

Tidskriften för.....

Svensk Psykiatri

#4

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



» **MOT** din vilja

ANSVARIG UTGIVARE:
Ullakarin Nyberg



HUVUDREDAKTÖR:
Tove Gunnarsson

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3 Redaktionsruta
- 3 Redaktionell ledare, **Tove Gunnarsson**
- 4 SPF styrelseruta, ledare, **Ullakarin Nyberg**
- 6 SFBUP styrelseruta, ledare, **Sara Lundqvist**
- 8 SRPF styrelseruta, ledare, **Per-Axel Karlsson**
- 10 Kommande temanummer
- 28 Senaste nytt från SPF's Utbildningsutskott, **Jonas Rask**
- 30 Krönika enligt Tiger, **Mikael Tiger**
- 61 SPF fortbildar. Intellectuell funktionsnedsättning/ID inom psykiatri, **SPF:s styrelse**
- 66 Bokrecension: Tokstressad - hur du hanterar sjukt stressade vuxna, **Björn Wrangsjö**
- 67 Bokrecension: ESSENCE. Om adhd, autism och andra utvecklingsavvikelser, **Björn Wrangsjö**
- 68 Bokrecension: Det omätbaras renässans, en uppgörelse med pedanternas världsherravälde, **Jörgen Herlofson**
- 69 Bokrecension: Det omätbaras renässans, en uppgörelse med pedanternas världsherravälde, **Alexander Wilczek**
- 70 Bokrecension: Det omätbaras renässans, en uppgörelse med pedanternas världsherravälde, **Jerker Hanson**
- 72 Bokrecension: Det omätbaras renässans, en uppgörelse med pedanternas världsherravälde, **Jörgen Herlofson**
- 73 Bokrecension: Det omätbaras renässans, en uppgörelse med pedanternas världsherravälde, **Mikael Sundén**
- 74 Kalendarium

Tema:

- 12 Tvångsvårdsparadoxen, **Hanna Edberg**
- 14 Vad vill en människa *verkligen*? **Daniel Frydman**
- 16 Från helgeandshus till LPT. Svensk tvångsvård i historisk belysning, **Tove Gunnarsson**
- 20 Vem bältas och för vad? **Per Gustafsson**
- 22 Mot min vilja, **Björn Wrangsjö**
- 24 Ske din vilja... eller mot din vilja..., **Gunilla Nilson och Thomas Silfving**
- 26 Med egen vilja. Dr Semyon Gluzman - psykiater och dissident i Ukraina, **Jerker Hanson**
- 28 Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott, **Jonas Rask**
- 30 När vårdbehovet är oundgängligt, **Mikael Tiger**
- 31 Makten och tvånget, **Lioudmila Mendoza**

Tema:

- 68 Bokrecension: Det omätbaras renässans, en uppgörelse med pedanternas världsherravälde, **Jörgen Herlofson, Alexander Wilczek, Jerker Hanson, Mikael Sundén**
- 69 Mot *min* vilja. Reflektioner efter läsning av Jonna Bornemarks bok, **Alexander Wilczek**
- 70 Förnuft - av olika slag? Reflektioner efter läsning av Jonna Bornemarks bok, **Jerker Hanson**
- 72 En filosofi som förenar det unika med det generella. Reflektioner efter läsning av Jonna Bornemarks bok, **Jörgen Herlofson**
- 73 Bornemarks bok hjälper oss att tänka klarare. Reflektioner efter läsning av Jonna Bornemarks bok, **Mikael Sundén**

Rapporter från möten och resor:

- 54 Ännu en lyckad kongressresa med SPF! **Alessandra Hedlund**
- 56 Love your brain. Referat från den 31:a ECNP-kongressen i Barcelona 2018, **Cecilia Mattisson**

Psykiatriska nyheter:

- 44 Bästa möjliga kunskap i varje möte, **Ing-Marie Wieselgren**
- 46 Bidirektionellt samband mellan mobbning, depression och självmordsförsök bland skolungdomar, **Rigmor Stain och Danuta Wasserman**
- 48 Övergång från ST till specialist. Nystartat projekt på Psykiatri Affektiva/SU i Göteborg, **Marzia Dellepiane och Michael Ioannou**
- 50 Utvärdering av läkemedelsbehandling inom rättspsykiatri, **Per-Axel Karlsson**

Debatt:

- 62 Resurseffektivt arbetssätt skapar arbetsglädje, **Linda van Paaschen och Lena Nylander**

Övrigt:

- 11 Kallelse till SPF:s årsmöte 2019
- 32 Redaktör för bokprojekt sökes, **SPF:s styrelse**
- 33 Dags att ansöka om Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne, **Styrelsen för SPF**
- 34 Blänkare inför SPK 2019
- 35 ST-läkare! Svenska Psykiatrikongressen är ett gyllene tillfälle att få kursintyg, **Alessandra Hedlund**
- 36 Preliminärt program för SPK 2019
- 42 Föreslå hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen
- 58 Från Svenssonliv till hemlös, **Emelie Högberg**
- 65 Samhällsintresserade kollegor se hit!
- 76 SFP arrangerar resa till WPA-kongressen i Lissabon!

Tidskriften för Svensk Psykiatri



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



TOVE GUNNARSSON
Redaktionell ledare

Skriv ut honom!...

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.wrangsjo@gmail.com)

TEKNISK REDAKTÖR

Stina Djurberg
stina.djurberg@buf.se

FOTO/GRAFISK DESIGN

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

OMSLAGSBILD

Carol Schultheis
J Walters/ Shutterstock.com

INTERNET

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till
annonser@svenskpsykiatri.se

... sa överläkaren. Jag var ST-läkare på en psykiatrisk vårdavdelning dit överläkaren brukade infinna sig för stor rond två gånger per vecka men för övrigt var hen stationerad på annan plats. Den här gången hade hen stannat en stund efter rondon för att tillsammans med mig samtala med en patient som lagts in under natten efter ett allvarligt självmordsförsök. Efter det ganska korta samtalet gick patienten åt ett håll, tillbaka till sitt rum, överläkaren och jag åt ett annat. "Skriv ut honom", sa alltså överläkaren. Jag protesterade. Patienten var fortsatt suicidal och hjälpsökande. "Skriv ut honom", upprepade överläkaren och lämnade avdelningen. Denna utskrivning var helt emot både min och patientens vilja och historien får illustrera vårt aktuella tema som har båda dessa infallsvinklar. Dvs. det handlar om sådant vi gör mot patientens vilja och sådant vi som yrkespersoner känner oss nödgade att göra mot vår egen vilja.

Nästa nummer...

... har temat Minnen. Valet av tema har sin upprinnelse i ett samtal som redaktionen hade om de böcker som skrivits om och av Sture Bergwall. Återskapade minnen, falska minnen, bortträngda minnen, sviktande minne, flashbacks – temat kan utvecklas i många riktningar tycker vi.

Hur gick det då med patienten som jag inledningsvis berättade om? Ja, det kan illustrera nästa tema för jag minns faktiskt inte. Jag minns så tydligt hur vi stod där i korridoren, överläkaren och jag, men sedan är det blankt. Kanske blev det utskrivning, kanske kände jag en sådan skam över sveket mot patienten att jag förpassat minnet till ett oåtkomligt litet skrymsle av min hjärna. Eller så hände något som gjorde att jag inte behövde skriva ut honom. Det hela blev måhända så odramatiskt att det har försvunnit ur minnet som så mycket annat som hjärnan sorterar bort.

Nu stundar snart helger och redaktionen hoppas som vanligt att ni alla ska få mycket tid till välförtjänt avkoppling. Och tid att skriva bidrag till tidskriften såklart!

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Utreda för att lära eller döma Om att lyssna, lära, och förstå

Jag har privilegiet att föreläsa så gott som varje dag och tack vare det möter jag många kollegor över hela landet. Ansvarstagande, kunniga, engagerade människor som har valt att jobba inom psykiatri, många gånger efter en karriär inom andra områden. Jag brukar fråga om det. Varför valde du just psykiatri? Jag får många spännande svar, som nästan alltid handlar om en stark vilja att göra skillnad, nyfikenhet på hur hjärnan och resten av kroppen fungerar och ett intresse för människors livsberättelser. Efter alla dessa samtal vågar jag påstå att psykiatrisk sjukvårdspersonal i gemen är ovanligt ansvarstagande och engagerade.

Min övertygelse krockar med en annan syn på psykiatri och dess personal som jag då och då konfronteras med. "Ni är inte kloka om ni förnekar sambandet att psykiatriens så kallade vård ökar självmorden, inte förhindrar dem". Ett exempel bland många på inlägg i sociala medier efter att jag skrivit en artikel om obligatorisk Lex Maria efter suicid och att jag anser det vara positivt att den har tagits bort. Efter det blev jag för första gången utsatt för något som skulle kunna kallas för ett drev av psykiatrihatare. Det var en intressant upplevelse. Det finns uppenbarligen en grupp som anser att vi inom psykiatri har som primär målsättning att dölja och förneka misstag och misslyckanden i vården.

Nyligen fick jag ett meddelande med orolig underton från Inspektionen för Vård och Omsorg, IVO. "Antalet anmälningar till IVO har minskat kraftigt efter att den obligatoriska anmälningsplikten togs bort." Och det stämmer förstås, men varför denna oro? Trots allt är det bara en mindre del, om ens några, av alla suicid som inträffar som huvudsakligen kan förklaras av misstag i vården. Det finns alltid en komplex underliggande bild med riskfaktorer på samhällsnivå, individuella riskfaktorer och vårdrelaterade orsaker. Ett stort problem är också att en majoritet av de som tar sitt liv aldrig kommer till psykiatriens kännedom. Det betyder inte att självmorden inte ska utredas, tvärtom är det oerhört viktigt att lära av alla suicid, men obligatorisk Lex Maria är inte lösningen. Det som borde oroa är att Lex Maria togs bort utan att ersättas av ett bättre system för utredning av självmord.

Lex Maria tillkom efter att flera dödsfall inträffat på Maria sjukhus i Stockholm på grund av att man förväxlat läkemedel och rengöringsmedel. Efter denna tragiska händelse stiftades en lag om att alla olyckshändelser och skador som inträffat på sjukhus måste anmälas till polisen. Det här skedde år 1936. Fram till 2017 användes samma lag för en så komplex händelse som suicid och



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)

FACKLIG 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

det anser jag och många med mig är orimligt. Den obligatoriska anmälningsplikten har konsumerat stora resurser. Den har däremot inte resulterat i lärdomar som omvandlats till ett konstruktivt förbättringsarbete inom vården. Återkopplingar från utredande instans har många gånger varit bristfälliga och vårdpersonal har upplevt sig utsedda till syndabockar.

Lex Maria har gjort att kollegors vilja att lära och förändra många gånger förbytts i försvar, avståndstagande och en orimlig skuldbörda. "Han förnekade alla tankar på suicid, både inför mig och inför min son, och han var mycket övertygande. Jag borde ha förstått ändå." Baksidan av ansvarstagande är skuld och vi som arbetar i vården är duktiga på att skuldbelägga oss själva. Vi kan förstås önska oss röntgenblick och andra objektiva tecken på vem som löper risk att ta sitt liv, men faktum kvarstår att de inte finns.

Många försök att objektifiera suicidalitet har gjorts genom åren, till exempel genom skattningsskalor, men enligt SBU saknas vetenskapligt stöd för att de formulär som används vid suicidriskbedömningar kan förutsäga om en person kommer att försöka ta sitt liv. Även om skalorna kan användas som hjälpmedel i vissa sammanhang får de aldrig ersätta den kliniska bedömningen och ett förhållningssätt som präglas av engagemang och intresse för patientens livsberättelse.

Ett fungerande och konstruktivt förbättringsarbete förutsätter noggrann utredning, men också respekt för olika synpunkter och god samverkan mellan de som varit inblandade, både professionellt och personligen. Det ligger i allas intresse att lära sig av tragiska händelser och då måste letandet efter syndabockar upphöra. Grundstenarna i ett effektivt suicidpreventivt arbete bygger på lyssnande, både till patientens och närståendes berättelser och till inblandad personal, liksom ett gemensamt ansvarstagande för att försöka hitta alternativ till suicidala handlingar som en väg bort från lidande. Det går, men arbetet kräver en allians mellan patient och behandlare som i sin tur är beroende av tid och kontinuitet. Jag har aldrig träffat någon inom psykiatri som inte vill jobba på det här sättet, men många som upplever att ett sådant arbetssätt motarbetas av systemet.

Jag är övertygad om att det finns en väg framåt som inkluderar noggranna utredningar efter tragiska händelser, men också respekt för komplexiteten i den problematik vi arbetar med och att den inte alltid låter sig struktureras och kvantifieras i processer och diagnoser. Det går att kombinera ett strukturerat arbetssätt med fokus på noggrann diagnostik med ett förhållningssätt som präglas av engagemang och intresse för patientens unika berättelse. Däremot är det betydligt svårare att locka tillbaka den kollega som har dukat under i samvetsnöd och stress till följd av krav på ett arbetssätt som krockar med det man själv tycker är viktigt.

Årets SPK närmar sig och många programpunkter avhandlar möjligheten till samverkan mellan olika professioner, helhetssyn, egna erfarenheter och behandlarens behov. Kom ihåg, ju fler vi är, desto starkare röst får vi! Kom till kongressen, påminn era kollegor om att SPF finns och att det lönar sig att engagera sig i psykiatris utveckling, prata med varandra och njut! Psykiatri är en fantastisk specialitet med stor förbättrings- och utvecklingspotential och det ska vi ta tillvara! Välkomna!

Ullakarin Nyberg
Ordförande SPF



Det grå området mellan psykisk ohälsa och tidigt debuterande psykiatriska tillstånd

Jag har haft psykisk ohälsa flera gånger i livet. I samband med att jag började läsa läkarlinjen i Budapest, när jag flyttade ihop med min sambo i hans hemstad långt från min, när vi fick vårt första barn och jag skulle börja som ny ST-läkare på BUP och vid flera andra liknande kriser genom min historia och uppväxt. Sömnsvårigheter brukar det bli för mig och ångest. Men vad är egentligen psykisk ohälsa och hur vet man när man blivit sjuk, när man drabbats av ett psykiatriskt tillstånd? Och är det ett spektrum där psykisk ohälsa leder till psykiatrisk sjukdom eller är det så att vissa människor kommer ha psykisk ohälsa men aldrig bli psykiatriskt sjuka och tvärt om.

Att skilja mellan ytterligheterna helt frisk och väldigt sjuk är ofta inte så svårt men att skilja på när någon reagerar på omständigheter eller när någon blivit emotionellt skadad är svårare. Ändå är det så viktigt för alla oss som möter barn och unga att ta reda på just detta. Är detta en ung person som reagerar på någonting just nu, som kanske är ledsen eller nervös, som har svårt att sova, muskelspänningar eller huvudvärk, någon som fått svårare att fatta beslut, som skjuter upp saker och som drar sig undan. Eller är det en person som blivit emotionellt skadad, som utvecklat mer ihållande ångest, fått en tydligt störd sömn, ihållande värk, som har svårt att utföra och prestera och inte alls vill träffa folk. Eller är det någon som drabbats av en sjukdom? Modellen på nästa sida är en fri översättning från den kanadensiska modell som togs fram för blåljuspersonal som i akuta lägen behövde ta ställning till olika individers hälsa och ohälsa. Jag tycker den är genial.

För några veckor sedan deltog jag på ett seminarium som arrangerades av Läkartidningen med titeln "Ökar psykisk ohälsa



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)

UTBILDNINGANSVARIG: 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 Djupdal
(Ida_gebel@hotmail.com)

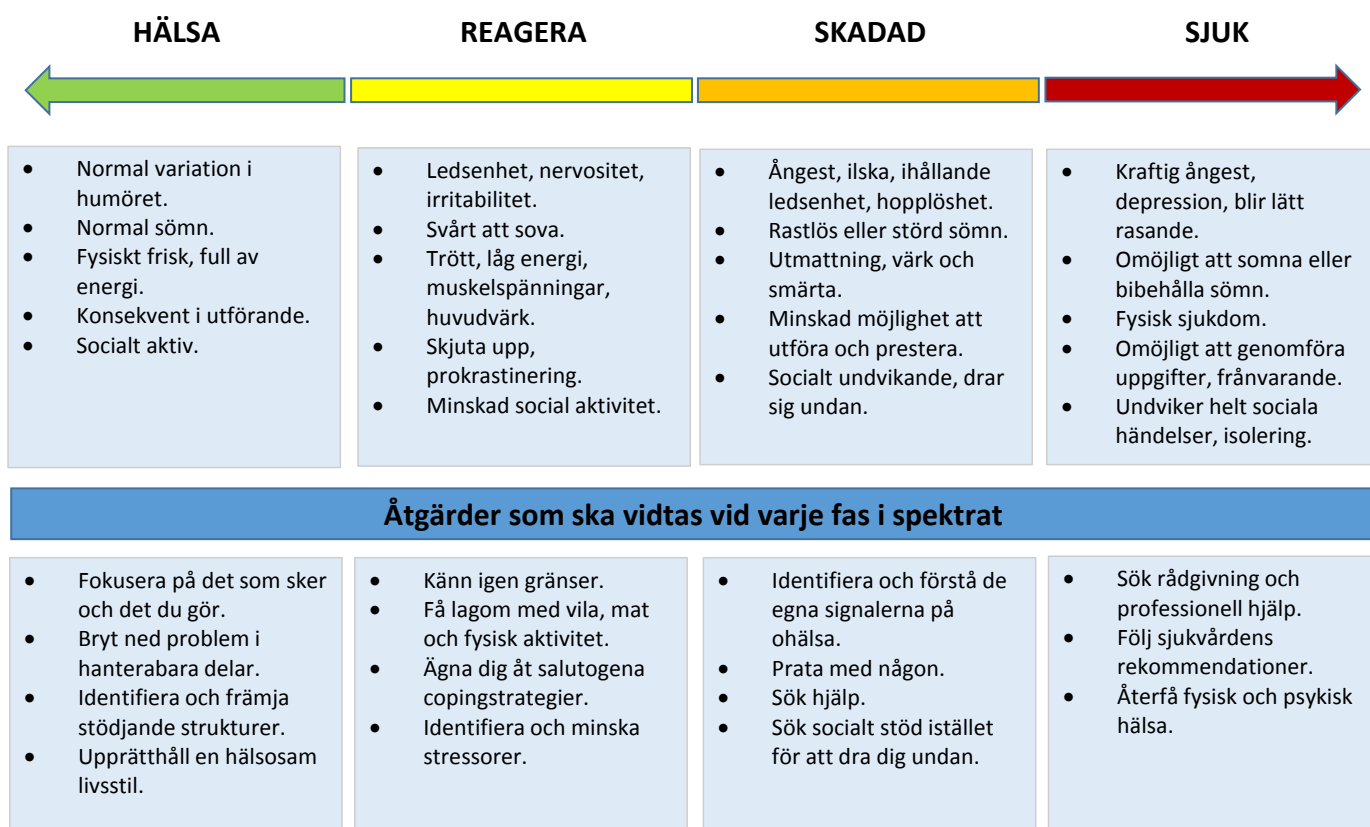
SFBUP:s hemsida: www.sfbup.se

hos barn och unga?". Seminariet av Anette Wickström med rubriken "Vad döljer sig bakom rapporterade psykosomatiska symptom hos unga" fångade min uppmärksamhet. I hennes genomgång av Folkhälsomyndighetens rapport från HBSC (Skolbarns hälsovanor) 2018 har hon identifierat två olika typer av berättelser om vad de inrapporterade psykosomatiska besvären står för. En mindre grupp av elever berättar om problem som har **stor påverkan** på deras liv, som gör att de **inte mår bra**. Majoriteten av deltagarna relaterar sina besvär till **vardagliga erfarenheter**. De menar att de temporärt har problem men att de **mår bra**. Det är viktigt att urskilja dessa väldigt olika grupper av barn i alla typer av insamlade av data. Viktigt också att komma ihåg att många tonåringar uppger att de är nöjda med livet. De allra flesta är tillfreds med livet och livstillfredsställelsen har varit stabil sedan 2001/02.

Sara Lundqvist
Ordförande SFBUP

Psykiskt hälsospektra

Modell över olika faser och rekommenderade åtgärder vid var fas



Rättspsykiatriska godbitar



PER-AXEL KARLSSON

Ordförande Svenska Rättspsykiatriska Föreningen



Nyligen har vi haft styrelsemöte i vår lilla förening som behandlar många återkommande frågor. Det känns som att vi har rätt mycket att göra och ibland tycker vi att vi lyckas rätt så bra. Ett exempel är andelen föredrag som får utrymme i Svenska Psykiatriska Föreningens kongress. Flera rättspsykiatriska godbitar finns med i programmet mars 2019.

Vi brukar även hålla seminarium en gång per år och det seminarium som hade flest besökare handlade om fenomenet sexsomni i rättsliga sammanhang. Andra seminarier har varit om oönskad sexualitet med gästföreläsare Paul Cosyns, samt om internetdroger med Anders Helander och Kaj Knudsen.

Men åter till årets psykiatriska kongress, där vi kan hitta:

Andrea Capusan: Samsjuklighet ADHD och substansbruk

Erik Lindeman: Förgiftningar med missbruksmedel

Katarina Howner, Per-Axel Karlsson, Björn Hofvander: SBU:s kartläggning av rättspsykiatri – hur gör vi i framtiden?

Joar Gutestam: Drogutlösta psykosor – vad är det och vad gör man?

Joakim Sturup: Sexualbrott och dödligt våld

Nahid Persson visar sin film "Anders, jag och hans 23 andra kvinnor"

Niklas Långström: Vad får en människa att dejta 24 olika personer samtidigt?

Katarina Howner: Psykopati i relationer

Gustav Nilsson: Hur var det med den där marshmallowen och Stanfordexperimentet? Reproducerbarhet och transparens inom psykiatrisk forskning.

Även i den nordiska konferensen vartannat år deltar vi och hjälps åt över landsgränserna. 2019 är det Sveriges tur och mötet hålls i Göteborg. Peter Andiné är en sammanhållande kraft i den nordiska konferensen och han är tillika revisor i vår förening.

Styrelsen i SRPF består av en blandning av olika personer som såklart har olika ambitioner och olika önskningar. Gemensamt är att vi sysslar mycket med att vara med i debatt kring förändringsförslag men skriver även in vår åsikt om lagförslag och vi hoppas att vi uttrycker medlemmarnas vilja så nära det går. Ta gärna del av remissvaren, de finns på vår hemsida.

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

Vi har mer än 20 kliniker i landet som bedriver huvudsakligen rättspsykiatrisk vård. Det finns en fin interaktiv karta på hemsidan!

Vad önskar klinikerna av föreningen och vad kan föreningen göra för klinikerna?

Kvalitetshöjning är något självklart men hur ska det gå till? Förbättrad kontakt med klinisk verksamhet kräver kommunikation.

Vi vill gärna veta hur det är på klinikerna med åsikter på medlemskapet och om det finns andra spontana åsikter.

Chefsöverläkaren är väl en sammanhållande identifierbar faktor i klinikens verksamhet, varför jag kommer att tillskriva dem för några frågor som snabbt kan besvaras inför årsmötet på SPK den 13-15 mars 2019.

Naturligtvis hoppas jag att så många som möjligt deltar på detta (både årsmötet och kongressen)!

