeltagarna, som känner mig som en social med-

människa och kompetent forskare, förstår ingenting. Naturligtvis får detta helt enkelt inte hända.

Det smärtsamma utrymmet för tyst tolkning

Jag har många obehagliga barndomsminnen av att röra mig genom ett inferno av anonyma intryck, och ännu starkare minnen av de sociala konsekvenserna. Jag minns till exempel en gång, då jag och min familj skulle lämna simhallen. Trots att jag kunde se att någon närmade sig bakifrån, stängde jag bestämt grinden och lämnade byggnaden. Den visuella informationen hade nått hela vägen till mitt medvetande, men hade inte hunnit bearbetas tillräckligt för att resultera i signalen: "STOPP, stäng inte grinden!". Mamma var upprörd och sa att folk hade viskat och undrat vad det var för fel på mig. Jag internaliserade tidigt en övertygelse om att jag var defekt, och min ångest växte med åren tills den var så total att jag bröts sönder.

Femton år senare, efter en intensiv och långvarig behandling där jag lärt mig att fungera emotionellt och socialt, hade mitt inre fått struktur och ångesten var borta. Jag trodde att jag reparerat mig själv. Simhallens inferno hade ersatts av studentfester på ett universitet i en världsdel långt borta. Jag hade nått längre än jag någonsin kunnat drömma om, men hade fortfarande inte förstått att min verklighet, sedd inifrån, var annorlunda. Kärnproblemen med sinnesintryck och andra autismsdrag doldes effektivt av en rökridå av känslor och beteenden som representerade slutet av osynliga händelsekedjor. Min autism var fortfarande odiagnostiserad.

Föreläsningar var svåra att förstå och praktiska lektioner var mardrömsaktiga. Jag kunde bearbeta stora mängder information, men när informationen inkom med oförutsägbar tidsrytm blev den obegriplig. Jag orkade inte med det sociala tempot och hittade ständigt på ursäkter för att slippa tillställningar. Jag blev tråkmånsen som alltid behövde studera. Det stämde inte med min självbild, och klyftan gjorde ont. Jag isolerade mig frivilligt för att bevara det välmående som jag kämpat så hårt för att uppnå.

Att studera insidan från insidan

Jag hade hunnit bli över trettio och postdoc på ett prestigefyllt universitet i USA när jag började se ledtrådar som drog igång den kartläggning som skulle leda mig ut ur labyrinten. Processen triggades av insikten att jag till min förtvivlan ännu en gång fått stämpeln som lite neurotisk och galet överambitiös.

Jag började titta kritiskt på mitt beteende. Varför läste jag manualer i detalj istället för att be om hjälp? Varför ville jag inte gå till fikarummet? Varför besökte jag platser i förväg för att systematisera dem?

Jag formade hypotesen att min hjärna inte kunde bearbeta oförutsägbara sinnesintryck och att mina sinnen var överkänsliga. Jag hittade belägg: mina svårigheter var relaterade till graden av oförutsäghet och intryckens intensitet. Jag intervjuade andra människor: –När du går in i ett nytt rum, hur snabbt får du en känsla av att ha koll på det? –Kan du förstå vad jag säger när de andra har en konversation där borta? Jag testade effektiviteten av interventioner: Vad händer om jag pausar i dörröppningen och skannar omgivningen innan jag går in? Vad händer om jag ber en vän guida mig i fikarummet tills jag är van? Naturligtvis kan man inte objektivt studera sin egen hjärnfunktion, men man kan inte beskylla mig för att vara osystematisk.

Vägen mot självacceptans

Till slut fanns inget tvivel kvar: Jag var nästan komiskt onormal. Forskaren i mig var nöjd, och jag började utveckla medvetna strategier i vardagen. Mitt liv transformerades i takt med att jag insåg att det både fanns odramatiska förklaringar och ofta till och med enkla sätt att förklara för andra. En parallell process hade varit att sluta slå ifrån mig tidigare förslag på en autismsdiagnos, och be om en riktig utredning. Allt detta öppnade nya dörrar. Jag började återfå självförtroendet.

Samtidigt var det förvirrande. Nu stod jag där med en lovande karriär och ett fint äktenskap, men med begränsningar som var som en stenvägg. Jag hade pushat och pushat mig själv i så många år för att utmana alla mina föreställningar om vad jag inte kunde göra. Jag hade trott att jag skulle kunna träna bort allt som inte fungerade. Jag hade varit en ung och naiv krigare, och jag hade vunnit många slag. Men nu var det dags att börja mjukna, sluta slåss och omfamna mig själv och min extraordinära hjärna.

Jag lever med en kamp som inte syns. Jag kommer regelbundet att hamna i sociala återvändsgränder, där jag inte kan förklara ett beteende som orsakats av intryckskaos. Jag kommer att bli misstolkad och det kommer göra ont. Jag kommer alltid att ha en önskan om att bli av med infernot som jag lever i. Samtidigt är det oerhört helande att äntligen börja kunna träda fram precis som jag är, med mina styrkor och svagheter. Själv behöver jag inte längre förståelse, men jag önskar att barn med min problematik kunde bli synliggjorda för sig själv och andra tidigare i livet.

Baserat på inlägg på bloggen Extraordinary Brains, www.extraordinarybrains.se/blogg. Redaktionen för Svensk Psykiatri har kontakt med författaren.

Den skrattande änklungen

Jag var 19 år och hade just gått ut gymnasiet. Litet tvekande om vad jag ville göra med resten av mitt liv tog jag timanställning som sjukvårdsbiträde på det gamla Serafimerlasarettet i Stockholm. Där fick jag hoppa runt mellan olika medicinska och kirurgiska vårdavdelningar för att täcka tillfälliga luckor i bemanningen. En av mina allra första arbetsuppgifter var att sitta extravak för en mycket sjuk äldre kvinna. Under kvällen avled hon stilla och man ringde efter maken som dök upp en stund senare och syntes vara på ett alldeles enastående gott humör. Han pratade och skrattade och delade ut karameller till personalen.

Jag blev djupt upprörd. Vad var det för människa som kunde bete sig på det viset när hans hustru just hade gått bort? Händelsen återkom i mina tankar många gånger efter det och jag förstod ingenting.

Några år senare började jag på läkarutbildningen och till den första terminens obligatoriska litteratur hörde Johan Cullbergs "Kris och utveckling". Jag läste om chockfasen och då, till slut, begrep jag vad jag sett.

Det som syntes på utsidan var inte vad det syntes vara.

Tove Gunnarsson

*Psykiater
Stockholm*

Noli me tangere

Jag torgför ej mitt hjärtas lust och kval
att skrynklas ned av obekanta händer.
Min fantasi dig bjärta lekverk sänder,
men känslans helgedom hålls aldrig fal.

Om du ej misslynt strax mig ryggen vänder,
kom i min park! Den är så mörk och sval.
Gå där bland blommor ifrån södra länder
och se skulpturerna kring min portal!

Men över tröskeln skall jag dig ej föra.
Förstenad dörrvakt blott får äga öra
för skygga gäster utav doft och ljus.

Du nödgar mig – välan, ett ord jag ropar,
som slott och park i blinken undansopar,
och vad du ser är virvelsand och grus.

Carl Snoilsky

Kommentar

Denna dikt skrevs av den svenska skalden Carl Snoilsky (1841-1903) och ingår i verket Sonetter från 1871. Redaktionen tycker att den lämpar sig väl för temat "Det som inte syns på utsidan" – en fin beskrivning av att hålla fasaden, att inte vilja eller kunna släppa in någon under ytan.

Tove Gunnarsson
Redaktör

Om betydelsen av inre hot

De flesta individer har under olika skeden av livet upplevt hot som kommer inifrån dem själva. Hoten är inte synliga eller igenkännbara på utsidan och kan ta sig alla tänkbara former, från oroväckande tanke- och känslomässiga upplevelser till skrämmande och farliga gestalter och väsen, som uppträder såväl i vaket tillstånd som i drömmen. De är inte direkt relaterade till yttre omständigheter och betingelser utan är skapade av den enskildes privata erfarenheter, upplevelser och fantasier.

Vissa av de fantiserade inre hoten har en lång historia med evolutionärt ursprung. Föreställningar om olycksbådande och farliga skeden och varelser har i alla tider haft en viktig funktion att markera gränsen mellan gott och ont, människa och djur, vi och dem, känsla och förnuft. De finns representerade i myter, sagor och olika kulturella yttringar, både historiska och samtida, och dyker upp i en aldrig sinande ström. Mycket talar för att vi som människor sedan urminnes tider har ett djupgripande behov av att skapa skrämmande fantasier i avsikt att utveckla beredskap inför allt det yttre som är potentiellt hotfullt och farligt. Det tar sin början i barnets upplevelsevärld, som präglas av ontologisk otrygghet med tillhörande ångestberedskap, vilket sätter avtryck och finner nya former högt upp i åldern.

Historisk återblick

I äldre tider såg man sällan inre hot ur ett psykologiskt perspektiv. Istället för att dessa skulle ha sitt ursprung hos eller inom individen tänkte man sig att yttre oper-

sonliga krafter styrde människan och våldförde sig på henne. I dagens psykologiska språkbruk skulle vi tala om projektioner, som innebär att man tillskriver egna upplevelser och ingivelser något yttre eller att man förlägger egna egenskaper till andra personer och gestalter. De inre hoten uttrycker vad vi är rädda för hos oss själva och har som oftast förknippats med negativ, farlig eller ondskefull påverkan.

Tidiga beskrivningar av hotfulla scenarier finns i det antika dramat och i myterna. De bygger på en sorts förvetenskaplig kunskap om människans natur och psykologi. Utifrån de beskrivna gestalternas egenskaper och handlingar får händelseutvecklingen en ödesbestämd prägel och skeendena framstår som svårhanterliga, ibland oundvikliga. Många grekiska myter handlar om vidunder och monster, som är stora och ruskiga gestalter, ofta i form av hybridvarelser med såväl mänskliga som djuriska drag och egenskaper. Här finns sfinxen, Minotaurus, Polyfemos och Medusa för att nämna några av de skräckinjagande väsen som hotar sin omgivning och mänskligheten med barbariska och illvilliga dåd. Till dramaturgin hör att de endast kan bekämpas och nedgöras genom olika hjältars kraft och förlagenhet.

Liknande teman finns gestaltade i sagor och folktro på närmare håll. Här utgår de föreställda hoten inte sällan från någon tänkt förbannelse som förvandlat enskilda personer till besatta och potentiellt illasinnade varelser. Det kan handla om varulven och maran eller olika typer av natur- och trolldomsväsen. De flesta upplevs som

Foto: Jakub Krechowicz/Shutterstock



farligt oberäknliga, vilket väcker olust, oro och otrygghet och som det gäller att skydda sig emot. Utifrån olika tidsepoker har sättet att avvärja hoten skett på skiftande sätt med allt från undvikande, besvärjelser och syndabekännelser till satanism och exorcism.

Hur ser det ut idag?

Idag fyller film, datorspel, fantasyprodukter och kriminalromaner behovet av hotfulla scenarier och förser oss med bilder och texter som speglar våra värsta fantasier om farliga och drastiska hot. Mångas ängslan och känsla av osäkerhet i en allt oroligare omvärld har fångats upp av en industri som producerar skräckprodukter i mängd. Det stora intresset för våldet i alla dess former avspeglar det motsägelsefulla behovet att både kontrollera det farligt destruktiva och liderliga och att släppa lös det genom att i fantasin leva ut aggressiva och mordiska impulser. Våldsskildringarna kan på så sätt reglera inre psykiska spänningar genom att placera hotet på annat håll.

Alla dessa drabbande scenarier har något gemensamt i att de berör människans utsatthet och psykiska sårbarhet. Denna påverkan har, utöver sitt mer individuella ursprung med skuld och skam som viktiga beståndsdelar, en mer allmängiltig grund i vad det innebär att finnas till som människa. Inom oss finns en mer eller mindre medveten insikt om att vara skör och ömtålig inför livets, i många avseenden kompromisslösa och stundom grymma, villkor. Ingen undgår tidens flykt med dess återkommande separationer, uppbrott och förluster samt döden som det ultimata slutet. Alla obesvarade frågor om vår existens är ytterligare en källa till att känna sig blottad och oskyddad.

Den franske 1600-talsfilosofen Blaise Pascal, sin religiösa övertygelse och förankring till trots, beskrev människans existentiella villkor som en evig utmaning att hantera obeständighet, leda och oro.

Vad kan psykiatrin göra?

Mycket av människans inifrån upplevda hot, antingen de privat frammanade eller de som är projicerade på förelagda fantasiprodukter, kan ge upphov till starka reaktioner, allt från psykiska obehag till psykotiska tillstånd. Det finns anledning att påminnas om det i den samtida psykiatrin där det alltid krävs hänsyn till hur den subjektiva upplevelsesfären har betydelse för uppkomsten av psykiska och kroppsliga problem och symtom. De logiska vetenskaperna har avskaffat vålnader, demoner och djävlar, men icke desto mindre och oberoende av nya rön lever de vidare i människors föreställningar. Vi framhårdar i att både förtrolla och söka avförtrolla vår verklighet.

Det finns hjälp att söka när de inre hoten intagit scenen med stor kraft, men det är knappast möjligt att förebygga dem. Det är som om alla de många omnämnda hotfulla känslorna och upplevelserna har sin motsvarighet i den ångest, som Pär Lagerkvist i sin välkända dikt beskrev som en arvedel: "min strupes sår, mitt hjärtas skri i världen".

Johan Schubert

Psykiater

Psykoanalytiker

F d adjungerad professor i psykoterapi

Barn är ett folk och de bor i ett främmande land

Jag är en vecka in på min randning på BUP och tittar i min kalender för att se vilka patienter jag ska få träffa idag. En 15-årig flicka är akut inbokad för depressionsbedömning och jag förbereder mig för mötet genom att läsa journal. När mor och patient väl kommer in till samtalsrummet berättar jag att jag är här på kliniken en kortare period och att jag egentligen ska bli vuxenpsykiater men också att jag gärna vill lära mig behandla barn och ungdomar.

Så börjar anamnesupptagningen. Mor uttrycker sin oro. Flickan är påtagligt hämmad i sin ansiktsmimik, svarar fåordigt men ändå bestämt och jag upplever att hon främst vänder sig till mig i sin berättelse, att hon är mån om att självständigt beskriva sitt mående. När jag bett modern stiga ut för att jag ska få samtala med patienten i enrum, framkommer det att det finns återkommande yttre händelser som kraftigt påverkar min patient och som får henne att må sämre.

Jag låter tystnaden lägga sig emellan oss. Jag väntar på att hon ska berätta om dessa händelser men hon förblir stum. Jag ser på henne och hon på mig. Flickan sitter inte helt avslappnad i samtalsfåtöljen och hon håller, förmodligen omedvetet, sin ena hand framför sin mun. Försiktigt frågar jag om hon inte skulle vilja beskriva händelserna.

Flickan skakar på huvudet. Hon vill hålla det hemligt för såväl mig som sin familj. Min patient vill söka sitt stöd hos sina vänner och är tydlig med att problemen inte är något som vi i vården ska rota i. Flickan är en ambitiös student med vad som ter sig vara en hög funktionsnivå. Hon ger ett intryck av att vilja handskas med sina besvär själv men är samtidigt hjälpsökande då hon är trött i sitt lidande.

Bedömningsamtalet fortsätter. Det träder fram en tydligt depressiv bild men inget alarmerande talande för övergrepp eller våld, varför jag när modern är åter i rummet erbjuder medicineringskontakt redan är etablerad. Såväl patient som hennes mor är intresserade och vi bokat in flertal uppföljande möten för uppföljning och utvärdering.

Efter patientsamtalet reflekterar jag över vad det är som gör mig så förbryllad och inser snart att det handlar om en anorlunda sorts allians, en partiell allians om man så vill. Jag upplever att min patient vill vara hos mig på mottagningen, det finns ett intresse för att ta emot hjälpen vi erbjuder och hon engagerar sig i terapin. Samtidigt markerar hon tydligt gentemot mig. Det finns delar av hennes upplevelsevärld som jag inte får ta del av, som hennes föräldrar inte tillåts blicka in i och det skapar en frustration hos oss alla då det gör det svårt att erbjuda adekvat hjälp. I samtalet med flickan böjer jag mig för hennes vilja men förklarar också att det lägger en extra utma-



ning i att utvärdera effekten av den vård och det stöd vi ger, vilket flickan ger intryck av att förstå. I handledningen med erfaren specialist resonerar vi att det också kan finnas ett värde i att just jag inte ska avkräva patienten tillgång till hennes hemligheter i och med att hennes och min kontakt tidsmässigt är begränsad till de tre månader jag kommer arbeta på kliniken. En framstressad djup vårdrelation riskerar att orsaka skada när jag lämnar kliniken och patienten.

Att komma som randande läkare till en ny klinik innebär att man till viss del måste börja från början, nollställa vissa förmågor och verktyg man använder i sin vanliga klinik för att med en ny patientgrupp arbeta upp andra arbetsredskap och taktiker. Under den pediatrika kursen under läkarutbildningen trummade kursledningen i oss att barn inte är små vuxna och det är synnerligen tillämpligt även inom barn- och ungdomspsykiatri. Inom den vanliga vuxenpsykiatri möter jag allt som oftast individer som söker min kompetens och villigt delar med sig av sina tankar och känslor för att vi tillsammans ska kunna arbeta fram ett så bra resultat som möjligt. Med min patient på BUP inser jag att jag trots min önskan att hjälpa ändå tillhör en vuxenvärld som till viss del måste hållas på avstånd. Jag reflekterar över att jag känner tacksamhet över att få hjälpa flickan då jag ser hennes stora lidande men också att vår patient-läkarrelation är skör samt präglad av patientens behov av integritet. Såsom den egentligen alltid är, oavsett ålder på patient.

Hedvig Krona
Text och foto

*ST-läkare i psykiatri, Malmö
Doktorand i rättspsykiatri, Lunds Universitet*

ANNONS



Under ytan

Utmattade patienter önskar sig ibland ett mer fysiskt handikapp, som att sitta i rullstol. De tänker sig att omgivningen då skulle vara mer förstående. Ingen förväntar sig att den rullstolsburne ska hoppa höjdhopp. De utmattade anmodas istället av Försäkringskassa och andra att de ska ta sig i kragen, medan patienterna upplever att det är som att lyfta sig i håret. Den som väl sitter i rullstol önskar sig istället i regel inget högre än att få gå på sina egna ben igen. Var och en blickar mot sin egen horisont.

Många gånger är det inte uppenbart för ett otränat öga när någon mår psykiskt dåligt. Vissa gånger kan det för all del vara nog så uppenbart och när jag jobbade på psykakuten hade personalen ibland lagt i inskrivningsblanketten i plastfickan till respektive patient, som en liten vink till den jourhavande läkaren om fortsatt handläggning. När svarslatensen mäts i minuter snarare än sekunder behöver inte doktorn tveka. Upp till en viss nivå kan dock de flesta hålla upp en fasad. För den som har social fobi kan därför videoinspelningar ha ett stort pedagogiskt värde. När de ser sig själva på film så märker de att nervositeten inte syns lika mycket som den känns.

Just denna kollektiva fasad är dock en viktig anledning till att människor som mår psykiskt dåligt känner ett utanförskap. De tror att de är ensamma om sin depression. Inget kunde vara mer fel. Världshälsoorganisationen gjorde redan i somras bedömningen att depression var den sjukdom som stod för störst andel av den globala sjukdomsördan. När det egna lidandet förtigs i flera generationer är det dock svårt att hitta bundsförvanter i eländet. Jag har flera gånger noterat hur jag vid det första besöket frågat efter depression i släkten och initialt fått ett tydligt nej. Vid återbesöket kan patienten sedan säga att det vid efterforskning framkommit att både modern och mormodern hade haft depressioner. I vissa fall har formidabla släkträd av affektiv sjukdom dolts under ett tappert tillkämpat yttre lövverk. Inte undra på att patienterna känner sig ensam-

ma med sin sjukdom, när få drabbade berättar om den och den många gånger inte heller syns. Dessutom isolerar sig många när de är deprimerade, vilket gör diagnosen än mer osynlig.

Desto större värde får då de berättelser som väl kommer ut, särskilt från förebilder som inte förknippas med dåligt mående, utan snarare framgång och självsäkerhet, som rockikonen Bruce Springsteen, som kom ut med sina depressioner och medicinering mot dessa. Det kan dock vara lättare att berätta om psykisk ohälsa i ett mindre sammanhang och många patienter värdesätter erfarenhetsgrupper, som kanske mer än något annat får patienterna att känna sig mindre alienerade. När jag var i slutenvården såg jag hur patienterna som DSM-magneter drogs till andra med samma diagnos. Manikerna fann varandra, lika mycket som de äldre damerna med depression och de unga emotionellt instabila kvinnorna som skar sig med trasiga pappmuggar. På en stig är man aldrig ensam, där har tusen fötter gått före en. Dessutom är i synnerhet patienter med affektiv sjukdom i gott sällskap. Det finns otaliga exempel på människor med bipolär sjukdom och depression som uppfattas som framgångsrika, som forne premiärministern Winston Churchill. I Sverige ligger det närmast till hands att nämna Esaias Tegnér, biskop och skald, som har skrivit den kanske mest målande beskrivningen av en melankolisk depression: dikten Mjeltsjukan. Depressionen behöver inte vara ett ensamt ok, den delas med miljoner andra, vilket är viktigt att förmedla till patienten. För den modstulne deprimerade patienten kan vi, när så är möjligt, försöka förmedla fotbollslaget Liverpools slogan: You'll never walk alone.

Mikael Tiger
Psykiater
Stockholm

Samhällsintresserade kollegor se hit!

Svenska Psykiatriska Föreningen får årligen en mängd remisser från bland annat Socialdepartementet, Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbund att besvara. Remisserna avser aktuella vårdfrågor och svaren är viktiga underlag för beslutsfattarna. Nu söker vi intresserade kollegor att adjungera för hjälp att läsa och sammanfatta så att styrelsen därefter kan formulera välgrundade svar. Hör av dig med mejl till någon av oss i styrelsen (se hemsidan) om du är intresserad.

Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen

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.srp.se



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott

Temat "Det som inte syns på utsidan" väcker en del tankar. Det första jag tänker på är det tysta enskilda lidandet som många av våra patienter är drabbade av. Vissa patienter visar tecken på depressivitet redan i väntrummet medan andra inte visar några yttre tecken på depression eller ångest alls. Det syns inte på utsidan. Vändpunkten för många är när någon frågar om måendet eller när den drabbade själv vågar börja berätta.