Hälsar
Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

ANNONS

SVENSK PSYKIATRI

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **06/02**
Tema: Minnen



UTGIVNING 2019

NUMMER 1 2019

Tema: Minnen

Deadline 6 februari

Utkommer vecka 10

NUMMER 2 2019

Tema: Den fria viljan

Deadline 15 maj

Utkommer vecka 23

NUMMER 3 2019

Tema: Meddelas senare

Deadline 28 augusti

Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2019

Tema: Meddelas senare

Deadline 13 november

Utkommer vecka 49

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

Maila till redaktoren@svenskpsykiatri.se

SKRIV 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



**SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN**

Dagordning till årsmötet i Svenska Psykiatriska Föreningen

Tid: Torsdag den 14 mars 2019, klockan 17:15

Plats: Arkaden, Münchenbryggeriet, Stockholm

1. Årsmötet öppnas
2. Val av ordförande för mötet
3. Val av sekreterare för mötet
4. Val av justeringsmän
5. Godkännande av kallelse
6. Fastställande av föredragningslista
7. Behandling av
 - i. styrelsens verksamhetsberättelse
 - ii. skattmästarens redogörelse
 - iii. revisorernas berättelse och ansvarsfrihet för styrelsens förvaltning
8. Bestämmande av årsavgift för nästkommande arbetsår
9. Behandling av motioner, ärenden eller förslag, vilka förelagts mötet av styrelsen eller väckts av föreningsmedlemmar
10. Val av revisorer och revisorssuppleanter
11. Val av styrelse
12. Val av hedersledamot
13. Val av representanter i Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleanter för dessa
14. Val av valberedning
15. Frågor som skall underställas Svenska Läkaresällskapets fullmäktige
16. Övriga frågor
17. Mötet avslutas

Ullakarin Nyberg
Ordförande i SPF

OBS! Ändringar och tillkommande ärenden uppdateras fortlöpande på hemsidan www.svenskpsykiatri.se

Tvångsvårdsparadoxen

Han kommer gående mellan sätena på tunnelbanan mot Hagsätra. Han ser härjad ut, luvtröjan är säckig med fransiga muddar. Den tomma och oseende blicken är fäst mot golvet. Brunsvarta fläckar på de smutsiga blåjeansen, är det blod..? Han passerar dig, du känner en frän lukt av svett, ensamhet och något annat, något sötaktigt. ”Har ni några kronor till en hemlös?” Orden ekar tomt. Ingen möter hans blick; ansikten demonstrativt nedvända mot flimrande mobilskärmar.

För någon vecka sedan såg du honom utanför Centralen. Då blixtrade hans vilda ögon svarta, han viftade okoordinerat omkring sig och svor mot förbipasserande. Påtänd. ”Förbannade hundar och demoner! Jag ska döda er allihop!” Folk skyndade förskräckt förbi. En mamma svepte beskyddande armen om sin lilla flicka och föste henne hastigt bort från det otäcka.

Mårten.

Du känner väl hans historia. Alla vändor, voltor och turer genom samhällets vidsträckta flora av vård- och uppfostringsinstitut för barn och vuxna. Mamman som blev änka innan Mårten ens var född. Drogerna som träffade honom som Amors pil i solarplexus redan före fyllda tonår. Dottern som han inte längre får träffa.

Mårtens diagnostik har karaktären av ett pärlband i regnbågens alla färger. Det har figurerat drogutlösta psykosor, maniska episoder, stressreaktioner, dissociation, PTSD och personlighetsstörningar av en herrans massa slag. Schizofreni? Vi kan väl kalla det psykos UTAN NÄRMARE SPECIFIKATION. Specifikationerna lyser ändå med sin frånvaro. Mårten är ibland sjuk, ibland inte. Ibland styr rösterna, eller är det då amfetaminet? Folk köper så mycket konstiga substanser på nätet nuförtiden.

Den där återkommande tanken som sveper fram och tillbaka genom din hjärnas vindlingar. ”Tänk om Mårten bara kunde begå något litet halvfallvarligt brott, utan att direkt skada någon, men tillräckligt för att det skulle bli en rättspsykiatrisk undersökning...” En oerhört märklig reflektion i alla sina beståndsdelar, att a) förespråka kriminalitet, och b) betrakta en brottspåföljd som en möjligen livräddande psykiatrisk insats.

Rättspsykiatrisk vård ska väl inte vara en åtgärd att föredra? Eller..?

I samband med psykiatireformen på 90-talet ordades vitt och brett om vikten av samhällelig integrering av psykiskt sjuka. Man förordade deinstitutionalisering och avsåg att flytta de psykiskt sjuka från apatisk sysslolöshet i vämjeliga högmurade mentalsjukhus till vanliga nytapetserade lägenheter och ge dem skolgång och arbete. Från isolering i en fönsterlös cell utan insyn till en trerummare i en grönskande närförort med egen kaffebyggare och kramgod katt.

Vägen till helvetet är kantad av goda intentioner.

Vad denna i alla avseenden godhjärtade reform förefaller ha resulterat i, är en uppdelning av målgruppen. Denna uppdelning har lustigt nog på intet sätt sitt ursprung i gruppens karaktär, utan i vilka åtgärder som kan erbjudas utanför de högmurade mentalsjukhusen. Om du som gruppmedlem av den ena eller andra anledningen inte passar in i åtgärdsprogrammet så var det ju otur. Jättetråkigt, verkligen.

Mårten har otur. Han har mer än en psykiatrisk diagnos (ganska dåligt), han har ett substansberoende som han inte riktigt förmår bryta (jättedåligt), han har ingen bostad (dåligt) och som grädde på moset så tenderar han, när kombinationen av psykisk ohälsa, missbruk och social desperation slår till, att bli aningen våldsam (extremt dåligt på gränsen till katastrofalt).

Åtgärdsprogrammen till Mårten: ”Vi kan tyvärr inte hjälpa dig om du inte vill ha hjälp. Och vi måste kunna skicka brev och det är ju VÄLDIGT svårt när du inte har någon adress. Om du slåss får du inte vara här.”

Emellanåt blir Mårten supersjuk i sina olika psykiska sjukdomar (ganska bra, paradoxalt nog) och då blir han inlagd i ett par dagar eller någon vecka. Han får förträffliga mediciner som tar bort det värsta av sjukdomen (bra) och sedan när han börjar bli bättre skrivs han ut (inte så bra). När han kommer ut slutar han ta sin medicin (jättedåligt) och börjar missbruka igen (också jättedåligt). Åtgärdsprogrammen har dålig erfarenhet av Mårtens ilska framtoning och hotfulla utspel och ringer efter polis. Polisen funderar lite. Olaga hot, hot mot tjänsteman..? Kanske. Enligt rättegångsbalken (1) får dock polis och åklagare avstå från förundersökning eller meddela åtalsunderlåtelse om den misstänkte får psykiatrisk vård. Det krävs inte att vården är förenad med tvång eller att den misstänkte är intagen på



Foto: Shutterstock/Moha El-Jaw

sjukhus, vanlig öppenvård går bra (2). Att Mårten har knarkat lite kan polisen inte göra så mycket åt. Mårten har dessutom fortfarande en patientskjorta på sig (från föregående vårdtillfälle) och ryar högljutt om sitt trängande behov av Iktorivil, "en epilepsimedicin". "Det avgör saken!" tänker polisen, och kör honom raka vägen till akuten. Mårten är förvisso aningen paranoid men inte så sjuk just då att han kan tvingas till vård, och han är måttligt intresserad av det hela när det visar sig att varken Iktorivil eller Lyrica står på menyn.

Ridå.

Mårten är helt enkelt för obrottslig för polisen, för frisk för slutenvården, för sjuk för öppenvården och för elak för socialtjänsten. Mårten DOES NOT FIT.

Under dessa märkliga omständigheter tänker du stilla, att om bara Mårten finge bli föremål för en släng av rättspsykiatrisk vård, då skulle man kunna åstadkomma en förändring. Ja, Mårten skulle vara "institutionaliserad" (detta hemska begrepp!) men han skulle få kontinuerlig medicin för sina psykiska sjukdomar och symptom, han skulle inte droga sig till ytterligare hjärnskador, han skulle vara hel och ren och han skulle förmodligen inte heller bråka och slåss. Mårten skulle med viss sannolikhet vara en hyfsat juste kille.

Men då måste han förstås först begå ett brott. Ett riktigt brott.

Detta, mina vänner, är tvångsvårdsparadoxen.

Hanna Edberg

Specialist i psykiatri och rättspsykiatri

Fotnot: Mårten är ett figurerat namn. Det finns 5860 män (och 5 kvinnor) i Sverige som heter Mårten och detta handlar inte om någon enda av dem.

1 RB 24 kap 4a §, 20 kap 7 §

2 RÅR 2008:2



Foto: Shutterstock/vchal

Vad vill en människa *verkligen*?

Det är en fråga som alltid blir aktuell när man diskuterar självmordsprevention. Tankar om när någon "egentligen bestämt sig och verkligen vill", dyker upp, liksom diskussioner om att personen aktivt väljer självmordet som utväg. Under den never ending tour som sedan 2010 delvis fyller mina dagar, föreläser jag om ämnet med personal från såväl sjukvård, blåljusgruppen, försäkringskassan, kommunen och många andra verksamheter.

Jag brukar använda ett långt fall för att bland annat belysa frågan om hur en persons fria vilja ser ut:

Marc är 38 år gammal, civilingenjör, gift med två barn. Han står i färde att byta jobb efter att ha blivit rekryterad från sitt nuvarande kvalificerade arbete till ett ännu bättre. Han och hustrun har länge haft relationsproblem och de har skrivit på skilsmässopapper.

Marc är sedan många månader deprimerad. Från hans psykiatriska mottagning får han all den hjälp han behöver; en terapeut som han regelbundet går till och noggrann monitorering av hans läkemedelsbehandling. Han är sjukskriven sedan ett par månader och trots alla insatser har depressionen inte vikt, vilket lett till att man planerar en inläggning för honom. Situationen på slutenvården är för närvarande mycket ansträngd och man tänker att det kanske inte skulle bli en optimal vårdssituation.

På kliniken har man länge använt sig av nätverksmöten vid ärenden som inte följer förväntat förlopp. Till det möte som man kallat till kommer Marc och hans hustru, nuvarande arbetsgivaren, företagshälsan, försäkringskassan och även Marcs båda föräldrar, som är mycket engagerade i familjen och hjälper till när det behövs något.

Marc är uppvuxen vid ett levande lantbruk som föräldrarna fortfarande driver.

Efter en diskussion om hur Marc mår och de omständigheter som påverkar livet för honom och hans familj, kommer föräldrarna med förslaget att Marc skulle kunna vistas hos dem på gården under en liten period. Det skulle innebära att han avlastas ansvaret för dagliga rutiner, och dessutom i en känd miljö där det hela tiden finns människor. Såväl hustrun som Marc tycker det låter som en lättnad för stunden. Man kommer överens med den psykiatriska mottagningen om att det mobila teamet ska kopplas in för att följa de psykiatriska behoven. Tiderna till terapeuten behåller man.

Pappan hade en baktanke när han föreslog den här lösningen. Gården drogs nämligen med tekniska problem som befann sig inom sonen Marcs kunskapsfält. Fadern hade tänkt sig att han kunde få igång sonen genom att vädja till dennes lojalitet med familjeverksamheten. Marc ägnade första dagen åt att ligga på rygg och stirra i taket på sängen i pojkrummet, sedan kom fadern till honom och började be om hjälp. Marc var helt ointresserad och när pappan framhärjade, så upplevde Marc det som ett kränkande och upprörande beteende.

Utan att de övriga förstått det, så hade Marc haft skäl till att godkänna förslaget att tillfälligt flytta hem till gården. De övriga föreställde sig den trygga gården med god omvårdnad. För Marc fanns en helt annan anledning till att vara där han var. En mil från huset finns en bergvägg, och när Marc i sin depression tänkt att han inte ville leva om han fortsatte känna det som han nu gjorde, så skulle bergväggen befria honom från plågan. Den här planen hade i tyshet funnits hos Marc, men när fadern försökte få igång honom väckte kränktheten hans vrede, och planen aktiverades.

Han kastar sig sedan in i sin bil och kör i full fart med bergväggen som mål. Ungefär en kilometer innan bergväggen finns en rastplats, och av någon anledning så svänger Marc av och blir sittande i bilen i ett par timmar, gråtande. Långsamt stillnar hans känslor och han vänder sedan tillbaka till gården, utan att berätta vad som varit på gång.

I det samtal som tar plats när berättelsen är slut, så brukar jag fråga hur åhörarna tänker om Marcs bilfärd, och om den är att betrakta som ett självmordsförsök. Det leder ofta till livliga diskussioner, där olika tankar om avsikt och fara stöts mot varandra. Många avvisar tanken att detta i ordets egentliga mening är ett försök, bland annat för att Marc avbröt färdens vid rastplatsen. Just eftersom han stannade vid rastplatsen, säger man då, har han visat att hans vilja inte var självmordet, alltså att han valde att avbryta den redan farliga färden.

Jag brukar då komplicera fallet genom att säga att det inte alls var bergväggen som var den självmordsmetod han tänkte sig. Istället, säger jag, var det pappans vapensåk, och i samband

med bråket med fadern, så går han in i huset och plockar fram nycklarna till vapensåket – som ligger kvar där de låg när han först hittade dem vid fem års ålder, tar fram en älgstudsare, laddar och osäkrar den och sätter sig på en stol med gevärsmyningen mot gommen, redo att trycka av. Han störs av att en telefon ringer och kommer av sig, laddar av och ställer in vapnet i såket och återställer ordningen.

När han ett halvår senare under ett samtal på den psykiatriska mottagningen berättade om episoden säger han att det var som att "tillfället gått honom ur händerna".

I diskussionen med gruppen undrar jag om de bedömer den här händelsen annorlunda än den tidigare. Flera personer tycker att den här handlingen var mer suicidal. Bland dem som tänkte att han "frivilligt" hade valt att stanna på rastplatsen, finns de som tycker att ringsignalen har mindre av frivillighet över sig, eftersom impulsen den här gången kom utifrån. Det faktum att en vägskylt skulle kunna ha samma typ av påverkan på ens handlingar, är för de flesta inte så självklara.

Utan patientens delaktighet kan vi spekulera tills helvetet kallnar

När ett fall som detta diskuteras, så kommer många vitt skilda åsikter och bedömningar att dyka upp, precis som i verkligheten. Det är alltför lätt att bestämma sig för hur det verkligen ligger till, bara genom att tala och spekulera. Vår bedömning kommer nog dessvärre inte stämma, så länge vi grundar den enbart på en berättelse och utan att ha talat med patienten om vad han tänkte, ville och valde. Det vi kan veta, är att åtskilligt av det vi gör, görs utan att vi medvetet blandar in frågan om den egna viljan.

Vad sker mot Marcs vilja i den här historien?

Depressionen förlamar hans kreativitet, mot hans vilja. Skilsmässan är de överens om efter att ha resonerat länge och väl, men var inte vad han helst hade velat. Karriärsklivet har han drömt om men när det kommer så känner han att han straffas för sitt högmod. Lever han mot sin egen vilja? Det skulle han nog inte heller själv säga, det är ju bara det att han inte vill leva när det nu för alltid kommer vara såhär för honom (att den förlust av förloppskänsla som depressionen skapat hos honom kommer att gå över har han ingen aning om, han bara märker att allt stannat upp).

Daniel Frydman

*Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm*



Foto: Shutterstock/Anki Hoglund

Från helgeandshus till LPT Svensk tvångsvård i historisk belysning

Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) trädde i kraft 1992 och gäller alljämt med de ändringar och tillägg som gjorts sedan dess. Några tillbakablickar på forna tiders lagstiftning, debatter och rättsskandaler kan måhända bidra till förståelsen för hur dagens regelverk vuxit fram.

Medeltiden: hospital och helgeandshus

Under medeltiden var det kyrkans uppgift att vårda fattiga och sjuka, åtminstone fr.o.m. 1200-talets mitt förekom ett eller två hospital i varje stift. Där vårdades huvudsakligen de spetälska, varför de låg avsidet för att skydda omgivningen från smittan. Från kring år 1300 fanns inne i städerna, ofta i närheten av ett kloster, s.k. helgeandshus som var avsedda för fattiga, gamla, hittebarn, sjuka och invalider.

Viss sjukvård torde ha kunnat erbjudas. Det fanns läkekunniga munkar och vid arkeologiska utgrävningar av de medeltida klostren har man funnit kirurgiska redskap som suturnålar och pincetter. Kanske försökte man även behandla psykiska sjukdomar. Redan under antiken hade man i sådant syfte använt

dekokter på vissa växter och bevarade handskrifter visar att det fanns kontinental medicinsk litteratur i de svenska klostren.

1500-talet: staten tar över

Reformationen innebar att klostren upplöstes. Hospitalen lades under statlig förvaltning och fick samma inriktning som de tidigare helgeandshusen. Några läkare fanns inte, en syssloman skötte in- och utskrivningarna. Dock förekom även under denna tid idéer om hur psykiska sjukdomar skulle behandlas. Den svenske läkaren Benedictus Olai utgav år 1578 den första egentliga läkarboken i Sverige, *Een nyttigh läkere book ther vthinnan man finner råd, hielp, och läkedom til allehanda människors sjukdomar bådhe invertes och utvertes*. Olai beskriver där vad som måste tolkas som bipolär sjukdom, och föreslår t.ex. vid nedstämdhet en diet på lättsmält mat som kalvkött.

Een nyttigh läkere book ther vthinnan man finner råd, hielp, och läkedom til allehanda människors sjukdomar bådhe invertes och utvertes.



Foto: Stina Djurberg

1600- och 1700-talet: dårhus

På 1600-talet började socknarna få ta över ansvaret för sina fattigas försörjning. I 1642 års tiggareordning reglerades vilka som skulle få tas in på hospital, dit hörde bl.a. "ursinniga och besatta" människor.

Under 1600- och 1700-talen vårdades dock ofta de psykiskt sjuka i hemmen. För dem som vistades på hospital byggde man ibland separata s.k. dårhus. Enligt en beskrivning från 1790-talet bestod dårhuset i Västerås av ett stenhus på 12 x 6,5 meter beläget på hospitalets gård. Huset hade 2 större rum samt 6 små celler, dvs. en åttarummare på 78 kvadratmeter. Att de psykiskt sjuka hölls inspärrade i celler hörde till vanligheten.

Under andra hälften av 1700-talet utfärdades nya förordningar med regler om vilka som skulle få vårdas på hospital. I en förordning från 1763 slår man fast att "Fattige nödlidande äro trenne slag". Till första slaget räknades människor som pga. t.ex. skröplighet eller långvariga krämpor inte kunde försörja sig själva. Dessa människor skulle varje socken sörja för. Till tredje slaget räknades barn utan försörjning, dessa fick inte vårdas på hospital.

"Til andra slaget räknas dårar, borttagne och sådane uslingar, som af smittosamme eller obotelige sjukdomar äro beswärade, såsom kräfta, fallandesot, spetälska med mera, hvilkas wistande ibland andra är ohyggeeligit eller skadeligit, och the ther således ej på något sätt kunna förwärfwa sig annat af sine medborgare, än thes medlidande".

Människorna som sattes på hospital var således de som betraktades som störande eller farliga för samhället i övrigt.

1800-talet: nya vindar

Mot slutet av 1700-talet började man i ökande omfattning inrätta lasarett för de kroppssjuka, kvar på hospitalen blev de psykiskt sjuka. Under åren 1813–1858 gällde dock att alla psykiskt sjuka först skulle tas in på lasarett för en provkur under högst tre månader. De som inte tillfrisknade överfördes till hospital.

Under slutet av 1700-talet började man runtom i Europa att rikta kritik mot omhändertagandet av de psykiskt sjuka. Man framförde krav på borttagande av bojor, tvångströjor och instängning i celler. Till denna tanke anslöt sig bl.a. läkaren Carl Ulrik Sondén (1802–1875) som blev en föregångsman i kampen för en humanisering av den psykiatriska vården. Nu förändrades även synen på de psykiska sjukdomarnas orsak. Från att ha ansett att den sjuke var besatt, förhäxad eller straffad av Gud, övergick man till att betrakta det som sjukdomar som skulle behandlas.

1858 utfärdades *Kongl. Maj:ts nådiga Stadga angående sinnessjukers behandling och wård* där man förde in sjukdomsbegreppet och krav på behandling. De som skulle läggas in på hospital var: 1) de nyligen insjuknade vilka man bedömde "mera sannolikt kunna till helsan återställas" 2) mer långvarigt sjuka som betraktades som "wåldsamme eller opålitlige" 3) de som behövde undersökas rättsmedicinskt pga. "det twifwelaktiga i deras sinnesskaffenheter" samt 4) "de, hvilka af domstol förklarats, i anseende till wansinne, icke kunna fällas till ansvar för brottslig handling".

Vid intagningen krävdes ett antal formulär såsom läkarintyg och prästbetyg, vilket kan ses som en föregångare till våra dagars vårdintyg. Enligt stadgan skulle det finnas en överläkare och minst en biträdande läkare på varje hospital. Överläkaren fick "ensam bestämna om de sjukers behandling". Stadgan slog dock fast att "De sjuke skola wid hospital med mildhet behandlas. Inga andra twångsmedel må användas, än sådana, genom hvilka den sjuke, utan att kroppsligt misshandlas eller moraliskt förnedras, sättes ur stånd att skada sig eller andra".

En ny stadga trädde i kraft 1883. Huvudfrågan var nu vad man skulle göra av de obotligt sjuka. Resultatet blev en uppdelning i hospital och asylor (för de obotliga).

Enligt stadgan fanns vissa möjligheter att framföra klagomål men det är tveksamt hur detta fungerade i praktiken. I sin bok *Om sinnessjukdomar och hospitalsvård jämte antydningar om sinnessjukas rättsliga skydd* (1895) framhöll läkaren och författaren Anton Nyström indignerat att: "Intet är här sagdt, som låter en ana, att hospitalspatienterna på något vis få underrättelse om, att en medlem af Medicinalstyrelsen eller annan läkare, som öfverstyrelsen därtill utser, skall utöfva inspektion och skulle vara beredwilling att mottaga klagomål af de sjuka".

Anton Nyström fortsätter dessutom med att konstatera "huru föga det hjälper en hospitalspatient att klaga med skrivelser" då ej heller "må bref eller andra handlingar den sjuke tillställas eller från honom fortskaffas med mindre läkaren haft tillfälle att om dem taga kännedom eller tillåtit deras vidare befordran". Om man ville

skriva ett brev med klagomål på läkaren kunde denne således förhindra att brevet nådde sin adressat.

Tufvanskandalen

Vid tiden kring år 1900 debatterades patienternas rättssäkerhet och fall av onödiga eller direkt olagliga intagningar uppmärksammades. Ett exempel är den s.k. Tufvanskandalen som rönt stor uppmärksamhet i pressen och som flera gånger debatterades häftigt på Svenska Läkaresällskapet. Historien var följande: I november 1892 togs lantbrukaren AP Johansson från Halland in på privathospitalet Tufvan i Solna, ditlurad av släktingar under falska förespeglningar. Han kvarhölls där mot sin vilja trots att giltiga intagningshandlingar saknades. Någon läkarundersökning gjordes inte heller i anslutning till intagningen. Två riksdagsmän från Johanssons hemtrakter nåddes av rykten om att det *"ej skulle ha stått rätt till med hans intagning"*. De kontaktade den ovan nämnde Anton Nyström och tillsammans fick de besöka Johansson på Tufvan varvid de upptäckte olagligheterna. Trots detta var det först en bit in på 1893 som Johansson kunde återvända hem.

Nyström hade visserligen funnit *"tecken på sinnesrubbnig, men att dessa ej voro tillräckliga motiv till inspärrning mot patientens vilja"*. I då gällande lagstiftning krävdes att *"sjukdomens art fordrar intagning på hospital"*. Redan här skiljde man alltså på allvarlig psykisk störning och oundgängligt behov av psykiatrisk dygnetruntvård.

Tufvanskandalen ledde till att Medicinalstyrelsen vidtog åtgärder så att psykiskt sjuka inte skulle kunna tas in på hospital utan fullständiga intagningshandlingar.