Trots att den ökade psykiska ohälsan uppmärksammas alltmer är ämnet fortfarande tabubelagt och kanske förknippat med osäkerhet om vilken betydande roll ett samtal med en närstående kan ha. WHO har under hösten avslutat en årlång kampanj, "Let's talk", som handlar om att understryka vikten av att våga prata om depression och dess konsekvenser som förutom lidandet också medför nedsatt funktion och ökad risk för suicid. De vanligaste psykiatriska tillstånden depression och ångest ökar globalt i världen. Dessa sjukdomar är så vanliga att man statistiskt sett bör ha en eller flera familjemedlemmar eller vänner som är drabbade. Budskapet till dem som insjuknar är förstås att det finns hjälp att få, såväl läkemedel som samtalsbehandling eller en kombination av dessa.

Att det inte syns på utsidan kan, om man redan har fått verksam hjälp, å andra sidan vara en skyddande faktor för patienterna. Att det inte syns kan minska risken att utsättas för dumma kommentarer och förutfattade meningar. När någon är deprimerad tycks sådant ta extra hårt. Att däremot få en ärligt menad fråga om hur man mår, tror jag nästan alla accepterar även om man får höra frågan gång på gång av sina närmaste och av sina kontakter i vården.

Vi inom psykiatrin måste fortsätta att uppmärksamma våra patienters situation och svårigheter på flera plan: i familjen, på arbetsplatsen, i sjukvården och i kontakten med andra myndigheter. Inte minst gäller detta kontakten med Försäkringskassan som inte alltid godkänner sjukskrivningar om det inte syns på patientens yttre att denne är sjuk. Det innebär att en mängd deprimerade blir felaktigt bedömda avseende funktionsförmåga och aktivitetsbegränsning och därmed diskvalificeras från den allmänna sjukförsäkringen.

Psykiatrin behöver fortsatt informera, utbilda, och undervisa för att våra patienters röster ska göras hörda. För att vi ska kunna förmedla aktuella fakta, peka på framtidsvisioner och lyfta det till berörda samhällsaktörer och politiker behöver vi ha utbildning med hög kvalitet, kontinuerlig fortbildning och forskning som fortsatt strävar framåt.



Jonas Rask
Ordförande Utbildningsutskottet

ANNONS

Nya hedersledamöter i SPF!

Vid Svenska Psykiatriska Föreningens årsmöte den 15 mars utsågs Lil Träskman Bendz och Göran Tidbeck till nya hedersledamöter i föreningen.

Motiveringarna löd:

Lil Träskman Bendz har på ett framstående sätt främjat föreningens syfte genom psykiatrisk forskning i världsklass, genom sitt arbete med att länka samman klinik och forskning, och genom att sprida kunskap om psykiatri i samhället.

Göran Tidbeck har en humanistiskt grundad nyfikenhet på medmänniskan. Han kombinerar en öppenhet för ständigt pågående förändring med nykter pragmatism.

Göran är outtröttlig i sitt engagemang för psykiatrins och psykiaterns utveckling. Genom sitt sätt att vara visar han varför psykiatrin ska ledas av psykiatrer.

Lil och Göran porträtteras i följande artiklar.

Tove Gunnarsson
SPF:s styrelse



Lil Träskman Bendz

professor emerita i psykiatri vid Lunds Universitet

Lil är en ledstjärna och förebild för svensk psykiatri, inte minst i Lund där hon tillbringade en stor del av sin yrkesverksamma tid. Hon avlade sin läkarexamen på Karolinska Institutet i Stockholm och har även sin doktorsexamen därifrån, med Marie Åsberg som huvudhandledare. Lil flyttade till Lund när hon av dåvarande klinikchef Rolf Öman fick i uppdrag att starta en vårdavdelning som var specialiserad på suicidala patienter där utredning, behandling och forskning gick hand i hand. Det material som kunde insamlas från avdelningen, den s.k. "31:an", har givit upphov till ett flertal betydelsefulla studier och ligger fortfarande till grund för aktuella publikationer.

Lils huvudsakliga arbetsfält har varit suicidforskning, och inom detta område har hon blivit känd över hela världen. Hon är upphovskvinna till ett stort antal studier som undersökt samband mellan immunförsvaret, biologiska stresssystem och markörer, t.ex. monomaminer, peptider och HPA-axelns koppling till affektiva sjukdomar och suicidalitet. Hennes forskning och förhållningssätt återspeglas i många av de grundläggande färdigheter unga psy-

kiatrer idag tränas i: strukturerade suicidriskbedömningar, nära uppföljning och ett gott omvårdnadsarbete i samråd med patienten.

På nationell nivå har hon bidragit med flertalet viktiga insatser för svensk psykiatri. Hon var ledamot i Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse mellan åren 1999–2003, under en tid som dess ordförande. Hennes arbete som kliniskt verksam psykiater och forskare har visat hur viktig klinisk forskning är både för långsiktig kunskapsutveckling, men också för kvaliteten i vården av psykiatriska patienter.

Lil är mycket omtyckt av både patienter och kollegor. Hon har alltid haft patientens bästa för ögonen och framhållit att det är för dem vi arbetar. Lil har även visat på vikten av att se anhöriga. Hon var med och startade brukarföreningen Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES) och Södra nätverket för suicidprevention. Samarbete, ett etiskt förhållningssätt, respektfullt bemötande och kunskap är hennes ledord!

Lil har en fantastisk personlighet och hon smittar av sig med sin ständiga nyfikenhet. Hon är vän av djur och natur, tidigare ägare av såväl katter som en islandshäst, men har även intresserat sig för jakt. Det finns hos Lil alltid skratt och humor mitt i allvaret.

Det är med ett stort mått respekt och glädje som vi vill välkomna Lil som ny hedersledamot i SPF!

Johan Fernström
Vetenskaplig sekreterare
SPF
Foto: Privat



Göran Tidbeck

Göran är en välkänd profil i Stockholmspsykiatrin. Kolleger och medarbetare som arbetar med Göran blir alltid inspirerade av hans varma nyfikenhet på medmänniskan och alla hennes uttryck. Han personifierar en sann humanist genom att alltid sätta patienten först; han är aldrig dömande.

Görans eftertänksamma ledarstil förenar en öppenhet för ständigt pågående förändring med nykter pragmatism. Efter olika chefsroller och förtroendeuppdrag har han nu återgått i klinisk tjänst utan att på märkbart sätt låta sig påverkas av uppnådd pensionsålder. Göran är outtröttlig i sitt engagemang för psykiatrin och psykiaterns utveckling. Genom sitt sätt att vara visar han varför psykiatrin ska ledas av psykiater.

Svante Nyberg
Psykiater, verksamhetschef Stockholm södra
Foto: Privat



Årets Raffaellapristagare

Hans Ericson, f.d. studierektor och överläkare på psykiatriska kliniken i Sundsvall, har tilldelats 2018 års Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne, med följande motivering:

Hans Ericson har under sitt yrkesliv satt pedagogiken i centrum. Genom sitt humanistiska perspektiv och sin förankring i den kliniska vardagen har han med sin bredd bidragit till att belysa psykiatrins mångfald. Han har med sin pedagogiska förmåga och entusiasm bidragit till att höja kunskapsnivån inom specialiteten.

Priset, som delades ut under årets kongressmiddag den 15 mars i Stockholm, bestod av 10 000 kr och diplom.

Nytt för i år var att pristagaren ska hålla ett föredrag under SPK, med fokus på pedagogik inom psykiatri. Hans höll en uppskattad föreläsning om handledning som vi återger här nedan.

Redan nu kan du nominera kandidater till 2019 års pris, se notis på annan plats i detta nummer!

För priskommittén
Tove Gunnarsson

Handledning – minnen, reflektioner och förslag

Erik Björck ringde mig och lämnade den glada nyheten och sa samtidigt ungefär så här: "Du kan väl under SPK föreläsa eller associera fritt över ämnet handledning".

OK.

Det lät ju lagom uppfordrande och frestande för en psykodynamiskt skolad psykiater.

Så: "meine Damen und Herren", det som följer blir därför mina tankar om:

En handledare som jag till största delen vill minnas, en handledare som jag gärna eller åtminstone delvis vill glömma samt en handledare som jag med värme minns. Dessutom enstaka problemadepoter. Och därutöver på slutet: ett uppslag till nationella riktlinjer i psykiatri för blivande handledare...

"Palle" – handledaren på gott och ont

Handledningen under min AT gavs av en inte undersysselsatt överläkare Palle – frid över hans minne – han var då verksamhets-



chef, min handledare, dessutom författare av ett flertal skrifter om psykoanalys, han var väl hemmastadd i den Lacanianska skolan.

Palle måste ha haft höga tankar om min analytiska förmåga eftersom han inte anpassade språket till min förståelsehorisont – det blev närmast en grundkurs i strukturalistisk lingvistik. Han sade ungefär så här med lätt dansk brytning:

"L' inconscient est structuré comme un langage" (det omedvetna är strukturerat som ett språk) var hans maxim.

Problemet var att jag inte begrep ett minsta grand av diskursen. Så här i backspegeln kunde väl Palle åtminstone ha sagt ungefär som Ingemar Stenmark sade 1975: "det är inte så lätt att förstå för den som int` begrip". Nåväl, jag tänkte länge till tröst och försvar att det kanske är ett tecken på en mycket god analytisk förmåga att inte förstå sig på Lacan överhuvudtaget!

Men å andra sidan förminskade han inte oss AT-läkare utan såg oss som nyfikna och bildbara lärjungar/gesäller! Palle önskade att vi skulle lyfta blicken och se bortom horisonten och skorstenarna vid Ortvikens pappersbruk... Han påminde oss även om begreppen överföring och motöverföring, dvs. sådant som kan uppstå i större eller mindre omfattning i våra terapier (eller är fenomenet kanske okänt eller inte uppmärksammat idag i och med nutidens ofta korta och komprimerade samtalskontakter?).

Nåväl – det var ett förtroligt samtals/handledningsklimat hos Palle där allt var tillåtet att lyfta och som någon har sagt: just när du funderar på om du vågar ta upp en viss sak med din handledare, det är precis då handledning behövs som allra mest!

Han påminde oss läkare att de flesta patienter (precis som männskor i allmänhet, adepter inkluderade!) gör så gott de kan... och glöm inte de starka eller friska sidorna...

Lika varm, nyfiken och inlevelsefull som han var mot oss underläkare, lika affektfri och ortodox sägs det att han var i sina terapier. Någon påstod t.o.m. att om Palle skulle ha drabbats av insulincoma under en session hade patienten knappt noterat någon skillnad...

"Vera" – den problematiska handledaren

Var den privatpraktiserande terapeut som handledde mig med min utbildningspatient.

Vera hade stor erfarenhet av "neuropsykoterapier" från sin privata mottagning i södra Sverige, men inte lika stor erfarenhet av patienter med svåra personlighetsstörningar (eller oerfarna FV-läkare).

Min terapipatient var en kvinna i medelåldern, "ytnormal" funktionsnivå, gift, hade vuxna barn men befann sig i en utdragen kris (överdeterminerad). Det blev en berg- och dalbaneres som jag sent ska glömma – jag blev ömsom demoniserad och ömsom idealiserad.

Inför den från patienten önskade separationen/avslutet önskade hon läsa sin journal och inne på chefs rum sade hon efter genomläsning: "det var verkligen ett magert opus", rev sönder pappersjournalen och spolade ner allt i toaletten utanför expeditionen.

Lotta – min dåvarande chef, erfaren och klok psykiater, sedermera min handledare, utbrast efter snabb genomgång:

"men herregud – har du haft en borderlinepatient som första utbildningsterapi!!?"

Ja, en "mismatch" handledare-terapeut-patient var det utan tvekan. Även idag, decennier senare, hoppas jag att läkare tidigt i sin utbildning inte ska konfronteras så påtagligt som jag blev med sådan komplicerad problematik (trots de lärdomar man ändå tog med sig).

"Lotta" – den goda förebilden

Lotta får representera den goda handledaren, den goda lyssnaren, advokaten, kritikern, instruktören. Hon hade röd lampa påslagen, avsatt tid och tydliga ramar. Hon blev kort sagt min rollmodell. Inte minst uppskattade jag hennes "Kompostfunktion" dvs. hon tog emot mina frågor, skräpet, eländet, patientsvårigheterna och smälte ner inkommande material och gav det därefter tillbaka – och eftersom jag började i "komposttermer" – i form av bördig mylla (dvs ungefär som vi läkare bör kunna ta emot patientens problematik).

Ett par saker som hon betonade och som jag särskilt minns från hennes handledning var:

1. Undvik att säga "jag förstår".

Det är bättre att du ber den andre beskriva situationen eller problemen tydligt.

När du säger "jag förstår" betyder det kanske att du förstår orden, men har du Hans verkligen förstått meningen och innebörden som orden har för personen (adept eller patient) framför dig?

2. Undvik mestadels frågan "varför?".

Varför gör du på detta viset? Varför handlar du så? Varför tänker du så?

En sådan fråga är svår och troligen alltför analytisk, den kan ju även uppfattas som ifrågasättande eller anklagande.

Dessutom vet sällan patienten svaret omedelbart (eller svarar: "jag bara är sån...")

Orsakerna är ofta, eller kan vara, både omedvetna, sammansatta och komplexa.

För övrigt kan patienten få stöd och hjälp även om vi inte genast vet eller förstår alla orsaker...

Kort om några problemadepter jag mött

(Med kommentaren att den klart övervägande delen av AT/ST jag fått handleda fungerat alldeles utmärkt!)

Det kan ha handlat om allt från olämpligt beteende till formella avvikelser.

"Dresscode"-handledning kan ibland behövas – jag har mött läkare som anlänt till arbetet i bad/strandkläder eller till det yttre liknat uteliggare eller anlänt till jourmottagningen i kreationer

passande för en nobelmiddag – visserligen ligger bedömningen, som det heter, i betraktarens öga – men då vissa patienter redan innan mötet med jourläkaren har problem med sin realitetstestning kan ju en viss återhållsamhet i extravagans eller originalitet eftersträvas och vara värt att ta upp för dig som handledare...

"X resp. Y" skulle man kunna kalla prototyper för något svårstyrda, svårangepassade läkare.

Båda ansåg sig vara förtjänta av särskilda friheter och förmåner.

De kom ibland försenade till arbetet men slutade å andra sidan sin dag före övriga kollegor (flexitetid var ännu inte inrättat).

De uteblev ofta till handledning.

Båda följde sannolikt principer som: "gåre så gåre", eller: "det är lättare att få förlåtelse än tillåtelse".

Vad göra med dessa magnifika förargelseväckare som kunde reta gallfeber på både patienter, kollegor och chefer?

Jag vill påstå att både dr X och dr Y var inkarnationen av begreppet "ingen människa är fullkomlig"!

Enligt forskaren och psykologen Ulla Holm så kan den långa läkarutbildningen ha negativ inverkan på studenternas förmåga till empati! Aj – det förefaller stämma!

Men det finns hopp!

Ty, fortfarande enl. U. Holm:

Kan handledning minska nedgången i förmåga till empati.

Kan en empatisk omgivning utveckla den empatiska förmågan.

Kan chefer och handledare påverka förmågan till empati positivt.

Sagt och gjort:

Verksamhetschefen inkopplades till ett klagörande samtal och handledningen skulle nu utökas!

Näval: Man kan leda adepten till vattnet men inte tvinga den att dricka.

Insatserna hann aldrig sjösättas ty ingen av de du ville ens ledas mot vattnet och båda drog istället vidare till helt andra städer och andra verksamhetsområden. Där slutar också spåren!

Så till sist det jag inledningsvis utlovade:

Förslag till

Nationella riktlinjer för blivande handledare inom psykiatrin

enligt "GRADE" (GRundAD Empiriskt)

dvs. på min egen magkänsla, s.k. "intuitiv evidens" (med reservationen att 30 års verksamhet kan bestå av 1 års erfarenhet och 29 års repetition).

Prioritering 1-3: skall göra (starkt vetenskapligt underlag)

Handledaren skall se, bekräfta och ta adepten på allvar!

Se: Vad betyder det?

Svar: Du skall rikta din odelade uppmärksamhet på adepten.

Bekräfta: Vad betyder det?

Svar: Du skall styrka, erkänna, verifiera och validera din adept!

Ta på allvar: Vad betyder det?

Svar: Du skall ha en uppriktig inriktning på väsentligheter.

Vidare SKALL du:

- se handledning som hjälp till självhjälp – bidra till nya tankar och utvägar, så lägger adepterna pusslet själva.
- hjälpa adepten att se det de förut inte sett.
- hjälpa adepten att finna sitt bästa sätt att arbeta, att finna sin stil.
- vid svårigheter hos adepten i första hand misstänka kunskapsbrister (och inte att eleven är "störd" "nörd", eller nonchalant och främst ute efter att förarga dig eller kliniken! Och kom ihåg att den kunskap eleven saknar – saknar den ju inte!).
- påminna adepten att vara där patienten är (som exempel: ej i framtiden eller i tidig uppväxt om det aktuella traumat är en svår separationskris).
- "analyze, don't moralize".
- komma ihåg att du är en rollmodell.
- numera enligt nya målbeskrivningen förutom den formativa löpande bedömningen även summativt bedöma din elev inför specialistansökan. (Ungefär som den östtyska devisen löd : "Förtroende är nog bra men kontroll är bättre"). Viss tveksamhet angående de dubbla rollerna kanske finns, men handen på hjärnan/hjärtat – vem kan göra en bättre summativ bedömning än du (och ett handledarkollegium) som ändå känner adepten bäst?

Man känner igen kvalitet när man ser den (Glöm inte medsittning!) Vid medsittning ser man ju adepten in action – ett passande engelskt uttryck är: "the proof of the pudding is in the eating".

Prioritering 3-6: kan eller bör (måttligt starkt vetenskapligt underlag)

Du KAN

- ge goda råd – men kom ihåg vad Oscar Wilde sa om goda råd: "Jag lyssnar alltid till goda råd – och det är nog det enda jag gör med dom".

Du KAN eller BÖR

- glädja dig åt att eleven t.o.m. blir skickligare i yrket än du själv, det kan vi kalla för friska narcissistiska behov.

Du KAN

- använda dig av exklusiva facktermer från någon teoribildning om du översätter dem och inte använder dem för att skapa skydd/barriär mellan dig och adepten.

Du BÖR

- gärna vara kliniskt aktiv – behåll några patienter även om din tid alltmer läggs på handledning eller arbete som medicinskt ansvarig läkare etc. Det är ett korrektiv mot omnipotens.
- regelbundet påminna adepten att göra orosanmälan vid misstanke om missbruk eller våld i nära relationer! Det förekommer i alla samhällsklasser (och oavsett vad som står på patientens visitkort).
- damma av begreppen överföring/motöverföring, men nödvändigtvis inte alla Freuds tankar.
- påminna adepten att patient/läkarrelationen är asymmetrisk.

- ha en stabil teoretisk plattform men vara öppen för vidare utveckling, samt vara tillräckligt open-minded utan att hjärnan fördenskull trillar ut och även stundom kunna vara kätter
- misstro – vara kritisk – till din magkänsla (den s.k. intuitiva evidensen) åtminstone de första 20 åren i arbetet!

Prioritering 7-10 (icke-göra)

Du SKA ICKE

- ge råd för snabbt.
- tolka för snabbt eller ge din egen lösning.
- anse att adepten har ansvar för ditt välbefinnande...
- blanda ihop handledning med psykoterapi.
- lyfta fram dina egna otillfredsställda narcissistiska behov som t.ex. förmedla att din ståndpunkt är "Vägen sanningen och livet" (men kanske kan den vara ett bra diskussionsunderlag?).
- se adeptens svårigheter i hennes personlighet (även om det är så att adepten nu har sökt sig just till dig som handledare behöver det inte tyda på någon grovare psykopatologi!).

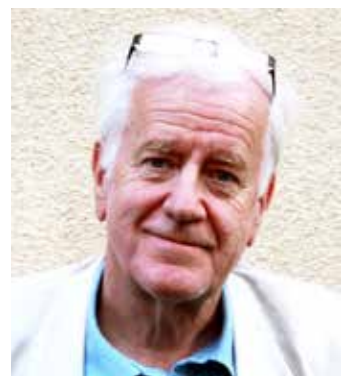
Avslutningsvis: du ska inte sitta på kammaren och "grubbla ensam" – även en erfaren handledare kan behöva en person för allvarliga kollegiala samtal.

Om allt går som det ska kommer så småningom din adept fram till slutsatsen att psykiatri är "the most human of sciences and the most scientific of humanities".

Tack Erik och SPF – jag är lika hedrad och rörd som överraskad över att ha fått denna fina utmärkelse!

Hans Ericson

*Ed. studierektor, överläkare psyk. klin.
Sundsvall, Region Västernorrland
hans.ericson@hotmail.com*





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 2019.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till Svensk Psykiatri:

raffaellapriset@svenskpsykiatri.se

senast den 15/12 2018.

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

**Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen**

KAROLINSKA INSTITUTET UPPDRAGSUTBILDNING
Kompetensutveckling vid Karolinska Institutet

**BOKA
din plats
NU**

Utbildningar med start i höst

Mentaliseringsbaserad terapi – teori och praktik 7,5 hp

Kursen anordnas av Karolinska Institutet och MBT-teamet Huddinge Psykiatri sydväst och 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.

Ätstörningar – bakgrund och behandling 7,5 hp

Lär dig om ätstörningarnas uppkomst och utveckling samt hur dessa komplicerade problem kan bedömas och behandlas utifrån flera perspektiv. Kursen förmedlar aktuell och vetenskapligt grundad kunskap om ätstörningarnas diagnostik och bedömning, epidemiologi, etiologi och behandling.

Kurserna är ackrediterade av Sveriges Psykologförbund.

För mer information och anmälan, gå in på
www.ki.se/uppdragsutbildning eller ring 08-524 838 91



**Karolinska
Institutet**

**Deadline för bidrag till
nästa nummer: 29/08
Tema: Anhörig**

Nytt seminarium på temat filosofi & psykiatri!

Svensk Förening för Filosofi och Psykiatri och Svenska Psykiatriska Föreningen bjuder in – nu med fokus på **AI, artificiell intelligens**.

Inbjudan med detaljerat program kommer senare, se <http://sffp.se> och SPFs Facebooksida <https://www.facebook.com/groups/1607968999484232/>

Tid: En eftermiddag i november 2018

Plats: Birgittarummet, Medeltidsmuséet, Stockholm

Mindre avgift tas ut för kaffe och omkostnader.

Anmälan till Jerker Hanson jerker.hanson@telia.com

Välkomna!

Jerker Hanson,
vice ordförande SFFP
<http://sffp.se>

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



10 frågor

JOHAN FERNSTRÖM

Vetenskaplig sekreterare

SPF:s styrelse

Född

18 juli 1980.

Bor

Malmö.

Familj

Min fru Jessica och våra tre barn, Ellen, Filip och Gustaf.

Arbetar

På vuxenpsykiatriska kliniken i Lund.

Vad gör Du när Du INTE jobbar?

Jag försöker dela tiden mellan hushållssysslor, läsläsning, konflikthantering (framförallt mellan en sjuåring och hans yngre bror) och sedan den senaste månaden, kajakpaddling på Malmö kanal. Förra veckan blev jag attackerad av svan och välte med kajaken. Mer spänning än så behöver man inte i vardagen.

Anser du dig vara troende?

I så fall dogmatisk ateist.

Vilken bok ligger just nu på ditt nattduksbord?

"Petter och hans fyra getter".

Vad gör Dig lycklig?

Familj, vänner och tid till avkoppling.

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

Sannolikt "Homeland". Har bl.a. hänvisat till Claire Danes karaktär Carrie Mathison i undervisningen av läkarstudenterna.

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

Jag tror att SPF liksom de flesta av Sveriges föreningar måste jobba aktivt för att få in nya unga kollegor i organisationen. Föreningslivet är inte längre lika starkt engagerande som det har varit, vilket är tråkigt. Men jag har gott hopp om att det kommer gå alldeles utmärkt!

Stina Djurberg

Redaktionen

Svensk Psykiatri

Foto: Johan Fernström



10 frågor

MAHER KHALDI

Ledamot

SPF:s styrelse

Född

Född i Östra Jerusalem, gamla staden 31/12 1958.

Bor

Bor i Örebro sedan ungefär 1999.

Familj

Är sambo och har två vuxna utflugna söner.

Arbetar

Arbetar som överläkare på Akut- och Haldygnspsykiatri i Örebro sedan 1993.

Vad gör Du när Du INTE jobbar?

När jag inte jobbar då reser jag och min sambo över hela världen. När jag är hemma då simmar jag tre ggr i veckan efter jobbet på tisdag+torsd+lörd-kvällarna, spelar badminton på onsdagskvällar och går ut och promenerar ofta på kvällarna.

Anser du dig vara troende?

Jag är en fullt övertygad ateist som kommer från en muslimsk bakgrund!

Vilken bok ligger just nu på ditt nattduksbord?

Jag håller nu på att läsa Antonio Damasio's bok "Self comes to Mind", en mycket spännande bok om hur medvetande uppstår hos människan, mycket läsvärt!!!

Vad gör Dig lycklig?

Det som gör mig lycklig är att lyckas i arbete, att familjen mår bra och att kunna hjälpa andra.

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

Jag citerar ofta den stora amerikanska filosofen John Searle "Gods, the soul and Eternity are all ghosts from the past"!

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

SPF:s stora utmaningar är att leva upp till medlemmarnas förväntningar!

Stina Djurberg

Redaktionen, Svensk Psykiatri

Foto: Privat



Ny BUP-professor i Linköping



LAURA KORHONEN

professor i barn- och ungdomspsykiatri
Linköpings universitet

Laura Korhonen har den 1 februari 2018 tillträtt tjänsten som professor i barn- och ungdomspsykiatri vid Linköpings universitet. Intervjun är gjord av avgående professorn, Per Gustafsson.

Vad vill du göra som forskare på BUP i Linköping?

Min forskning har strävat till att förstå hjärnans normala utveckling och underliggande mekanismer för mentala sjukdomar. Jag är intresserad bl.a. av barn med psykotiska inslag samt att finna biomarkörer för psykosymptom och psykoser. I Linköping har vi ett högklassigt centrum för translationell psykiatrforskning (Centrum för Social och Affective Neuroscience) och ett nationellt kunskapscentrum Barnafrid. Jag ser som min uppgift att förstärka denna forskning inom BUP samt att utveckla forskarutbildningen på området inom ramen av CSAN såväl regionalt, nationellt som internationellt och via olika samarbeten.

Vad vill du göra som kliniker på BUP i Linköping?

Jag har tagit över ansvaret för Linköpings bipolär och psykos-team och jobbar därutöver även på BUP-mottagning, främst med neuropsykiatriska patienter. Det viktigaste är att utbilda nya kun-

niga läkare och vårdpersonal inom BUP samt att utveckla den kliniska verksamheten i fruktbar samverkan med forskningen.

Var är du född och när?

Jag är född den 17 april 1974 i Pielavesi, som ligger i centrala Finland.

Var bor du?

Jag bor i Vasastaden, Linköping.

Har du familj?

Ja. Man och två barn (Linnéa 10 år och Tor 4 år).

Vad har du gjort innan du kom till Linköping?

De senaste tio åren har jag jobbat i Helsingfors med forskning, utbildning och kliniskt arbete. Senast som universitetslektor i barnpsykiatri och ansvarig läkare för BUP utrednings- och akutenheten på Helsingfors Universitets Sjukhus. Jag har också haft olika förtroendeuppdrag, bl.a. inom Finlands barnpsykiaterförening och Finlands läkarförbund.

Hur kommer det sig att du flyttat från Finland?

Både professionella och familjeorsaker avgjorde flytten. Jag läste på läkarprogrammet i Uppsala och har bott stora delar av mitt vuxna liv utanför Finland. På ett sätt känns det som att komma hem igen, inte minst p.g.a. att en del av familjen bor här i Sverige.

Vad gör Du när Du INTE jobbar?

Fritiden går huvudsakligen åt till umgänge med familjen; jag gillar att busa med mina barn som är mästare att hitta på alla möjliga tokigheter. Vi brukar också göra gemensamma natur- och fågelutflykter. Jag är helt och hållet amatör men jag njuter stort av att kunna följa naturen och olika årstider. Dessutom kommer man till alla möjliga spännande platser som man aldrig annars skulle besöka – tänk bara på Svartåmyningen och soptippen i Linköping! Jag tycker också mycket om kultur som opera, teater och litteratur. Jag gillar också att resa och uppleva nya miljöer och människor, även om det blivit mindre nu när barnen varit små.

Vilken bok ligger just nu på ditt nattduksbord?

Just nu håller jag på att läsa Ursula K Le Guins Övärlden-serien. Jag får tacka min dotter som väckt mitt intresse för fantasylitteraturen och öppnat dörrarna till alla dessa fantastiska världar.

Vad gör Dig lycklig?

Låter kanske lite trist, men vardagen. Att vakna och känna att allt är bra, ingenting saknas – kunna fördjupa sig i arbetet och umgås med familjen och vänner.

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

”Den dagen den sorgen” – livet är bäst här och nu och bär med sig vad det vill. Men livet bär om man låter sig bäras.

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

På kort sikt måste vi lösa problemet med patientköer. Det kräver medicinskt ledarskap och gemensamma, målmedvetna ansträngningar att definiera uppdrag och utveckla processer för att kunna erbjuda tidsmässigt välplanerad, effektiv vård utifrån patientens behov. Det medicinska kunnandet måste integreras med fungerande ledningsstrukturer som går att styras och utvecklas dynamiskt. Därigenom kan utvecklandet av servicestrukturen för mentalhälsofrågor på olika vårdnivåer underlättas och bli mer ändamålsenlig och skapa en bättre fördelning av resurser och omhändertagandet av patienter.

Jag är övertygad att problemen inom BUP i Linköping och Sverige kan lösas i gott samarbete och med ett ökat engagemang och större kompetens. Vi måste våga satsa samt släppa det gamla och fördomsfritt pröva nya sätt att arbeta. I Finland var situationen för ca 10 år sedan mycket likartad den som vi nu bevittnar i Sverige. Med idogt arbete, processutveckling, digitalisering, utbildning, satsning på medicinskt ledarskap, prevention och samarbete över olika sektorer har man dock kunnat modernisera BUP-vården och sålunda relativt väl svara på den ökande efterfrågan.

En annan rätt så akut utmaning för oss inom sjukvården är personalbristen som man också ser inom BUP. Vi måste ställa frågan varför BUP ofta upplevs som en tung börda, då arbetet med barn som har framtiden framför sig borde vara kul, inspirerande och en varierande verksamhet. Det är synd att man har tappat så mycket kunskap och erfaren personal. Det gäller att ta vara på den kunskap som finns, öka trivselen på arbetsplatsen och skapa möjligheter för självutveckling och nya insatser.

Vår stora utmaning och fråga är och förblir; hur kommer och framförallt hur vill vi tillsammans att 2020- och 2030-talets barnpsykiatri se ut? Vad vill vi eftersträva och hur kan vi understödja våra barns mentala hälsa och utveckling bäst? Behovet av mänskliga möten, sympati, kontakter kommer inte att försvinna ens i tider av digitalisering och det måste vi hålla fast vid. En ökad kun-

skap om de psykiska sjukdomarnas (neuro)biologiska mekanismer kommer framöver att öka markant och detta leder till att BUP kommer spela en ännu viktigare roll i framtiden. Framsteg inom forskningen med en ökad datamängd (big data) även inom psykiatri kommer att kräva nya sätt att analysera och utvinna väsentlig kunskap som kan möjliggöra en mer patientnära medicin (personalized medicine). Detta kommer säkerligen också att leda till nya synsätt och innovationer för diagnostik och behandling av patienter med psykiatriska problem. Det blir då viktigt att integrera det nya med gamla, fungerande metoder för att inte tappa bort värdefull kunskap och beprövad erfarenhet. Tyngdpunkten kommer förhoppningsvis att vara på prevention samt tidiga interventioner som angriper problemen (t.ex. regleringssvårigheter, socialt samspel) redan inom barndomen. Detta är viktigt både medicinskt sett, ekonomiskt samt för barnet, familjen och närmiljön.

Jag hoppas att vi inom BUP ser framtiden an med tillförsikt och tillsammans kan skapa nya visioner och arbetssätt för att bygga vidare på de fina erfarenheterna inom området i Linköping till gagn för alla våra barn, deras familjer och för vårt samhälle i stort.

Per Gustafsson

*Professor emeritus
BUP Linköping*



Rapport från Svenska BUP-kongressen i Luleå

I år var det barnpsykiatri i Norrbotten som tillsammans med SFBUP arrangerade Svenska-BUP kongressen. Temat i år var "Moderna tider på BUP".

Redan vid första plenarföreläsningen blev temat tydligt då dr Daniel Roth uppenbarade sig på den stora duken sittande framför en dator i Honolulu, Hawaii. Efter kortare teknikstrul kunde vi höra och se honom som om han var närvarande i Kulturens hus i Luleå. Dr Roth har stor erfarenhet av att träffa barn och familjer via internet och kom med många bra tips vad man skall göra och inte minst vad man skall undvika. En del av råden fick jag nytta av redan nästa arbetsdag då jag från mitt vardagsrum var med på läkarmötet i Trollhättan. Gerhard Andersson, professor i Linköping, höll sedan en översiktsföreläsning om internetbehandling, hans främsta budskap var att det är bäst när man kan blanda personligt möte med internetbehandling.

Första dagen fortsatte med parallella symposier, det fanns fem att välja mellan och jag hade valt symposiet om flyktingbarn med Björn Ramel, Karima Assel samt representanter från Socialstyrelsens kunskapscentrum för ensamkommande. Lärdom från detta symposium var att många flyktingbarn kan ha andra diagnoser inom neuropsykiatriska området och man bör utreda barnen även om de är asylsökande. Man bör ta hänsyn till kulturella aspekter men den främsta diskussionen kom att handla om relationen

mellan BUP och HVB-hemmen när det gäller medicinering, vem ansvarar för vad. Här kunde Socialstyrelsens jurist Jesper Symreng hänvisa till bestämmelserna om egenvård och han rekommenderade att man kan titta på kunskapsguiden.se som tillhör Socialstyrelsen.

Första dagen avslutades med SFBUP:s årsmöte där Ida Gebel valdes in som ST-representant men där övriga styrelsen blev intakt. Ordförande Sara Lundqvist presenterade det arbete som styrelsen har lagt ner under året. Jan-Olof Larsson från Stockholm vädjade till oss att registrera i BUSA då han annars såg en risk att BUSA läggs ner. Mötets diskussionsfråga handlade om Svenska Läkarsällskapet (SLS) förslag att varje specialistförening skall gå in och ansluta alla sina medlemmar till SLS och att specialistföreningen betalar medlemsavgiften för varje medlem. Detta blir en extra kostnad för föreningen som i så fall måste kompenseras med ökad medlemsavgift. Mötet beslutade att vi i första hand skall acceptera SLS förslag.

Postersessionen var i år i en vacker omgivning i konsthallen med många fina konstverk på väggarna. Pris för bästa poster gick till Mia Serrander från Halmstad för hennes poster om fysisk träning och depression.



Kvällen avslutades med kongressmiddag med god mat från Norrbotten. På varje bord fanns en meny där man kunde välja mellan olika melodier från svenska folkvisor till Bowie och Bob Marley. När bordet kunde enas om en låt kom kören Rafset och framförde låten vid bordet. I Rafset ingår Lars Löfgren, verksamhetschef vid BUP Luleå-Boden som också var värd för kongressen. Körens sång var mycket uppskattad.

Andra dagen började med sex parallella symposier, jag valde att lyssna på SFBUP:s riktlinjer om trauma med Björn Ramel, Ole Hultmann och Anastasia Karvouni. Detta symposium drog många intresserade och det blev en intensiv frågestund med många bra inlägg. De flesta var mycket positiva till att föreningen nu har tagit fram riktlinjer

inom trauma. Riktlinjearbetet går vidare med att ta in remissvar som kan skickas till Björn Ramel. Mer information finns på SFBUP:s hemsida där remissversionen ligger.

För nästa plenarföreläsning var det åter dags att koppla upp sig på internet. Professor Ian Goodyear satt i Cambridge och höll en föreläsning om depression. Han presenterade fyra olika studier där han kunde visa att fluoxetin var bättre än placebo och KBT de första 12 veckorna men att vid senare uppföljning var medicin och KBT lika bra. I den sista studien jämförde man KBT, psykodynamisk terapi och PBI dvs. en enklare psykosocial rådgivning och stödsamtal. Man kunde vid uppföljningen inte hitta någon skillnad mellan grupperna. Detta stöder SFBUP:s riktlinjer om depression där vi förordar att man börjar med sex till åtta veckors psykosocial basbehandling, 10-20 % svarade dock inte på vare sig medicin eller annan behandling och Goodyear menade att det är en stor utmaning att ta sig an dessa patienter. Bildkvaliteten svajade ibland men sammantaget var denna föreläsning mycket bra och nyttig.

Vid nästa symposium lyssnade jag på nya appar som har framtagits för BUP. Beata Bäckström presenterade SFBUP:s egen app "Uppskatta din dag" och visade hur patienterna använder den och vad man kan göra som behandlare för att visa mätningarna grafiskt och överskådligt. Sophia Eberhard verksamhetschef och överläkare inom slutenvården i Skåne, visade den "Blå Appen" där man samlat ihop alla skattningskalor som används i Skåne. Tyvärr är denna mycket användbara app bara tillgänglig för Skåne men man kan hoppas att den kommer att bli tillgänglig för fler. Martha Norberg Jansson, psykolog i region Västmanland, visade appen "Min utredning". En öppen app där familjen kan skriva in tider för utredningen och man kan klicka på de olika utredningsdelarna och där barnet kan få information om vad som kommer att hända. Appen ser ut som ett spel med en avatar som går längs en utredningsstig, språket är anpassat till barnen.

Kongressens sista plenarföreläsning var den föreläsning som gav mest eftertanke trots att det inte handlade om barnpsykiatri. De var Per Ödling, professor i telekommunikation från Lund, som hade deltagit i kongressen och konstaterat att vi ligger långt framme när det gäller att utnyttja ny teknik. Det beror dock inte på att vi är speciellt duktiga eller intresserade utan för att vi vänder oss till ungdomar som driver på utvecklingen. Efter en del intressanta utläggningar varför Trump blev vald och Brexit vann så avslutade han med tre insikter 1. Patienter vill inte träffa folk inom vården för att få sällskap utan de vill bli friskare. 2. Patienter föredrar maskiner framför människor om integriteten blir större, heller en maskin som hjälper en att torka sig än en människa. 3. Allt kan inte automatiseras men en del, börja här och nu.

Sist av allt tackade SFBUP:s ordförande Sara Lundqvist för en trevlig och väl genomförd kongress och överlämnade stafettpinnen till verksamhetschef Marie Carlsson och chefsöverläkare Suzanne Åsgård från BUP Göteborg som presenterade nästa års BUP-kongress med temat "Suicid, när den tunna isen brister" den 24-25 april 2019 i Göteborg.

Jag hoppas att vi ses då.

Text och foto:
Lars Joelsson

Överläkare BUP Nu-Sjukvården, Västra Götaland

ANNONS



RAPPORT SPK 2018



Återigen succé på SPK!

Den elfte Svenska Psykiatrikongressen ägde rum på Münchenbryggeriet i Stockholm den 14–16 mars. 813 deltagare 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. På torsdagen hölls SPF:s årsmöte som i år var välbesökt, ett uppskattat inslag var att det precis som förra året bjöds på dryck och tilltugg. Efter mötet vidtog kongressmiddag i Mälarsalen med underhållning av bandet Orkester För Fester.

Kongressen är över men du kan ta del av de ca 60 föredrag som filmades – du hittar dem på svenskapsykiatrikongressen.se/2018-filmer.html Referat från några av föreläsningarna kan du dessutom läsa i detta nummer.

Planera redan nu in att delta på Svenska Psykiatrikongressen 13–15 mars 2019 i Stockholm!

Tove Gunnarsson
SPF:s styrelse

SPK som värd



Som värd får man dela ut chokladaskar till moderatorerna och föreläsarna, något som alla blir enormt tacksamma för. Dessutom får man åka gratis på konferens, så även arbetsgivaren blir glad. Och så får man skriva något om konferensen, så jag tänkte bara kort beskriva vad jag har tagit med mig.

Inledningstalet av Bob Hansson lärde mig att man får bättre samsamtalsutkomst när man gör mindfulness innan och att mitt eventuella framtida barn ska sitta med ansiktet mot mig i barnvagnen (barnet känner sig tryggare då).

Kul att vi även hade internationella föreläsare och jag var extra glad att det var två från Nederländerna (som jag!). I Groningen hade de randomiserat patienter med sin första psykos till en "maintenance treatment"-grupp och en "early dose-reduction/discontinuation"-grupp (där de sänkte till den lägsta möjliga dosen antipsykotika). Efter 2 år hade de lite mer återfall i dosreduktion-gruppen, dock var det inte så farliga återfall och det fanns inga andra nackdelar. Till deras förvåning såg de bättre utfall i dosreduktion-gruppen när de tittade igen 5 år efter studiens avslut: 40 % "recovery" (versus 18 % i maintenance-gruppen), trots att båda grupperna fick "treatment as usual" efter studien (Wunderink, Jama Psychiatry 2013). Så det finns mycket som talar för att sänka dosen efter den första psykosepisoden, även om man kanske har lite mer återfall i början.

Jari Tiihonen hade även tittat på vårt nationella kvalitetsregister för psykos i Sverige från 2006–2013 och såg att (surprise!) klorazepam och depotpreparat var bäst på att förhindra återfall i schizofreni (Tiihonen, Jama Psychiatry, 2017). Detta sa evidensen redan, men fantastiskt att man även ser det i verkligheten.

Min andra nederländska kollega håller på att utvärdera ett nytt instrument för personlighetsdiagnostik (Level Personality Functioning Scale) i Norge. Det låter lovande och vissa frågor ur den kommer jag i alla fall att använda oftare för att få lite mer susning om hur personlighetsstrukturen har utvecklats:

- 1) Hur beskriver du dig själv?
- 2) Hur skulle andra beskriva dig?
- 3) Hur trivs du vanligtvis med dig själv?
- 4) På vilket sätt får du det du önskar dig i ditt liv?
- 5) Hur förhåller du dig till andra?
- 6) Vilka är de viktigaste människorna i ditt liv? Hur kommer du överens med dem?
- 7) Hur gott förstår du andra människor?



Det var mycket spännande att höra om hur pengarna från det nationella självskadeprojektet har använts och vilka saker som är på gång.

Utskrivningsguiden som Conny Allaskog pratade om, vill jag definitivt ha och de har lovat att sprida den i alla landsting när den är färdig. Och roligt att brukarstyrda inläggningar börjar få genomslag här i Sverige. I Holland har detta fungerat väl sedan 90-talet. De som fortfarande inte tror, titta på resultaten från Sofie Westling och Katarina Hartman. Enligt dem mår både personalen och patienterna bättre och ingen har suiciderat hittills. Och ja, de har även tagit hand om alla de svåraste patienterna!

Till slut vill jag bara nämna självskadechatten via Shedo (<https://sjalvskadechatten.shedo.se/>).

Bra att hänvisa patienterna till.

Jag vill tacka SPF för inbjudan och all organisation.

Gina Griffioen
ST-läkare Wemind Stockholm



Debatt: Går det inflation i neuropsykiatrisk diagnostik?

Rück, Gustafsson, Bejerot

Livlig diskussion där stora delar belystes och diskussion kring normalfördelning, sjukdomsgränser, diagnostiska metoder och samhällets inverkan. En stor uppslutning uppstod kring frågan att läkare ej kan ställa diagnos ADHD i fall som är solklara till skillnad från andra svåra kroniska diagnoser t.ex. bipolär sjukdom, och att detta sannolikt kommer förändras.

Dådet i Trollhättan, vad hände egentligen?

Hedén

En gripande genomgång av det hemska skoldådet i Trollhättan 2015, kring gärningsmannens profil och dådets genomförande.