Sinnessjuklagen

Rättssäkerheten stärktes dessutom något i nästa stadga som kom 1901. Överinspektören fick nu rätt att föreslå utskrivning. Den framstående rättspsykiatern Olof Kinberg (1873–1960) hävdade att yrkesförbrytare var sinnessjuka. Det blev nu vanligare att behandla brottslingar på sinnessjukhus istället för att sätta dem i fängelse. Av detta och flera andra skäl ökade antalet intagna oerhört under 1900-talets början. År 1924 saknades drygt 4500 vårdplatser i landet. Till följd av den statliga vårdens bristande resurser skedde under de första decennierna av 1900-talet en utbyggnad av vård i kommunal och landstingskommunal regi. Intagningsförfarandet på dessa anstalter var inte tillfredsställande reglerat i 1901 års stadga, och det förekom allvarliga missförhållanden. Dessa brister ledde till krav på en förändring av lagstiftningen.

I den nya lagen, 1929 års sinnessjuklag, slås det i första paragrafen fast att *"Överinseendet över sinnessjukvården utövas av Medicinalstyrelsen, som därvid särskilt har att vaka över att de sinnessjuka erhålla omsorgsfull vård och behandlas med mildhet efter människokärlakens fordringar"*.

Begreppen hospital och asyl ersattes av "sinnessjukhus". Sedan 1858 hade det inte varit möjligt att söka vård frivilligt men detta ändrades nu. Man kunde lägga in sig frivilligt men sedan bestämde läkaren när det var dags för utskrivning, denna s.k. kvarhållningsrätt försvann inte förrän 1959. Någon riktig

frivillighet förekom således inte. Överklagningsmöjligheten hade dock förstärkts. Tidigare tog överinspektören emot klagomål i samband med sitt årliga besök, nu kunde den intagne överklaga direkt till Medicinalstyrelsen – "Den, som är för vård intagen å sinnessjukhus, vare oförhindrad att insända framställningar till Medicinalstyrelsen, sinnessjuknämnden och överinspektören".

LSPV – obestämda vårdtider?

På 1940-talet hade man börjat bygga upp universitets- och larsaretskliniker med fri intagning och utan kvarhållningstvång, och detta bidrog till att den gamla lagstiftningen ifrågasattes. En ny lag utarbetades, Lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV), som trädde i kraft 1967. I och med detta fördes psykiatrin in under den vanliga hälso- och sjukvårdslagen. LSPV var en särskild lag som gav möjlighet till tvångsvård i de fall det kunde behövas. Man ville integrera psykiatrin med övrig sjukvård samt skapa rättssäkerhetsgarantier. Dock byggde LSPV i princip på den gamla sinnessjuklagen och innebar dessutom i princip obestämda vårdtider, även om behovet av fortsatt tvångsvård skulle anmälas till utskrivningsnämnden efter tre månader och därefter var sjätte månad. Efterhand konstaterade man att de intentioner i LSPV som funnits mot att låta den allmänna sjukvårdslagstiftningens frivilligprincip slå igenom inte hade kunnat fullföljas.

LPT och LRV

Redan 1980 tillsattes en parlamentarisk kommitté (socialberedningen) som fick till uppdrag att se över reglerna om vård oberoende av samtycke inom socialtjänst och sjukvårdslagstiftning. Deras arbete resulterade i att den gamla lagen ersattes av Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV).

Begreppet psykisk sjukdom ersattes av allvarlig psykisk störning då lagstiftningen inte borde *"bygga på en äldre, biologiskt betonad syn på psykiska störningar"*. Vidare menade man att avgörande för om psykiatrisk vård skulle få ske med tvång borde vara ett mer eller mindre akut vårdbehov. Rättssäkerheten stärktes genom att man införde tidsbegränsad vård samt prövning av domstol.

I Regeringens proposition 1990/91:58 om psykiatrisk tvångsvård, m.m. framhålls följande:

"Att slopa varje möjlighet till psykiatrisk tvångsvård skulle innebära att vi avsäger oss möjligheter att hjälpa människor i svårt utsatta situationer. Detta skulle strida mot grundläggande humanitet och medmänsklighet. Samtidigt kan konstateras att sådan vård måste begränsas och, så långt möjligt, utformas så att riskerna för den personliga integriteten minimeras".

Sammanfattningsvis kan dagens lagstiftning ses som resultatet av flera seklers ambitioner att förbättra tvångsvården. Vad blir nästa steg?

Tove Gunnarsson

*Psykiater
Stockholm*



Cullberg



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? Välkommen att ansöka om resestipendier för ST-läkare och specialister i psykiatri senast den 1 februari. Stipendierna delas ut med stöd av Stiftelsen Natur & Kultur.

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 och följa en reseblogg.

Ansökan

Ansökan ska vara stipendie-nämnden tillhanda senast den 1 februari 2019. Stipendiaternas namn tillkännages under Svenska Psykiatrikongressen i mars.

Diskutera med kolleger och läs färskas tidskrifter för att se var det bedrivs spännande psykiatriskt arbete! Ta sedan kontakt med den arbetsplats där du vill vistas

om du tilldelas ett stipendium. Det går givetvis bra att mejla även framstående personer om möjligheten att få komma och auskultera.

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).

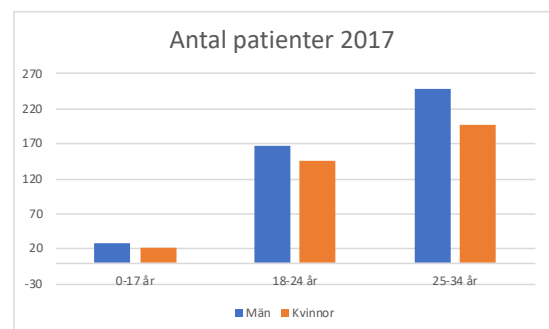
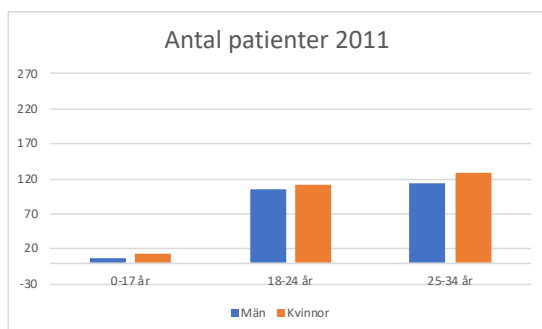
cullbergstipendiet.se

Vem bältas och för vad?

För den som inte arbetat någon längre tid inom vuxenpsykiatri och än mindre inom den akuta vuxenpsykiatriska slutenvården, ligger föreställningen att tvångsåtgärder inom psykiatri huvudsakligen används vid psykotiska tillstånd hos män, och ofta när dessa män är våldsamma och aggressiva mot andra. Som det står i lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) ”vid utebliven vård föreligger en fara för... annan persons liv och hälsa”.

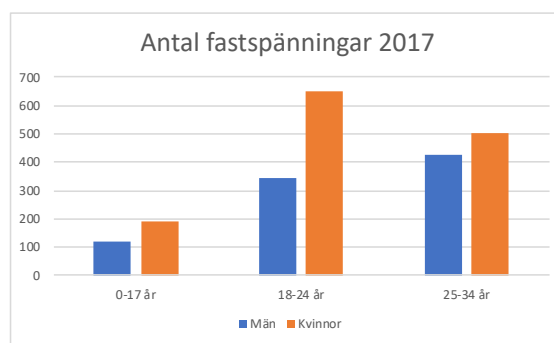
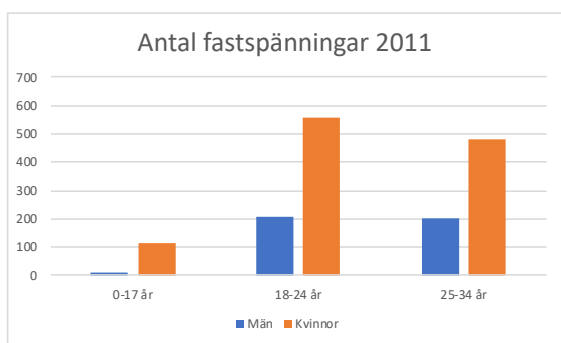
Tidskriften Svensk Psykiatri nr 2 2006, det allra första numret i det nya formatet, handlade om tvång. Nu har vi kommit till 2018 och nr 51 sedan starten och temat är ånyo tvång. Vad har hänt på 50 nummer? Kan Socialstyrelsens (SoS) statistik säga något om det? Man har ju sedan 2009 tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) haft en drive att förbättra tvångsvården (1).

SoS bedömer att det finns tillförlitliga data från 2011 till 2017, alltså inte riktigt sedan Svensk Psykiatri nr 2 2006, men i alla fall. Har antalet LPT-vårdade ökat eller minskat? Bland personer upp till 35 års ålder (de utgör ca 60 % av alla) ser det ut som i graferna nedan. Till min förvåning finner jag i SoS statistikdatabas (2) att bland de ca 12 000 personer som vårdas årligen genom LPT är könsfördelningen jämn. Lika många kvinnor som män alltså!



Och en ökning i alla tre yngre åldersgrupperna, med en något större ökning bland män. Könsfördelningen är trots den ökningen fortsatt jämn. Inte som i min förutfattade mening att männen dominerar. Och trots ambitionen från SoS och SKL (1) verkar LPT-vården öka, inte minska.

Men hur ser det ut när det gäller den ”starkaste” tvångsåtgärden, bältläggning. Där måste väl ändå våldsamma män dominera?



Men titta, det är kvinnorna som dominerar i antalet bältesläggningar! Och eftersom det är ungefär samma antal LPT-vårdade betyder det att kvinnorna läggs fler gånger i bälte än männen. År 2011 var medeltalet bältesläggningar för kvinnor 2,4 gånger högre än männens, 2017 var det 1,8 gånger högre. Nu är det dessutom så att ett medeltal inte är så bra mått, det är ett mindre antal patienter som har riktigt många tvångsåtgärder. I rapporten "Barn och unga i tvångsvård" (3) analyserades tvångsvård inom BUP mer i detalj. Då fann man att under 2012 gjordes 205 fastspänningar, och av dessa vidtogs 189 mot flickor och 39 mot pojkar. Majoriteten av flickorna vårdades för ätstörning (då fastspänningarna gjordes i samband med tvångsmatning) och självskadebeteende (då fastspänningarna gjordes för att förhindra allvarlig självskada). Inom BUPs åldersspektrum är det alltså späda flickor som läggs i bälte för att förhindra att de skadar sig själva med svält eller självskadande. Jag måste nog tänka om, LPT-vårdade är inte stora aggressiva killar som är farliga för andra.

År 2015 uppdrog regeringen åt en särskild utredare att stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa samt verka för att arbetet samordnas på nationell nivå. I januari 2017 överlämnades betänkandet "För barnets bästa? Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård, SOU 2017:111" till regeringen (4). SKL var i sitt remissvar (5) kritiska till flera förslag från utredningen. SKL vill se ett fortsatt systematiskt förbättringsarbete med fokus på förebyggande och frivilliga insatser. Man hänvisar till de så kallade "genombrottsprogram" som genomförts i olika omgångar sedan 2010 (6), och som 2017 riktats till BUP. Inom BUP fokuserade de deltagande heldygnsvårdsenheterna på att minska behovet av tvångsåtgärder med särskilt fokus på kvinnor och flickor.

I statistiken som finns tillgänglig på Socialstyrelsens hemsida (2) kan man själv gå in och kolla hur det ser ut med tvångsåtgärder i sitt eget landsting. Dock kan man inte själv se vilka diagnoser de personer vårdades för som blev föremål för tvångsåtgärder. Våren 2019 planerar SoS en rapport som analyserar detta, tillsammans med en mer utförlig genomgång av LPT-vården i Sverige. Den blir spännande att ta del av.

Per Gustafsson
 Professor emeritus
 BUP Linköping

Referenser

- Bättre vård mindre tvång SoS 2013-11-27
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-11-27>
- Socialstyrelsens statistikdatabas 2018-10-08
<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/psykiatrisktvangsvard>
- Barn o unga i tvångsvård SoS 2015_01_31 <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-1-31>
- För barnets bästa? Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård (SOU 2017:111) <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2018/01/sou2017111/>
- För barnets bästa? SKL:s remissvar.
<https://skl.se/tjanster/omskl/remissyttranden/remisser2018/forbarnetsbastautredningenomtvangsatgardermotbarnpsykiatrisktvangsvardsou2017111.15652.html>
- Bättre vård – mindre tvång. <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/battre-vard-mindre-tvang-8-recept-pa-ett-lyckat-genombrott-2010-2012.html>



Foto: Shutterstock/WAYHOME studio

Mot min vilja

Överens

När en patient tas in på en psykiatrisk avdelning finns det all anledning att utgå ifrån att personalen vill patientens bästa. Men det är förstås inte alltid personalen är överens om vad som är det bästa för en viss patient. Vems vilja ska då råda? På 70-talet kunde medicinering vara ett tvistefråga inom barn- och ungdomspsykiatrin. Den psykoterapeutiska och psykosociala metodutvecklingen var i det närmaste explosiv och lockande att pröva nya metoder även på svåra fall. På Ungdomskliniken vid Långbro sjukhus där jag arbetade fanns 40 platser för ungdomar med sådan problematik att de inte kunde vårdas på vanliga BUP-kliniker utan riskerade att bli placerade på låst avdelning inom vuxenpsykiatrin. Vi fick in en flicka i 15-årsåldern med en akut psykos där frågan om medicinering kom att innebära en dramatik som både tycktes vara svår att förstå och att handskas med. Personalen arbetade tröget och uppfin-

ningsrikt för att få kontakt med henne men efter några veckor var alla överens om att medicinering verkade vara nödvändig. Flickan var något misstänksam men svarade dock bra på neuroleptika och kunde ganska snart skrivas ut.

Inte överens

Något år senare kom hon tillbaka i samma tillstånd som första gången. De flesta i personalgruppen kände igen henne men några var nya. De nya vill pröva sig fram i kontakten medan de gamla tyckte att vi kunde gå direkt på medicinering. Det gjordes en del resultatlösa kontaktförsök och till slut beslöts om medicinering trots att personalgruppen inte alls var ense utan några var upprörda. Men flickan blev livrädd och värjde sig desperat. Personalen fick lov att hålla henne och lyckades ofta tvinga i henne en någorlunda adekvat dos. Men denna intensiva kamp och den känsla av övergrepp som personalen var

involverad i var oerhört slitsam. Man tvekade att ge sprutor då det tycktes vara ett alltför traumatiserade övergrepp.

Överens – till slut

Till slut blev personalen enig om att situationen var ohållbar. Personalgruppen samlades i dagrummet i ring med flickan sittande på en stol i mitten. Hon visste att vi skulle tala om hennes medicin. Hon reste sig, gick fram till en av personalen, såg vederbörande i ögonen och frågade "Tycker du att jag ska ta den här medicinen". Personalen mötte hennes blick och "ja, det tycker jag". Flickan vandrade runt från person till person och ställde samma fråga på samma inträngande sätt. Varje person mötte hennes blick och svarade "ja". När hon hade gått runt till alla vände hon sig till avdelningssköterskan och sa "jaha ta hit den då".

Tillit

Flickan ville inte ta någon medicin vid första vårdtillfället men accepterade att ta den om än motvilligt, det vill säga i viss mån mot sin vilja. Därför kunde de våldsamma protesterna mot medicinering vid det senare vårdtillfället te sig svåra att förstå då medicinen hade verkat så bra. Den stora skillnaden var, som jag ser det, att vid det andra tillfället var personalen oense om vad som var bra för henne. Jag tror att denna känsloladdade konflikt i gruppen blev outhärdlig för henne, skräck och panik tog över den bräckliga tillit som fanns. När hon hade övertygat sig om att alla i personalgruppen, var och en – inte enbart som grupp – verkade tycka att medicinen var bra för henne blev hon så pass trygg och hade så mycket tillit att hon till och med kunde be om den.

Några reflektioner

"Mot sin vilja" kan antingen innebära att bli utsatt för något man helhjärtat inte vill, eller hysa ett tvivel om, där två olika sidor inom en ställs mot varandra. Ibland är denna motsättning, ambivalens, tillgänglig för medvetandet och man kan då väga för och emot. Ibland är den omedveten och inte direkt tillgänglig för reflektion. Om man har en föreställning om att vi människor utöver ett medvetet, också har ett omedvetet inre liv där ständigt olika intentioner, krafter och "viljor" spelar mot varandra är det naturligt att tänka sig att om motsättningen mellan två "inre viljor" inte är direkt tillgängliga för medvetandet så har det sina skäl. Kanske någon av dessa "viljor" har så pass dålig passform med den medvetna självbilden att den väcker känslor som inte ryms inom det toleransfönster som självbilden "tillhandahåller". Kanske väcker motsättningen då i

stället ångest. Det trodde åtminstone Freud för hundra år sedan och jag tycker att det är ett antagande som står sig.

Hur hänger det då ihop med flickan och hennes paniska förskräckelse för att ta sin medicin? Här rör det sig inte tror jag om en ångestladdad inre konflikt, en omedveten motsättning mellan ett "vill" och "vill inte". Hennes kaotiska inre kunde inte erbjuda en inre "plattform" för en sådan motsättning. Denna kan i någon mån ersättas av en stabil yttre struktur bestående av såväl ett materiellt "hållande" rum som ett psykologiskt hållande rum bestående av välvilliga vuxna där alla "drar åt samma håll". Om de vuxna är oeniga finns inget sådant hållande psykologiskt rum och hon tycks närma sig ett tillstånd av utplåningsångest med upplösning av sitt redan förut ytterst instabila själv. Kampen för sitt liv i en inre värld av ödslighet, "icke relation", skoningslöshet och misstänksamhet är väl beskriven av Melanie Klein i den schizo/paranoida positionen. När alla tyckte lika och brydde sig om henne återupprättades ett psykologiskt hållande och det fanns utrymme för tillit och problemet med medicinen löste upp sig. Vad innebär då "hållande"? Att ett outhärdligt affektkonglomerat blir uthärdligt när affekterna delas.

Oenighet: sak- eller personkonflikt eller bådadera

När en patient på en avdelning utvecklar mer symtom finns alltid anledning leta efter motsättningar dels i deras nätverk men också i avdelningsmiljön. Skulle detta betyda att personal inte bör ha olika uppfattningar – kunna uttrycka olika viljor – om hur en patient ska behandlas. Inte alls! I en personalgrupp kan enighet, men kanske framför allt ömsesidig respekt i viktiga frågor, vara avgörande för de riktigt sköra patienternas förmåga att hålla sig samman. Problemen uppstår framför allt då de olika uppfattningarna är så känsloladdade att de inkräktar på den ömsesidiga respekten personalen emellan – "sakkonflikten" har övergått i en känslomässig "personkonflikt" – och den kan rubba patienternas tillit.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*

Ske din vilja...



eller mot din vilja...

Foto: Shutterstock/Ruslan Guzov

Hur vill vi välja? Vill vi låta en annans vilja ske? Att låta en annans vilja ske gör oss nog aningen ängsliga. Om vi inte är tryggt anknutna, vill säga. Annars är det väl mest i bönen "Fader vår" vi ber – i den gamla översättningen; "ske din vilja såsom i himmelen så ock på jorden" medan den moderna människan ber: "ske din vilja på jorden som i himlen." I kyrkan och inför Gud vågar vi tillitsfullt be om att Guds vilja skall få råda, även om vi inte förstår den. Vi tror ju att den gode guden vill oss väl och att vi människor är underställda en ordning som är större än oss själva. Det finns en ödmjukhet i detta synsätt.

Som yrkesverksamma psykiatriker, psykologer och andra professioner som arbetar i psykiatri lyder vi under lagstiftning och politiska beslut. Det mesta vi gör och alla de regler vi följer är inte mot vår vilja. Vi kan förstås ibland undra över den new managementfilosofi som råder. Vi "bor" bakom våra skärmar och dokumenterar uppgifter om allt vi företar oss under behandlingstimmen med patienten. Patientsamtalen kan komma att generera ytterligare timmar vad gäller dokumentation. Men det är ju inte helt mot vår vilja. När det gått så långt att vi inte längre tycker att vi kan utöva det yrke vi är utbildade inom på grund av alla påbud, scheman som skall fyllas i, suicid- och våldsriskbedömningar som skall göras och den snabba diagnospress som läggs på oss, får vi sluta att arbeta i den ofentliga sektorn.

Det som, enligt oss, sker mot vår vilja är att behandla dem vi vet inte kommer dra fördel av den behandling vi har att erbjuda. Hur många patienter har vi inte haft som vi behandlingsmässigt redan på förhand vet kommer sluta precis som deras tidi-

gare behandlingar gjort: en uppgiven patient och en uppgiven behandlare. Det finns en tanke inom den psykiatriska vården som vi skjuter bort, som vi inte vill ta till oss och det är tanken på – kunskapen om – att mer av samma inte alls behöver vara till någon hjälp. Kanske rent av till stjälp, för att med allvar leka lite med orden. En ny behandlare, en ny behandlingsmetod – givetvis evidensbaserad. Fler samtal och ytterligare mer medicin och terapi erbjuds till många patienter, trots att vi vet att det inte hjälper. Det kommer inte att ge något resultat.

Hur är det med vårt sinne för proportioner och vår yrkesmässiga kompetens vad gäller förståelseskilnaden mellan tjänst och björntjänst? Eller är detta fenomen bara ett uttryck för en sanktionerad och vilseledd yrkesaktivitet som mer motsvarar en funktionell dumhet som vi kan märka lite överallt idag. Vi tror ju att allting av elände bara ökar i vår oroliga samtid. När allt faktiskt talar för det motsatta. Bortsett klimatet förstås! Var det inte Einstein som menade att galenskap kommer till uttryck genom att man upprepar samma gamla tvångsmässiga beteende (behandling) med en förväntan om ett annorlunda resultat. Så visst kan vi förnöjt isolera oss i vårt omvårdnads- och åtgärdsuniversum där omtanken om vår nästa kan vara lika frånvarande som eftertanken om vem man själv är med tanke på det man tror att man professionellt sysslar med, men inte gör. På liknande sätt som vi alltså kan tala om ett självuppfyllande upprepningstvång har vi nog all anledning att således också reflektera över ett yrkesuppfyllande dito.

Tidigare, när vi var nya i psykiatri, var både utbildning och vårdsektorn den psykodynamiska behandlingsmetoden mer trogen, som användes inom olika verksamhetsområden. Därtill

fanns förstås även medicinsk behandling. Vi menade att långa terapier kunde bota, ge insikt och lösa de inre psykiska konflikter patienterna brottades med. Så kom en ny lösning på hur att behandla psykiatriska åkommor: kognitiv behandling, eller ännu hellre kognitiv beteendeterapi. Man blev mer metodorienterad och det dysfunktionella beteendets utsläckande och/eller hanterandet av det blev fokus, och man lovade snabba resultat; ett löfte som Socialstyrelsen och många kognitiva terapeuter nog fortfarande är övertygade om. Det förhållnings sättet är ju evidensbaserat och visar som sagt goda resultat.

Men faktum kvarstår att det mot både vår vilja och bättre vetande kommer patienter som drivs av en inre övertygelse, nästan ett tvång, att mycket av det som händer dem är mot deras vilja. De är utsatta och någon annan har gjort dem illa. De upplever sig som offer fast det de klagat på inget annat än än naturliga inslag i livet och de livsvillkor vi alla måste underkasta oss. Så mot vår vilja kan det mycket väl vara så att vi inom vård och omsorg konfronteras med patienter som presenterar en hittills oemotsagd bild av offerrollen som om den vore intressant, värd att beakta och djupt begåvad. Med denna patientgrupp avser vi inte verkliga offer: människor som varit utsatta för krig, våld, övergrepp och andra svåra umbäranden som dessbättre de som representerar gruppen självutnämnda offer i vården är helt förskonade från.