Debatt: AT-tjänstens avskaffande och konsekvenser för psykiatri

Lundblad, Rydgren Stahle

Svenska Psykiatriska Föreningen har i debattartiklar kritiserat den utredning som föreslår att AT avskaffas och ersätts med BT (Bastjänstgöring) utan obligatorisk tjänstgöring i psykiatri för svenska läkare, där man ser en rad oroväckande konsekvenser. Frågan debatterades med Läkarförbundets representant som ställer sig helt bakom förslaget och som inte såg några allvarliga konsekvenser för svensk psykiatri.

Karl Lundblad

ST-representant SPF:s styrelse

Psykiatrisk neurokirurgi

Professor och neurokirurg Patric Blomstedt började att berätta om neurokirurgi från antiken fram till nutid. Den historiska exposén innefattade bland annat trepanation som Hippokrates förordade och hur utvecklingen ledde fram till lobotomibehandlingar. I anslutning till lobotomierna började man intressera sig för elstimuleringar i olika delar av hjärnan. Detta ligger till grund för dagens DBS (Deep Brain Stimulation). DBS används mot rörelsestörningar och vissa psykiatriska indikationer. Patienter med svåra tvångssyndrom som närmast bedömts som terapiresistenta har med DBS visat en 50-procentig symtomreduktion. Depression är en annan indikation där DBS forskas om som ett framtida behandlingsalternativ. Professor Blomstedt underströk hur neurologerna har drivit på DBS-forskningen genom att remittera patienter för neurokirurgi medan psykiatrikerna inte i så hög utsträckning har anammat DBS som en framtida behandlingsmöjlighet. För att kunna göra goda studier om DBS-behandlingar för psykiatriska sjukdomar behövs psykiatriker som är engagerade och remitterar patienter som kan bli aktuella för DBS-behandling.

Jonas Rask
SPF:s styrelse



Nu räcker det – stoppa utmattningsepidemin i läkarkåren!



RAPPORT
SPK 2018

"1993 genererade 10 vårddagar i snitt 4 sidor dokumentation, dvs. 0,4 sidor per dag. 2003 genererade 4 vårddagar i snitt 30 sidor dokumentation, dvs. 7,5 sidor per dag." Detta och mycket mer fakta framfördes av Alexander Wilczek, när han talade om utmattningssyndrom hos läkare, om varför det ökar och vilka insatser som krävs för att bromsa den oroande utvecklingen.

Alexander är psykiater, psykoterapeut och med dr och hans ingång till det här området är klinisk. Under de år då han var verksamhetschef på Ersta psykiatriska klinik ökade antalet utmattade patienter lavinartat. Därför leder han numera ett projekt som syftar till att systematiskt kartlägga patientgruppen, utveckla behandlingsmetoder och följa upp utfallet. Han samarbetar med seniorprofessor Marie Åsberg och visar en del av hennes data från stressforskningen. Bland annat ett tydligt samband mellan personalneddragningar och antalet sjukskrivningar. Så tydligt att bilden gör sig riktigt snygg som powerpoint, en sådan bild som gör forskaren stolt, föreläsaren glad, medan klinikern får rysningar.

Om man som Alexander Wilczek innehar alla tre rollerna samtidigt blir det nog blandade känslor. I efterhand undrar jag om det inte kändes precis så för honom, medan han guidade oss igenom sin presentation. Skickligt, med sin behagliga röst, lyfte han locket på obehagliga sanningar. *Visst har utmattningssyndrom ökat, inte minst bland läkare, med epidemiska mått.* Samtidigt redovisade han noga för vilka faktorer som bidrar till att minska respektive öka risken för utmattning. Som lyssnare inser man att det är betydligt mer komplext än vad inledningsmeningen om "digitaliseringens välsignelse" (eller förbannelse?) vill få oss att tro. De administrativa arbetsuppgifterna är en del av problemet, men förklarar inte allt. Vad döljer sig dock bakom ordet "administration"? Vad gör de arbetsuppgifterna med oss? Om man inte har reflekterat över det tidigare har man förlorat en dimension. Alexander Wilczek lyfte fram det med skarpa ord och varm framtoning.

Några exempel:

"Vi har släppt in marknaden i vårt hjärta och låter nu marknaden styra hur vi väljer att strukturera och organisera vår verksamhet."

"Människan har en korrump sida som är lätt att mobilisera – prestationsbaserade styrsystem talar just till den sidan."

"Mötet idag är inte mellan en patient och patientens doktor i första hand, utan det är patienten och ett system."



"Vi pratar om vikten av kontinuiteten för patienten – men är kontinuiteten värd någonting även för doktorn?"

Modigt, tänkte jag. Man behöver ställas inför sina värderingar och tvingas jämföra dem med sin verklighet. Det tar oss tillbaka till kärnan i vårt yrke, den grogrunden som gör det möjligt att ifrågasätta sådant som man dittills tyckt var självklart.

Den viktigaste lärdomen var ändå att utmattningssyndrom går att förebygga. Insatserna kan och skall finnas på olika nivåer: individ, arbetsgrupp, arbetsledare, samhälle. Insjuknandet är oftast akut och dramatiskt men den långa prodromala fasen, riskzonen, inger visst hopp om man ser den som spelplan för förebyggande insatser. För visst är det ett problem, att det tar cirka 5 år efter exempelvis neddragningar för att ohälsan ska synas som stigande sjukskrivningstal. Men de 5 åren är också en möjlighet att vända utvecklingen rätt. Det finns tillräckligt mycket kunskap om orsakerna för att göra något åt dem. Föreläsningen i sin helhet finns att se på kongressens hemsida.

Psykiater: ta hand om dig i sommar!

Alessandra Hedlund
Vice ordförande SPF



Improving outcomes in psychosis

Moderatorer: Daniel Lindqvist och Cecilia Mattisson
”Discussant”: Pontus Strålin

Early intervention in psychosis from research to practice

Merete Nordentoft

Professor Merete Nordentoft ifrån Köpenhamns universitet var mycket angelägen om att sprida sin modell för tidig intervention till Sverige. Modellen heter OPUS-programmet och det är professor Nordentoft som dragit igång denna behandlingsmodell som innefattar uppsökande team och tät behandlingskontakt med unga personer med psykosjukdom. Opus vänder sig till patienter med schizofreni, paranoia, schizoaffektivt syndrom och ospecificerad icke-organisk psykos.

Professor Nordentoft berättade att psykisk sjukdom ofta börjar tidigt och att schizofreni, ångeststörningar, substansberoende och depression är vanliga i ungdomen. Psykiska sjukdomar är den vanligaste morbiditeten i unga åldrar. Ur hälsoekonomisk synvinkel är dessa sjukdomar mycket dyra för samhället. Merete Nordentoft ansåg att en population på 50 000 personer var ett lagom underlag för ett s.k. OPUS-team på 8-12 personer, där varje behandlare i sin tur hade 10-12 patienter som hade förmånen att ha täta behandlingskontakter. Man hade goda behandlingsresultat med relativt många patienter som efter behandling arbetade på den vanliga arbetsmarknaden. Merete Nordentoft framhöll att det var av vital betydelse att involvera patientens familj i behand-

lingen. Hon underströk också vikten av psykoedukation, social färdighetsträning, tät kontakt med familj och patient, medicinsk antipsykotisk behandling och att teamen skulle vara multidisciplinärt uppbyggda. Kognitivt inriktad terapi ansågs också viktig. Det är viktigt att få kontakt med patienten och bygga allianser och patienten skall betraktas som ”en efterlängtat gäst”. Detta är inte alltid lätt då patienten kan betrakta behandlarna som fiender.

Opusprogrammet varar i cirka två år och sedan överförs patienten till ”den vanliga psykiatrin”. Merete Nordentoft beskrev att man hade goda resultat av detta program och det finns nu Opusprogram över hela Danmark.

Impact of Negative Symptoms, and Personalized Low Dose versus Maintenance Antipsychotic Treatment

Lex Wunderink

Professor Lex Wunderink från universitetet i Groningen föreläste om individuell lågdosbehandling och berättade om den studie han genomfört. Han menade att det finns ett dilemma mellan att behandla återfall och att hålla risken låg för förlust av hjärnvävnad som eventuellt ändå kunde bero på antipsykotisk behandling. Han sade att detta var mycket svårt att bena ut (difficult to disentangle), om funktionsnedsättningen vid schizofreni kan bero på många

återfall, och eller behandling med antipsykotisk medicinering. Lex Wunderink fortsatte med att säga att det finns robust evidens för att antipsykotisk medicinering hjälper mycket bra mot positiva symtom och att det är mycket svårare att medicinera mot negativa symtom. Han berättade även att lång duration av obehandlad psykos var negativt associerad till remission. Han refererade till sin studie där man jämförde patienter med förstagångspsykos som delades upp i två grupper, en grupp med underhållsbehandling och en med individuell tidig dosreduktion. De patienter som accepterade att vara med i studien var patienter som var följsamma till behandlingen och som också hade svarat bra på behandlingen. Forskarna fann att gruppen med individuell dosreduktion hade dubbelt så många återfall i början men på längre sikt hade patienterna i denna grupp bättre resultat än gruppen med underhållsbehandling med högre grader av remission.

Wunderink hade jämfört patienter med förstagångspsykos (FEP), 257 patienter som reducerades till 128 efter bortfall. Hälften av patienterna behandlades med dosreduktion och ibland utsättning och den andra gruppen fick underhållsbehandling. Forskarna gjorde först en tvåårsuppföljning och fann att dosreduktionsgruppen hade dubbelt så många återfall. Sedan hade man ingen uppföljning på hela 5 år och därefter gjorde man en 7-årsuppföljning på 103 patienter av de ursprungliga 257 och fann att dosreduktionsgruppen hade dubbelt så många tillfrisknade patienter, 40,4 %, jämfört med gruppen med underhållsbehandling, 17,4 %.

Wunderink verkade mena att man skulle försöka med dosreduktionsbehandling och att det finns studier på gång som försöker replikera dessa fynd och han påpekade också att det var mycket bortfall i hans studie som kan ge selektionseffekter och därmed mer svårtolkade resultat. Wunderink rekommenderade att man ska försöka behandla generellt med så låga doser som möjligt och kommer det positiva symtom ska man behandla dessa snabbt.

Professor Wunderink menade också att det fanns ett samband mellan "abnormaliteter" i hjärnan och återfall i sjukdom. Han citerade Nancy Andreasen som förfäktat att man ska behandla med låga doser antipsykotisk medicinering för att i möjligaste mån förhindra återfall. Han sade också att antipsykotisk medicinering inte hjälper mot negativa symtom och att dopaminblockad kan försämra negativa symtom. Enligt Wunderink finns det nu robust evidens för att längden av s.k. DUP (duration of untreated psychosis) har ett samband med frekvens av återfall, lång "DUP" ger mera återfall, och mera återfall ger i sin tur dålig prognos.

Wunderink talade också om betydelsen av negativa symtom som ökade risken för återfall. Enligt Wunderink så hade patienten haft tre återfall var det inga chanser att få ett tillfrisknande. Enligt Wunderink var tre variabler vid studiens början signifikant associerade med symtomremission: kort DUP, bra social funktion och mindre negativa symtom (mätt med PANSS-skalan).

Real-world effectiveness of antipsychotic treatments

Jari Tiihonen

Professor Jari Tiihonen ifrån Karolinska Institutet inledde med att berätta om brev till redaktören i Lancet som 1975 beskrev 9 fall av agranulocytos hos 10 finska patienter som dog. Detta brev hade en enorm betydelse för hur användningen av clozapin kom att utformas.

Professor Tiihonen beskrev skillnaderna mellan "observational studies" och "randomised controlled trials" (RCT). I randomiserade studier kan man inte ha med svårt sjuka patienter och patienter med stor suicidrisk och då kan det bli svårt att dra meningsfulla slutsatser pga. bortfall och hög grad av selektion. I observationsstudier kan man ha med patienter med suicidrisk och missbruk vilket man vanligen inte har i RCT-studier. Observationsstudier liknar mer den kliniska situationen där alla patienter måste få behandling.

Professor Tiihonen berättade om flera studier som han genomfört som var baserade på register. Tiihonen hade använt sig av en svensk kohort med patienter med schizofreni (29 800 personer) där varje patient var sin egen kontroll. Man hade undersökt förekomst av hospitalisering och funnit att de patienter som fick depotinjektioner hade 22 % mindre risk för hospitalisering jämfört med patienter som behandlades med peroral medicinering. En liknande studie ifrån Finland visade samma resultat. Professor Tiihonen ansåg också att det var viktigt att behandla nyinsjuknade patienter med schizofreni med depotinjektioner även om han verkade anse att clozapin är ett utmärkt alternativ pga. sin antisuicidala effekt. Tiihonen hade också undersökt bipolära patienter och de patienter som fick injektioner hade 30 % lägre grad av hospitalisering jämfört med patienter med peroral behandling.

Tiihonen berättade att han träffat professor John Kane i USA och att man på Zuckerside Hill Hospital behandlade 80 % av patienterna med psykosjukdom med depotinjektioner och att det sannolikt beror mer på personalens inställning vilken typ av medicinering som patienten får.

Tiihonen berättade också om mortalitet där det finns data som pekar på att det är ytterst viktigt att behandla patienter med schizofreni med antipsykotisk medicinering då det minskar dödligheten avsevärt (50 %).

De som har höga doser antipsykotisk medicin har inte oväntat också en ökad mortalitet, men de som inte medicinerar har den högsta mortaliteten, och risken för prematur död är tiofaldigt ökad. Tiihonen berörde också suicidrisken för patienter med schizofreni och informerade om att Finland tidigare haft en hög suicidrisk på 20 % men att nya data har visat en suicidrisk på 4 %.

En annan viktig aspekt som togs upp av Tiihonen var att risken för insjuknande i skov inte minskar efter flera år. Enligt Tiihonen behandlas ofta patienter med ganska olika långa behandlingsperioder. Tiihonen exemplifierade med thioridazin som togs bort

ifrån marknaden för några år sedan och flera äldre kvinnor med psykos i Finland återinsjuknade i svåra tillstånd som följd av medicinutsättningen.

Diskussion

I slutet följde en paneldiskussion där dr Pontus Strålin var s.k. "discussant" (sakkunnig utfrågare).

Nordentoft tillfrågades om patienter som inte hade familj och hur detta påverkade behandlingen. Enligt Nordentoft var det ytterst få som inte hade någon anförvant, och det var de som var sjukast som hade mest nytta av OPUS-behandlingen, men att det var en prediktor för dålig prognos om man var en ensam person.

Tiihonen kommenterade angående kontakter med vården att de med hög mortalitet antagligen hade vårdkontakt men inte tog ut sina recept på antipsykotisk behandling, däremot gärna recepten på benzodiazepiner och att det också kunde finnas missbruk av alkohol, amfetamin och heroin. Tiihonen ansåg också att vårdkontakter var ytterst viktiga med tanke på psykospatienternas ensamhet och ibland klena nätverk. Psykospatienter som behandlades med clozapin eller depotinjektioner och har täta kontakter med vården drar säkert nytta av detta.

Wunderink fick frågor om utsättning av antipsykotisk mediciner efter remission. Wunderink ansåg att man kunde börja utsättning 6 veckor efter symtomremission, och att man skulle skraddarsy behandlingen efter patientens behov och väldigt få av patienterna önskade depotinjektioner och få hade därmed depotinjektioner. Wunderink verkade också skeptisk till vårdprogram där behandlingen ju inte är individualiserad.

Kommentar: Merete Nordentoft pekade på att "OPUS-behandling" som involverar patient och familj, ger en hög grad av patienttillfredsställelse och är dessutom kostnadseffektiv på lång sikt. Detta låter övertygande och är nog någonting vi bör satsa på även i Sverige.

Wunderink och Tiihonen hade olika syn på behandling, där Wunderink förespråkar dosreduktion tidigt och eventuell medicinutsättning menar Tiihonen att det är mycket viktigt att behandla patienterna med schizofreni långsiktigt för att undvika suicid och prematur mortalitet.

Cecilia Mattisson

Docent, överläkare



Varför hålls SPK i Stockholm även nästa år?

Många av er har kanske redan uppmärksammat att Svenska Psykiatrikongressen äger rum i Stockholm även nästa år och undrat varför. Grundtanken är ju att kongressen hålls vartannat år i Göteborg och vartannat i Stockholm.

SPK har under åren vuxit sig allt större, vi har gått från 265 till 820 deltagare vilket är oerhört glädjande. Det ställer dock krav på lokalerna som måste vara tillräckligt stora för att klara flera parallella spår, minst 800 deltagare och ett stort antal utställare. Samtidigt måste kostnaden vara acceptabel. Vi har vid två tidigare tillfällen fått hålla kongressen i Göteborg två år i följd, 2011–2012 pga. svårighet att hitta lämplig lokal i Stockholm och 2014–2015 av ekonomiska skäl.

Vi har tyvärr inte kunnat få de lokaler vi hade behövt i Göteborg 2019 varför styrelsen beslutat att förlägga kongressen till Münchenbryggeriet i Stockholm. Vi räknar dock med att återkomma till Svenska Mässan 2020. Och hoppas att kongressen fortsätter att växa, nästa mål är 1000 deltagare!

Tove Gunnarsson

SPF:s styrelse



Svenska Psykiatrikongressen 2018





Inbjudan att skicka in kongressbidrag

(call for abstracts)

Nu planerar vi för Svenska Psykiatrikongressen 2019 som kommer att gå av stapeln 13-15 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 2019 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 **abstracts@svenskpsykiatri.se**

Sista datum för inlämnande är den **15 oktober 2018**.

Företag/landsting som önskar ställa ut på SPK 2019 - ta kontakt med **Stina Djurberg**,
stina.djurberg@buf.se senast den **1 oktober 2018**.



Kära kollegor. Sprid detta! Och köp in till kliniken!

SPF:s kliniska riktlinjer **Transkulturell psykiatri** finns klara.

Under ledning av Sofie Bäärnhielm har en erfaren författargrupp arbetat fram en mycket välskriven riktlinje inom ett angeläget område.

Det är viktigt med god kulturell kompetens inom psykiatri och vården i övrigt, dels utifrån sedan tidigare befintliga minoriteter inom landets gränser men också sett till senare års migration där vi i vår profession får möta utsatta människor med ibland svårt traumatiska upplevelser. Ett avsnitt i riktlinjen ger fördjupad kunskap om posttraumatiskt stressyndrom.

Vi som under arbetets gång haft förmånen att få granska texten har genomgående känt att vi fått lära oss mycket nytt. Se till att du själv och dina kollegor också får göra det!

Riktlinjen finns att köpa här:
www.gothiafortbildning.se/77410799-product

Hälsningar
Dan Gothefors

Svenska Psykiatriska Föreningens ansvarige för riktlinjearbeten

Kollegial rådgivning

Läkarförbundet har organiserat en kollegial rådgivning där läkare stödjer läkare. Rådgivarna fungerar som medmänskligt stöd och samtalspartners i svåra situationer. Det är ju ofta värdefullt att få tala med någon som själv är läkare och som förstår vad man går igenom.

SPF:s styrelse har uppmärksammat på att det bland rådgivarna endast finns tre psykiatrer, en i Skåne och två i Västragötalandsregionen. Kanske finns det behov av fler, inte minst i nordligare delar av Sverige? Du kan dock ha kontakt med vilken rådgivare du vill, oavsett var i landet du bor.

På <https://www.slf.se//Kollegialtnatverk/> kan du läsa mer om detta inkl. en lista på alla rådgivare, hur du kan få kontakt och också hur du anmäler intresse att själv bli rådgivare!

Tove Gunnarsson
SPF:s styrelse

Här kunde din annons ha funnits.....

Radannonser för medlemmar - 800 kronor
Kontakta: annonser@svenskpsykiatri.se

Här kunde din annons ha funnits.....

Radannonser för medlemmar - 800 kronor
Kontakta: annonser@svenskpsykiatri.se



This webinar series is organised, developed and funded by Sunovion Pharmaceuticals Europe Ltd.

Meet the Expert Webinar Series:

Current Thinking in the Management of Schizophrenia

Chair: Professor Christoph Correll

21st May 2018

12:30pm–01:30pm CEST

11:30am–12:30pm BST

Early intervention in schizophrenia:

the importance of getting it right from the start

Professor Swaran Singh, University of Warwick, UK

11th June 2018

12:30pm–01:30pm CEST

11:30am–12:30pm BST

Long-term antipsychotic use in schizophrenia:

continue, change, or stop?

Professor Andrea Fagiolini, University of Siena, Italy

27th September 2018

12:30pm–01:30pm CEST

11:30am–12:30pm BST

Managing symptoms of schizophrenia without compromising physical health: case presentation and practical guidance

Professor Thomas Müller, Privatklinik Meiringen, Switzerland

31st October 2018

12:30pm–01:30pm CET

11:30am–12:30pm GMT

Spotlight on antipsychotic-induced akathisia:

how to recognise and manage it

Dr Lars Hansen, University of Southampton, UK

23rd January 2019

12:30pm–01:30pm CET

11:30am–12:30pm GMT

Consequences of antipsychotic-induced hyperprolactinaemia: sexual dysfunction and much more

Dr Rikus Knegtering, University of Groningen, the Netherlands

For further information and to register, please visit:

www.sunovionwebinars.eu

and enter the password: ExpertWebinars2018

This webinar series will contain some promotional information about Sunovion products, and is only open to healthcare professionals who treat or have a clinical interest in schizophrenia

CPD accreditation for this webinar series has been applied for with the CPD certification service



LAT988-18 May 2018



Skrivartävlingens vinnare!



På Svenska Psykiatrikongressen 2016 höll Magdalena Ribbing och Ullakarin Nyberg en mycket uppskattad programpunkt, "Etik och etikett – vad får man säga i dödens närhet?". Det blev en fin och tänkvärd diskussion mellan Magdalena och Ullakarin som också svarade på frågor från publiken. Inspirerade av detta utlyste SPF:s styrelse en skrivartävling på temat "Etikett i mötet med den psykiatriska patienten".

De 12 inskickade bidragen avidentifierades på vårt kansli och bedömdes sedan av styrelsen som hade nöjet att få läsa många välskrivna och tänkvärda reflektioner. Bidraget "Den första" utsågs enhälligt till vinnare. Författaren, som visade sig vara Tove Janarv, ST-läkare på Psykiatri Nordväst i Stockholm, fick ta emot priset bestående av 10 000 kr på SPK:s kongressmiddag den 15 mars i år.

Elisabeth Karlsson, ST-läkare på Psykiatri Sydväst i Stockholm, tilldelades ett hedersomnämmande.