Att anse sig vara kränkt och ett offer är inget vi själva har mandatat att bestämma över. Att *känna* sig kränkt och att *vara* kränkt är två helt skilda världar. I det senare fallet finns det ofta inte ens en värld, normalitet, att förhålla sig till med sitt lidande. Så vem är du och jag (!) att springa ut i världen och rikta anklagande fingrar mot förhållanden vi ogillar och känner oss kränkta av om vi själva inte ens har förmåga att städa upp i våra egna liv. Och sen att därutöver ha mage att förknippa sin egen förvållade livsoreda med psykisk ohälsa är att leva i villfarelse och vilseleda andra genom att iscensätta sin livslögn.

I denna psykiatriska grupp hör inte den paranoide och/eller den som i sin psykos är plågad, jagad och utsatt. Nej, vi avser snarare en typ av patienter som varit i vården sedan de var tonåringar. De har varit i familjebehandling, vårdats på psykiatriska avdelningar, blivit utredda och behandlade för allehanda diagnoser, gått i olika terapier och prövat många olika mediciner och ändå kommer remisser till vanliga psykiatriska öppenvårdsmottagningar om önskad behandling. Ofta med suicidrisk som orsak. De patienter vi träffat med en lång behandlingsbakgrund som alltså varit hjälpsökande. De vill bli bra. De vill inte fortsätta sina liv med den ångest, den stigmatisering och den livskvalitet de hittills haft. Målet för behandlingen är alltså högt ställd och den motivation man ser hos patienten är lätt att tro på, den väcker hopp och kittlar den övertro man gärna har på egen förmåga att vara den som klarar det omöjliga. Alla dessa tecken känner vi väl till hos oss själva och just därför kommer tveksamheten och vetskapen om att just denna patient kommer inte att kunna ta emot den behandling vi har att erbjuda. Att gå in i sådana behandlingar är verkligen mot vår vilja. Och i detta avseende har vi sällan chefer och ledning i ryggen. Ingen vågar säga ifrån och gör man

det blir man anmäld, och en ny behandlare utses i ens ställe, så att karusellen kan fortsätta att snurra.

Hur fungerar dessa patienter, vilken är den djupa drivkraften att vilja få hjälp men inte kunna ta emot den? Vår erfarenhet är att den grundläggande problematiken hos dessa patienter är just den genomgripande uppfattningen att allt som sker egentligen är mot deras vilja. Allt som görs uppfattas som ett hot, något dumt, att man inte fått den rätta behandlaren eller den rätta medicinen. Att vården aldrig kommer att ge det patienten önskar eftersom så mycket är mot deras vilja. Har de två besök per vecka är det alldeles för lite eller alldeles för mycket. Är det en kvinnlig behandlare är det fel men är det en manlig behandlare är det också fel. Går man i grupp är det någon gruppmedlem som säger saker patienten inte kan hantera. Är patienten ledsen, uppgiven, arg, besviken är det alltid den andre som orsakat det. Hos dessa patienter är världen, världsordningen, lagstiftningen, common sense, vanlig hygglig mänsklighet, vardagen, festen, vänligt bemötande, krav, fel och brister, misslyckanden... ja, allt som hör livet till, något de uppfattar som något som inte motsvarar och tillfredsställer deras behov, något som går emot deras vilja. Även det kan kännas kränkande: att man inte ens kan bestämma sig för vem och/eller vilka som är ens plågoande/ar. Som sagt, vem är du och jag att springa ut i världen...

I matematiken är minus gånger minus plus. Två negationer tar liksom ut varandra. Tyvärr gäller inte det i den mänskliga matematiken; behandlaren säger: det är mot min vilja att gå in i en behandlingsrelation till denna typ av patient. Det kommer att skada patienten ytterligare en gång. Patienten säger: allt i denna världen av det jag fått av behandlingar har varit mot min vilja. Nu vill jag fortsätta denna destruktiva väg. Varför kan vi inte säga: PLUS poäng!!! Till båda. Att säga nej till en patient kan skapa uppståndelse i pressen, man blir anmäld, man får en reprimand, ses som oförstående och rigid... (se där ytterligare helt vanliga livsvillkor) men patienten kommer att må bättre när hen kan släppa taget om den psykiatriska vårdapparaten och få möjlighet att göra annat, med andra ord **börja leva och göra gott för andra**.

Ska vi således kunna arbeta medvetet, och mer i samklang med vår professionella vilja inom psykiatri framöver, bör vi nog också reflektera över att vilken empati som helst ger **inte** föremålet, dvs. patienten för empatin ett berättigande. Det är just detta som för oss vilse. Det vill säga, sker mot vår vilja.

Gunilla Nilson och Thomas Silfving
Psykologer och författare

Litteraturförslag
When Nothing Else Works (1998) av Herbert Streehan
Besvärliga människor – Offerrollen avkodad (utkommer 2019-01-15) av Thomas Silfving

Med egen vilja

Dr Semyon Gluzman – psykiater och dissident i Ukraina

En del psykiatrer har gått ovanliga vägar – en sådan är barnpsykiatern i Kiev, Semyon Gluzman, född 1946. Jag träffade honom nyligen.

1970 blev Gluzman specialist i psykiatri och pediatrik och arbetade som psykiater i staden Dnipropetrovsk. I maj 1972 arresterades han av KGB då han skrivit ett underjordiskt "samizdat" att den sedermera välbekante general Grigorenko var psykiskt helt frisk. Detta i motsats till det då beryktade Serbski-institutet där man ansett att han led av paranoid schizofreni vilket föranlett intagning på psykiatriskt specialistsjukhus. Gluzman, då 25 år, dömdes till 7 år i läger och sedan 3 års förvisning i Sibirien. Hans hustru skall ha följt med honom – inte ovanligt, faktiskt. I lägret skrev han 1974 tillsammans med aktivisten, sedermera neurofysiologen Vladimir Bukovsky den 20-sidiga *Manual on Psychiatry for Dissidents* (1) – en vägledning för potentiella offer för politisk psykiatri för hur de skulle uppträda vid förhör för att inte diagnostiseras som psykiskt sjuka. Den skrevs på ryska men finns nu på många språk.

1982 var Gluzman åter i Kiev. Han arbetade med juridiskt stöd till offer för repressionen men inte längre med sjukvård. För att emigrera, kanske till Israel skrev han till generalsekreterare Andropov: "Eftersom ni anser mig onyttig – låt mig resa!" Svaret blev: "Dr Gluzman, ni skaffar oss fiender, överallt i utlandet protesterar man och säger att vi hindrar er från att emigrera, vilket inte är fallet. Här är ert pass, ni kan emigrera!" Gluzmans svar blev legendariskt: "Nej, inte alls, nu är det jag som stannar, det är ni som skall resa...".

1991, efter Sovjets upplösning, grundade Gluzman *Ukrainian Psychiatric Association* och är alljämt dess ordförande. (Det finns också en äldre *Association of Neurologists, Psychiatrists and Narcologists of Ukraine* med säte i staden Charkov.) Gluzman har fått många utmärkelser för sitt arbete för mänskliga rättigheter och mot missbruk av psykiatri. Han har framhållit att det är som psykiater han motsäger sig missbruket – alltså inte för dissidenternas/offrens skull! När jag träffade honom i september höll han med om att det visserligen är synd om direkt drabbade men att *det värsta är den stigmatisering som det innebär för psykisk sjuklighet!* När man skrämmer en befolkning till lydnad genom att hota dem med psykiatrisk diagnos och vård – vad ger det för syn på psykiatri, dess patienter och personal? Vem vill då söka sig dit? Är det något man vill ge resurser? I totalitära stater vill man inte gärna låta någon ta del av ens inre värld. Ångest och ilska kan gå ut över hustru och barn men man söker knappast en psykiater.



Dr Semyon Gluzman på GIPs bibliotek i Kiev 2006

Georges Soros sponsrade

Den stormrike f.d. ungraren satsade stort på filantropi i ex-Sovjet. Han bekostade översättning av modern psykiatrisk litteratur till ryska, ett tryckeri i Kiev och möjligheter att få böckerna gratis. Gluzman skötte verksamheten.

Soros organisation kallades "Geneva Initiative on Psychiatry, GIP" och sköttes av den unge f.d. hemlige kuriren holländaren Johannes Baks, alias Robert van Voren, nu professor i "Soviet and post-Soviet studies" i Tblisi i Georgien och i Kaunas i Litauen. Nu har GIP bytt namn till "Global Initiative on Psychiatry" – finansieringen nu känner jag inte till.

Psykiatri i Ukraina idag har utvecklats något men inte mycket. Den har enligt Gluzman alljämt ett sovjetiskt stuk med stora mentalsjukhus och mycket lite öppenvård. När patienter är



Prof. Robert v Voren, författaren och dr Seymon Gluzman på kontoret i Kiev 2018

”färdigvårdade” på sjukhuset men inte kan vara i något hem flyttas de till något ”internat”. Dessa lär vara ännu värre än mentalsjukhusen, har sannolikt fler ”vård”-platser och troligen skrivs man sällan ut levande därifrån. 30 % av de boende på internat skulle kunna skrivas ut från denna ”slavliknande” tillvaro, sades det mig.

Domstolsprocesserna som krävs för tvångsvård i Ukraina är långsamma och besvärliga för alla involverade.

Något politiskt betingat missbruk av psykiatri finns dock inte i Ukraina idag – möjligen i Ryssland, trodde Gluzman. Däremot finns det ekonomiska missförhållanden som drabbar psykiatri!

Korruption

”Kuvert under bordet” är standard liksom i många andra post-sovjetiska länder. Korruption finns i hela samhället från absoluta toppen och nedåt; i domstolar, administration, sjukvård och i allt. Gluzman trodde inte att de skulle försvinna om lönerna höjdes. Det är en sedvänja, rotad i kulturen.

Ingen revanschism eller hämnd

Gluzman är tydlig med att man inte skall utkräva straff av dem som dömdes dissidenter till psykiatri eller av de kollegor som ”vårdade” dem med psykofarmaka och isolering i fruktansvärda miljöer. Han hoppas också att ”russofobi” i Ukraina skall försvinna. Att leva med hat är kontraproduktivt. I lägren var man tolerant mot Gluzman trots att han var jude och politisk fånge.

Samhället behöver reparation – inte hämnd!

Centrum för utveckling av psykiatri i Kiev?

Läkarna i Ukraina, inklusive psykiatrerna, är välutbildade – men de arbetar i ett dysfunktionellt system. I april 2018 hade man sin årliga psykiatriska, internationella konferens – nu cosponsrad av WPA med «Ukrainian Psychiatry in a Rapidly Changing World».

Nu avser man att i Kiev göra ett centrum för utveckling av psykiatri i östliga, postsovjettiska länder. Det behövs och det finns potential i psykiaterkåren!

Jerker Hanson

docent, pensionerad psykiater i Stockholm
jerker.hanson@telia.com

Referenser

<https://static1.squarespace.com/static/57798b38414fb50acf42cc9b/t/57999a6bf7e0ab03ddd9d351/1469684460903/A+Manual+on+Psychiatry+for+Dissenters.pdf>

https://en.wikipedia.org/wiki/Semen_Gluzman

<http://www.psyetdroit.eu/?s=Gluzman>



Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott

Hösten har som vanligt varit en mycket intensiv arbetsperiod. Tid för utvärdering och reflektion förloras i alla saker som måste komma före. Hjärnan går i spinn och minnet liknar alltmer en guldfisks. Vad händer med förmågan till inkännande och att kunna förmedla hopp, när tankarna gång på gång återkommer till ogjorda arbetsuppgifter som ligger på hög? Den ständigt växande administrativa bördan har stort genomslag i min kliniska vardag. Att patienttiderna minskar på grund av ökade administrationskrav är helt mot min vilja.

Ett nytt år kommer allt närmare med, som det verkar, ännu en omorganisation för klinikverksamheten. Det kommer sannolikt att skapa nya utmaningar och svårigheter. Att inte utvärdera tidigare satsningar och organisationsförändringar är mot min vilja. Det finns alltid något man kan lära sig av historien. Man bör ta vara på det som är bra innan man rusar vidare.

En del av de patienter jag arbetar med, arbetar jag mot deras vilja. De vågar inte tro att en förändring av måendet är möjlig. Arbetet med patienter som inte vill ta emot behandlingar handlar om att utforska, visa på alternativ och våga stå för hopp om förändring och förbättring. Samtalen handlar förstås om vanliga vardagsöromål, men också om att framhålla sådana insatser som är mot patienternas vilja för stunden. Målet är att de kan bli hjälpta på sikt, men framgången kommer som regel först när deras vilja överensstämmer med de förändringar som vi belyst och argumenterat för.

Rädslan för förändring i livet när man inte mår bra, och man haft det så under nästan hela ens liv, tycks vara enorm hos vissa patienter. Det har pågått så länge att det dåliga måendet är det som känns tryggt, normalt eller invariant. Vad händer med personen om hen börjar må bättre? Vågar hen tro att det kan bli en förändring alls? Vilka krav hamnar på hen om måendet förändras så till den grad att hen klarar av att planera för friska saker i sitt liv, som att arbeta eller studera. Klarar hen av att ha eget boende? Kan hen återuppta kontakter med vänner?

Teamet runt patienten arbetar med att nyfiket lyssna, försöka

förstå och visa på möjliga förändringar i tankesätt och praktisk handling. Men att förändra någons vilja kommer till syvende och sist att handla om att personen själv förändrar sin vilja. Då kan hen våga chansa på att livet faktiskt kan förändras och förbättras även om hen inte har några erfarenheter av hur det skulle kunna vara. Det ligger en del i skämtet från tv-serien *That '70:s show*: "Hur många psykiatriker behövs för att laga ett punkterat bildäck?" "Först måste bildäcket vilja bli lagat ..."

Så händer det att man verkligen når framgång i arbetet med patienten, antingen med samtal, läkemedel eller andra praktiska insatser. Inte sällan är det en kombination av de tre och i samarbete med flera andra yrkeskategorier. Att vara psykiater är alltså ett fantastiskt teamarbete.

Det finns en hel del som går mot min vilja i mitt arbete. Det finns patienter som vi arbetar intensivt med, där våra idéer är mot deras vilja. Viljan till förändring och till förbättring tänker jag är en drivkraft som kan utveckla både verksamheter och enskilda patienters liv.

Utbildningsutskottets arbete för hög utbildningskvalité under grundutbildning, allmäntjänstgöring, specialisttjänstgöring och fortbildning för specialister fortsätter. SPUR är en viktig del av detta arbete. I början på nästa år planeras det för att "spura" i Västerbotten vilket känns intressant, spännande och som en förmån.



Jonas Rask
Ordförande Utbildningsutskottet

ANNONS

När vårdbehovet är oundgängligt



"Jag är frihetsgudinnan, jag är Eiffeltornet, jag är urupphovet till den svenska historien, via Thorbjörn Fällidin!" basunerade den distingerade herren rätt ut i rymden med en sådan intensitet att han själv blev suddig i konturerna. Mannens grandiositet matchades inte av någon röd matta. Istället fick han psykiatrisk tvångsvård.

Jag hade vid det här tillfället precis påbörjat min ST i psykiatri och hade dessförinnan vant mig vid primärvårdens arbetssätt, där man lämnar över så mycket som möjligt av ansvaret till patienten själv. Psykiaterns roll som fångvaktare hade jag nästan förträngt, och med denna öppet psykotiske patient fick jag dessutom bita mig i läppen för att inte skratta, ovan som jag då var. Avseende denna patient var bedömningen inte svår, med en LPT:ns (lagen om psykiatrisk tvångsvård) royal straight flush i given.

LPT-vård behöver inte vara helt och hållet mot patientens vilja. Patienten kan vara positiv till vården, utan att kunna ta ställning till hur den bäst ska bedrivas. En svårt manisk patient tyckte om vården och särskilt personalen. Han ogillade bara LPT och att inte själv få bestämma när han kunde gå på permission för att träna. När hans tillstånd spann iväg och utvecklade sig till en deliriös mani åt han påskiljor på avdelningen, försökte öppna säkerhetsdörrarna till avdelningen med nageln och hasplade osammanhängande ur sig olika sovjetiska hockey-hjältar. Inte ens i detta skick motsatte han sig behandling, i detta läge ECT, men han var hela vägen emot att vårdas mot sin vilja. En annan manisk patient, en kvinna med för tillståndet osedvanligt god sjukdomsinsikt, förstod av erfarenhet att hon behövde de ramar LPT-vården ger. Under länsrättsförhandling drömde hon näven i bordet och utbrast: "när jag är i det här tillståndet är det bara en sak som gäller, och det är att hålla mig bakom lås och bom".

För det mesta brister dock sjukdomsinsikten hos dem som behöver tvångsvård. De enda gånger jag har blivit uppmanad att skriva intyg om att någon varit "helt psykisk frisk" har förfrågningen kommit från någon med psykossjukdom. En av våra mest kroniska schizofrenipatienter LPT-vårdades regelbundet, på den nivån att man kunde kryssa för i kalendern när nästa vårdintyg skulle behöva skrivas, baserat på tidpunkten när hon hade möjlighet att vägra sina depotinjektioner med neuroleptika. I början av vårdtillfällena brukade hon vara pockande och

kräva att man skulle operera ut den decimeterlånga rospigg hon upplevde satt under höger arcus. När den antipsykotiska medicineringsen verkat en tid talade hon mer sällan om rospiggen. Under länsrättsförhandlingar brukade hon förneka att hon hade någon rospigg i kroppen, då hon lärt sig att alltför mycket divlande om rospiggar brukade föranleda förlängd LPT-vård.

När patienten har någon grad av sjukdomsinsikt och inte är lika uppenbart sjuk kan LPT-bedömningarna vara mycket svårare, som exempelvis en tid efter någon har försökt suicidera. När kan man släppa hem någon efter ett självmordsförsök? En av de längsta LPT-förhandlingar jag varit med om rörde vården av en ganska vältalig herre som överklagat sin LPT-vård och hade lagom till förhandlingarna i Förvaltningsrätten hunnit förbättras efter sitt hängningsförsök. Jag menade på att det inte var riggat än för utskrivning och att suicidrisken ännu var för hög. Patientens advokat argumenterade för att patienten inte längre ville ta sitt liv och än mindre vistas på sjukhus. Domaren fällde till sist avgörandet. Han vände sig direkt till patienten och sa: "I ditt fall har rätten varit oenig kring huruvida kriterierna för LPT-vård kan anses vara uppfyllda. Jag väljer att gå på sakkunnigläkarens linje (fortsatt LPT-vård), då konsekvenserna om vi har fel skulle vara så förödande".

Det är en grannlaga uppgift att beröva medborgare deras frihet. Patienterna som kan komma i fråga för psykiatrisk tvångsvård är dock psykiatris kärngrupp, patienter som har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård. Det åligger oss att ta hand om dessa allvarligt psykiskt sjuka patienter. Visserligen behöver vi inte krusa för tvångsvårdade patienter, den som vårdas enligt LPT kan inte skriva ut sig i affekt. Likväl har vi för de LPT-vårdade patienterna ett större ansvar, och bör även för dem så långt det är rimligt försöka se till att de får sina önskemål uppfyllda.

Mikael Tiger
Psykiater
Stockholm

Fotnot: Länsrätten var tidigare namnet på förvaltningsdomstolen i lägsta instans, den ersattes 2010 av förvaltningsrätter.

Makten och tvånget

Tvånget och makten, makten och tvånget –
mig dem är givna att rädda och skydda,
mig dem är givna att lagarna lyda,
fria ur greppet sjukdomarnas fånge.

Tvånget och makten, makten och tvånget,
lovar använda för rädda och skydda,
lovar att punktligt jag lagarna lyda,
fria sjukdomarnas lidande fånge.

Tvånget och makten – de medel som givna.
Stoppa förfallet. Kärleken skaffa.
Lagar är bara bokstäverna skrivna,
kärlek i punkter och paragrafer.

Lioudmila Mendoza

*Psykiater
Södertälje*

Redaktör för bokprojekt sökes

Att skriva en populärvetenskaplig bok om vad vi idag vet om psykiska sjukdomar och icke-sjukdomar (läs tillstånd, ohälsa, syndrom, osv) är ett hedervärt uppdrag som dock inte är det lättaste. Det vet professor emeritus Ulf Rydberg som ändå oförväget tagit sig an att få denna idé att bli verklighet. Att hitta duktiga och kompetenta personer som kan bidra till innehållet verkar heller inte vara den stora utmaningen, utan snarare att få finansiering och att hitta en vinkel som tilltalar läsaren så pass att hen sträcker sig efter boken på butikshyllan (eller kanske snarare hemsidan). Härmed annonserar vi i SPF:s styrelse därför efter en person med tidigare erfarenhet av redaktörsarbete eller, minst lika viktigt, kunskap och vilja att äska pengar, kontakta förlag och sammankalla till planeringsmöten.

För denna bok behövs verkligen!

SPF:s styrelse

norrastockholmspsykiatri.se

Överläkare

till Affektiv mottagning, S:t Eriksplan

Är du intresserad av att arbeta som överläkare vid en mottagning för affektiva sjukdomar?

Vi är indelade i två multiprofessionella behandlingsteam med två specialistläkare i varje team. Mottagningen ligger vid S:t Eriksplan i nyrenoverade fräscha lokaler.

Kom och arbeta med oss på Mottagning för affektiva sjukdomar II, S:t Eriksplan!

Läs mer och ansök via sll.se/ledigajobb
Ref.nr **157783**

Sista ansökningsdag: **2018-12-31**



Glöm inte våra hemsidor:

På respektive hemsida läser Du alltid senaste nytt:

**Svenska Föreningen för Barn -
och Ungdomspsykiatri:**

www.sfbup.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:

www.svenskpsykiatri.se

ST-läkare i psykiatri:

www.stpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:

www.srp.se



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**

Landstinget Dalarna söker **Specialist i barn- och ungdomspsykiatri eller ST-läkare till BUP Dalarna**

Välkommen till Dalarna!

Hos oss får du ett spännande och stimulerande arbete med möjligheter till utveckling och fortbildning. Vi är lyhörda för dina önskemål och värdesätter engagemang och initiativtagande!

Nu erbjuder vi Psykiatryftet, en särskild lönesatsning på specialistläkare i psykiatri samt möjlighet till distansarbete.

Varmt välkommen!

Du hittar tjänsterna på
ldalarna.se/ledigajobb





SPK 2019: Varifrån kommer våra psykofarmaka – en historisk exposé

Ihärdig forskning eller oinspirerad slump? Eller en kombination av dessa två? Tänk om man hade tid att läsa på om historien bakom våra psykofarmaka, kanske skulle man få ett annat perspektiv till vår behandlingsarsenal. Glädjande nog har psykiatern och universitetslektorn Björn Mårtensson fördjupat sig i det och han kommer att dela med sig av sina kunskaper och upptäckter på SPK 2019.

Välkommen!

Alessandra Hedlund
Vice ordförande SPF

SPK 2019: Fetma, ett motvilligt äktenskap mellan kropp och själ

Många av våra psykiatriska patienter lider av fetma, en sjukdom som för med sig både fysiska och psykiska komplikationer. Men vad händer i kroppen egentligen? Vad kan man förvänta sig vid behandling? Hur mår patienterna psykiskt efter fetmakirurgin?

Detta och mycket annat kommer Joanna Uddén Hemmingsson, överläkare i endokrinologi, med dr och ordförande för Svensk Förening för Obesitasforskning, att prata om på SPK 2019. Det blir en spännande föreläsning om fetma ur endokrinologens perspektiv. Låt kunskapen krossa skammen och fördomarna.