Toves och Elisabeths båda bidrag kan du läsa här!

Tove Gunnarsson
SPF:s styrelse

Den första

Gummisulan mot linoleumgolvet, gnisslande, tystnaden mellan stegen. Dörrarna som stängs efter mig. Dörrar som låser sig själva efter varje upplåsning. En ny nyckelknippa i handen. Handen är öppen och darrar av pulsslagen när jag ser ner på nycklarna. Alla nycklarna, men vilken passar i dörren. Jag testar nyckel på nyckel i varje dörr jag möter. Äntligen står jag i klädförrådet. Och jag minns vad jag ska ha, rödmärkta 60-70 kg, de byxorna passar mig, de sitter rätt. De rätta byxorna är slut. Det är inte sant. Det finns inte byxor till mig. Det finns gulmärkta i rätt bredd men för korta. Det finns rödmärkta som är tillräckligt långa men för breda. Ska jag ta för korta byxor som sitter uppe bra eller tillräckligt långa byxor som sitter för löst. Vilka strumpor har jag på mig, de som kommer synas om jag tar de korta byxorna. Kanske bättre med de långa byxorna, men kommer de sitta uppe. De måste sitta uppe. Bestäm dig. Bara välj. Himmel. Bestäm dig nu. Långa byxor som är för breda. Tillräckligt långa men för breda. Det beslutet blir till mitt livs första jour på psykakuten.

Jag möts i dörren på psykakutens expedition av ett leende och en decimeter tjock pappersjournal.

- Lycka till och så, säger sköterskan och pekar på samtalsrummet.

Jag bläddrar ståendes och känner tyngden av alla orden i mina händer. Tyngden och pulsen som stadigt ökar. Jag som inte vet var toaletten finns, som inte vet vilken nyckel som passar, som inte vet om byxorna kommer sitta uppe. Hur ska jag kunna ta mig genom alla papper, tyngden och pulsen som ökar.

Så står jag sen i samtalsrummet, sträcker fram handen för att hälsa. Jag står som i givakt, gravallvarlig. Han sitter ledigt bakåtlutad i en stol, sätter ner kaffekoppen och ler. Jag ler snabbt och tappar leendet i samma sekund då jag samtidigt inser att jag tagit med mig hela journalbunten in i rummet. Vi tittar båda på högen av papper som jag har i famnen. Jag tänker att det kunde ha varit en stämningensansökan, ett domslut, högen tornar upp sig i mina händer.

- Välkommen hit, säger jag skräckslaget.

Han tittar på journalpapperna, sen tittar han på dörren, jag tittar på golvet. Vi tittar på journalhögen igen. Luften står stilla i tystnaden. Linoleumgolvet, mina gym-paskor. Jag tänker att här kan ingen andas. Han harklar sig.

- Det är jag, mig alltihop?

Jag nickar och lägger journalen på bordet mellan oss, den är magnifk, en mur, ett berg att häpna över. Jag ångrar mig direkt, jag flyttar den till mitt knä. Nu ser vi på varandra. Han suckar, jag skäms. Han lutar sig framåt, tittar ut genom fönstret, möter min blick och fortsätter.

- Det finns nog inte så mycket mer att säga.



Jag håller i alla papper och säger att det bara är text.

Jag hör hur fånigt det låter, alla dagar och nätter, som om de aldrig funnits. En ursäktande gest och min flackande blick. Han suckar. Sen orden, floden. Jag lutar mig framåt, jag vill visst gömma alla papper i mitt knä. Det är en sommarkväll och solen står lågt, beige-gult ljus genom persiennerna, horisontella strimmor av lysande dammkorn. Luften blir lättare att andas. Jag sätter mig lite rakare upp i fåtöljen. I mitt knä ligger journalhögen men den har jag glömt bort. Jag har suttit framåtlutad med pappersbunten in mot magen. Den har åkt ner halvvägs i byxlinningen. De allt för stora byxorna. Som inte riktigt sitter uppe. Journalpapper som fastnat i byxveckan runt midjan. Jag lyfter upp högen av papper och tappar greppet. I ett ögonblick fladdrar hundratals papper ut över hela golvet. Jag blundar och sjunker. Tyngden och pulsen. Golvet täcks av papper. Jag drar djupt efter luft. Mina händer runt stolskarmarna, knogarna vitnar.

- Du är lite ny, va? säger han.

- Min första jour, svarar jag.

- Du lär dig snabbt.

Han blickar ut över journalhavet på golvet, sträcker sig efter ett gulnat papper och säger leende:

- Min första!

Tove Janarv
ST-läkare
Psykiatri Nordväst, Stockholm

Etikett i mötet med den psykiatriska patienten

Joursökaren piper. Jag plockar vant fram den ur fickan på de vita landstingsbyxorna. Det är vår egen akutmottagning som kallar.

- Hej, vi har fått in en patient med polishandräckning. De väntar på dig i akutrummet.

Jag skyndar mig tillbaka genom sjukhusets långsmala korridorer. Möter en kollega på sparkcykel. Nickar kort. Sjukhuset ligger öde så här nattetid. Väl framme kastar jag en snabb blick genom glasväggen in mot akutrummet. Där står två poliser och emellan dem en kvinna i medelåldern. Hon har mörka långbyxor och en ljus kortare jacka. Huvudet pryds av inte mindre än två mössor och under dem är gladpack lindat runt huvudet. Hon är mitt uppe i att berätta något då jag kliver in. Hon ser missnöjd ut med att bli avbruten.

- Hej, Elisabeth heter jag och är psykiatrijour här ikväll.

Samtalet är trevande till en början. Kvinnan är misstänksam. Men till slut börjar hon berätta sin historia. Hon heter Frida. Hon beskriver den hemliga organisationen som är ute efter henne. De har förföljt henne i veckor och skickat hotfulla budskap i dagstidningen och i tv. Organisationen har nu även lyckats att värva hennes granne för att spionera på henne. Grannen har fått strålustrutning för att kunna avlyssna Fridas lägenhet.

- De försöker att komma åt mina tankar och styra dem, utbrister hon.

Därav de två mössorna och gladpacken som hon lindat runt huvudet. De är till för att skydda henne. Till för att stänga ute strålningen förklarar hon. Jag ser hur en av mina arbetskamrater himlar med ögonen och småler lite. Ja, kvinnans historia låter extremt osannolik. Den låter helt knäpp. Men, framför mig har jag en människa som i denna stund upplever detta som sin verklighet. Samtalet fortsätter och jag försöker ställa frågor kring hennes upplevelser och hur sannolika hon själv tror att händelserna är. Jag försöker aldrig motbevisa henne. Det handlar inte om vem som har rätt eller fel. Inte heller om att jag ska bevisa vad jag kan i mötet med patienten. Jag kommer aldrig kunna "prata henne till rätta". Det viktigaste är att visa respekt och ödmjukhet inför den jag vill hjälpa. Så jag försöker ta hennes perspektiv och sätta mig in i patientens situation.

- Men usch, det där låter väldigt obehagligt att behöva vara med om. Är du rädd?

Hon nickar till svar.

Besöket resulterar i att Frida blir inlagd på en av våra psykiatriska avdelningar. Även i slutet av vårt samtal försöker jag visa förståelse och skapa tillit samtidigt som jag förklarar varför hon behöver sjukhusvård. Vi har olika sätt att se på detta men vi kan enas i att hon just nu inte mår bra och behöver hjälp.

Frida är motsträvig de första dagarna på avdelningen. Hon känner sig visserligen trygg med att vara på sjukhus men förstår inte varför hon



behöver behandling och mediciner då det ju egentligen är grannen det är fel på. Hon fortsätter ha på sig sina två mössor men gladpacken är borta.

En dag då jag möter henne i korridoren ser jag att hon nu har hittat en plastpåse att ha under mössorna. Loggan för spritbolaget sticker fram i pannan. Hennes anhöriga kommer och hälsar på oroliga för vad det är som händer med henne. Det framkommer att Frida tagit kort på och smygfilmat grannen ute på gården och att detta riskerar att bli en fråga för såväl hyresgästföreningen som för polisen.

Fridas berättelse kan tyckas dräplig, en "tokig" psykiatrisk patient. Men hennes upplevelser får stora konsekvenser. Hon känner sig hotad, förföljd och är rädd. Hon kanske mister sin lägenhet. Frida har ett stort lidande till följd av sin psykiska sjukdom.

Långsamt blir hon bättre och tar emot sin medicinering regelbundet. Permissioner tillsammans med anhöriga fungerar bra. Hon slutar att bära sina mössor. Vid vårt utskrivningssamtal har hon inte helt släppt sin historia om grannen men kan hålla med om det osannolika med den. Hon besväras inte längre av sina tidigare upplevelser. Mitt i samtalet piper min sökare. Jag tvingas ursäkta mig och lämnar rummet för en stund. När jag kommer tillbaka har Frida trätt en vit plastpåse över huvudet. Hon sitter tillbakalutad i stolen och betraktar mig ingående. Jag blir ställd och förblir stående i dörröppningen. Hon märker det. Väntar några sekunder och börjar sen gapskratta.

- Jag skojar bara, doktorn! Lite galen kommer jag alltid att vara men inte som då jag först kom hit, säger hon och frustar.

Jag blir lite osäker men kan till slut inte motstå att le och småskratta tillbaka.

Elisabeth Karlsson
ST-läkare
Psykiatri Sydväst, Stockholm



Psykiatrifonden lyfter rörelsens betydelse i Almedalen och anordnar gala med Benny Andersson

Psykiatrifonden firar 25 år med att fortsätta arbetet för att minska fördomar kring psykisk ohälsa och bidra till ökade forskningsanslag. Under SPK genom att anordna en workshop kring idéer och möjligheter hur vi kan öka forskningsanslagen så det motsvarar sjukdomsburden. Nu närmast genom att i Almedalen lyfta fram den fysiska aktivitetens betydelse för psykisk hälsa och diskutera politiska långsiktiga lösningar på att genomföra förändringar som kan bidra till ett samhälle med psykisk hälsa. Vidare kommer Psykiatrifonden för andra året i rad, i anknytning till World Mental Health Day, låta psykisk ohälsa gå på röda mattan under Mental Health Evening.

Under SPK anordnade Psykiatrifonden en workshop med Anna Hemlin, generalsekreterare för Hjärnfonden och Maria Borelius, författare, med olika aspekter om hur vi tillsammans kan bidra till ökade forskningsanslag. Olika tankar om samarbetsprojekt lyftes fram. Svårigheter och lösningar på detsamma för att nå rimliga nivåer på forskningsanslagen för arbetet med att hitta bättre behandlingsmetoder för att både förebygga och behandla psykisk ohälsa diskuterades. Närmast planeras av deltagarna en gemensam debattartikel men stor chans att även flera övriga av idéerna realiseras inom kort.

Hur kan vi bidra till ett samhälle i rörelse för psykisk hälsa?

Redan Hippokrates sa att promenader är människans bästa medicin och idag vet vi allt mer om hur fysisk aktivitet kan bidra till psykisk hälsa. Under Almedalsveckan kommer Psykiatrifonden att delta tillsammans med politiker och Markus Takanen från initiativet Mental Health Run och Lina Martinson som forskar på området för att lyfta fram metoder

om hur och den vetenskapliga bakgrunden varför fysisk aktivitet kan bidra till psykisk hälsa. Väger att nå ut på ett långsiktigt sätt kommer att diskuteras.

Psykisk ohälsa på Rivals röda matta med Psykiatrifonden

För andra året i rad kommer Psykiatrifonden att anordna en gala för att lyfta fram psykisk ohälsa i ljuset. Åter är eventet ett samarbete med 1,6 & 2,6 miljonerklubben och Icakuriren som tillsammans med Psykiatrifonden även vill bidra till att tillstånden får de forskningsanslag som sjukdomsburden talar för behövs. Årets Mental Health Evening kommer äga rum på Rival och bland artisterna bland andra Benny Andersson. Vidare kommer Anders Hansen att åter lyfta den fysiska aktivitetens betydelse för psykisk hälsa utifrån sin bok Hjärnstark och Ullakarin Nyberg delta och prata om vikten av att man ska våga prata om och söka hjälp om man inte känner att man orkar leva längre. Även i år kommer det bli en afton med en blandning av musik, egna berättelser och kunskapsspridning.

Vi vill önska er varmt välkomna att delta i Almedalen eller under Mental Health Evening och ser i alla lägen fram emot det gemensamma arbetet mot stigma kring psykisk ohälsa samt – förstås – att vetenskapen går framåt och bidrar till bättre behandlingsmetoder.

Maria Larsson

Ordförande programutskottet Psykiatrifonden

Martin Schalling

Ordförande Psykiatrifonden

Foto: Per-Åke Warg



Största jämförelsen hittills av antidepressiva läkemedel

I februari i år publicerade The Lancet den största jämförande metaanalysen av effektivitet och acceptans av antidepressiva läkemedel som hittills genomförts(1). Gruppen bakom studien, som letts av Andrea Cipriani, har gjort ett gediget arbete. En tidigare publikation, som citerats kraftigt, har framfört kritik mot att liknande meta-analyser inte inkluderar studier med negativa resultat(2). Detta kan ha lett till att effekten av antidepressiva, jämfört med placebo, tolkats som större än den egentligen är. Cipriani et al. har därför förutom att enbart söka via sedvanliga kanaler således även vänt sig till internationella register av publicerade och opublicerade randomiserande kliniska prövningar (RCT), till olika reglerande myndigheter och till läkemedelsbolag för att kunna ge en så fullständig översikt som möjligt.

Sammantaget jämfördes 21 antidepressiva läkemedel för behandling av depression hos vuxna. Resultaten kom från 522 RCT-studier publicerade mellan 1979–2016 som antingen var placebokontrollerade eller s.k. "head-to-head", dvs. att två verksamma läkemedel jämfördes med varandra. Totala antalet individer som deltagit i studierna var över 116 000. Primära utfallsmått var effektivitet (mätt som antalet patienter med >50 % reduktion av poängen på symtomskattningsskalor) samt om patienterna accepterade behandlingen (mätt som antalet studiedeltagare som avslutande behandling av alla anledningar) under 8 veckors behandlingstid.

Resultaten sammanfattas i bilden nedan. Författarna fastslår att alla antidepressiva läkemedel är mer effektiva än placebo, men att effekttorlekarna generellt är små till måttliga (OR 1,15–1,55). Amitryptilin, mirtazapin och duloxetin är mer effektiva än övriga antidepressiva när de jämförs med varandra. Reboksetin är minst effektivt. Generellt är skillnaderna mellan de olika läkemedlen liten. Agomelatin och fluoxetin tolereras *bättre* än placebo, medan alla andra tolereras sämre och klomipramin allra sämst (OR 0,84–1,30).

Författarna noterade att 9 % av de analyserade studierna hade en hög risk för bias, 73 % en måttlig risk och endast 18 % låg risk, samt att studiernas evidensgrad varierade från måttlig till mycket låg.

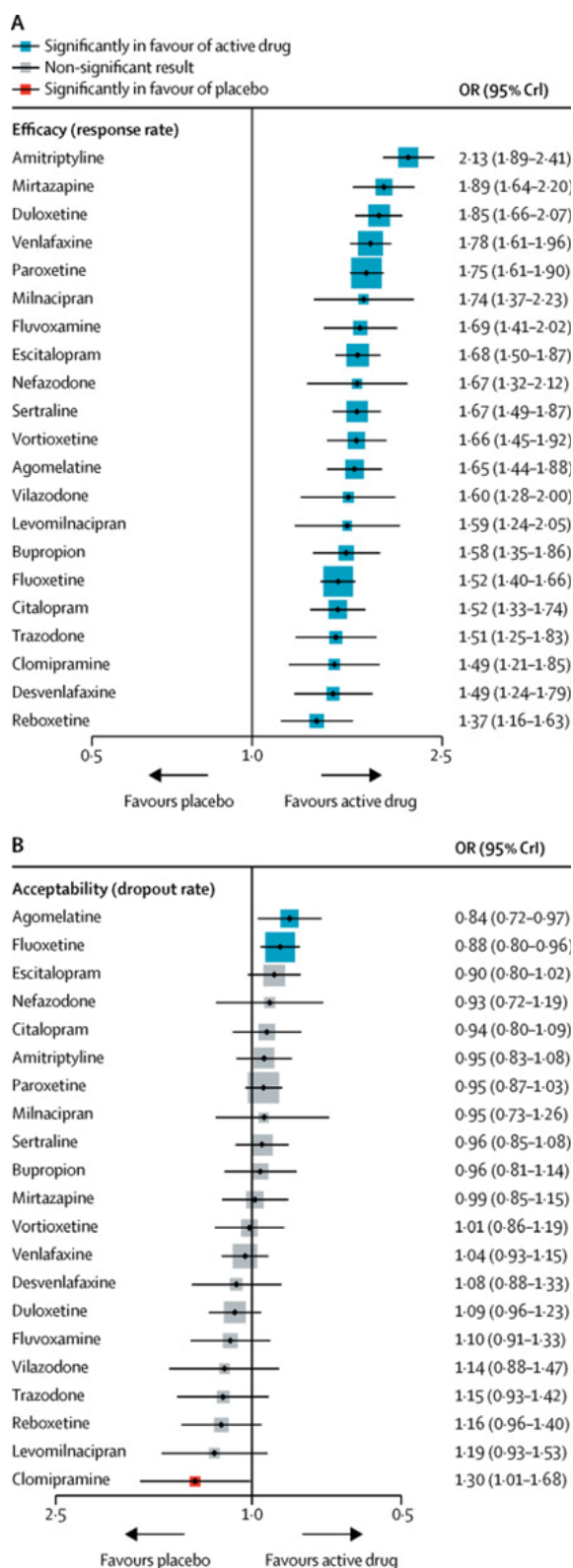
Effektivitet av antidepressiva var mindre i placebokontrollerade studier jämfört med head-to-head. Anledningen till detta är sannolikt multifaktoriell, men man noterade att effektmåtteten var större i studier där ett nytt läkemedel jämfördes mot ett gammalt. Detta kan visserligen bero på att det finns kommersiella intressen. Man fann dock inte några större skillnader på utfallsmåtten i de industrisponsrade studierna jämfört med oberoende, men de industrisponsrade studierna utgjorde majoriteten av dem som inkluderats i meta-analysen. Oberoende studier var betydligt färre och många studier angav inte var finansieringen kom ifrån.

Författarna hoppas att resultaten från denna hittills största och metodologiskt väl genomförda meta-analys kan vara vägledande i valet av behandling, men framhåller samtidigt att man inte tagit hänsyn till de övriga parametrar som en kliniker vanligtvis tar hänsyn till, t ex ålder, patientens egna preferenser och upplevda biverkningar av tidigare behandlingar. Studien kan heller inte informera om vilken behandling som är mest effektiv i andra hand, när en första behandling visat sig vara otillräcklig för att nå remission.

Slutligen bör också tilläggas att studien rönt stor uppmärksamhet i media. I flertalet publikationer har det framhållits att den slutligen avgör den kontrovers som föreligger avseende antidepressiva läkemedels effektivitet(3)(4). Så verkar dock inte ha skett: Förespråkare för det läger som menar att effekten av antidepressiva läkemedel är överskattad har uttalat att resultaten inte lett till någon ny kunskap i egentligen mening, så denna diskussion kommer med all sannolikhet att fortgå(5)

Johan Fernström
Vetenskaplig sekreterare SPF

Referenser finns på <http://www.svenskpsykiatri.se/tidsskriften/>



Det bör framhållas att ordet "effektivitet" i texten syftar till engelskans "efficacy", dvs den effekt man under ideala förhållanden objektivt kan mäta (t ex med hjälp av skattningsskalor). I engelskan gör man en distinktion mellan "efficacy" och "effectiveness", där det senare begreppet avser utfall under verkliga förhållanden. Det kan gälla t ex återgång i arbete, ökad livskvalitet eller ett rikare socialt liv. Oftast är detta svårare att mäta.

Figur 1. Forest plot av resultat från inkluderade studier. OR = Odds ratio. CrI = Credible interval.



Utsatthet i barndomen, våldsbrott och risk för självmord i tidig vuxen ålder

Barn och unga som växer upp i s.k. ogynnsamma miljöer, löper en ökad risk för självskadebeteende och självmord som vuxna. Individer som erfårit olika typer av utsatthet i barndomen har även en förhöjd risk för ungdomskriminalitet som i sin tur är en riskfaktor för självmord.

Vi genomförde en omfattande registerstudie för att undersöka vilken roll våldsbrott i tonåren spelar för sambandet mellan utsatthet i barndomen och självmord i tidig vuxen ålder. I studien inkluderades alla födda i Sverige mellan 1984 och 1988. Utsatthet i barndomen mättes genom sex indikatorer, baserat på information rörande föräldrarna: dödsfall, indikation på drog- eller alkoholberoende, indikation på psykisk sjukdom, allvarlig kriminalitet, separation, ekonomisk utsatthet, fosterhemsplacering och multipla flyttningar. Våldsbrott definierades som minst en lagföring mellan 15 och 19 års ålder. Självmord mättes från 20 års ålder. Alla enskilda indikatorer medförde en högre risk för självmord. Ju fler indikatorer en person hade, desto högre var hans risk för självmord. Individer som erfårit fyra eller flera indikatorer och som dessutom hade lagförts för våldsbrott hade en markant förhöjd risk för självmord.

Sammantaget tyder våra resultat på att individer som har erfårit utsatthet i barndomen och som hamnar i ungdomskriminalitet har en ökad risk för självmord.

Interventioner för att förebygga och stödja utåtagerande beteende under barndomen samt ökat stöd till individer som hamnar i ungdomskriminalitet skulle kunna ses som en väg att förebygga självmord relaterat till utsatthet i barndomen.

Emma Björkenstam

Med. dr.

Karolinska Institutet

Björkenstam, A., Hjern, A., Björkenstam, C., Kosidou, K., 2017. Association of Cumulative Childhood Adversity and Adolescent Offending With Suicide in Early Adulthood. *JAMA Psychiatry*. 2017 Dec 13. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.3788. [Epub ahead of print].



ADHD har inte blivit vanligare

Flera studier har rapporterat att både diagnostiserad och läkemedelsbehandlad ADHD har ökat markant under de senaste åren, både i Sverige och i andra länder. Detta behöver dock inte nödvändigtvis innebära att ADHD har blivit vanligare. Ökningen skulle kunna bero på att diagnostisering och behandling av ADHD förändrats, administrativa förändringar i rapporteringen av diagnoser, en ökad medvetenhet kring ADHD, eller på en ökad feldiagnostisering.