Välkommen till SPK 2019!

Alessandra Hedlund
Vice ordförande SPF



ST-läkare! Svenska Psykiatrikongressen är ett gyllene tillfälle att få kursintyg

Missa inte:

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

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

Vi ser fram emot att träffa dig på SPK 2019!

För SPF:s styrelse
Alessandra Hedlund

I Macchiarinis fotspår - Bosse Lindquist reflekterar

En spektakulär medicinsk skandal. Hur kunde det ske? En av våra främsta undersökande reportrar gjorde reportagen som blottade en djupt oroande historia. I sin bok fördjupar han berättelsen om personerna, systemet och kulturen bakom händelserna. Svante Nyberg samtalar med författaren om arbetet bakom boken "Macchiariniaffären. Sanningar och lögn på Karolinska".

"Rastlös sökare och troende tvivlare: existentiella frågor i filmer av Ingmar Bergman."

Biskop emerita Caroline Krook pratar om skam och skuld i Ingmar Bergmans filmer med utgångspunkt i sin uppmärksammade bok.

Hasse Brontén, ståuppkomiker, manusförfattare och f.d. polis, håller årets inledningsanförande. Hans far led av bipolär sjukdom och tog sitt liv. Hasse samtalar med Ullakarin Nyberg om konsekvenserna av faderns självmord.



	Riddarsalen	Fogelström	Galleriet	Arkaden
09.00-09.45	Incheckning med kaffebuffé			
10.00-10.45	Välkommen Inledningsanförande <i>Hasse Brontén</i>			
11.00-11.45	Min pappa tog sitt liv - samtal om självmord <i>Hasse Brontén, Ullakarin Nyberg</i>	Fysisk träning vid psykosjukdom <i>Henrik Bergman</i> Hur kan vi öka chansen att våra patienter följer rekommendationer? <i>Sven Alfonsson</i>	Arv & miljö; Gin & tonic - ett samtal om syskonskap <i>David och Jonas Eberhardt</i> Moderator: Kattis Ahlström	Braining <i>Åsa Anger, Lina Martinsson</i>
12.00-13.00	LUNCH			
13.00-13.45	Depression och ångest som systemsjukdom <i>Brenda Penninx, Johan Fernström, Daniel Lindqvist, Kristoffer Månsson</i>	Psykosforskning på uppgång Lättsam introduktion och historiska axplock <i>Lars Farde</i> Neuroinflammation – ett hett spår <i>Simon Cervenka</i>	Anders, jag och hans 23 andra kvinnor Filmvisning Regissör <i>Nahid Persson</i> 90 minuter	Diagnostik mer än diagnos!!? <i>Henrik Anckarsäter, Jonna Bornemark, Jörgen Herlofson, Herman Holm, Göran Rydén</i>
14.00-14.45	Depression och ångest som systemsjukdom fortsätter	Kognitiv funktionsförsämring – finns det hos nyinsjuknade före läkemedelsbehandling? <i>Helena Fatouros-Bergman</i> Nya antipsykotiska läkemedel på väg <i>Torgny Svensson</i> Vad har MRI lärt oss om psykos? <i>Carl Johan Ekman</i>		
14.45-15.15	KAFFE			
15.15-16.00	Depression och ångest som systemsjukdom fortsätter	Psykosforskning på uppgång fortsätter Är schizofreni och bipolär psykos samma sjukdom? Mätning av genetiska risk- poäng kastar nytt ljus över en gammal fråga <i>Mikael Landen</i> Moderatorer: Lars Farde, Mikael Landén	Vad får en människa att dejta 24 olika personer samtidigt? <i>Katarina Görts Öberg, Niklas Långström och Nahid Persson</i> i ett samtal om sexmissbruk	Allvarligt talat <i>Jonna Bornemark, Liv Fries, Alexander Wilczek</i> Moderator: Alessandra Hedlund
16.15-17.00	Macchiarinaffären. Sanningar och lögner på Karolinska <i>Bosse Lindquist och Svante Nyberg</i> samtalar	Implementering av person- centrerad psykosvård inom psykiatrisk heldygnsvård <i>Katarina Allerby</i> Beskrivning av en standardi- serad utredning för personer med misstänkt psykosjukdom <i>Anneli Goulding</i>		
17.30 -	MINGEL I UTSTÄLLARHALLEN			



	Milles	Tornet	Poseidon
09.00-09.45	Incheckning med kaffebuffé		
11.00-11.45	ACT - (Acceptance and Commitment Therapy) hjälp till ungdomar som slutenvårdas eller som insats i skolan <i>Fredrik Livheim</i>	Den föränderliga psykopatologin - ett historiskt perspektiv <i>Stein Steingrimsson</i>	Katatoni i kliniken, en uppdatering <i>Benny Liberg, Alexander Santillo</i>
12.00-13.00	LUNCH		
13.00-13.45	Äg din ADHD <i>Brita Zackari, Johannes Zackari</i>	Varifrån kommer våra psykofarmaka – en historisk exposé <i>Björn Mårtensson</i>	E-hälsa <i>Jonas och Sophie Eberdard</i>
14.00-14.45	Sexuallmord, överfallsvåldtäkt och DNA-länkade sexualbrott <i>Joakim Sturup</i>	Traumatisering hos barn - Väck den björn som sover! <i>Sofia Bidö, Moa Mannheimer, Poa Samuelberg</i> Barn, unga och trauma. Att uppmärksamma, förstå och hjälpa <i>Kjerstin Almqvist, Anna Norlén och Björn Tingberg</i> ESSENCE - om adhd, autism och andra utvecklingsavvikelser <i>Christopher Gillberg</i>	Sucid <i>Jenny Jägerfeld, Karl Modig</i>
14.45-15.15	KAFFE		
15.15-16.00	Myalgisk encefalit ME - Vad varje psykiater bör veta <i>Jonas Blomberg, Per Julin</i>	Jämlik vård för flyktingar och migranter? - Hur ser det ut? Vad behövs? <i>Sofie Bäärnhjelm, Christina Dalman, Anna Clara Hollander</i>	Att leva med en psykisk sjukdom men att se möjligheter att kunna leva ett liv fullt ut <i>Anette Laursen</i>
16.15-17.00	Huntingtons sjukdom är också en psykiatrisk sjukdom <i>Åsa Petersén</i>	Kan ST-utbildningen lära av den globala rörelsen för migrant friendly care? <i>Maria Sundvall</i>	Psykiater i multiprofessionella epilepsiteam: Nationella riktlinjer för vård vid epilepsi <i>Marie Bendix, Ulla Lindbom, Anna Lord</i>
17.30 -	MINGEL I UTSTÄLLARHALLEN		



	Riddarsalen	Fogelström	Galleriet	Arkaden
09.00-09.45	Förnuft och känsla - Vägen till rätt diagnostiserad bipolär sjukdom <i>Johanna Bargholtz</i> Moderator: Maria Larsson	Patientsäkerhet i fokus Chefläkeri inom psykiatri - en spännande utmaning <i>Tuula Wallsten</i>	Sexmissbruk och nätporr – konsekvenser för unga och vuxna <i>Cecilia Dhejne, Roger Nilson, Ulrica Stigberg, Carl Göran Svedin</i>	Att driva öppenvårdspsykiatri enligt specialiserat vårdval <i>Lars Häggström, Christina Ysander</i>
09.45-10.15	KAFFE			
10.15-11.00	Ett nytt komplext bipolärt patientfall med problem och lösningar <i>Johanna Bargholtz, Thomas Eklundh, Ann Frånberg, Göran Isacsson, Maria Larsson, Kristina Lindwall-Sundel</i> Moderator: Lena Backlund	Patientsäkerhet i fokus, fortsätter Strategier för att skapa en riskmedveten organisation <i>Martin Hultén, Lena Persson</i> Vårdskador inom svensk psykiatri <i>Charlotta Brunner</i>	Dialogmöte Sex mot ersättning <i>Socialstyrelsen</i>	Personlighetsyndrom och självskadebeteende Det nationella arbetet kring självskada <i>Lise-Lotte Risö Bergerlind</i> ICD 11 och DSM-5 <i>Sophie Stejger</i>
11.15-12.00	Litium - A Love Story <i>Lena Backlund, Lina Martinsson, Mikael Landén, Daniel Lindqvist</i> Moderator:	Psykoterpins ställning inom psykiatri <i>Lars Jacobsson, m.fl.</i>	Sätts en standard genom porr på nätet? Vad gör det med våra unga? <i>Roger Nilsson, Niklas Långström</i> Sex som självskada <i>Cecilia Fredlund</i>	Guidelines/riktlinjer kring personlighetsstörning <i>Lisa Ekselius</i> Brukarstyrd inläggning <i>Sofie Westling</i>
12.00-13.00	LUNCH			
13.00-13.45	Inflammation och immunologi - vad en psykiater bör veta <i>Susanne Bejerot, Daniel Eklund, Eva Hesselmark, Mats Humble, Ulrika Hylén</i>	En kritik av modeller för vår förståelse av självmordets natur <i>Lars Jacobsson</i>	SPF:s riktlinje: Vuxna med intellektuell funktionsnedsättning och psykisk ohälsa <i>Lena Nylander, m fl</i>	Självskadechatt, <i>Jessica Andersson</i> Återhämtningss guider - verktyg i patientens återhämtning <i>Conny Allaskog</i>
14.00-14.45		Vem äger ditt liv? Självordets moderna kulturhistoria <i>Christian Rück</i>	"Du ser gladare ut än jag" – autism och verktyg för kom- munikation <i>Alessandra Hedlund, Maria Karlmark</i>	Risikofaktorer för suicid och effekten av förebyggande läke- medelsbehandling Nya data från kvalitetsregistren Bipolär och ECT <i>Mikael Landén, Axel Nordenskjöld</i>
14.45-15.15	KAFFE			
15.15-16.00	Förlåtelse och försoning – nödvändigt för psykisk hälsa? Samtal mellan <i>Barbro Holm Ivarsson och Caroline Krook</i> Moderator: Ullakarin Nyberg	Riskerna med skattningar och evidens i psykiatri - historia och framtid Ett samtal mellan <i>Marie Åsberg och Maria Larsson</i>	Medvetandet, själen, psyket och biologin <i>Rolf Ahlzén, Johan Eriksson, Lennart Koskinen, Helge Malmgren, Christoffer Rahm</i> Moderator: Alexander Wilczek	Terapirefraktär depression i Stockholm Patientkaraktistik, sjuk- vårdskonsumtion och behandlingsmönster i primär- vård och specialistpsykiatri – preliminära resultat <i>Johan Lundberg</i>
16.15-17.00	Skam och skuld i några av Ingmar Bergmans filmer <i>Caroline Krook</i> Moderator: Ullakarin Nyberg	Läkemedelsbehandling vid alkoholberoende		Depressionsbehandling i praktiken, vad vet vi egentligen? <i>Lars Häggström</i>
17.15				SPFs årsmöte



	Milles	Tornet	Poseidon
09.00-09.45	SBU:s kartläggning av rättspsykiatri - hur gör vi i framtiden? <i>Björn Hofvander, Katarina Howner, Per-Axel Karlsson</i>	Knepiga kliniska frågeställningar <i>Cecilia Mattisson, Linnea Nöbbelin</i>	KURS (måste föränmålans) Suicidologi (3 timmar) <i>Ullakarin Nyberg Åsa Steinsaphir</i>
09.45-10.15	KAFFE		
10.15-11.00	Samsjuklighet ADHD och substansbruk <i>Andrea Capusan</i>	Knepiga kliniska frågeställningar fortsätter	Suicidologi
11.15-12.00	Vem tar hand om doktorn? <i>Maria Zetterlund Gustafsson, Alexander Wilczek</i> Moderator: Jill Taube	Psykiatri - Psykiatern - Patienten Allvarligt talat - ett samtal mellan <i>Herman Holm, Henrik Nybäck</i>	Suicidologi
12.00-13.00	LUNCH		
13.00-13.45	Utan skuld och skam - psykopatiska drag utanför murarna <i>Katarina Howner</i>	Hur påverkas du av den nya kunskapsorganisationen? Om Nationellt Programområde psykisk hälsa <i>Lise-Lotte Risö Bergerlind, Ing-Marie Wieselgren</i>	KURS (måste föränmålans) Psykofarmakologi (4 timmar) <i>Michael Andresen, Finn Bengtsson</i>
14.00-14.45	Reproducerbarhet i psykologisk och psykiatrisk forskning - några exempel <i>Gustav Nilsson</i>	Känslor som kraft eller hinder <i>Hanna Sahlin och Elizabeth Malmquist</i> MBT i teori och praktik - om mentaliseringsbaserad terapi <i>Christina Morberg Pain, Niki Sundström, Fredrik Tysklind</i>	Psykofarmakologi
14.45-15.15	KAFFE		
15.15-16.00	Beteendevarianten av frontotemporal demens: genetiken <i>Caroline Graff</i>	SKL:s handlingsplan inom området missbruk och beroende för ungdomar och unga vuxna 13-29 år <i>Mikael Malm</i>	Psykofarmakologi
16.15-17.00	Fetma, ett motvilligt äktenskap mellan kropp och själ <i>Joanna Uddén Hemmingsson</i>		Psykofarmakologi
17.15			



	Riddarsalen	Fogelström	Galleriet	Arkaden
09.00-09.45	<p>Psykiatrisk tvångsvård Senaste utvecklingen i statistiken gällande tvångsvård <i>Martin Rödholt</i></p> <p>Kommentar till siffror, syns det "genombrott"? <i>Herman Holm</i></p>	<p>DEBATT: BasBT/den nya sexåriga läkarutbildningen <i>Ola Björgell</i> SLS vetenskapliga programkommitté <i>Torbjörn Ledin</i> SLS Utbildningsdelegation <i>Karl Lundblad</i> Ordförande ST-läkare i Psykiatri och styrelseledamot SPF Moderator: <i>Alessandra Hedlund</i></p>	<p>Psykosomatiska tillstånd <i>Lotta C Persson, Carl Sjöström</i></p> <p>Konsultpsykiaterns roll när den psykiatriska patienten vårdas inom somatisk slutenvård <i>Amy Goldman</i></p>	<p>Metodutveckling Ett nytt sätt att organisera vården kring personlighetsstörningar <i>Peder Björling, Niki Sundström</i></p>
09.45-10.15	KAFFE			
10.15-11.00	<p>LPT - lagstiftning och myndighetsutövning inom hälso- och sjukvården, kan vård leda till brott? <i>Tuula Wallsten</i></p>	<p>Äldres psykiska ohälsa med förhöjd risk för suicid <i>Inger Händestam, Susanne Rolfner Suvanto</i></p>	<p>Samarbetsvård Psykisk Hälsa (Collaborative Care) <i>Mattias Damberg, Henric Jansson, Martin Rödholt</i></p>	<p>Psykedelisk Psykiatri <i>Filip Bromberg, Johan Fernström, Alexander Lebedev, Fredrik von Kieseritzky</i></p>
11.15-12.00	<p>Diskussion gällande LPT - dokumentation, beslutsmodulen och tolkning av lag och föreskrifter i kliniken</p> <p>Moderatorer: <i>Tarmo Kariis och Tuula Wallsten</i></p>	<p>Live or let die - existentiell hälsa i suicidprevention <i>Cecilia Melder, Ullakarin Nyberg</i></p>		
12.00-12.45	<p>AVSLUTNINGSANFÖRANDE <i>Martina Montelius</i></p>			

PRAKTISK INFORMATION

KOSTNAD:

Medlem i Svenska Psykiatriska Föreningen: 5600:-
Pensionerad medlem: 4600:-
Icke-medlem: 7600:-

MÅLTIDER:

Följande måltider ingår i kongressavgiften:
För- och eftermiddagskaffe
Lunch onsdag och torsdag

MINGEL (föranmäls):

Onsdag 13 mars, kl. 17.30
Mälarsalen
Gratis

KONGRESSMIDDAG: (föranmäls):

Torsdag den 14 mars, kl. 19.30
Mälarsalen

PRIS: 500 kronor exkl dryck - medlemmar
600 kronor exkl dryck - icke-medlemmar

Du kan redan nu anmäla dig på vår hemsida:
www.svenskapsykiatrikongressen.se

*Det här är ett preliminärt program, vi uppdaterar programmet ständigt på vår hemsida
www.svenskapsykiatrikongressen.se*



	Milles	Tornet	Poseidon
09.00-09.45	Att skapa sig frisk <i>Stefan Karlsson, Johannes Nordholm,</i>	Raffaellapristagare <i>Tove Gunnarsson</i>	Vägen ur utmattningssyndrom <i>Giorgio Grossi och Kerstin Jeding</i> Haja ADHD - om nuets förbannelse, hjärnans skärmsläckare och vikten av dagdrömmeri <i>Björn Roslund</i>
09.45-10.15	KAFFE		
10.15-11.00	Förgiftningar med missbruksmedel <i>Erik Lindegren</i>	Litium workshop - att tolka krångliga provsvar <i>Filip Fransson, Ingrid Lieber, Michael Ott, Ursula Werneke, Louise Öhlund</i>	Vad är psykologiskt ledningsansvar? <i>Christine Bedinger, Martin Björklind, Anders Wahlberg</i>
11.15-12.00	Droglösta psykoser - vad är det och vad gör man? <i>Joar Guterstam</i>		
12.00-12.45	AVSLUTNINGSANFÖRANDE		

ANMÄLAN SENAST DEN 1 MARS!

KURSER PÅ SPK 2019:

För samtliga kurser gäller att deltagarantalet är begränsat och föransmälan måste ske när du anmäler dig till kongressen, www.svenskapsykiatrikongressen.se. Max **en** kurs per person och medlemmar har företräde.

Suicidologi - Torsdag kl. 09.00-12.00

Lokal: Poseidon, 30 deltagare

Ullakarin Nyberg

Psykofarmakologi - Torsdag kl. 13.00-17.00

Lokal: Poseidon, 30 deltagare

Michael Andresen, Finn Bengtsson

Bakjurskola för nyblivna specialister - Fredag kl. 09.00-12.00

Lokal: Pegasus, 20 deltagare

Hanna Edberg, Björn Owe-Larsson, Sarantos Stasinakis

Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

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

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

För beslut om sådant medlemskap krävs minst 2/3 av de vid mötet röstande.

Till hedersledamot kan även icke läkare väljas".

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

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



ANNONS



Bästa möjliga kunskap i varje möte

System för kunskapsstyrning

Landstingens och regionernas system för kunskapsstyrning är ett system som den svenska sjukvården just nu inför. Inom systemet finns på nationell nivå ett tjugotal Nationella programområden (NPO) och ett av dem är Programområde Psykisk hälsa. Inom detta rymms allt från främjande förebyggande till högspecialiserad psykiatrisk vård. Alla landsting och regioner har bestämt sig för att vara med och det finns en styrgrupp som består av direktörer som representerar alla sjukvårdsregioner. Systemet är tänkt att drivas och bekostas av landstingen själva. Under en övergångsperiod stöttar Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) vissa Programområden där det finns överenskommelser med Socialdepartementet som för psykisk hälsa.

Mer likvärdig vård över landet

Visionen för systemet har varit att skapa mer jämlik hälsa och att rädda liv. "Landstings och regioners system för kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte." Det här citatet är från SKL:s hemsida där ni kan läsa mer om hela systemet. (<https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning.14031.html>)

Vård och insatsprogrammen, VIP, är unika genom att de vänder sig till olika personalgrupper, olika verksamheter och olika huvudmän och dessutom handlar om individer i olika situationer.



Programområde psykisk hälsa

Psykiatrin finns i Programområde Psykisk Hälsa. Här finns även kommunen (socialtjänst och elevhälsa) med från början eftersom insatser för psykiska sjukdomar och psykiska funktionshinder ofta handlar om insatser från flera huvudmän. På samma sätt inkluderar förebyggande arbete och främjande insatser för psykisk hälsa många fler aktörer än psykiatri och primärvård. Även här finns en styrgrupp med en från landstinget och en från kommunsidan per sjukvårdsregion det vill säga sex plus sex ledamöter. Vilka de är och mer om arbetet finns på hemsidan www.uppdragpsykiskhalsa.se. Nationella arbetsgrupper tillsätts för att exempelvis ta fram kunskapsstöd. Fem Nationella arbetsgrupper inom området psykisk hälsa har startat under 2018. De utgår från Nationella riktlinjer (Schizofreni och liknande psykoser, Ångest och depression, Missbruk och beroende) eller andra nationella kunskapsunderlag (ADHD och Självskada). Medlemmar till arbetsgrupperna nomineras av de sex sjukvårdsområdena och samlas in av ledamöterna i Nationella programområdet. Värdskapet för hela Programområde psykisk hälsa är fördelat till Västra Götaland men är vilande medan det finns överenskommelse och utvecklingsarbete på SKL.

Vård och insatsprogram

Programområdet psykisk hälsa identifierade att det finns en hel del att göra för att stödja användningen av de Nationella riktlinjer som finns. De fem Nationella arbetsgrupperna utformar därför ett Vård- och insatsprogram (VIP) inom respektive ämne. Vård och insatsprogrammet för Schizofreni och liknande psykoser är det som kommit längst och har varit igång snart ett år. I början av 2019 kommer det att vara i fas för spridning och förvaltning. Övriga kommer arbetas med under hela 2019. Tanken med en VIP är att den ska kunna ge konkret stöd i hur personal i olika roller och situationer ska göra. I varje möte behöver personalen tillgång till bästa tillgängliga kunskap inom området och personen själv tillräcklig kunskap för att kunna vara delaktig i beslut om sin egen vård och omsorg. Det gäller såväl kommunal som landstingsanställd personal varför våra VIP:ar är utformade så att de vänder sig till såväl socialtjänst, elevhälsa som hälso- och sjukvård. Vård- och insatsprogrammen kommer att presenteras på en tillfällig hemsida www.vardochinsats.se

Vad är vård- och insatsprogram? - en samling texter



Gemensamt ansvar för innehållet

Vård- och insatsprogrammen bygger på Nationella riktlinjer, professionsföreningarnas vårdprogram och regionala vårdprogram. Arbetsgruppen går igenom och ser om något fattas och om det går att fylla på med bästa praxis. Arbetsgruppens medlemmar har i uppgift att ta hem Vård- och insatsprogrammen för bearbetning i sina landsting och kommuner och att stämma av med akademiska företrädare som finns i sjukvårdsregionerna liksom med engagerade brukarföreträdare. Frågorna de har med sig är om innehållet är rätt och om det är förpackat på ett användbart sätt för det dagliga arbetet. Vård och insatsprogrammen kommer också att skickas ut brett till professionsföreningar och brukarorganisationerna för synpunkter. Vi hoppas att det ska bli levande dokument som kontinuerligt förbättras med hjälp av experter och kliniskt verksamma även efter att arbetsgruppen är klar. Uppdateringar och förändringar görs fortlöpande när det behövs. Vård- och insatsprogrammen blir helt enkelt så bra som vi tillsammans gör dem. Så välkomna med synpunkter.