Därför undersökte vi om det skett någon förändring i ADHD på en symptomnivå bland nioåriga tvillingar i Sverige under en tioårsperiod.

Studien baserades på 20 000 tvillingar som deltog i the Child and Adolescent Twin Study in Sweden (CATSS) 2004 till 2014. ADHD-symptom mättes med A-TAC (the Autism-Tics, ADHD and other Comorbidities inventory) och vi undersökte om ADHD på en symptomnivå ökat över tid. Genom att även jämföra med kliniska diagnoser i patientregistret kunde vi se om kliniskt diagnostiserad ADHD förändrats under samma period.

Resultatet visade inte på någon ökning av ADHD på en symptomnivå under perioden 2004 till 2014. Däremot kunde vi se

en tydlig ökning av kliniskt diagnostiserad ADHD, där prevalensen under samma period ökade femfaldigt.

Därför drar vi slutsatsen att ADHD inte har blivit vanligare under den här tioårsperioden. Det innebär att ökningen av diagnostiserad och behandlad ADHD snarare beror på andra faktorer, såsom förändringar i diagnostisering och behandling av ADHD, administrativa förändringar i rapporteringen av diagnoser, eller en ökad medvetenhet kring ADHD.

Mina Rosenqvist

*Forskarassistent, Institutionen för Medicinsk Epidemiologi och Biostatistik
Karolinska Institutet*

Rydell, M., Lundström, S., Gillberg, C., Lichtenstein, P., & Larsson, H., 2018. Has the attention deficit hyperactivity disorder phenotype become more common in children between 2004 and 2014? Trends over 10 years from a Swedish general population sample. Journal of Child Psychology and Psychiatry.



Hälsa och levnadsvanor vid psykisk sjukdom – en ny Metis-kurs

För några år sedan redovisade Socialstyrelsen överdödligheten, översjukligheten och underbehandlingen av kroppsliga sjukdomar hos psykiskt sjuka. Bilden som ges är mycket tydlig. Patienter med allvarlig psykisk sjukdom missgynnas i somatiskt hänseende i svensk sjukvård¹⁻⁶.

Socialstyrelsens analys stärks ytterligare av ny forskning kring diabetes och hjärtkärlsjukdom hos psykospatienter⁷⁻⁸. Till yttermera visso pekar samsjukligheten mellan ångest, depression och tio vanliga somatiska tillstånd på att somatiska och psykiatriska tillstånd påverkar varandra och att riskerna är dubbelriktade⁹.

Några somatiska exempel

I befolkningen som helhet avlider drygt 50 individer per 100 000 och år i kranskärslsjukdom, medan antalet dödsfall bland individer med psykossjukdom är cirka 225. Bland patienter som vårdats inom psykiatri utan att lida av psykossjukdom dör i storleksordningen 125 individer. En mycket tydlig gradient således. Dessutom sjunker dödligheten år efter år både i normalbefolkningen och hos de icke-psykotiska patienterna medan den ligger stabilt hos de psykossjuka⁶.

I en registerbaserad långtidsuppföljning av kardiovaskulär död vid schizofreni studerades dödligheten i kranskärslsjukdom, cerebrovaskulär sjukdom, hjärtsvikt och arytmier. Kardiovaskulär sjukdom var den enskilt dominerande dödsorsaken och vanligare än självmord. Patienter med schizofreni dog hjärtkärldöden vid drygt sjuttio års ålder jämfört med normalbefolkningens drygt åttio år⁸.

I själva verket är medellivslängden bland psykossjuka 15-30 år kortare än i befolkningen i övrigt, vilket huvudsakligen beror på somatiska sjukdomar och inte på självmord. Vid depression och ångest ses 5-10 år kortare livslängd¹⁰.

Diabetes typ 2, prediabetes och det metabola syndromet är vanligt förekommande hos individer med psykos. I en svensk studie på patienter i psykiatrisk öppenvård hade 10 % diabetes, vilket var drygt 2,5 gånger vanligare än hos icke-psykotiska kontrollindivider. Hela 45 % av psykospatienterna hade fullt utvecklat metabolt syndrom⁷.

Vid en jämförelse mellan diabetespatienter med och utan psykossjukdom eller ångest/depression framgår det att de psykiskt sjuka i betydligt lägre omfattning behandlas med blodfettssänkande läkemedel¹. En motsvarande jämförelse mellan patienter med hjärtinfarkt med eller utan psykisk sjukdom visar klart att psykiskt sjuka får en sämre farmakologisk sekundärprofylax och att de i mindre omfattning blir föremål för PCI i det akuta skedet³.

Även inom cancerområdet är de psykiskt sjuka mer drabbade än befolkningen i gemen. Femårsöverlevnaden i cancer är cirka 60 % hos individer med psykos eller ångest/depression jämfört med 70 % i befolkningen som helhet⁴.

Bakomliggande faktorer

SBU har konstaterat att den somatiska översjukligheten hos patienter med schizofreni till stor del beror på en kombination av ogynnsam livsstil och läkemedel med viktuppgång som bieffekt. Fetma, fysisk inaktivitet och rökning är betydligt vanligare än hos befolkningen i övrigt¹¹.

Hos psykospatienter bidrar dessutom kognitiv nedsättning, negativa symtom och vanföreställningar ytterligare till den somatiska sjukdomsördan. Patienterna kan ha svårigheter att rätt tolka och agera på symtom, att omsätta livsstilsråd i praktiken och riskerar att överhuvudtaget inte bli tagna på allvar när de söker för kroppsliga symtom.



Arbetet med levnadsvanor

Socialstyrelsen publicerade nyligen omarbetade nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor¹². I riktlinjerna lyfter man tydligt fram gruppen *vuxna med särskild risk*. Dit hör patienter med 1) manifesterade sjukdomar t.ex. schizofreni, depression, diabetes eller KOL, 2) individer med biologiska riskfaktorer t.ex. hypertoni eller fetma, 3) individer med social sårbarhet t.ex. låg socioekonomisk status samt 4) personer med andra riskfaktorer t.ex. förekomst av flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt. Man inser snabbt att många av psykiatrins patienter lätt kvalar in i flera eller rent av alla dessa grupper.

Socialstyrelsen betonar att *vuxna med särskild risk* utgör en sårbar grupp och att det därför är särskilt angeläget att ge dessa individer stöd att förändra sina levnadsvanor till det bättre. För *vuxna med särskild risk* ger rekommendationerna högsta prioritet (prioritet 1) åt kvalificerade rådgivande samtal vid daglig rökning eller ohälsosamma matvanor. Vidare rekommenderas rådgivande samtal vid riskbruk av alkohol (prioritet 3) eller otillräcklig fysisk aktivitet med eller utan tillägg av fysisk aktivitet på recept eller stegräknare (prioritet 2).

De nationella rekommendationerna innebär att hälso- och sjukvården tydligare än hittills måste fokusera på arbetet med ohälsosamma levnadsvanor hos psykiatrins patienter. Socialstyrelsen har dessutom i annat sammanhang gett hälso- och sjukvården ett tydligt mandat att somatiskt undersöka patienter med depression¹³.

Allt sammantaget kommer detta att ställa krav på ökade kunskaper och färdigheter inom området också för psykiatrins medarbetare och då inte minst psykiatrikerna. Inom psykiatrin måste vi kunna kartlägga patienternas levnadsvanor på ett standardiserat sätt. Vi måste kunna ge evidensbaserade råd om hälsosamma levnadsvanor och i förekommande fall veta att koppla in medarbetare med specialkompetens t.ex. dietist eller rökavvänjare. Det kommer i detta sammanhang att vara betydelsefullt att kunna tillämpa MI eller liknande tekniker i arbetet med patienterna.

Ny Metis-kurs om levnadsvanor

Under hösten 2018 ger vi för första gången Metis-kursen *Hälsa och levnadsvanor vid psykisk sjukdom*. En kurs där vi diskuterar orsakerna till den somatiska översjukligheten och överdödligheten hos psykiskt sjuka. Vi kommer att lägga mycket tid på att diskutera ohälsosamma levnadsvanor ur ett praktiskt kliniskt perspektiv. Grunderna i MI kommer att belysas liksom etiska aspekter på levnadsvanearbete vid samtidig psykisk sjukdom.

Om du vill stå väl rustad inför framtiden. Om du vill ge dina patienter en rimlig chans att återfå hälsosamma levnadsvanor och minska risken för hjärtkärlsjukdom. Om du vill jobba med kropp och själ ur ett helhetsperspektiv. Om du vill så sök Me-

tis-kursen *Hälsa och levnadsvanor vid psykisk sjukdom!* Väl mött i Örebro vecka 45.

Jarl Torgerson

Docent, överläkare i medicin

Psykatri Psykos

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Jill Taube

Specialist i psykiatri

Levnadsvaneprojektet Svenska Läkaresällskapet

Själ och Kropp AB med DansSteget samt Vem tar hand om

Doktorn?

Referenser

1. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-2-5.
2. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-5-3.
3. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-6-15.
4. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-6-22.
5. Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Artikelnr 2013-6-27.
6. Öppna jämförelser 2014. Jämlig vård. Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Artikelnr 2014-12-26.
7. Olsson E, Westman J, Sudic Hukic D, et al. Diabetes and glucose disturbances in patients with psychosis in Sweden. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2015; 3:e000120. doi:10.1136/bmjdr-2015-000120.
8. Westman J, Eriksson SV, Gissler M, et al. Increased cardiovascular mortality in people with schizophrenia: a 24-year national register study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017 Jun 5;1-9. doi:10.1017/S2045796017000166.
9. Scott KM, Bruffaerts R, Tsang A, et al. Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. *J Affect Disord*. 2007; 103: 113-20.
10. Pillinger P, Beck K, Gobjila C, et al. Impaired glucose homeostasis in first-episode schizophrenia. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74: 261-9.
11. Åtgärder för att stödja personer med schizofreni att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2014. SBU-rapport 232.
12. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Artikelnr 2017-11-3.
13. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Artikelnr 2017-12-4.

Biologisk psykiatri och hackad lever i New York



Psykiatrforskare dansar i ring kring borden på Sammy's.

Society of Biological Psychiatry (SOBP) håller årligen en kongress i nära anslutning till den betydligt större kongress American Psychiatric Association ger. Detta år gick mötet av stapeln mitt på Manhattan, New York. Innehållet, som namnet på kongressen anger, har ett tydligt fokus på att öka förståelsen för de biologiska processer som kan kopplas till psykisk ohälsa. Således är det rätt kongress att besöka om man är intresserad av allt i det psykiatriska fältet som kan mätas eller avbildas. Postersessionen på senefttermiddagen är också en av de erkänt trevligaste, där kongressbesökarna med vinglas i hand minglar runt med varandra.

På dessa postersessioner var svensk forskning välrepresenterad, med ett flertal utställare

från Karolinska Institutet och universiteten i Stockholm, Uppsala, Linköping, Umeå samt Lund. Även talarlistan bjöd på några bekanta namn: Markus Heilig (Linköpings universitet) pratade om nya terapeutiska mål vid alkoholberoende och Daniel Lindqvist (Lunds universitet) gav ett symposium om mitokondriell stress vid psykisk ohälsa.

Som väntat var utbudet brett, kongressen lockar både många forskare vars arbete genom åren fått stort genomslag, men också de unga forskare som nyligen påbörjat sin karriär. Bland kongressens höjdpunkter fann jag själv dr Amit Etkins (Stanford, USA) symposium om hur man bör försöka överbrygga den "kausalitetsklyfta" som finns mellan biologiska markörer och sjukdomsytttring. Dr Etkin har i en nyligen publicerad ledare i JAMA Psychiatry(1) påpekat att

trots att antalet bildstudier i det psykiatriska fältet under de senaste åren ökat explosionsartat finns det fortfarande mycket lite belägg för att identifierade avvikelser i nervsystemet orsakar något specifikt symptom. De flesta studier som genomförts jämför olika grupper (t.ex. deprimerade med friska) med varandra. Sådana studier kan påvisa samband, med sällan i vilken riktning sambandet föreligger. Undantag finns visserligen – t.ex. studier där individer genomför en specifik uppgift samtidigt som de genomgår en funktionell magnetkameraundersökning (fMRI). Denna metod utgör ett betydelsefullt experimentellt paradigmen, men det är ett förhållandevis trubbigt instrument.

Transkraniell magnetstimulering (TMS) är en behandlingsform som internationellt varit i kliniskt bruk under ett par årtionden,



även om det är först på senare tid som evidensläget blivit så pass gott att metoden nu börjar få större spridning i Sverige och tekniken blivit så avancerad att man med precision kan aktivera eller hämma delar av hjärnan. Möjligheterna att kombinera TMS med fMRI framstår enligt dr Etkin som ett synnerligen lovande sätt att kunna påvisa just kausala samband mellan t.ex. stimulering av ett specifikt neuronalt nätverk och den inverkan nätverket har för ett visst beteende (eller symtom). Som exempel nämner dr Etkin resultaten från en studie där man med ovan beskrivna fMRI/TMS-metod funnit att en specifik region i prefrontala cortex kausalt reglerar aktivitet i amygdala. Konnektiviteten, dvs. hur dessa regioner genom nervimpulser är sammankopplade, visade sig vara försämrade hos en grupp individer med PTSD. Dessutom kunde man frammana PTSD-liknande beteendeförändringar hos friska individer, när man med TMS störde funktionen i denna region(2).

Utöver en spännande kongress bjuder även staden New York på en hel del intryck, varav vissa säkerligen kommer att fastna i minnet för alltid. Så var det med besöket på restaurangen "Sammy's Romanian Steakhouse" på nedre Manhattan, där 25 personer från

samarbetande forskargrupper i Sverige, Holland och USA träffades på kvällen för att lära känna varandra lite bättre under mer avslappnade former. Frågan är om det blev så mycket mer avslappnat. Utöver restaurangens signaturrätt, "chopped liver", bjöds det också på underhållning av husets egna, helt unika trubadur/komiker, Dani Luv, vars speciella talang visade sig vara att kränka sina gäster. Ju längre kvällen led, desto grövre blev tillmälena. Det blev ingen efterrätt, däremot ringdans mellan borden. Jag kommer minnas kvällen med lika mycket nöje som fasa.

Text och foto:
Johan Fernström
Vetenskaplig sekreterare SPF

Referenser: <http://www.svenskpsykiatri.se/tidsskriften/>

Vår i SSBS i samband med 15-årsjubiléet

Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdoms arbete för att bidra till förbättrad vård av patienter med bipolär sjukdom genom att lyfta fram fungerande behandlingsmetoder och bidra till nya går vidare. Samarbetet med SPF som helhet har ökat efter att SSBS för några år sedan blivit en subsektion och kopplingen till BipolärR likaså efter att en styrelsemedlem även är med i kvalitetsregistrets styrgrupp.

Värmöte på SPK

För första gången la SSBS sitt värmöte som en del av ordinarie program på SPK. Programmet inleddes med genomgång av ett bipolärt patientfall med komplikationer och lösningar där Lena Backlund modererade styrelsemedlemmar och allt ifrån motivering av att ta emot behandlingen på strukturerat sätt, litiumbehandling vid graviditet till AV-block som biverkan diskuterades med kvalificerade förslag på handläggande. Därefter fortsatte SSBS program med att undertecknad tillsammans med Thomas Eklundh lyfte fram Nina Simones liv, musikaliska genialitet, folkrättskamp och bipolära sjukdom. Lite senare bidrog Mikael Landén med att berätta lite om hur färskva farmakaepidemiologiska studier utmanar evidens i kliniska prövningar och själva föreläsningssprogrammet för SSBS värmöte avslutades med att Lina Martinson, Sara Pankowski och Timea Sparding berättade lite om senaste nytt kring joggingskornas, KBTs effekter och den moderna teknikens intåg vid behandling av patienter med bipolär sjukdom. Värmötet på SPK innefattade emellertid inte bara själva programmet utan även en jubileumsmiddag för medlemmar och ett årsmöte.

Lena Backlund Hedersledamot 2018

Vid årsmötet delade styrelsen ut ett hedersledamotsomnämnannde till Lena Backlund för sitt starka och pågående arbete på olika sätt för patienter med bipolär sjukdom enligt följande motivering:

«Med en stor drivkraft för ökad kunskap om bipolär sjukdoms genes och behandlingsmetoder, med stark klinisk förankring och ett outsinligt engagemang för varje patient, symboliserar Lena sällskapets strävan efter excellens i vetenskap och vård av patienter med bipolär sjukdom. Att Lena dessutom är en av grundarna av Sällskapet och i flera år varit dess ordförande, gör att hon i anknytning till 15 års jubiléet är det självklara valet till hedersledamot 2018.»

Samarbete med BipolärR

I SSBS styrelse är vi mycket glada över att möjligheterna till att samarbete med kvalitetsregistret ökat inte minst genom att SSBS styrelsemedlem Kristina Lindwall Sundel även är med i BipolärRs styrgrupp. Olika samarbetsprojekt har diskuterats inkluderat utvecklande av BipolärRs begynnande arbete med kvalitetscerti-

SSBS SVENSKA
SÄLLSKAPET FÖR
BIPOLAR SJUKDOM



fiering samt gemensamma utskick. Ser fram emot anledning att återkomma.

Höstmöte 15 november med fokus på suicidprevention

Nu har sommaren kommit tidigare än på länge men emellertid vill jag redan nu rekommendera er alla med särskilt intresse för bipolär sjukdom och eller suicidprevention att boka av den 15 november för att lysa upp höstmörkret. SSBS Höstmöte kommer äga rum på Södra Teatern och kommer liksom ifjol att avslutas med en gemensam middag för möjlighet till ökat utbyte med kollegor från runt om i landet. Som tema för höstmötet har vi valt **”Suicid vid bipolär sjukdom – Hur skyddar vi våra patienter?”** för dess yttersta kliniska betydelse. Bland föreläsarna finns bland annat Bo Runeson, Ullakarin Nyberg, Åsa Westrin och Mikael Landén. Jag vill önska dig varmt välkommen att boka av datumet och delta men nu närmast förhoppningsvis en sommar med många dagar i hängmattan, berget, vid havet, rivieran eller där du helst tillbringar din ledighet.

Maria Larsson

Ordförande Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdom

ANNONS



Psykiatri i Buenos Aires

Den 1 mars 2017 anlände jag till Buenos Aires, där jag skulle tillbringa en månad för att auskultera inom psykiatrin. Staden genomsyras av en psykoanalytisk anda, och uppges vara den mest psykoterapitäta staden i världen. Buenos Aires är också tangons vagg, och tango är min passion vid sidan av psykiatri. Så dagtid vistades jag på psykiatriska kliniker och kvällstid dansade jag. Jag vistades merparten av tiden på det äldre psykiatriska sjukhuset "El Borda", och några dagar på en psykiatrisk konsultationsmottagning vid det allmänna sjukhuset Hospital Fernández.

Historia

Tangon föddes i Buenos Aires i slutet av 1800-talet i fattiga immigrantkvarter. Den ökade i popularitet och blomstrade under "guldåldern", de första decennierna av 1900-talet då Argentinas ekonomi blomstrade. Under samma tid etablerades och frodades psykoanalysen i Buenos Aires. Psykoanalysen kom liksom immigranterna från Europa. Immigranterna sökte sin identitet och var öppna för Freuds psykoanalys, det var en intellektuell rörelse som främst tilltalade medelklassen. Att gå i psykoterapi eller analys tillhör alltjämt det normala i Buenos Aires; många värdesätter och prioriterar att lägga tid och pengar på privat psykoterapi. Under min vistelse träffade jag en del psykoanalytiker, men jag tillbringade dagarna inom den offentliga psykiatriska vården.



Under 1800-talet etablerades psykiatri och de psykiatriska sjukhusen i Buenos Aires. Hospicio de San Buenaventura bildades under mitten av 1800-talet, och uppkallades senare (1967) efter dr. Jose Tiburcio Borda. "El Borda" är ett psykiatriskt sjukhus för manliga patienter, beläget i den fattigare stadsdelen Baraccas. Tidigare rymde sjukhuset 4000 slutenvårdspatienter, men numera vårdas ca 400 patienter på El Borda. Det talas om nedläggning av verksamheten inom några år, som ett led i modernisering av psykiatri, men dessa planer står inte oemotsagda.

Ekonomi och sociala förmåner

El Borda tillhör den offentliga vården som är kostnadsfri för samtliga medborgare, liksom alla förskrivna läkemedel. Inom den offentliga vården finns stort professionellt kunnande och ett brinnande engagemang, men mycket knappa resurser. Resursbristen är till stor del en konsekvens av landets dåliga ekonomi, som urlakas av bland annat korruption. De medborgare som har en löneanställning med sociala förmåner, eller som har råd att betala egen försäkring, kan åtnjuta den privata vården som naturligtvis har betydligt mer resurser. Läkarnas löner är relativt sett låga inom den offentliga psykiatri, de arbetar därför ofta deltid med privat verksamhet inom psykiatri eller psykoanalys på eftermiddagar och kvällar.

De flesta patienter vid El Borda är fattiga. Flertalet saknar bostad och stöd av sin familj. Vissa har bott där i många år, somliga i decennier, och de saknar ofta alternativ. Det samhällsliga skyddsnätet är bristfälligt, och utanför sjukhuset finns knappast några socialpsykiatriska insatser. Många patienter uppbär sjukpension, som dock knappt går att leva på. Den månatliga pensionen uppgår till 4000 pesos, vilket motsvarar ca 2000 SEK. Förvisso är det billigare att leva i Argentina än i Sverige, men inte avsevärt (enligt Big Mac Index).

Diagnostik och behandling

Patienterna vid El Borda är i de flesta fall långvarigt psykiskt sjuka. Diagnoserna är vanligen schizofreni, ospecifikt psykos, depression eller personlighetsstörning. Även missbruk förekommer, men inga specifika rutiner eller behandlingar finns att tillgå vid El Borda. Ibland remitteras patienterna till beroendevården Sedronar.

Initialt i akutskedet vårdas patientens ofta på en låst intagningsavdelning under några dygn, innan de antingen skrivs ut eller överflyttas till vårdavdelning. På intagningsavdelningen medicinerar de vanligen rutinmässigt med höga doser haloperidol (30–40 mg), men dosen minskas sedan gradvis. I övrigt används ungefär samma läkemedel och doser som i Sverige.