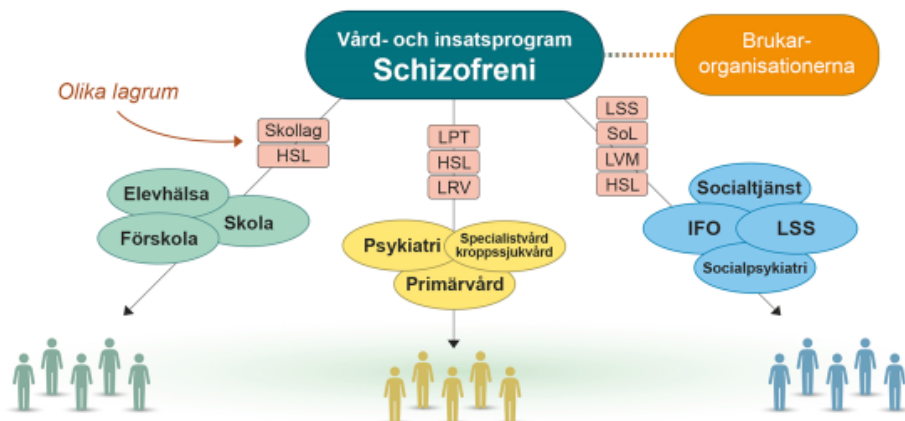
Spridning och användning den stora utmaningen

Den stora utmaningen är sedan att få information om Vård- och insatsprogrammen att nå alla medarbetare och ännu större utmaning att få bästa tillgängliga kunskap att bli använd i alla patient- och klientmöten. Om vi kan använda samma kunskapsstöd oavsett var i landet vi jobbar och i vilken verksamhet kan förhoppningsvis samarbetet fungera smidigare. En gemensam webbplats gör att vi dels kan se det som är riktat till oss själva men också vad vårdgrannar och andra aktörer förväntas göra.

Ing-Marie Wieselgren

Psykiater och Samordnare för psykisk hälsa på SKL
ing-marie.wieselgren@skl.se

Spridningsplanen





Bidirektionellt samband mellan mobbning, depression och självmordsförsök bland skolungdomar

En skolbaserad multicenterstudie av europeiska 15-åringar har visat att mobbning ökar risken för depression och även det omvända, att depression ökar risken för mobbning (Brunstein Klomek 2018). Fysisk mobbning ökar risken för självmordsförsök och att ha gjort ett självmordsförsök ökar risken att bli utsatt för mobbning. Underlaget till studien var 2933 ungdomar, varav 1647 flickor och 1281 pojkar, som deltagit som kontroller i SEYLE (*Saving and Empowering Young Lives in Europe*), en multicenterstudie av evidensbaserade självmordsförebyggande interventioner, som omfattade totalt 11 100 ungdomar från 11 europeiska länder (Wasserman 2010).

Information om mobbning, självmordsförsök, självmordstankar och depression vid studiestarten samt efter 3 och 12 månader, fick forskarna genom ett självskattningsformulär som utvecklats för SEYLE (Carli et al 2013). Mobbning bedömdes enligt 10 ja/nej frågor från WHO's (2009) Global School-based Student Health Survey (GSHS). Skattningsformuläret skiljer mellan 3 olika former av mobbning: 1) fysisk, verbal och relationsbetingad. Depression skattades med användning av Beck Depression Inventory (Beck 1996) och självmordstankar och självmordsförsök med Paykel Hierarchical Suicidal Ladder (Paykel 1974).

Mobbning, oavsett i vilken form det skett, ledde till nya fall av depression såväl efter 3 ($p < 0,001$) som efter 12 månader ($p < 0,001$). Risken för depression enligt Odds Ratio (OR) var 2,24 ($p < 0,001$), 1,84 ($p < 0,001$) och 1,66 ($p < 0,001$) för fysisk, verbal respektive relationsbetingad mobbning vid 3 månader och 2,26 ($p < 0,001$), 1,64 ($p < 0,001$) och 1,94 ($p < 0,001$) för fysisk, verbal respektive relationsbetingad mobbning vid 12 månader.

Man fann även det omvända dvs. att ha depression vid studiestarten ökade risken för att bli utsatt för såväl fysisk som verbal

och relationsbetingad mobbning. Även tidigare observationer har talat för ett reciprokt förhållande mellan mobbning och depression hos både pojkar och flickor (Kaltiala-Heino 2009) och ett bidirektionellt förhållande mellan fysiskt våld och psykotiska episoder finns beskrivet (Kelleher 2013). Förekomst av fysisk mobbning, men inte verbal eller relationsbetingad, ledde till nya fall av självmordstankar och självmordsförsök vid 3 och 12 månader. För ungdomar, som utsatts för fysisk mobbning när studien startade, fördubblades risken för självmordstankar och självmordsförsök ($p < 0,01$) vid 3 månader, och vid 12 månader var risken för självmordsförsök fem gånger så hög ($p < 0,01$) jämfört med ungdomar som inte utsatts för fysisk mobbning. Resultaten var signifikanta även efter kontroll för sociodemografiska variabler. Självmordsförsök, men däremot inte självmordstankar, ökade sannolikheten för fysisk mobbning.

Kronisk mobbning oavsett i vilken form, ökade risken för såväl depression som självmordstankar och självmordsförsök jämfört med sporadisk mobbning.

Att uteslutas ur gemenskapen och ständigt utsättas för trakasserier ökar risken för internaliserande problem, en försämrad självttillit, en förändrad social identitet och en upplevelse att vara utanför och annorlunda. Joiner (2005) postulerar i sin interpersonala teori rörande självmord och självmordsbeteende att det uppstår en önskan att dö om man upplever att man är utanför allting och inte har någon samhörighet med sin omgivning, det som han kallar *thwarted belongingness*. Det har föreslagits att graden av självmordsnärhet är starkt relaterad till hopplöshetskänslor (Beck 1985) och man har funnit att över tid kan *thwarted belongingness* i kombination med hopplöshet föra över passiva självmordstankar till aktiva självmordsplaner (Roeder et al 2018).



Foto: Shutterstock/ra2studio

Studien belyser vikten av att det bidirektionella sambandet mellan mobbning och depression uppmärksammas i skolans preventiva insatser mot mobbning och att man är observant och tidigt stödjer presumtiva offer.

Rigmor Stain

Dr. Med. Sci. Docent

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP), Karolinska Institutet, Stockholm

Danuta Wasserman

Med.dr. senior professor

Chef för NASP, Karolinska Institutet, Stockholm

Referenser

Beck AT, Steer RA, Ball R, et al. Comparison of Beck Depression Inventory-IA and -II in psychiatric outpatients. *J Personality Assessment* 1996; 67:588-597

Beck AT, Steer RA, Kovacs M, et al. Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicide ideation. *Am J Psychiatry* 1985;142:559-563

Brunstei Klomek A, Barqilay S, Apter A. Bi-directional longitudinal associations between different types of bullying victimization, suicide ideation/attempts, and depression among a large sample of European adolescents. *J Child, Psychology and Psychiatry* 2018; doi:10.1111/jcpp.12951

Carli V, Wasserman C, Wasserman D, et al. The Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) randomized and controlled trial (RCT): Methodological issues and participant characteristics. *BMC Public Health*, 2013; 13, 479

Joiner TE, Jr. *Why people die of suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Kaltiala-Heino R, Fröjd S, Marttunen M, et al. Involvement in bullying and depression in a 2-year follow-up in middle adolescence. *Eur Child Adolescent Psychiatry* 2009;19:45-55

Kelleher I, Keeley H, Corcoran P, et al. Childhood trauma and psychosis in a prospective cohort study; Cause, effect and directionality. *Am J Psychiatry* 2013;170:724-741

Paykel E, Mayers J, Lindenthal J, et al. Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *Br J Psychiatry* 1974;124:469-469

Reijntjes A, Kamphuis J, Prinzie P, et al. Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies. *Child Abuse and Neglect* 2010;34:244-252

Sentse M, Prinzie P, Salmivalli C. Testing the direction of longitudinal paths between victimization, peer rejection and different types of internalizing problems in adolescence. *J Abnormal Child Psychology* 2016;45:1013-1023

Wasserman D, Carli V, Wasserman C, et al. Saving and Empowering Young Lives I Europe (SEYLE): A randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 2010; 10,192



Övergång från ST till specialist

Nystartat projekt på Psykiatri Affektiva/SU i Göteborg

I denna artikel presenterar vi ett nystartat projekt på Psykiatri Affektiva med fokus på övergångsperioden mellan sista året av ST och första året som specialistläkare i psykiatri.

Psykiatri Affektiva är Göteborgs största psykiatriska klinik. Här arbetar cirka 100 specialistläkare och 30 ST-läkare i en komplex organisation med flera bas- och subspecialiserade enheter organiserade i 10 vårdkedjor. ST-läkare utgör en separat sektion med egen chef. Det finns ett omfattande utbildningsprogram med ST-hemvårdardagar och kliniken arrangerar egen psykoterapiutbildning i samarbete med akademi. Utöver det har regionen via Kunskapsstöd för psykisk hälsa (KPH) utarbetat en regional struktur för psykiatriutbildning med regionala studierektorer, nätverksarbete och brett kursutbud.

Vad är problemet

Trots omfattningen av ST-tjänsten kan arbetssituationen som nybliven specialist upplevas som svårhanterlig. Dessutom vänder nyblivna specialister sig inte sällan till andra kliniker antingen direkt efter ST eller under de första två åren som nybliven specialist. I ett sådant fall prövar ofta den nyblivna specialisten en rad olika tjänster under kort tid, i sökande efter en bra och meningsfull arbetsplats. Vi vill utveckla Psykiatri Affektiva till en mer attraktiv arbetsgivare för den nyblivna specialisten och vi initierade därför detta förbättringsprojekt. Som första steg identifierade vi följande bakomliggande faktorer:

1. **Arbetsmiljöfaktorer:** Det råder ingen tvekan att det förekommer hög och ojämn arbetsbelastning bland specialister. Systematiskt arbetsmiljöarbete pågår parallellt med detta projekt.
2. **Utbildningsfaktorer:** Det finns ofta diskrepans mellan det tänkta och det lärda ST-curriculum. Dessutom blir övergången till specialist svårare (oavsett hur bra ST-curriculum har varit) om det inte samtidigt främjas ett tilltagande ansvarstagande och självständighet. Den önskade progressiva utvecklingen i psykiaterns roll speg-



Foto: Steinn Steingrímsson

las inte alltid av randningarnas gång. Exempelvis förväntas det mindre av en ST-läkare inom vuxenpsykiatri som slutar sin ST på somatiken eller BUP, än på hemkliniken. Det finns goda utbildningsmöjligheter för specialister på regional nivå men det saknas ofta lokal vägledning.

3. **Organisationskulturella faktorer:** Vi har tidigare valt att stärka ST-gruppens egen identitet för att främja en ny lärandekultur med tydliga gemensamma värderingar och arbetsmentalitet. Läkarorganisationen inom Psykiatri Affektiva är av en sådan storlek som försvårar att en enda grupp byggs. Konsekvensen är känslan för en nybliven specialist att flytta från en grupp av välkända kollegor till en ny grupp.

Vad innebär övergångsprogrammet

Möte med ST-chef, specialistchef och ST-läkare sker i början av sista året. Syfte med mötet är att utforska ST-läkarens intresseområde samt göra en preliminär planering som sträcker sig upp till två år efter ST. ST-läkaren informeras om tillgängliga vakanser på kliniken, möjlighet till delad tjänst för att tillgodose intresseområden, pågående arbete för god och hållbar arbetsmiljö samt vad övergångsprogrammet innebär.



A. Under sista året som ST-läkare planeras följande

- Arbete som tillförordnad specialistläkare
- Repetitionsutbildning om LPT
- Utbildning i Försäkringsmedicin ur ett psykiatriskt perspektiv
- Deltagande i årets svenska psykiatrikongress
- Ledarskapsutbildning för medarbetare utan chefsposition

B. Efter uppnådd specialistkompetens

- Mentor utses
- Deltagande i Svenska Psykiatrikongressen
- Auskultation på helt valfria enheter inom hela SU utifrån intresse en heldag varannan månad/möjlighet att samla ihop dessa 12 dagar och i samråd med läkarchef förlägga enligt önskemål under de två åren
- Deltagande i regionens "Fortbildningar för specialistläkare" ca 3-4 dagar per termin
- Repetitionsutbildning om LPT
- Kurs eller konferens i Sverige om ca 3 dagar relaterad till eget intresseområde inom specialistpsykiatri riktad mot det valda uppdraget
- Bakjournskola inför framtida bakjournskompetens

C. Annat med omfattande uppdrag

- Om den nyblivna specialistläkaren vill **forska** finns denna möjlighet motsvarande upp till en tjänstgöringsgrad om 20 % under ett av åren, eller en tjänstgöringsgrad om 10 % över 2 år.
- Förutsättningen är att det finns en konkret plan med forskningen, och/eller att den nyblivna specialisten är knuten till ett pågående forskningsprojekt.
- Forskningsinnehållet måste förankras och godkännas av klinikkens forskningssamordnare.
- Alternativ till forskningen är **utveckling av förmåga till handledning, psykoterapiutbildning** (inte legitimeringsgrundande steg 2-utbildning), eller annat mer omfattande uppdrag.

Annat

Forum för diskussion och grupphandledning en halvdag per månad med de andra nyblivna specialisterna. LPT-utbildning ska finnas med som en fast punkt i handledningen.

Projektet började som ett ST-förbättringsprojekt. I utvecklingsfasen skapades en arbetsgrupp med bred representation vilket förhoppningsvis har fångat olika perspektiv. Två nyblivna specialistläkare deltar redan i övergångsprogrammet.

Projektet kommer att utvärderas löpande av både verksamhet och de nyblivna specialisterna.

Psykiatri Affektivas mål med övergångsprogrammet är att nya specialister väljer att stanna kvar inom verksamheten samt att de upplever att de har en rimlig arbetsbelastning och en kontinuerlig kompetensutveckling.

Vi hoppas att övergångsprogrammet uppskattas. Vi välkomnar gärna synpunkter och liknade erfarenheter från resten av landet.

Marzia Dellepiane

Sektionschef för ST-läkare och underläkare Psykiatri Affektiva

Michael Ioannou

ST-studierektor Psykiatri Affektiva

*Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Göteborg*



Utvärdering av läkemedelsbehandling inom rättspsykiatrin

En av de punkter som SBU inom ramen för ett regeringsuppdrag utvärderat är läkemedelsbehandlingen inom rättspsykiatrin. Utvärderingen gäller nytta, risker och upplevelser av behandlingen samt hälsoekonomi och etik.

Förutsättningarna för behandling med psykiatriska läkemedel skiljer sig delvis åt mellan rättspsykiatrin och allmänpsykiatrin.

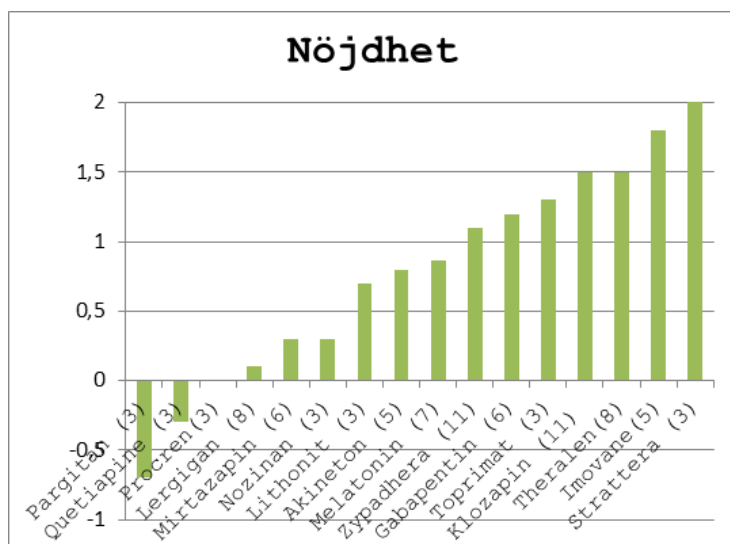
I rättspsykiatrin är det vanligare att patienter har flera psykiatriska diagnoser samtidigt, som psykosjukdom, autismspektrumtillstånd, personlighetssyndrom och substansbrukssyndrom.

Antipsykotiska läkemedel ges till merparten av patienterna i rättspsykiatrin, även till dem som inte har en psykosdiagnos. I rättspsykiatrisk vård får fler patienter mer än ett antipsykotiskt läkemedel, och traditionella antipsykotiska läkemedel är vanligare än i allmänpsykiatrin.

Det behövs fler behandlingsstudier inom rättspsykiatrin som undersöker effekterna av läkemedel och om skillnaderna i praxis är kliniskt motiverade.

Vid "min" klinik i Öjebyn har vi sedan flera år utvärderat läkemedelsbehandlingen med hjälp av läkarassistenter. Jag vill redovisa årets fynd där vi tittat på nöjdhet, behandlingseffekt, biverkningar och skattning av hur framtida följsamhet skulle kunna bli.

Syfte: Utvärdering av effekt, patienternas subjektiva tankar kring nöjdhet och biverkningar med läkemedelsbehandlingen. Följsamhet till ordination efter utskrivning undersöktes också. Medverkande patienter: 35.



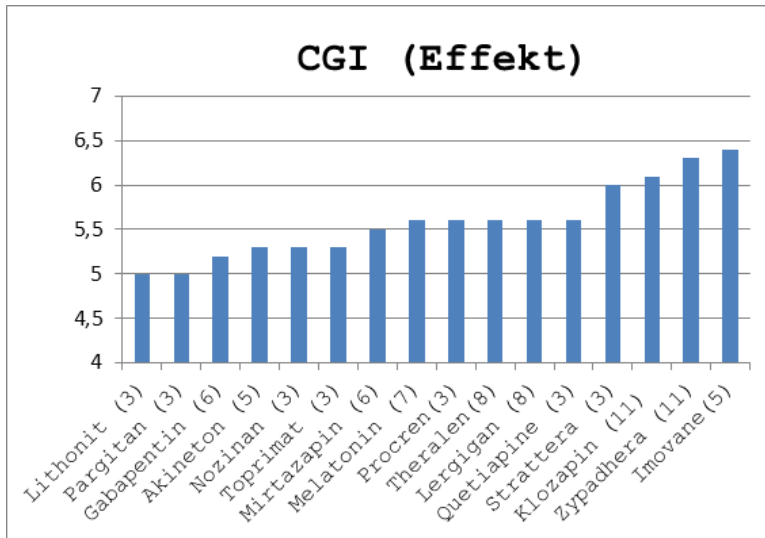
Nöjdhet skattades

”Mycket nöjd”, motsvaras av 2

”Nöjd”, motsvaras av 1

”Likgiltig” motsvaras av 0

”Missnöjd” motsvaras av -1.



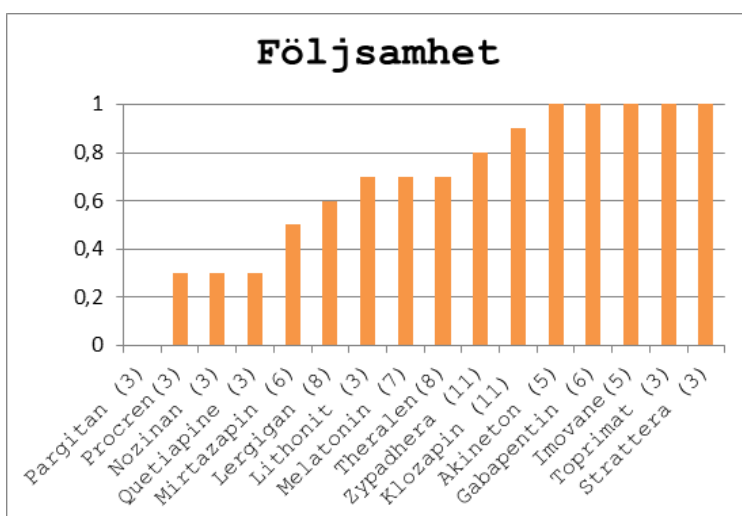
Clinical Global Impression, CGI, som är ett mått på behandlingseffekt skattades och graderas här genom

7=mycket förbättrad
4=ingen förändring
1=mycket försämrad
0=ej bedömt



Biverkningar skattades som

2=betydande eller många biverkningar
1=lindriga eller få
0=inga



Följsamhet skattades mellan

1=kommer följa ordinationen efter utskrivning

0=kommer inte följa efter utskrivning

Resultat

- Inom gruppen neuroleptika är Klozapin och Zypadhera de mest verksamma läkemedlen. Även de mest använda.
- Det sömnmedel som fungerar bäst och som patienterna är mest nöjda med är Imovane. Även Theralen och Melatonin får goda resultat.
- Bland lugnande medel används Lergigan mest, men patienterna tycker inte att det fungerar.
- Övriga höga resultat på följsamhet.
- De läkemedel som patienterna är minst nöjda med har mest biverkningar och lägst följsamhet.

Felkällor

- Patienter som inte tycker sig vara sjuka hade en tendens att bejaka fler biverkningar på det läkemedlet.
- CGI-behandlingseffekt skattades av läkarassistenter som inte känt patienterna under någon längre tid.
- De 3 intervjuerna har förmodligen gjort olika bedömningar.
- Vid insättning kan läkaren ha pratat väldigt gott om vissa jämfört med andra läkemedel.
- Det är ett relativt litet antal patienter som bidrar till dessa medelvärden.
- Det är svårt att skatta följsamhet i behandling då patienterna är under tvångsvård.
- Det är svårt att uppskatta vilket läkemedel som ger respektive biverkan.
- Alla patienter ville inte delta i genomgången.

Begränsningar:

- Endast de läkemedel som hade 3 eller fler användare togs med i jämförelsen.

Jaha, SBU...

Ett litet – måhända kanske för litet – bidrag till utvärderingen som ska debatteras i SPK mars 2019.

Jag vill tacka läkarassistenterna Zhoan Mohammed Kader och David Hunhammar, som gjorde jobbet juli 2018.

Per-Axel Karlsson
Chefsöverläkare
Öjebryn

ANSLAG FRÅN L.J. BOËTHIUS´ STIFTELSE

Styrelsen för Lars Jacob Boëthius´ stiftelse får härmed meddela att bidrag kan sökas ur stiftelsen.

Stiftelsens avkastning skall enligt testators önskan, som det uttryckts i testamentet den 11 augusti 1930, användas för att hjälpa "med nervsjukdom behäftade, mindre bemedlade, dock icke av stat eller kommun avsevärt understödda, svenska medborgare, vilkas fysiska och psykiska lidande kan, om icke fullständigt botas, så åtminstone lindras eller förbättras". Detta syfte skall enligt testator bäst kunna uppnås genom att inrätta sjukhem för unga människor, varvid unga män skall ges företräde. Missbrukssjukdomar, psykotiska tillstånd eller svårare fysiska handikapp är enligt stiftelseurkunden uteslutna.

Även om bidrag till sjukhem fortfarande kan erhållas anses stiftelsens syfte i nuläget bäst kunna tillgodoses genom att medel från stiftelsen används för uppbyggnad av lämpliga vårdinsatser för patienter i öppen vård. Sådan vård kan främjas genom utvecklande av olika psykoterapiformer/andra behandlingsformer. Tänkbara målgrupper är patienter med affektiva sjukdomar, ångesttillstånd av varierande genes t.ex. sociala fobier, självmordsbenägenhet och liknande tillstånd. Företräde ges projekt som gäller unga män. Vidare ges företräde åt sökande som är beredda att utveckla strategier och projekt som syftar till en systematisk utvärdering av behandlingsresultaten.

Styrelsen förutsätter att sökanden i tillämpliga fall ansöker och får godkännande enligt lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.

Bidrag kan inte lämnas till enskild för vård och behandling och inte heller till utbildning.

Ansökningshandlingar ska skrivas på svenska och skickas in i 5 exemplar till sekreteraren Kerstin Bendz, Djurholmsvägen 34, 183 52 Täby, tel: 08-768 14 90 eller 0708- 39 75 70, som även lämnar ytterligare upplysningar.

Ansökan skall ha kommit in senast tisdagen den 19 mars 2019. **(Särskilda ansökningsblanketter inns inte).**

Ansökan skall innehålla en beskrivning av projektet, inklusive hur utvärderingen skall ske, med en kortfattad (högst en sida) sammanfattning för lekmän, sökandens meritförteckning samt ett budgetförslag.

Sökande som tidigare beviljats medel ur stiftelsen skall till ansökan foga en redogörelse över det hittills utförda arbetet.



Foto: Shutterstock/Angela Kotsell



Ännu en lyckad kongressresa med SPF!

Efter framgången med WPA i Berlin 2017 var det dags igen, denna gång bar resan åt spanska Barcelona, där ECNP ägde rum 6-9 oktober 2018. Det blev 23 entusiastiska resenärer, SPF-medlemmar från olika delar av landet som förväntansfullt tog sig an kongressens ambitiösa program. Några av dem var fjolårets Berlinresenärer – bättre betyg kan man knappast få! Det ökar vår entusiasm att fortsätta satsa på medlemmarnas fortbildning, en fråga som står många varmt om hjärtat. Tillsammans med turnéerna ”SPF fortbildar” med olika teman är kongressresan en del av SPF:s fortbildningsåtgärder.

Varför ska du då välja att resa med SPF nästa gång? Du får chans att träffa nya kollegor, bland annat ordnar vi en gemensam middag så att man lär känna varandra lite bättre. Förutom den trevliga

samvaron erbjuder vi dagliga seminarier där du får dela med dig av sådant du lyssnat på under dagen och ta del av andras kunskaper och erfarenheter. Det blir högt i tak för diskussionerna tack vare ett prestigelöst format och frånvaro av sponsring. Syftet med seminarierna är att du som deltagare ska ha ett forum för att bearbeta den stora informationsmängden som du utsätts för på konferens, så att du får en ärlig chans att ta med dig hem det som du anser är viktigt och relevant för din verksamhet. Du får också en möjlighet att diskutera frågor med en grupp av kloka kollegor med olika bakgrund och kompetenser. Hur relaterar de senaste forskningsfynden till den svenska psykiatris praxis? Vilken betydelse kan djurstudier ha för våra patienter? Himlen är gränsen och vi i SPF:s styrelse är stolta över att kunna erbjuda en fortbildning som är spännande, oberoende, effektiv och dessutom rolig.



Lägg till praktiska detaljer som gruppbokning, transfer till och från flygplatsen, ingen registreringskö på kongressen... Du behöver bara packa din väska så kan du vara trygg med att det inte blir en konferensupplevelse som alla andra.

Jag vill passa på att tacka de medlemmar som följde med på resan. Jag är glad över att ha lärt känna er och är tacksam för det kollegiala utbytet vi har haft. Jag tar med mig era reflektioner om psykiatri och livet i stort, som kommit fram under våra många inspirerande samtal. Tack till styrelseledamot Maher Khaldi som bidrog till att hålla SPF-fanan högt. Sist men inte minst, ett särskilt tack till min kollega i styrelsen, den outtröttlige sekreteraren Michael Ioannou, för sina utomordentliga organisatoriska insatser,

ständigt präglade av välvilja och omtanke om våra medlemmar. Du var alltid steget före. Tack!

Nästa år åker vi till WPA i Lissabon 21-24 augusti 2019. Jag ser fram emot att träffa er där!

Alessandra Hedlund
Vice ordförande SPF

Love your brain

Referat från den 31:a ECNP- kongressen (European College of Neuropsychopharmacology) i Barcelona 2018

Jag följde med SPF på en trevlig kongressresa till spanska Barcelona, eller närmare bestämt till katalanska Barcelona. Den katalanska flaggan vajade ganska frekvent på husväggar och balkonger. Barcelona grundades av romarna och ligger inklämd mellan Medelhavet och bergen. Det är en livlig stad, mycket tutande bilar och axande skotrar och gott om turister från världens alla hörn. Där finns många arkitektoniskt intressanta byggnader, en tjustig hamn med gigantiska kryssningsfartyg och den fascinerande Sagrada Família-kyrkan, som man inte riktigt vet vad man ska tycka om, arkitekturen är långt ifrån sparsmakad funkis, om man säger så.

Kongressbyggnaden låg nära stranden i Barcelona och det var ett rikt och varierat program på kongressen: farmakologi, hjärnforskning, kognition, missbruk, neurobiologi och kliniska aspekter på psykiatriska sjukdomar. Många poster visades också upp; om t.ex. "The gut microbiome and linkage to brain function in patients with bipolar depression: a preliminary study", "Theory of mind impairment in early onset schizophrenia correlates with deficits in intrinsic functional connectivity" och "Hoarding symptoms in adults with attention deficit/hyperactivity disorder: a role for inattention" och många fler.

Det var många intressanta symposier och lite svårt att välja ibland. Här följer lite glimtar ifrån några föredrag.

Social media and suicidal behaviour -- patients, clinicians and researchers perspective

Gil Salzman ifrån Israel visade MR-bilder på hjärnan på yngre "natives", företrädesvis yngre som var uppväxta med sociala medier i jämförelse med "immigrants", vanligtvis äldre personer som försökt lära sig under utvecklingen av sociala media. Man utförde MR-undersökningar på försökspersoner och delade då in grupperna i natives och immigrants. Det visade sig att de så att säga födda i den moderna uppkopplade världen använde andra och flera delar av sin hjärna jämfört med immigranterna. Salzman reflekterade även över att nätet når så många och att utsagor kan finnas i eviga tider på nätet, han jämförde med en incident på en skolgård där invektiv målades på en vägg och kunde målas över ganska snart och kanske nådde 300 personer som glömde incidenten fort.

Merike Sisarsk ifrån Estland hade forskarperspektivet och berättade om en hel del negativa budskap på nätet och farliga siter som

uppmuntrade till självskaehandlingar och ytterst suicid. Momofiguren nämndes liksom "the whale test", som hon visade en arm där någon olycklig person skurit en bild på en val på sin arm (blödande ärr). Momofiguren är en riktigt ful figur: en docka med svart stripigt hår, utstående ögon och kycklingben, sägs uppmuntra till 50 destruktiva handlingar som sedan kröns av ett suicid. Sanninghalten i detta har ifrågasatts.

I vilket fall som helst så ansåg professor Sisarsk att det var viktigt med andra budskap på nätet som ingav hopp och som tipsade om möjligheter till hjälp. En studie av Twenge och medarbetare ifrån San Diego State University och Florida State University refererades och grafen som beskrev "exposure-response relationship between electronic device use and having at least one suicide-related outcome" visades. Grafen visar ett starkt samband mellan mycket skärmtid och suicidförsök bland unga personer. Enligt professor Twenges artikel har det varit en ökning av depressiva symptom och suicidrelaterade utfall 2010-2015 i USA, men denna utveckling gällde endast tonårsflickor, inte pojkar. Det kan vara så att användning av sociala medier kan ha större betydelse för flickors psykiska hälsa jämfört med pojkars användning av sociala medier. Det kan vara så att suicid bland pojkar är utlösta av andra riskfaktorer.

Ett annat intressant symposium var **Thinking mental health outside of the brain box: the interplay between mind, body and environment**. I annonseringen till symposiet stod det att psykopatologi har uppfattats som fenomen och symptom som företrädesvis kommer ifrån hjärnan men att nya rön så att säga vidgar horisonten och att det är på gång ett paradigmskifte från en hjärncentrerad syn på psykisk sjukdom till ett mer inkluderande hjärna-miljö koncept.

Den första talaren var Igor Branchi från Italien som talade om **Drug by environment interaction in antidepressant treatment: SSRIs amplify the influence of the living conditions on mood**.

Igor Branchi påpekade att 60-70 % av de personer som behandlas för depression med SSRI inte uppnår remission. Han nämnde att neurotransmittorn serotonin ökar hjärnans plasticitet och gör individen mer mottaglig för miljöeffekter. Serotonintransportören kan ha polymorfism där vissa varianter av serotonintransportören gör att personer som bär på dessa genvarianter har mera ångestrelaterade personlighetsdrag. Igor Branchis hypotes var att

svaret på behandling med SSRI beror på den omgivande miljön vars inneboende kvaliteter avgör hur behandlingssvaret blir. Branchi fick en del kritiska frågor om detta, om inte "confounding factors" kunde vara avgörande för behandlingseffekten. Det finns forskning på möss (Branchi et al., 2013) som stödjer denna hypotes. Man behandlade "deprimerade möss" med fluoxetin och de möss som hade en berikad miljö (skojiga burar) blev förbättrade av behandlingen medan de möss som hade en dålig och stressande miljö faktiskt blev sämre på fluoxetin. Analogt med dessa forskningsfynd på möss finns det enligt Branchi forskning som stödjer att socioekonomiska förhållanden modulerar effekten av antidepressiv behandling även hos människor.

Nästa föredragshållare var Brenda Penninx ifrån Holland som talade om ***Diet and physical activity impact on mood disorder vulnerability and course.***

Penninx påpekade att depression ofta har ett kroniskt förlopp och att efter förstagångsinsjuknande i depression så är endast en tredjedel av de drabbade i remission efter sex år. Penninx underströk också att depression i sig är en stark riskfaktor för kroppslig sjukdom. Det är också så att depression fortfarande är en underbehandlad sjukdom och att patienterna har svårt att få bra uppföljning av sin sjukdom.

Enligt Penninx finns det en bevisad effekt av motion mot depression och att "moderate activity exercise" är att föredra då det blir för många som hoppar av om träningsprogrammet är för hårt. Den bästa effekten mot depression fick man om man kombinerade både antidepressiv behandling och motion. Motion motverkade atrofi i amygdala och prefrontala cortex och gjorde att BDNF-halten (brain derived neurotrophic factor) ökade i hjärnan. Depression har även föreslagits ha ett samband med bristfälligt fungerande nätverk där prefrontala cortex ingår. Det finns en hypotes att antidepressiv behandling underlättar nybildningen av neuron och denna mekanism är grunden för den antidepressiva effekten.

Depression är ett mycket heterogent tillstånd med olika kliniska symtombilder och enligt Penninx var metabolt syndrom och inflammation mera förknippat med den atypiska subtypen av depression. Diet ansågs också ha viss evidens för att motverka depression. Enligt Penninx var det inte ovanligt med vitaminbrist vid depression. Det finns också ett reciprokt samband mellan fetma och depression och Penninx menar att ohälsosam diet kan ha betydelse. Medelhavsdiet är förknippad med reducerad förekomst av depression medan mer ohälsosamma matvanor med processad mat, friterad mat och högt sockernehåll är associerat med depression.

Sedan följde ett intressant föredrag av Andreas Meyer-Lindenberg betitlat ***Brain mechanisms of environmental risk for schizophrenia.***

Professor Meyer-Lindenberg inledde med att den mänskliga hjärnan utvecklas i samklang med exposition för omgivningen, och det är inte antingen arv eller miljö utan både och. Professor Meyer-Lindenberg tog upp en del kända riskfaktorer för schizofreni som grad av urbanitet, social stress, migration, att tillhöra en minoritet och att vara andra generationens invandrare.

Alla dessa faktorer ökar risken att insjukna i schizofreni. Social exklusion (defeat) anses också vara en riskfaktor för insjuknande i psykos. Trauma under barndomen och cannabis ökar också risken för schizofreni.

Vad som ger riskökning för att utveckla schizofreni i urbaniserade områden är svårt att fastställa, men hypotesen verkar vara att social stress och utstötning skulle ge upphov till ändrad dopaminsignalering som i sin tur skulle öka psykosrisken. Professor Meyer-Lindenberg tog upp vikten av stadsplanering "build better cities with green spaces". Enligt Meyer-Lindenberg så ledde naturupplevelser till mindre grad av åltande (mindre rumination). De som hade bäst nytta av gröna öar i stadslandskapet var inte oväntat de som bodde i utpräglade stadslandskap och som hade tecken på emotionell dysreglering.

Avslutningsvis hade Professor Marion Leboyer en föreläsning **ECNP neuropsychopharmacology award lecture.** Professor Leboyer inledde med att säga att det gick att kombinera rollerna som maka, mor och dotter med forskarrollen. Hennes devis i livet och forskningen var att "to dare, share and care". Hon menade att det var mycket viktigt med forskarsamarbete. Hon uppvisade också statistik som visade på underfinansiering av psykiatrisk forskning i Frankrike.

Leboyer talade om den psykiatriska framtiden och nämnde att man snart skulle kunna skraddarsa en farmakologisk behandling efter s.k. "deep phenotyping" där man använde sig av algoritmer som baserade sig på stora insamlade datamängder. Så småningom kan kanske också biomarkörer hjälpa till för att kunna föreslå en verksam behandling.

Leboyer hade också lite historiska tillbakablickar och nämnde t.ex. vägen ifrån psykoanalytisk teori för uppkomsten av autism till att man nu försöker hitta genetiska uppkomstmekanismer som kan förklara autismspektrumstörningar.

När det gäller uppkomsten av psykos så påpekade Leboyer att det ofta finns en virusinfektion innan utveckling av psykos, hon nämnde att retrovirus kunde aktiveras av andra infektioner och att det kan vara så att psykosjukdomar är associerade med autoimmuna sjukdomar. The gut-brain axis nämndes i förbifarten och att den läckande tarmen kunde vara inblandad i uppkomsten av psykisk sjukdom. Katatoni som inte är speciellt påverkligt med antipsykotisk medicinering kan vara ett sådant tillstånd.

Kongressen hade som käck devis att man skulle älska sin hjärna "love your brain" och det satsades på hälsosamma mellanmål och luncher och man kunde gå på yoga och jogga med kongresspresidenten. Någon dopaminhöjande kaka fick man vara utan på kongressen, men man fick gott kaffe ifrån en glad man vars kaffekvarn drevs av en specialgjord cykel och det var trevligt mingel och social samvaro med SPF.

Cecilia Mattisson
Docent, överläkare

Från Svenssonliv till hemlös

Karin Andersson levde ett vardagligt liv med heltidsjobb i läkemedelsindustrin och familj, med allt vad det innebär – matlagning, städning, lämning och hämtning på dagis och skidsemestrar. Helgerna tillbringades på Gränby centrum med shopping och fika; då och då ett teaterbesök eller en krogshow i Stockholm med svärmor. Men skilsmässan 2005 förändrade allt.

Karin är 54 år, men börjar äntligen känna igen sig som den hon var vid 30. Hon föddes i Luleå och har mycket släkt i Norrland, men är upp vuxen i Upplands Väsby.

– Jag gick på samma skola som Joey Tempest, han är ett år äldre än mig. Hela Europe kommer från Upplands Väsby, vet du.

Stockholmsdialekten är fortfarande märkbar, trots att hjärtat klappar mest för Uppsala. Karin är utbildad bioteknolog och lämnade storstan för exjobbet på Pharmacia 1988.

– Jag trivs så bra i den här stan, den är helt underbar. Vilket lyft det var att flytta hit, precis lagom stort. Börjar du prata med någon visar det sig alltid att man har gemensamma bekanta.

Karin är välkänd i Uppsala. Hon känner många med psykisk sjukdom i och med att hon har varit medlem i Lindormen, en RSMH-träffpunkt (Riksförbundet för Social och Mental Hälsa). I drygt åtta år har hon också sålt Situation Stockholm, då stannar många till och pratar en stund. Även de som inte köper tidningen får en önskan om en trevlig dag. Karin har varit hemlös i omgångar. Sommaren 2013 var läget kritiskt.

– Det var från dag till dag var jag sov någonstans. Veckan efter midsommar träffade jag en av mina två närmaste vänner. Vi var hemlösa tillsammans och bodde på konstiga ställen i Storstora. Han, vi kan kalla honom för ”byggjobbarn”, fixade en lägenhet i andra hand på hösten och fick ett stabilt boende. Sedan dess har jag alltid kunnat vara hos honom. Det är med värme i rösten som Karin talar om sin vän, byggjobbarn.

– Han brukar säga: ”Allting kan hända om du bara kliver upp, tar på dig kläderna och går ut. Ligger du kvar i sängen händer ingenting”. Och så är det ju, eller hur?

För fyra år sedan arbetade Karin på Hantverksslussen, var sambo och trodde att saker och ting skulle lösa sig. Men när hon väl kommit på fötter så rasade allt igen. Karin är bipolär och plötsligt slutade medicinen fungera.

– Jag hamnade på psyket för första gången på 20 år. Jag blev intagen på papper enligt LPT – lagen om psykiatrisk tvångsvård. Men jag träffade gudomliga, grekiska doktorer som gav mig en cocktail med tre nya mediciner som jag bara mår bättre och bättre av.

När Karin blev utskriven kom hon till ett härbärge. Under tiden där fick hon hjälp med det ekonomiska av en kontaktperson på kommunen, vilket innebar sjukersättning och förtidspension.

– I oktober för två år sedan fick jag ett socialkontrakt – en första-handsetta i Stenhammar. Plötsligt var jag på banan igen med både inkomst och bostad. Vilken lättnad! Det är jätteskönt.

Ett par månader efter att hon fått lägenheten fick hon besök av en handläggare från kommunens socialpsykiatriska boendestöd.

– De ställde några frågor. Sen såg jag inte till dem nåt mer. Jag ringde inte efter hjälp heller. Jag har bott hemifrån sen jag var nitton år – tvätta, städa och diska är ju ingen konst – tycker inte jag i alla fall. Men man märker hur svårt det är för vissa personer att sköta elementära saker, som jag tycker är självklara, men det är kanske inte så jävla enkelt? Jag hade en jobbarkompis som hade hela garderoben på golvet i sin lägenhet, ingenting var rent och ingenting var smutsigt.

Pensionen drygar Karin ut med tidningsförsäljningen. Hälften av behållningen går till henne.

– Jag har alltid haft det att falla tillbaka på, alltid haft en sysselsättning.

Inga krav finns på att arbeta ett visst antal timmar eller under vissa tidpunkter vilket passar henne bra.

– Jag jobbar som jag själv vill och orkar. Om jag mår dåligt och behöver sova en hel eftermiddag så gör jag det. Jag behöver inte redovisa vad jag gör eller be om ursäkt.

Karins närmaste består av, förutom Byggjobbarn, den 21-åriga dottern, Exet (dotterns far) och bästa tjejkompisen ”75-åringen”. Karin klagar bestämt att deras namn inte ska nämnas. Dottern, som går på universitetet, träffar hon en timme varje söndag. – Efter det tar jag bussen till Exet och träffar honom ett par timmar – vi är goda vänner. Vi kände varandra fem år innan vi blev ihop och har aldrig gjort nåt dumt mot den andre. Men han var naturligtvis inte så glad över skilsmässan.

Det var då, 2005, som mattan rycktes undan första gången. Karin hade träffat en annan, men ville inte vara otrogen. Därför valde



Foto: Shutterstock/Roman Bodnarchuk

hon att bryta upp. Hon flyttade hem till pojkvännens lägenhet i Gottsunda, men efter trekvarts år sprack också det förhållandet.

– Då blev jag hemlös. Jag hade en massa andrahandsbostäder och bodde hos pappa ett tag. Eftersom det var så struligt i privatlivet blev jag av med jobbet jag hade haft i sju ton år.

Karin hade länge kunnat kontrollera sin sjukdom. Nu bröt den ut med full kraft.

– Det gick inte att hålla den tillbaka längre. I nästan tio år hade jag haft jobb och familj, men nu tog den över.

Exet finns ändå kvar som nära vän. Bästa tjejkompisen har också funnits vid Karins sida under flera år. De lärde känna varandra på en sykurs.

– Vi fikar och pratar mycket. Hon hjälper mig med datorn. Vänninnan säger att "Karin är väldigt omtänksam, och snäll så hon är dum".

Det stämmer väl in på hennes egen beskrivning.

– Jag är glad och hjälpsam, sover mycket och dricker ett glas vin varje kväll.

Min kompis säger att jag kommer att bli alkoholist. "Det är jag väl redan" säger jag, "som dricker varje kväll."

Men Karin ser sig inte som en missbrukare.

– Nej, jag tycker inte det. Jag kan sköta mina sociala... Det inverkar inte på mitt liv. Jag dricker på kvällen. På morgonen går jag upp, glad och nykter. Jag står inte och skakar utanför systembolaget när de öppnar. Och jag har ingenting i mina papper om varken alkohol eller droger. Karin lider däremot av ångest.

– Vinet hjälper mot det. Men man får inte öka dosen, dricka mer och mer, då får man ångest hela tiden. Alkohol funkar så. Medicinerna gör att jag inte tål nånting. Tack vare dem måste jag vara väldigt försiktig. Jag kan inte häva i mig en hel flaska, då blir jag helt borta. Ett glas i timmen, sen går jag och lägger mig.

Broderier och korsstygn är en hobby som hjälper Karin att mäta dagsformen.

– Jag får ett kvitto på i vilket psykiskt skick jag är. Mår jag bra kan jag brodera ett par timmar. Mår jag dåligt lägger jag ifrån mig det efter två stygn och tar en cigarett istället.

Många egentillverkade dukar och tavlor pryder hennes hem och efter 21 år ligger nivån på medelsvår. Men av ett lodjur fick hon erkänna sig besegrad.

– Sju nyanser av vitt. Sju! Min kompis fick brodera klart.

Karin tycker om att prata med folk. Dricka kaffe, röka och samtala. Men hon blir arg om de inte lyssnar när det är viktigt. Själv försöker hon bli bättre på det. Tiden som hemlös har gjort henne mindre lättlurad.

– Vissa är ju fenomenala, bara ljuger om allting. Dem är det ingen idé att prata med. Men jag tycker om människor som är lite konstiga, som inte stenhårt håller sig innanför ramarna.

Karin hoppas på att sälja tidningar i tio år till, att kroppen ska orka. Hon skulle gärna se något barnbarn också, även om det är för tidigt än.

– Nu får du nog till ett ganska bra porträtt, säger hon plötsligt. Jag orkar inte längre, börjar känna mig ganska matt. Har du någon slutfråga?

Lite överrumplad skummar jag igenom mina papper och försöker hitta den bästa frågan att ställa till en person jag skulle vilja veta mycket mer om.

Om du fick leva om ditt liv – vad skulle du gjort annorlunda?

– Då skulle jag ha fortsatt vara gift.

Emelie Högberg

Journalist

Tensta, norr om Uppsala

Karin Andersson heter egentligen något annat.

ANNONS



SPF fortbildar: Intellektuell funktionsnedsättning/ID inom psykiatri

Svenska Psykiatriska Föreningen bjuder in till kostnadsfri fortbildning om intellektuell funktionsnedsättning (ID) för medlemmar i SPF eller STP. Det är tredje året som SPF anordnar gratis seminarier för sina medlemmar. De har hittills varit mycket uppskattade och välbesökta! Utgångspunkten för vårens fortbildningssatsning är vår nya kliniska riktlinje "Vuxna med intellektuell funktionsnedsättning inom psykiatri" som ges ut i december 2018.

Turnéplan:

- **Malmö:** Tisdag, den 5 februari 2019, kl. 13.00- 16.30 [Sankt Gertrud Konferens](#)
- **Göteborg:** Torsdag, den 7 februari 2019, kl. 13.00- 16.30 [Radisson Blu Scandinavia Hotel](#)
- **Stockholm:** Tisdag, den 19 februari 2019, kl. 13.00- 16.30 [Svenska Läkaresällskapet](#)

Ur programmet:

- Vad innebär ID? ID och ohälsa; bemötande.
- Affektiv sjukdom och ångest vid ID - diagnostik, differentialdiagnostik och behandling.
- Psykosjukdom vid ID - diagnostik, differentialdiagnostik och behandling.
- Paneldiskussion - hur förbättra bemötande och behandling i psykiatri av patienter med ID

Föreläsare:

- **Alessandra Hedlund**, överläkare, studierektor, Stockholms läns landsting
- **Lena Nylander**, med dr, överläkare, VUB-teamet, Region Skåne
- **Malin Nystrand**, specialistläkare, Omsorgspsykiatri, Mölndal, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- **Hans Olsson**, med dr, överläkare, Psykosvården och vuxenhabiliteringen, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping
- **Rikard Weiber**, överläkare inom allmänpsykiatri, VO Kristianstad, Region Skåne.