På avdelning 21, där jag vistades under mitt besök, fanns vid tidpunkten 14 slutenvårdspatienter och 16 öppenvårdspatienter. Dr Diego Cohen, som är ansvarig överläkare och i stort sett sköter avdelningen helt själv, träffar de flesta slutenvårdspatienterna dagligen. I början av vårdtiden för längre samtal med grundlig anamnes, senare för kortare dagliga avstämningar. Öppenvårdspatienterna, som tidigare varit inneliggande, kommer för samtal varje eller varannan vecka.

Diagnostiken utgörs främst av anamnes och observation. Långa vårdtider och dagliga samtal ger en gedigen grund för förståelse av patienternas problematik. Tämligen sällan används manualbaserade intervjuer (t.ex. SCID), och ytterst sällan skattningsformulär. Vid El Borda finns möjlighet till somatiska utredningar. Sjukhuset rymmer såväl kirurg- och medicinklinik samt neuropsykiatrisk mottagning för sjukhusets patienter. Här finns även möjlighet till undersökning med EEG, och patienterna kan remitteras för MR och andra avbildningsundersökningar. Vid den neuropsykiatriska mottagningen utreds främst organisk genes till psykiatriska symptom, t.ex. om frontallobsdemens föreligger, med psykometriska tester och somatiska undersökningar. Under min tid vid El Borda mötte jag inga patienter med diagnos ADHD eller autism.

De flesta slutenvårdspatienter på El Borda behandlas endast farmakologiskt, och vanligen med antipsykotiska eller antidepressiva läkemedel av samma slag som vi använder i Sverige. Några av öppenvårdspatienterna remitteras till andra vårdinrättningar för psykoterapi, som då ingår i den avgiftsfria vården. Specifik traumafokuserad behandling är sällsynt, trots att många patienter uppenbart är traumatiserade.

Pichos-Rivière och socialpsykiatri

Dr Enrique Pichos-Rivière föddes i Schweiz 1907 och flyttade sedan med sin familj till Argentina. Han var sedermera psykiater och psykoanalytiker verksam i Buenos Aires, och han utvecklade en socialpsykiatrisk verksamhet vid El Borda. Tanken var att patienterna skulle stöttas till integration och återanpassning i samhället, som en del av vårdprocessen.

Ännu idag finns vid El Borda en skolverksamhet som erbjuder grundskoleutbildning och vissa yrkesutbildningar. Sjukhuset erbjuder även aktiviteter som ger viss löneersättning för patienterna, såsom ett bageri och andra enklare verksamheter. Vid El Borda finns också ett arbetskooperativ som restaurerar gamla möbler, och som drivs av personer som tidigare varit slutenvårdspatienter. En mängd kulturaktiviteter erbjuds, exempelvis undervisning i tango för att hjälpa patienterna till socialisering utanför sjukhuset. Sjukhusets patientdrivna radiokanal La Colifata är vida känd.

Kanske är Pichos-Rivière ändå mest känd för att ha utvecklat systemet med operativa grupper (grupo operativo) vid El Borda. De operativa grupperna innebär att avdelningens patienter och vårdpersonal träffas varje vecka för ett gemensamt gruppsamtal. Samtliga deltagare sitter på stolar i en ring och samtalet får löpa fritt. Alla ska få möjlighet att säga sin mening och uttrycka sina synpunkter. Pichos-Rivière utvecklade dessa grupper för att förbättra avdelningsmiljön, som tidigare ofta var präglad av aggressivitet och våld. Gruppsamtalen förekommer fortfarande, och jag deltog i dessa varje torsdag under min vistelse.

Eftertanke

När jag skriver denna summariska rapport befinner jag mig återigen i Buenos Aires, denna gång endast för att dansa. Men jag reflekterar fortfarande över de likheter och skillnader som finns mellan psykiatri och livet i Sverige och Argentina. Lidandet och uttrycken är desamma, det mänskliga är det mänskliga. Kontraster finns inom båda dessa samhällen. Det finns rikare och fattigare



människor överallt, om än de fattigare i Argentina är betydligt fattigare än de i Sverige. Och det svenska samhället erbjuder, trots nedskärningar och brister, en helt annan social trygghet och en helt annan lägstanivå för de mest utsatta. I Sverige bor inga småbarnsfamiljer på en sliten madrass på en trottoar i centrala Stockholm, det ser jag dagligen i Buenos Aires.

I Buenos Aires pulserar livet. Stora manifestationer varje vecka, avspärningar och tusentals människor som gemensamt vrålar ut sin frustration, sorg, besvikelse och vrede över orättfärdigheter i dåtid och nutid. En historia av krig och diktatur. Ett nutida samhälle med korruption och orättvisor. Materiellt förfall och bristande ekonomiska resurser, trots att befolkningen arbetar hårt och betalar skatt. Det präglar atmosfären, och det ger paradoxalt nog en närande känsla av sammanhang och påtaglig existens. Något av den känslan saknar vi nog i Sverige. Vi har levt länge i relativ trygghet. Vi har utvecklat ett sekulärt samhälle för den autonoma och rationella individen, kanske till priset av sammanhang och gemensam riktning.

Tack

Jag vill slutligen tacka Cullbergstipendiets kommitté, för stipendiet som bidrog till att jag kunde göra resan. Jag vill även tacka

Karin Borgström (handledare och överläkare Psykiatri Södra Stockholm) och Karin Sparring-Björkstén (tidigare studierektor och överläkare Psykiatri Södra Stockholm) för ovärderligt stöd. Självklart vill jag också tacka Diego Cohen (överläkare avdelning 21, Hospital El Borda), David Huanambal (överläkare neuropsykiatriska mottagningen, Hospital El Borda), Maximiliano Luna (överläkare och chef för psykiatriska konsultationsmottagningen, Hospital Fernández) samt alla andra som jag träffat i Buenos Aires och som bidragit till min fantastiska upplevelse.

Kajsa M Nordström
ST-läkare Psykiatri Södra
Stockholm

Referenser <http://www.svenskpsykiatri.se/tidsskriften/>

Stiftelsen Natur & Kulturs Cullbergstipendiater 2018

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 inom de psykiatriska specialiteterna med syftet att de ska få erfarenheter och kliniska kunskaper som är väsentliga för att fördjupa svensk psykiatri. I år tilldelades sex läkare totalt 130 000 kronor.

Carlos J Gutierrez, psykiater på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, ska vid det psykiatriska sjukhuset Centre de Santé Mentale Dalal Xel i Fatick, Senegal, studera den kliniska vardagen, strategier och metoder i den kulturella kontext som råder där.

Gustav Wingquist och **Fredrik Wikström**, båda ST-läkare vid Psykiatri Sydväst i Stockholm, ska vid den affektiva kliniken vid Instituto de Psiquiatria, Universidade de Sao Paolo, Brasilien, studera hur man tillämpar kunskaper kring affektiva sjukdomar i Brasilien.

Maria la Greca och **Lena Nylander**, båda överläkare inom vuxenpsykiatri i Lund, ska resa till Buenos Aires, Argentina, och Montevideo, Uruguay. De ska där besöka såväl vuxenpsykiatriska som barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter, universitet samt en anhörigförening, för ömsesidigt kunskapsutbyte.

Anna Serafin, överläkare vid psykiatriska mottagningen för unga vuxna, Universitetssjukhuset i Örebro, ska besöka Stavanger Universitetssykehus, Norge, för att studera hur man arbetar med TIPS-modellen för tidig intervention vid psykos hos unga vuxna.

På annan plats i detta nummer kan du läsa hur du gör för att söka Cullbergstipendium 2019!

För stipendiekommittén
Tove Gunnarsson



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 cullbergstipendiet.se kan du läsa mer om stipendiet och hur du ansöker. Där kan du även läsa om tidigare resor.

Ansökan

Ansökan ska vara stipendienämnden tillhanda den 1 februari 2019. 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 (barn- och ungdomspsykiater), Pauliina Victorsson (psykiater) och Annika Schildt (Natur & Kultur).

cullbergstipendiet.se

Så minns vi Lars Bjerkenstedt

Professor Lars Bjerkenstedt, Bromma, har avlidit i en ålder av 77 år. Han efterlämnar hustrun Kristina samt döttrarna Lena och Monica med familjer samt många vänner.

Lars växte upp i Sundbyberg/Solna och tog studenten i Solna läroverk 1959. Han avlade en fil kand vid Stockholms universitet under loppet av ett år och påbörjade därefter sin läkarutbildning vid Karolinska Institutet. Han erhöll läkarlegitimation 1967 och avlade specialistexamen i psykiatri 1972. Han blev legitimerad psykoterapeut 1985. Lars disputerade 1978 och blev docent 1983. 2009 utnämndes han till professor i allmän psykiatri vid Strömstads akademi.

Lars viktigaste forskningsområde var psykossjukdomen. Tillsammans med en grupp forskare studerade han aminosyrornas roll, särskilt tyrosin, byggstenen till dopamin, den signalsubstans farmakologisk behandling mot schizofreni påverkar. Lars publicerade ett stort antal vetenskapliga artiklar och kvalitetssäkringsrapporter. Han var också chef för Östermalm-Lidingö psykiatriska klinik, som han utvecklade till en av de mest patientanpassade i Stockholm.

I sin ungdom var Lars en skicklig fotbollsspelare. Travintresset tog efter en tid över. Vid ett tillfälle förverkligade han en av sina drömmar, att gå i vinnarcirkeln på Solvalla efter det att hans mest framgångsrika häst, Florican Will, vunnit ett lopp i hård konkurrens.

Det var en förmån att få samarbeta med Lars. Man imponerades av hans analytiska förmåga och stringenta tankar. Hans perspektiv var aldrig snävt medicinskt. Han förstod betydelsen av grundläggande etiska värderingar i vårdarbetet. Det ledde inte sällan till kritik mot vad han såg som dåliga administrativa beslut. Hans



inopportuna rättframhet gjorde honom därför inte alltid populär bland överordnade. Samtidigt hade han lätt att få många vänner både i Sverige och utomlands. Vi som kom att stå honom nära minns med saknad hans underfundiga humor och vänliga leende, särskilt de gånger han och Kristina tog emot oss i sina hem i Bromma och i det älskade Ojmunds på Gotland. Det är med djup saknad vi nu tar farväl av vår vän men samtidigt med tacksamhet för alla minnesvärda stunder vi fått tillsammans.

Gunnar Edman
Docent

Sten Philipson
Professor



Vad menas med ohälsotal?

Trots bättre hälsa och välbefinnande hos befolkningen och ständigt ökade resurser till vårdgivare och allsköns experter fortsätter ohälsotal att öka. Det är något lurrt med föreställningen om ett ohälsotal.

Vad är ohälsotal egentligen för något? Förr var man frisk och blev sjuk ibland, varpå man snabbt ville upp på fötter igen. Det var liksom lite skamligt att vara hemma för ofta och för länge.

Finns ordet ohälsotal bara här hos oss? Finns det även i engelskt språkbruk i termer av något i stil med unhealthydigit eller nonhealthydigit? Jag har aldrig hört det.

Vi mår dåligt när vi har det bra. Det kan alltså inte gärna böttna i den verkliga verkligheten eftersom vi lever längre och är friskare och mer tillfredsställda än någonsin tidigare generationer. Till och med döden kan vi skjuta upp med medicinsk-teknisk hjälp med krav på tillsyn och smärtlindring till sista andetag.

Ändå ökar antalet professionella alarmister (olika experter och specialister) som tror att en "sjukdom" existerar bara för att man som sakkunnig uppmärksammar vissa beteenden och symptom. Att man lägger märke till olika avvikelser är dock inte detsamma som att de existerar. Vår "verklighet" är också vår villfarelse.

Alarmisterna blandar ofta samman en uppdiktad och evinnerlig offermentalitet med den naturliga utsatthet det innebär att vara människa, och som är en del av livet och de livsvillkor vi alla måste underkasta oss. Livet är således inte nödvändigtvis ett problem som ska lösas eller en diagnos som ska ställas, utan en verklighet som ska levas.

Det finns en undflyende och svårbegriplig motsättning i att det i ett av världens rikaste och mest välordnade länder finns ett avsevärt antal människor som känner sig misslyckade, deprimerade eller utbrända. Något stämmer alltså inte.

Eller är begreppet ohälsotal en förtäckt form av skam för att vi har alldeles på tok för mycket tid att känna efter, till vårt ego-fejande? En självuppvaktande verksamhet som tycks bidra till att vi bara mår sämre och sämre. Trots att vi lätt inbillar oss att det är just detta vi behöver för att må bättre. Fast vi gärna vill bortse ifrån denna paradox kan den inte förnekas. Inkonsekvensen är alltså inbyggd i både intellektets och känslolivets själva konstruktion. Som sagt, något stämmer inte.

Att verkligen vara sjuk och att känna sig sjuk är inte riktigt samma sak. Att blanda in sig själv och att allt för mycket upp-tas av sina egna tankar och känslor i samband med ohälsa är därför inte alltid en lyckad idé. Vi klarar ju inte riktigt av det.

Det vi tror vi kan behärska är, i större utsträckning än vi vill erkänna, avhängigt omständigheterna och påverkas av tillfälligheter som vi ofta inte alls kan styra över. Till sist är det fysik, biologi och slumpen som får råda i våra liv. Det vill säga, naturkrafterna. Tanke- och känslomässigt tycks vi mest vara drabbade av oss själva. Jag tror att vi ägnar oss åt ohälsosam fokusförskjutning. Mot egot.

Thomas Silfving
Psykolog och författare



Immigration, suicidalitet, våldsprevention och "manlig" depression

Apropå unga invandrarnas självmordssiffror
Förslag till ett Åtgärdsprogram

Depression är ett stigande folkhälsoproblem och en av de främsta orsakerna till sjukdomsbelastning och dödlighet i tidens Europa. Den är relaterad till stressbördan i ett samhälle och dess tyngd kan noteras i en förändrings- och stresskorrelerad mortalitets- och morbiditetsutveckling i 90- och 2000-talets östeuropeiska och centraleuropeiska samhällen samt i Syd-europa idag. Den drabbar framförallt män med en ökad för tidig dödlighet där suicidsiffror och stressrelaterad mortalitet till följd av hjärt- och kärlsjukdom, metaboliska störningar, missbruk, destruktivt och våldsamt beteende samt risktagande levnadssätt på ett närmast seismografiskt sätt återspeglar förändringsstressen i ett samhälle.

Riskgrupper är medelålders män, unga vuxna men också äldre män – på olika sätt i olika samhällen och kulturer. Diagnostik är oftast svår pga. männens oförmåga att söka hjälp, ovillighet att följa råd och ordinationer, terapeutiska "non compliance", atypiska depressiva symtombilder, brist på kontakt med vård- och stödorganisationer, bristen på diagnostisk och terapeutisk kunskap där, stigmatiseringsupplevelse, konventionella mansroller och självbilder, identitetsosäkerhet etc.

Sjukdomsbördan som är relaterad till depressiva åkommor ligger idag på andra plats efter hjärt- och kärlsjukdomarna. Enligt WHO:s bedömning kommer den att stiga. Har man hittills mest fokuserat på depression som en kvinnosjukdom så registreras i dag fler och fler tecken på att män i åtminstone lika omfattning tycks vara drabbade av depression, dock på ett annat sätt, med en annan symtombild och med oftast annorlunda konsekvenser. Män tar överlag livet av sig två till tre gånger oftare än kvinnor och självmord ligger idag på första plats som dödlighet i vissa manliga åldersgrupper, t.ex. bland svenska 15–25-åringar. Även en stigande dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar kan vara orsakad av eller förknippad med depression.

Dagens depressionsdiagnostik baseras framförallt på rapporterade depressionssymtom. Eftersom män ofta brister påtagligt i sjukdomsinsikt gällande depressiva tillstånd, knappast vill kännas vid sina symtom och än mindre rapportera dom

så har konventionell depressionsdiagnostik hittills framförallt präglats av den kvinnliga depressionens symtombild. Detta gör att männens depressioner ofta inte blir igenkända eller behandlade, vilket troligen är den bakomliggande orsaken till paradoxen att män enbart hälften så ofta anses vara deprimerade, men tar livet av sig upp till fyra gånger oftare än kvinnor – trots att vi vet att klinisk depression och suicidrisk är intimt förknippade.

Denna paradox, uppenbarligen beroende på oigenkänd och obehandlad manlig depression, har därför kunnat bli ett folkhälsoproblem i sig. Och detta inte bara genom den höga självmordsrisken som drabbar depressiva manliga individer utan också genom depressionens konsekvenser som narcissistisk destruktivitet, risksökande beteende, alkoholism och annat missbruk och deras inverkan på männens sociala och professionella omvärld.

Missbruk, oftast i form av begynnande alkoholism, anses i ca 60 % av fallen vara orsakad av en bakomliggande depression. Alkoholrelaterat våld är en av huvudfaktorerna bakom familjevåld och övergrepp mot kvinnor i nära relation. Det är depressivt hjälplösa, vanmäktiga och desperata män i alla samhällskategorier och etniska folkgrupper som kan bli våldsamma och farliga för sig själva eller andra.

Våld, ofta i form av ett manligt "desperado-syndrom", som ytrar sig i uppgivna mäns destruktiva tendenser samt invandrade ungdomars hopplöshet och perspektivlöshet, när de inget har att förlora längre, måste till stora delar anses vara depressionsrelaterat och spelar här en roll. Ett dramatiskt ökat antal suicid bland unga manliga invandrare och flyktingar ger här en tydlig fingervisning.

Tidigt igenkännande och behandling av männens annorlunda depression och hjälplöshet är således viktig och behandling är nödvändig också ur ett folkhälsoperspektiv.

Tecken på manlig depression kan vara att mannens personlighet ändras. Denna personlighetsförändring kan vara svår



att förstå, både för männen själva men även deras omgivning. Han kan till exempel börja arbeta dag och natt, bli mycket aktiv sexuellt, aggressiv, utagerande, rastlös, självömkande och irriterad. Andra vanliga symtom är kroppsliga smärtor, risktagande beteende och vrede eller aggressivitet. Ofta finns en ärfilighet för alkoholism, suicid eller våld i de drabbade männens släkt.

Som ett av resultaten av Gotlandsstudien ("The Gotlands Study") har symtomen sammanfattats i ett screeningsinstrument, "GMDS – Gotlands Male Depression Scale", som idag är evaluerad, översatt till ca 15 språk och används i lika många länder som hjälpredda för (själv)skattning med syftet att finna, upptäcka och behandla manlig och ofta suicidal depressivitet.

Ny kunskap tyder på att den hittills allmänt spridda uppfattningen att kvinnor dubbelt så ofta är deprimerade som män är en artefakt, beroende på att männens atypiska sätt att vara deprimerade och suicidala alltför ofta inte känns igen. Därtill kommer männens ovilja att söka hjälp och att överhuvudtaget kännas vid sina depressiva symtom.

Hur och med vilket fokus skulle man kunna förebygga?

Geografiska och sociologiska riskgrupper att särskilt fokusera på kan finnas i kontakt med:

Myndigheter:

- Utbildningsdepartementet
- Vägverket: "Hot Spots" – som broar, stup, höjder
- Trafiksäkerhetsverket
- Skattemyndigheten
- Kronofogdemyndigheten – överskuldsetta
- Sjukvårdshuvudmän: suicidprevention
- SL, SJ, kommuner, landsting
- SKL och Länsstyrelser: kunskap om och kontakt med lantbruks-, fiskare- och skogsvårdande befolkning utan vana eller vilja att söka hjälp och med tillgång till suicidala medel som vapen, t.ex. Gotland, Jämtland, Norrland
- Försäkringskassan: långtidssjukskrivna, utförsäkrade, arbetslösa
- Migrationsverket: immigranter och flyktingar, papperslösa, ensamstående flyktingbarn
- Kyrkorna samt religiösa och ideella samfund

Arbetsplatser:

- Mansdominerade strukturer som polis, militär, kriminalvården, alkoholvården. Räddningstjänst, ambulanssjukvården
- Huvudmän med ett intresse för alkoholmissbrukare. Vården för identifierade stoffmissbrukare med Europas högsta missbrukarmortalitet (Sverige ligger 5–10 ggr högre än EU i genomsnittet). Skolor.
- Utvalda och motiverade arbetsplatser med psykiska hälsoproblem (alkohol och olycksfall etc)

Ett förslag

Detaljerat:

- Erbjud "stakeholders" – organisationer som är ålagda eller förväntas ha intresse i suicidprevention – ett paket bestående av utbildning, probleminventering, strategisk utveckling, uppföljnings- och monitoreringskunskap anpassad till riskpopulationer, riskområdet och det specifika kulturella riskpanoramat, samt diagnostisk hjälp och långtidsuppföljning med möjlighet till kontinuerliga utbildningsinsatser.
- Motiverade eldsjälar bör finnas, för att kombinera ett "bottom up" med ett "top down" tillvägagångssätt.
- Första linjen och "amplifiers" – föreningar, nätverk, arbetsplatser, yrkesorganisationer, ideella eller intresseorganisationer bör engageras.
- Arenor också utanför konventionell vård och stödorganisationer.
- Involvera och utbilda arbetsplatser, anhöriga, vänner kollegor, invandraroorganisationer
- Använd elektronisk och personlig undervisning, inkluderande en "teaching teachers"-modell. Kunskapen och lärarna finns.

Övergripande och avslutningsvis:

En genderanpassad gendersensitiv suicidprevention är komplex och tillåter inga ortodoxier eller "quick fixes". Preventionsstrategier bör anpassas till de riskindivider och riskpopulationer man vill nå. De bör vara sensitiva för landets olika regionala kulturella mönster men även till invandrarkulturernas olika värdesystem och genderroller. Med tanke på denna komplexitet, där en övergripande koordination bör gå hand i hand med enstaka riktade åtgärder utan ambition att vara den allena rådande rätta metoden föreslås inrättandet av ett särskilt resursutrustat, finansierat och mandaterat kunskapscentrum med uppgiften att koordinera, implementera, utarbeta, sätta och evaluera olika strategier och tillämpa dem på ett populations- och individanpassat kulturellt sensitivt sätt. En ständig feedback med och återrapportering till landets övriga folkhälsoarbete bör säkerställas i åtanke att allt folkhälsoarbete slutligen är suicidpreventivt och vice versa.

"Mental Health promotion is suicide prevention and v.v."

Wolfgang Rutz

MD, PhD,

Professor in Social Psychiatry (Coburg University)

Ed. chefsläkare (Gotlands Kommun), f. Regional Advisor for European Mental Health (WHO), f. vice ordförande SPF, f. enhetschef Hälsofrämjande Psykiatri (Uppsala Universitet)

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 (online)

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



Svenska Psykiatrikongressen 2018



I befintligt skick Att ta sig själv på allvar

Katja Lindert Bergsten och
Kristoffer Pettersson
Natur & Kultur, 2018

Båda författarna till boken *I befintligt skick* arbetar som kognitiva beteendeterapeuter med affektfokuserad psykoterapi som intresseområde. Och det är känslor som boken främst handlar om. Enligt författarna är det viktigt att vi lyssnar på våra innersta behov, inte på rädslan för att de ska avvisas. För det krävs att man har mod att visa sitt innersta. Enligt författarna är det något vi kan träna på genom att uppmärksamma och ha kontakt med våra kroppsliga signaler. Det är viktigt med anledning av att de talar om för oss vad vi behöver. På så vis kommer vi också i kontakt med och kan bekanta oss med våra känslor på djupet: inte avvisa dem.

När man således tar sig själv och sina känslor på djupaste allvar blir det också lättare att både leva i samklang med sina verkliga

behov och att relatera till sin omgivning: "Känslor är det språk relationer talar, och den som behärskar det är mindre ensam".

Författarna till boken *I befintligt skick* guidar dig som läsare till ökad förståelse och medkänsla inför dig själv precis så som du är, just så som du har det. *I befintligt skick*.

Thomas Silfving

Leg. psykolog, leg. psykoterapeut och författare



Foto: Shutterstock/Andrey Burmakin

3–4 december 2018 • Bonnier konferens • Stockholm

PSYKIATRIN I PRAKTIKEN

– att utveckla mötet, patientens styrkor och att säkra kvaliteten

2

INNEHÅLLSRIKA
DAGAR!

För dig som
möter patienter

Workshop: Egen reflektion och samtal i små grupper kring förhållningssätt och viktiga faktorer som kan stärka mig i min profession utifrån friskfaktorer, vanor och återhämtning

SMAKPROV UR PROGRAMMET

**Nya riktlinjer inom: Personlighetssyndrom,
Transkulturell psykiatri och Beroendemedicin**

Lisa Ekselius, Sofie Bäärnhielm och Åsa Magnusson

Myter eller möten i psykiatri?

Sebastian Gabrielsson och Git-Marie Ejneborn

Jämlik vård av god kvalitet

– hur implementeras och sprids den?

Anders Berg och Ing-Marie Wieselgren

Moderator: Ullakarin Nyberg

Psykatriker och ordförande, SPF

Läs mer på gothiafortbildning.se/psykiatin-i-praktiken



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

I samarbete med Svenska Psykiatriska Föreningen

GOTHIA
FORTBILDNING

Suicidprevention i praktiken

Ullakarin Nyberg
Natur & Kultur, 2018

”Det gives alltid något bättre än döden” (PO Enqvist ur Kapten Nemos bibliotek)

För den som träffar patienter som är självmordsnära, krävs en stor aktivitet för att patientens tvivel ska minska tillräckligt mycket, så att livet återigen blir ett meningsfullt alternativ. Fokus i arbetet kommer behöva växla mellan vardagligheter och mer komplexa frågor, som alla kan visa sig vara lika viktiga att beröra, för att fånga in det som är viktigt för människan. Frågan om suicidprevention har vidgats, från att primärt handla om att ”bota grundsjukdomen”, till att se även en aktuell psykiatrisk problematik som en av riskfaktorer, och som sådan något att behöva behandla för att på det sättet bidra till att minska den upplevelse av börda som människan bär. När livsviljan sviktar, kan det ses som ett tecken på att denna börda blivit för tung. En fungerande behandling ger patienten avlastning och därmed möjlighet att återigen tänka kring sitt liv.

I sin nya bok *Suicidprevention i praktiken* griper sig Ullakarin Nyberg an ämnet genom en serie vinjetter, ”typfall” om man så vill. Vi får träffa en pensionerad lärare som blivit änkling, en deprimerad gymnasietjej, en medelålders kvinna som nyligen fått en cancerdiagnos, en asylsökande ung man och flera andra. Nyberg ger röst åt fallen genom att låta patienten och även olika personer som finns runt patienten berätta.

Alla möjliga omständigheter som kan bidra till att en person sviktar blir på det här sättet belysta, och genom boken växlar Nyberg perspektiv, ömsöm de olika personernas berättelser och ömsöm resonemang om arten i de olika patienternas svårigheter. Genomgående finns inskjutet små ”parlörer” med sådant som visat sig vara gynnsamt att säga, och råd om olika förhållningssätt. Genomgående betonas relationens värde i mötet med den suicidal. Ett råd som är centralt, och som skulle pryda ett korsstygnbroderi på väggen i mottagningens personalrum är ”tänk på att det är ett förtroende att bli mottagare av suicidal kommunikation.” Den som tvivlar på sitt livsvärde kan ofta se på sig själv som oviktig, utan egentligt värde. Det är alltid viktigt, men just i en sån situation, behöver patienten både veta och känna att den som lyssnar tar personen på allvar, och även värdesätter själva livet.

Genom boken finns många exempel på värdet av ett sakligt och uppriktigt förhållningssätt. Eftersom alla är olika, så är det rimligt att man använder många olika sätt både för att föra fram information, och inhämta den. En probleminventeringsskala beskrivs, där patienten på en VAS-skala kryssar i hur den tänker

kring sjukdom, arbete, relationer och annat. För en person med stark ångest eller en person som är manisk och inte kan begränsa sitt tal, kan en sådan skala vara mycket hjälpsam och lugnande, eftersom den inte kräver några förklaringar, åtminstone inte i stunden.

Jag tror den här boken kan vara mycket användbar, dels i utbildningar, dels som diskussionsunderlag på en arbetsplats och även genom de direkta råd som ges genom boken. Alla som i sitt arbete möter personer som kan bli suicidnära, behöver veta att det självmordsförebyggande arbetet pågår på så många nivåer på samma gång. Det är bra att veta att fraser som ”jag vill inte att du ska dö”, eller ”jag vill hjälpa dig att slippa vilja ta ditt liv” kan vara oerhört meningsfulla för en patient som själv förlorat både hopp och vilja. Lika viktigt är det att se till att patienten har en fungerande behandling för de tillstånd han eller hon lider av, och att en fungerande behandling kan se olika ut för olika patienter.

Det finns en liten invändning, eller snarare undran hos mig. Det är att Ullakarin Nyberg skriver att man, om det finns en suicidrisk, ska *avkräva patienten ett löfte* om att inte skada sig, och att höra av sig om det blir problem. Den sortens löfte, eller avtal, blir ju inte bindande och för min egen del så kan jag känna mig tveksam till vad det bidrar med i arbetet. Det är snarare formuleringen som jag reagerar på, själva ambitionen att få patienten att komma tillbaka är väldigt viktig. Kanske att detta avkrävande fyller samma funktion som den här berättelsen, som en person skrev i ett forum efter att Aftonbladet 2011 haft en psykiatrigranskning:

*Jag hade bestämt mig för att ta mitt liv, och sa vid besöket till min doktor att det var sista gången vi skulle träffas. Läkaren sa då att det gjorde honom mycket bedrövad att höra, att han visserligen skulle kunna stoppa mig nu men inte för alltid. Han bad mig om en sak: innan jag skulle sätta min plan i verket, så bad han mig att skriva upp alla skäl jag hade för att inte vilja leva, och ta med listan hit till ett sista besök, så att vi skulle kunna diskutera saken. Jag gjorde det doktorn bad mig om och kom för ett samtal. Det samtalet pågick under ett år, och under den tiden hann jag ompröva mitt beslut.
(fritt ur minnet, eftersom länken hos Aftonbladet inte fungerar längre).*

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm



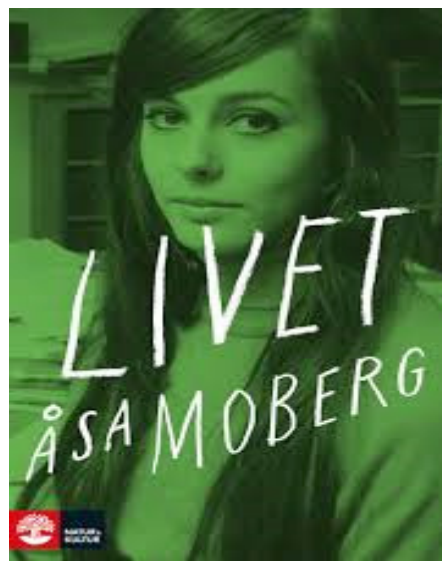
Livet

Åsa Moberg
Natur & Kultur, 2017

Många författare är just det de är, författare. Visst duger det gott och väl. Åsa Moberg är dock så mycket mer. Journalist, översättare och recensent. Debattör, feminist, kärnkraftsmotståndare och mer därtill. Hennes engagemang för psykiatrin känner de flesta till. Adams bok, som hon skrev på 90-talet tillsammans med sin dåvarande sambo Adam Inczédy-Gombos, var på många sätt före sin tid. Men Åsa Moberg kan skriva lika övertygande om psykiatrin som om vänskap, kärnkraft, barnlöshet, ungdomsupproret 1968 eller Florence Nightingale. Hon rör sig fritt mellan genrer – romaner, biografier, krönikor, fakta. Det är som om språket står till hennes förfogande och det är upp till hennes vassa penna att ta för sig. Faktum är att det inte går att bortse från det när man läser hennes memoarer, "Livet".

Mångsidigheten i Åsa Mobergs konstnärskap gjorde mig till en förvirrad läsare i början. Jag trodde att min förvirring berodde på att jag själv inte vuxit upp i Sverige. Då skulle jag ha haft en inställning till henne, tänkte jag, en åsikt om hennes åsikter, kanske nedärvd hemifrån. Men icke. Jag hade ingen bakgrund att luta mig emot, med undantag för någon enstaka krönika. Man måste börja någonstans, som det heter, jag var ändå nyfiken på hennes verk och självbiografin kändes som en lämplig ingång. Först nu i efterhand inser jag att det är okej att vara en förvirrad läsare, för "Livet" är en mångfacetterad bok. Man skrattar, gråter, blir arg eller förundrad – inte nödvändigtvis på "rätt" ställe. För det finns inget rätt ställe. Här kommer olika läsare att uppskatta olika saker, uppleva olika känslor, se eller inte se. Ur det här perspektivet tror jag att i den här boken finns en bok för alla. Hon skriver till var och en av oss, man känner igen både sig själv och andra.

Det här stämmer så bra överens med hur Åsa Moberg verkar ha levt sitt liv. Så som hon velat just då. Med allt vad det innebar i termer av risker att göra fel eller råka illa ut. Vad ska andra



tycka, verkar inte vara en fråga som dykt upp särskilt ofta. Låter det hemskt? Det menar jag inte. Tvärtom, det är befriande. Hon berättar om sitt liv som det är, som hon vill, utan att be om ursäkt, utan att anpassa sin berättelse till vad läsaren (eller förlaget?) eventuellt vill ha. Det är inget stereotyp. Det är hennes liv, med det som blev rätt och fel, bra och dåligt. Med stora och små skavanker, bråk och kärlek, storartade naturupplevelser och minnesvärda, djupa vänskaper. Läsaren behöver inte hålla med om allt, tycka om allt, uppskatta allt. Det gjorde mig irriterad i början, men inte nu längre. Det är just därför det känns äkta.

Personligen uppskattade jag särskilt början och slutet. De stora känslorna, hon är så fruktansvärt bra på att förvandla stämningar till ord så att språket smälter ihop till känslor, varför gjorde hon inte det på flera ställen? Det finns tydligen flera skäl

till det. Dels att hon själv tycker att det är jobbigt, dels att hon tidigare fått höra att hon skrivit "för mycket" utifrån sitt eget perspektiv, "för mycket jag". Inte heller Åsa Moberg verkar helt immun mot Jantelagen tyvärr.

Jag hade lite svårt för vissa delar då berättelsen bars av namn på olika kända personer – de delarna kommer säkert till större behållning för den som har vuxit upp i Sverige, trots allt. Samtidigt fanns det detaljer som talade till den delen av mig som håller fast vid min sydeuropeiska ursprungskultur, scener som känslomässigt förflyttade mig till miljöer som jag känner igen från min uppväxt. När jag träffade Åsa på kongressen berättade jag det för henne. Hon blev glad och förvånad. Ingen hade kommenterat det förut, själv tänkte hon inte heller på det när hon skrev texten. Då trillade femöringen ner hos mig. Det spelar ändå en viss roll, om huruvida läsaren vuxit upp i Sverige eller någon annanstans. Men det är bara positivt. Här finns någonting för alla. Det är så det är, med stor litteratur. Den blir läst av många, men talar till var och en i andra person.

En annan sak som jag hade stor behållning av är de vassa analyserna av det svenska samhället och dess utveckling, nu som då. De ligger insprängda i texten och kan dyka upp på de mest oväntade ställen. Kan man säga att en mening sticks eller bits? Det gör Åsa i alla fall. Man kan verkligen föreställa sig hur alltihopa betraktas av hennes skarpa, genomträngande blick, samma blick som iakttar en från omslaget. Vad vill den där unga kvinnan med den där blicken? Vill hon säga någonting eller väntar hon på att någon annan ska säga det? Hon kräver respekt, hon tycker någonting, men vad? Om jag har en bra dag tycker jag att hon verkar le, om jag har en dålig dag tycker jag tvärtom. En modern Mona Lisa helt enkelt, som jag (med stor lättnad) inte återfinner i Åsa Moberg idag, en mycket trevlig kvinna som gärna tycker till om det mesta, som har lätt till skratt och gråt och hela registret. Livet förändrar människor. Eller så var det en himla duktig fotograf som tog omslagsbilden.

Det finns inte bara en tråd i Åsa Mobergs självbiografi, utan många. Det ena gången är det tid, nästa gång en känsla, en annan gång en viss person eller en viss plats. Sedan går tiden vidare igen eller så går den tillbaka. Ännu en känsla, ännu en människa. Trådarna vävs ihop, det är inte alltid logiskt. Men det är sådant som livet är.

Alessandra Hedlund
Psykiater, Stockholm

Åsa Moberg deltog tillsammans med Ullakarin Nyberg på Svenska Psykiatrikongressen i år med programpunkten "Moberg och Nyberg om livet och döden". Inslaget filmades och finns på svenskapsykiatrikongressen.se/18-filmer---torsdag.html

Har du uppdaterat dina kontaktuppgifter på kansliet?

Det händer emellanåt att tidskriften kommer i retur, för att vi har fel adress.

Det händer väldigt ofta att epost-meddelanden studsar för att den epostadress du uppgivit inte längre existerar.

Uppdatera gärna och du gör det enklast genom att redan nu skicka ett meddelande till kanslisten@svenskpsykiatri.se

För säkerhets skull!

SPF fortbildar

Svenska Psykiatriska Föreningen bjuder hösten 2018 in till ännu en kostnadsfri fortbildning för medlemmar i SPF eller STP på universitetsorter runt om i landet. Höstens tema blir **beroendesyndrom**. Vi kommer att hålla fortbildningen i Umeå, Göteborg, Malmö och Stockholm. Datum är ännu inte bestämda men publiceras inom kort på vår hemsida (www.svenskpsykiatri.se).

Ni är varmt välkomna att anmäla intresse till Ewa Mattsson på kanslisten@svenskpsykiatri.se.



Makt och psykoterapi

Inga Dennhag
Natur & Kultur, 2017

Makt i utvidgat perspektiv

"Makt och psykoterapi" – som verksam inom psykiatri och barnpsykiatri under 60- och 70-talen kan jag inte annat än säga "tack, det var länge sedan sist" vad gäller temat. Då var ramen vänsterpolitisk. Det var klass som gällde och som behandlare fick man finna sig i att åtminstone delvis ses som samhällets/överklassens förlängda arm gentemot en underklass dit också psykotiska patienter kunde räknas. Mentala symtom ansågs i stor utsträckning vara inducerade av en förtryckande dysfunktionell samhällsstruktur. Att behandla individen sågs också, oavsett resultatet för vederbörande, som ett sätt att sopa det samhälleliga ansvaret för individens problematik under mattan. Det startades några alternativa rådgivningsbyråer som var inriktade på att hjälpa patienten att försöka se sin problematik ur klassperspektiv.

Intersubjektivitet och normkritisk analys

Klassaspekten som maktperspektiv återkommer nu men utan ovanstående politiska ram. Den förs samman med andra potentiella maktdimensioner; etnicitet, genus och fysisk funktionsvariation i intersektionalitetsbegreppet, ett begrepp som har bäring inte minst på identiteten. Inga Dennhag, filosofie doktor, legitimerad psykolog och psykoterapeut, granskar i boken makt och psykoterapi, bland annat den psykoterapeutiska relationen i detta maktperspektiv. Relationen mellan klient och terapeut är inte jämlik och författaren presenterar en komplex referensram både för urskiljandet av olika sidor av brist på jämlikhet vad gäller makt i terapirummet och hur den kan hanteras. Här är ett normkritiskt tänkande hjälpsamt för att identifiera potentiella lägen då det omfattar intersektionella dimensioner.

Normkritik ska så vitt jag förstår inte innebära att man måste kritiseras för att man tillhör en normgrupp utan att man kan ifrågasättas för att oreflekterat utnyttja det överläge som detta innebär. Av de intersektionella dimensionerna penetreras genusperspektivet ingående så väl vad gäller likheter som sårbarhet och hälsorisker för såväl män som kvinnor, dels också aspekter av sexuell läggning och könsidentitet inte minst vad gäller övergrepp och trakasserier för HBTQ-gruppen.

Makt i terapirummet

Makt förekommer och kan förstås och analyseras på olika nivåer; personligt, kulturellt och strukturellt. Det finns expertmakt, makt att belöna, tvinga, informera, makt att besluta, att kontrollera och att påverka. Mot detta kan också till exempel ställas patientens egenmakt. Maktaspekterna kan inte undvikas

men kan hanteras så att de tjänar behandlingen snarare än att undergräva den. Terapeutens/behandlaren medvetenhet om och känslighet för hur dessa maktaspekter kan aktiveras i relation till varje patient i varje enskild session är avgörande. Det intersektionella perspektivet är av stort intresse då det visar på ett antal potentiella maktproblem i arbetet. I vad mån dessa är relevanta visar sig i deras påverkan på arbetsalliansen, det vill säga hur de kommer till uttryck i parternas beteende och inre föreställningar om varandra, avspeglat i deras arbetsallians. Här är behandlare till en del utlämnade åt sina omedvetna upplevelsers begränsningar. Det är väl rimligt att anta att den kanske viktigaste komponenten i alliansen är kvaliteten på det intersubjektiva fältet med dess undertext av ömsesidig förståelse grundat på ett icke-verbalt samspel, delvis utom räckhåll för medvetandet.

Författaren redovisar forskningsfynd som stärker vikten av detta samspel. Terapeutens upprätthållande av sin empati stöder maktutjämningen och kan vara särskilt angelägen vid reparation av alliansbrott liksom terapeutens förmåga att använda ett inkluderande språk.

Till sist

Författaren exemplifierar sin framställning med ett antal vinjetter och några lite längre fallbeskrivningar. De är ofta klargörande och kunde ha varit flera. Boken vänder sig till psykologer, psykoterapeuter och respektive studerande men även till behandlare inom psykiatrin. Den behandlar ett ytterst angeläget tema, ett samhälleligt läge där makt och utsatthet kanske framför allt i genus- och etnicitetsfrågor står i fokus, vilket också har bäring på psykoterapi. Att recensera en bok som denna aktualiserar också ett maktperspektiv som recensionsprocessen innebär.

Jag tycker boken är bra upplagd men kanske inte så lätt att ta till sig i alla stycken. Till exempel kunde den stora mängden av pedagogiska reflektionsfrågor och övningsuppgifter kanske ha sovrats mer om nu var och en av dem var tänkt att tas på allvar. De är ju ägnade att skapa eftertanke som det inte riktigt ges utrymme för om man inte bestämmer sig för att lägga ifrån sig boken och försjunka i frågan. Risken är att man som läsare inte tar sig den tid som dessa frågor kan vara värda.

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

DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: **29/08**

Tema: **Anhörig**

Kalendarium

CINP World Congress
16-19 juni 2018, Wien, Österrike
<http://cinp.org/vienna/>

23rd IACAPAP World Congress
23-27 juli 2018, Prag, Tjeckien
<http://www.iacapap2018.org/>

XXth IAGP Congress (International Association for
Group Psychotherapy and Group Processes)
31 juli-4 augusti 2018, Malmö
www.iagpcongress.org

Framtidens specialistläkare (FSL 2018)
4-7 september 2018, Malmö
<http://www.framtidenslakare.se/>

31st ECNP Congress
6-9 oktober 2018, Barcelona, Spanien
<https://2018.ecnp.eu/>

Svenska Psykiatrikongressen
13-15 mars 2019, Münchenbryggeriet, Stockholm
<http://svenskapsykiatrikongressen.se/>

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

SPF arrangerar resa till ECNP-kongressen i Barcelona!



31ST ECNP CONGRESS 6-9 OCTOBER 2018
BARCELONA

The future of
CNS treatments
ECNP

6-9
oktober
2018

SPF har i år glädjen att ordna en kongressresa till Barcelona, där ECNP arrangerar sin årliga kongress den 6-9 oktober 2018.

ECNP-kongress är Europas främsta vetenskapliga möte inom klinisk neurovetenskap. Information om kongressen går att läsa på 2018.ecnp.eu

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 andra gången föreningen ordnar en kongressresa. Vi erbjuder plats för totalt trettio deltagare. Avresor arrangeras från Stockholm, Malmö och Göteborg.

Sista anmälningdatum är den 1 juli.

Erbjudande gäller medlemmar i SPF. Antalet platser är begränsat. Anmälan är bindande och kan inte överlåtas.

I priset ingår:

- Flygresor från Stockholm, Göteborg eller Malmö
- Kongressavgift
- Boende 6-9/10
- Två gemensamma middagar
- Dagliga seminarier

Kostnad: Preliminärt 20.000 kronor

Kontaktnamn SPF:
ewa.mattsson@broninnovation.se