Anmälan:

Missa inte chansen att anmäla dig redan nu då först till kvarn gäller. Anmälan görs till Ewa Mattsson på kanslisten@svenskpsykiatri.se senast en vecka innan önskad föreläsningseftermiddag. Finns inte platser kvar kom gärna till annan ort. Anmälan är bindande men kan överlåtas till annan medlem i SPF eller STP.

Varmt välkommen att ta del av en eftermiddag för ökad kunskap kring patienter med intellektuell funktionsnedsättning inom psykiatri.



SPF:s styrelse



Resurseffektivt arbetssätt skapar arbetsglädje

Alla verksamheter är i behov av att ett förbättringsarbete är ständigt pågående. Det kommer alltid att finnas sådant som kan bli bättre. Här vill vi framföra förslag på förändringar i arbetssätt på våra psykiatriska mottagningar. Vi menar att resursfördelningen kan göras mer ändamålsenlig och att ett effektivare arbetssätt ger ökad arbetsglädje. Därför har vi gott hopp om en långsiktigt hållbar specialistpsykiatrisk sjukvård.

Välkomna ett patientinflöde, bevaka ett patientutflöde

Det är inte ovanligt att psykiatriska mottagningar avvisar remisser eller kräver förtydliganden av remittenten i syfte att försöka reglera ett högt patientinflöde. Detta förfarande är emellertid riskabelt. Det innebär alltid förlängda väntetider och ofta otydlighet för patienternas del. Därtill kan patientärenden helt tappas bort när remissvägen krånglas till på detta sätt. Uppenbart feladresserade remisser skall givetvis returneras, men vi menar att övriga alltid bör välkomnas.

Den främsta orsaken till att ett högt patientinflöde har blivit ett problem på våra mottagningar är att patientutflödet är betydligt mindre. Lösningen på detta är inte avvisande av remisser. Istället bör en specialistläkarbedömning göras så snabbt som möjligt för ställningstagande till om en specialistpsykiatrisk behandling är indicerad eller inte. Patienter och primärvård värderar om vi är generösa med våra bedömningar. Det är värdefullt även i de fall patienter återremitteras direkt efter genomförd bedömning. En god samverkan förebygger "onödiga" remisser på sikt.

Våra mottagningar kan sannolikt bli bättre på att avsluta specialistpsykiatriska behandlingsinsatser. Varje pågående behandlingskontakt bör regelbundet utvärderas och avslutning respektive remittering till primärvård övervägas.

Specialistläkarbedömning

Psykisk ohälsa inkluderar allt från tillfällig lindrig psykisk svikt till svåra funktionsnedsättande syndrom. Därför bör specialistpsykiatrin alltid erbjuda ett gediget bedömningsarbete i varje enskilt patientärende. Detta bör inkludera diagnostik av en specialistläkare och vid behov en funktionsbedömning av en psykolog. Vägledande för beslut om eventuella behandlingsinsatser bör sedan alltid patientens behov och motivation vara.

För att säkerställa att specialistpsykiatrin erbjuder ett bedömningsarbete av så hög kvalitet som möjligt är det viktigt att vi arbetar resurseffektivt. Därför är det rimligt att de med längst utbildning och erfarenhet inom diagnostik ägnar sig åt detta. Den högsta kompetensen avseende psykiatrisk diagnostik innehar specialistläkare i psykiatri. Psykologer har en unik kompetens inom kognitiva funktionsbedömningar, medan patologi och diagnostik är en mycket liten del av psykologutbildningen, som inte är en medicinsk utbildning.

Sambedömningar och effektivare kompetensanvändning

Specialistpsykiatrin skulle kunna använda sina medarbetares kompetensområden på ett mer ändamålsenligt sätt än vad som sker idag. Sambedömningar av specialistläkare och psykolog är många gånger motiverade för att uppnå en så effektiv ingång som möjligt för patienter på en psykiatrisk mottagning. På så sätt kombineras kompetens inom patologi och diagnostik respektive kognitivt fungerande på ett optimalt sätt. För närvarande finns det emellertid en utbredd begreppsförvirring. Psykologers funktionsbedömningar används idag som ett diagnostiskt instrument vid frågeställning ASD och ADHD. Detta är inte ett korrekt förfarande. Kognitiva funktionsbedömningar bör alltid övervägas vid misstanke om kognitiva funktionsavvikelser oavsett diagnostiska överväganden. Det diagnostiska bedömningsarbetet vid ASD och ADHD har



genom denna bekymmersamma begreppsförvirring blivit utdraget och kostar många onödiga psykologtimmar. Det handlar om värdefull psykologtid som skulle behöva användas till funktionsbedömningar av patienter med andra diagnostiska frågeställningar och till psykoterapeutiska interventioner.

Bedömnings- och uppföljningsfas

Även om en initial sambedömning av specialisläkare och psykolog inte bedöms vara nödvändig kan det vara värdefullt att ett nybesök på en psykiatrisk mottagning inte sker hos enbart en specialisläkare utan att även en sjuksköterska, skötare eller socionom närvarar. Detta är tidsbesparande eftersom specialisläkare efter en bedömningsfas bör kunna kliva åt sidan. Mängder av läkartimmar går idag åt till att följa upp farmakologiska behandlingar som i betydligt större utsträckning skulle kunna skötas av sjuksköterskor eller andra yrkeskategorier, i nära samarbete med läkare. Här är checklistor och frågeformulär till stor nytta. Det går idag även åt mängder av läkartimmar till att ha en «hållande» funktion åt patienter som går och väntar oacceptabelt länge på psykologiska behandlingsinsatser. Här krävs – återigen – en mer genomtänkt och resurseffektiv användning av de kompetenser som finns inom specialistpsykiatrin.

Sammanfattningsvis är det vår övertygelse att specialistpsykiatrin är i behov av en ökad stringens och resursoptimering och att detta skulle innebära ett minskat ensamarbete, utökat samarbete och främja arbetsglädjen på våra mottagningar.



Linda van Paaschen
Överläkare, specialist i psykiatri
Lund



Lena Nylander
Överläkare, med dr
Lund



Välkommen till SPK 2019!

- en mötesplats för fortbildning, erfarenhetsutbyte och kollegial samvaro

www.svenskapsykiatrikongressen.se

Samhälls- intresserade 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

Har du uppdaterat dina kontaktupp- gifter 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 länge existerar.

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

För säkerhets skull!





Tokstressad - hur du hanterar sjukt stressade vuxna

Annika Bergh med idéer från Oscar, Filippa och Max Bergh
Parus förlag, 2018

Barn med utmattade föräldrar

Omsorgssvikt vad gäller barn har många ansikten. Ett av de mer försåtliga innebär att föräldern är fysiskt närvarande men inte mentalt tillgänglig. Detta kan i sig ha flera orsaker. Ett av de numera inte ovanliga hänger ihop med "skärmbesatthet" hos föräldern eller hög stressnivå, kanske manifest utmattningssyndrom. En helt utmattad förälder kan utgöra en riskfaktor för ett barns utveckling om det inte finns kompensation i nätverket. Men även om sådan finns kan barnet vara påtagligt påverkat av att en förälder förefaller irriterad, avvisande och inte helt närvarande i förhållande till barnet. Barnet har allt skäl i världen att undra vad som pågår och vad det kan ha för roll i detta pågående. Annika Bergh och hennes barn tar tagit sig för att tydliggöra och förklara det i *"Tokstressad - hur du hanterar sjukt stressade vuxna"*, en färgglad bok för barn från sex år och uppåt.

Det är inte ditt fel

I sparsmakad text och illustrativa bilder redogör de för vad stress är, hur den märks, samt en liten avdelning med tips om vad barnet kan göra för sin förälder. Tyngdpunkten läggs dels på att motverka barns naturliga tendens att göra sig själv mer eller mindre ansvariga för föräldrars beteende, att hjälpa barnet att förstå att när den stressade/utmattade föräldern är irriterad utan anledning eller drar sig undan så är det inte barnets fel. Dels motverkar man barnets upplevelse av maktlöshet genom att visa på vad barnet kan göra som är bra för förälder, utan att det är en belastning för barnet. Man kan till exempel skratta tillsammans när saker blir galna för att föräldern är okoncentrerad, typ "hitta kalsonger i kylskåpet", prata om det som är besvärligt för att göra det mindre obegripligt.

Hur använda boken

En del frågor bjuder sig. Tanken är dels att ett barn ska få förklaringar till föräldrarnas beteende, dels ska de känna igen sig i hur det kan kännas att ha en "sån" förälder. Boken är för barn från sex år. Det innebär givetvis att texten måste läsas upp av en vuxen som både kan förklara och ta emot barnets reaktioner – är det tänkt att det bör vara den utmattade förälder eller bör det vara någon annan vuxen eller spelar det ingen roll, eller ska det vara högläsning i hela familjen? Om barnet ska läsa själv bör det nog vara i den ålder som författarens egna barn – 10-12 år. Språknivån är någorlunda väl anpassad till en relativt bred åldersgrupp. Den är dock ganska ojämn och ordvalen avspeglar en vuxens försök att översätta till barnspråk utan att nå ända fram. Känslan blir lite som att åka kälke i en backe med lite för lite snö, "flytet" fungerar inte alltid. Själva anslaget är dock

viktigt och intressant och det finns säkert utrymme för motsvarande barnböcker till exempel om tvång, ångest/depression eller andra tillstånd där barn kan bli påtagligt berörda av en förälders mentala symtom och ha god anledning att fundera över både vad som händer och hur de kan vara till hjälp utan att det äventyrar deras egen utveckling. Kanske finns redan sådana böcker/skrifter inom vården, men ännu inte på "öppna marknaden".

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*



Essence Om adhd, autism och andra utvecklingsavvikelser

Christopher Gillberg
Natur & Kultur, 2018

Vad beror det på??

"Vad är det med honom egentligen"? Föräldrar, lärare och förskollärare kan ställa sig frågan inför ett barns uppträdande. Det är inte alltid lätt att till exempel skilja mellan särskilda personlighetsdrag och neuropsykiatriska funktionsvariationer. Vi professionella letar genom kliniska intervjuer, självsvartest och andra strukturerade bedömningsinstrument på områden som ärftlighet, uppväxtförhållande, aktuell familjedynamik, kamratkrets och skola för att finna information som via DSM-systemet kan leda till en diagnos. Ibland gör vi fynd som möter diagnostiska kriterier som räcker "en bit" men inte ända fram till en diagnos, ibland fynd som räcker "en bit" vad gäller ett flertal diagnoser och ibland räcker "ända fram" till ett antal diagnoser. Såväl professionella som föräldrar kan fråga sig, "kan man ha så mycket symtom utan att det räcker till en diagnos" eller "kan ett barn lida av fyra, fem olika sjukliga DSM-tillstånd samtidigt?" Eller är det något med det diagnostiska systemet?

Bredare perspektiv

Flera kliniker och forskare ställer sig nog ovanstående frågor när det gäller symtomatologi inom det neuropsykologiska fältet. Det är därför välkommet att Christopher Gillberg, en av världens mest erfarna forskare vad gäller utvecklingsneurologisk problematik, föreslår en conceptualisering med den väl funna akronymen "ESSENCE" (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations). Den utgår ifrån att det alltid finns en samsjuklighet mellan de tillstånd som kopplas till ESSENCE-begreppet även om Gillberg ställer sig tveksam till om "sjuklighet" är det mest relevanta begreppet i sammanhanget. Ett handikapperspektiv med fokus på miljöanpassning i vid mening tycks mer användbart.

Ingående syndrom

Några av de vanligaste och eller viktigaste syndromen som ingår i ESSENCE är tal-/språkstörning, ADHD, autistiska drag, psykisk utvecklingsstörning, Tourettes syndrom, reaktiv anknytningsstörning, DCD/motorisk koordinationsstörning och beteendemässiga fenotypsyndrom. Den sammanlagda frekvensen för diagnostiserad ESSENCE före eller omkring skolstarten är med hänsyn till "samsjukligheten" enligt författaren 10 %.

Dessa tillstånd kan ha mer eller mindre överlappande symtom och i viss utsträckning alternera med varandra under utvecklingens gång. Författaren skriver att en treåring kan övervägande tyckas ha autistiska drag med samma barns symtom i sjuårsåldern mer tycks stämma med ADHD.

Forskningen visar att ca 5 % av den vuxna befolkningen lider av någon av ovanstående diagnoser.

Författaren tas sig an tillstånden ett i taget och beskriver förekomst, diagnostiska kriterier enligt DSM-5, kognitiv funktionsprofil, symtom (tidiga, i skol- och vuxenåldern), orsaker och riskfaktorer, behandling och intervention och prognos samt syndromförändringen över tid. Framställningen är systematiskt "stram" i god mening, ofta sammanfattande och klargörande på ett väl begripligt sätt inom den referensram författaren valt att röra sig inom.

ESSENCE centrum

Tre fallbeskrivningar presenteras med neuropsykiatriskt/pedagogiskt fokus och ett förslag till hur ESSENCE-konceptualiseringen kunde hanteras i praktiken vad gäller att underlätta för barn och familjer att få rätt hjälp genom ett ESSENCE centrum. Ett sådant centrum skulle omfatta en bred specialistkompetens med läkare, sjuksköterska, psykolog och specialpedagog samt tillgång till andra yrkeskategorier som logoped, arbetsterapeut, audiolog och kliniska genetiker. Han resonerar också om hur utredning och diagnosticering skulle kunna gå till inom en sådan ram och pekar på värdet av screeninginstrument.

Bred läsekrets

Boken vänder sig såväl till familjer samt vuxna med ESSENCE som till personal inom relevant sjukvård, skola, förskola och habilitering. Även om framställningen är föredömligt enkel i förhållande till ämnets komplexitet och många potentiella läsare sannolikt är väl insatta i terminologi kan den nog bitvis vara svår att ta till sig. Det gäller att inte "gå vilse" till exempel när det gäller beteendemässiga fenotypsyndromen som ofta gränsar till pediatriken, var av fetalt alkoholsyndrom, Downs syndrom och andra kromosomavvikelser kanske är de mest bekanta. För lekmän kan det vara i det närmaste omöjligt att väga ett tillstånds symtombild mot dess sannolikhet (kanske väl under 0,1 %) och oroa sig i onödan. Här skulle nog ett ESSENCE centrum ganska omedelbart kunna ge besked.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*



Det omätbaras renässans; en uppgörelse med pedanternas världsherravälde

Jonna Bornemark
Volante, 2018

Här har vi samlat personliga reflektioner som var och en av oss tecknat ned efter att ha läst Jonna Bornemarks nyutkomna bok. Boken är innehållsrik och presenterar tankegångar som ofta känns ovana för oss nutida läsare. Den är utformad som en kritik av vår tids överdrivna tilltro till mätbarhet, siffror och strikt naturvetenskaplig läsning av evidensbegreppet. De resonemang som Bornemark för har vi delvis tänkt olika kring. För att inte lämna läsaren i sticket har vi därför valt att inledningsvis namnge de filosofer som Bornemark främst stöder sig på och dessutom ge en kortfattad beskrivning av de mest centrala begrepp som boken refererar till.

Nicholas Cusanus (1401–1464)

Icke-vetandet är livets och varats överflöd. Allt vetande är enligt Cusanus omgivet av horisonter av icke-vetande. Det här står i kontrast till modernitetens synsätt där icke-vetandet snarare uppfattas som kunskapsbrist och som bättre beskrivs som något ännu-inte-känt.

Det största, universum, och det minsta, minimat, sammanfaller i icke-vetandet. Hos Cusanus står minimat framför allt för den unika situationen eller individen som inte kan fångas helt i generella termer.

Det mänskliga förnuftet är som en månghörning som strävar efter att bli en cirkel men aldrig kan bli det. Förnuftet definierar och separerar medan naturen är flytande. Förnuftet har två olika delar som samspelar – ratio och intellectus.

Ratiot är den del av förnuftet som formar och definierar olika kategorier och som till vardags ordnar in sinnesintrycken i dessa. Strömmen av sinnesintryck är i sig kaotisk medan en ordnad värld kräver en struktur av likheter och skillnader, det vill säga av begrepp och kategorier som ger sinnesintrycken en ordning och stabilitet. Det är ratiots uppgift.

Vadheter är en möjlig översättning av begreppet quidditas. Varje innehållsligt något eller varje kvalitet är en vadhet. Begreppet kan syfta både på det generella, t.ex. träd som en kategori ur växtriket, och på det enskilda, t.ex. ett specifikt träd.

Intellectus är förmågan att stå i relation till icke-vetandet och i strömmen av sinnesintryck fånga upp vadheter. Det är också förmågan att föra ratiots etablerade kategorier tillbaka till icke-vetandets närhet för att kunna modifiera eller transformera dem. Intellectus kan även beskrivas som en förmåga att stå i en förstående och handlande relation till en specifik situations minima. Intellectus ska inte sammanblandas med intellekt, något som ofta åtskiljs från känsla och kropp, eller intellektuell, som beskriver en person med utvecklat tänkande.

Giordano Bruno (1548–1600)

Pedanterna förstås hos Bruno som regelföljare. De förvaltar ratio och ställer upp regler definierade utifrån ratio, de kommer med färdiga kategorier till varje enskild situation.

Bruno betonar ett ständigt aktivt omformande av världen, att följa med i det konkreta rörelse och se hur samma vadhet aldrig återkommer exakt likadan. Kontext, plats, situation påverkar dess form. Världen själv är i ständig rörelse.

Idag kan pedanten förstås som en tendens som finns inom alla människor, en tendens till formalism, till att placera sanningen i en generell diskurs snarare än till det situationsunika och till att förstå förnuft som ett kalkylerande ratio, vilket ignorerar såväl intellectus som horisonter av icke-vetande.

René Descartes (1596–1650)

Res extensa – kroppen som utsträckt materia

Cogito – tänkande och medvetande

Passionerna binder samman dessa bägge aspekter. De kommer till själen utifrån och betecknar främst känslor och begär som vi inte styr över, men som vi med förnuftet kan hantera på olika sätt. Passionerna är dels konkret fysiologisk aktivitet i nervbanor och dels en rörelse som ger själen dess riktning. De binder ihop kropp och själ samtidigt som den Cartesianska dualismen består.

Jerker Hanson, Jörgen Herlofson, Mikael Sundén
och Alexander Wilczek

Mot *min* vilja

Reflektioner efter läsning av Jonna Bornemarks bok

Jonna Bornemark har läst tre renässansfilosofier åt oss. Hon har tagit deras tankar till våra dagar så att vi bättre kan förstå var vi befinner oss i denna postpostmoderna tid där ekonomism är på väg att bli vår största "ism", som inte minst i vår professionella vardag styr alltmer. Boken kastar ljus över många områden där ett är vad som kan hända när jag i mitt arbete måste handla mot min vilja. En alludering på detta nummers tema "mot din vilja". Filosoferna och huvuddragen i deras tankar finns presenterade i texten "*Jonna Bornemark – Det omätbaras renässans, en uppgörelse med pedanternas världsherravälde*" ovan.

Från kapitlet "En scientistisk livsdränering" hämtas följande citat: "Utmattnings epidemin kan ses som ett resultat av ett samhälle där vi känner att vi bör agera utifrån ett intellectus som sätter oss i kontakt med det situationsunika, men förhindras av ett ratiobaserat system där vi uppmuntras att agera utifrån kategorier bestämda av någon utanför situationen" (sid 105). En lång och förtärad mening, som hjälper mig att förstå varför allmänläkare och psykiatriker, åtminstone i Stockholm, är i majoritet av de kollegor som insjuknar i utmattningssyndrom.

Vi träffar oftast våra patienter, utsatta medmänniskor, öga mot öga i individuella samtal. Här möter vi ofta det kända men i varje möte finns också en horisont mot det okända, ibland okänt för både patienten och oss. **Nicholas Cusanus** begrepp "intellectus" beskriver den funktion hos oss som måste vara aktivt om vi ska kunna närma oss vår patient och identifiera dennes lidande. Vi lyssnar, tittar, lägger märke till hur patienten talar och rör sig, vi kanske kan känna igen något som kan vägleda oss vidare eller också upptäcker vi att det vi hör, ser och känner är obegripligt. Då kan vi vända oss till vårt eget "ratio", Cusanus igen, vår samlade kunskap och erfarenhet av att vara läkare och medmänniska. Här kan vi bl.a. hitta mönster, tester, undersökningar, diagnoser och möjliga behandlingar. Vi kanske påminns om att vi själva haft liknande problem förut

och får hjälp och vägledning av vårt minne. Vi går sömlöst fram och tillbaka mellan dessa båda funktioner i vårt möte med patienten. En organisation som stödjer ett sådant möte mellan läkare och patient kommer troligen inte att generera utmatade läkare.

Den ekonomiska styrningen av sjukvården skapar stora utmaningar för dem som leder det kliniska arbetet. En sådan styrning riskerar att aktivera vår korrupta sida. Detta vet våra beställare, alltså måste vi kontrolleras. Vi ska därför lägga alltmer av vår tid på att registrera KVA-koder, rapportera kvalitetsindikatorer, följa riktlinjer, dokumentera och läsa uppdaterade dokument i vårt kvalitetsledningssystem oavsett om vårt område efterfrågas eller inte. Att klinikledningen kämpar med balansen mellan budget och frisk patient är begripligt men när denna balans blir till en konflikt i mötet med patienten, så har vårt eget ratio ockuperats av kategorier och begrepp som kommer utifrån och inte längre är jagsyntona. En etisk konflikt som leder till samvetsstress kan bli följden, något som förstör doktors hälsa. "... politikerna formulerar övergripande mål, som förvaltningen omvandlar till konkreta mål som ska vara specifika, mätbara, accepterade, realistiska och tidssatta..." (sid 141). Intellectus behövs inte längre, vi kan hålla oss till ratio.

Giordano Bruno, ännu en av de filosofer som presenteras i boken, tänker över förhållandet mellan orsak och princip. Både en *orsak* och en *princip* deltar i skapandet av något, men medan principen blir kvar i detta något skiljer orsaken ut sig från det skapade. Bruno arbetade med förhållandet mellan skaparen och skapelsen, ett arbete som till slut förde honom till bålet som kättare. Min reflektion rör en mer prosaisk skapelse, nämligen försäkringskassan (FK). *Orsaken* var att folk riskerade att bli helt utblottade vid sjukdom och *principen* att alla skulle vara ekonomiskt sjukförsäkrade, så att sjukdom inte ledde till bankrutt för den enskilde. Utmärkt!



Nu är vi inne i en sjukskrivningsepidemi som i huvudsak beror på stressutlöst sjukdom. Det kostar samhället för mycket och vår regering beslutar att sjuktalen skall ner (f.ö. till en nivå så låg att vi inte varit där så länge FK funnits). Man skulle kunna tro att samhället med detta mål skulle börja satsa på prevention genom att t.ex. förbättra arbetsmiljön, utbilda chefer, tillskapa forum för kollegiala samtal etc., men i stället hamnar fokus på försäkringskassans kostnader. FK uppfattar detta som en ny "orsak", visserligen i konflikt med den gamla principen, men det leder till att skapelsen FK omformas. Nu ska här sparas genom att alla som inte är totalt arbetsoförmögna ska till något jobb, även om det är ett hittepåjobb. Och vissa sjuk-kurvor börjar vända neråt medan andra kurvor, t.ex. de som visar nekad eller avbruten sjukpenning, stiger raskt uppåt. Här har en ny utifrån kommande orsak fått FK att misstänka oss för fusk. Vår och systemets ömsesidiga tilltro har bytts till ömsesidig misstro. Den gamla principen är satt ur spel.

Vi får i boken också ta del av hur **René Descartes** bringar sin reda i tanken – att en hunds själ är det som formar dess materia till just en hund. Något som bl.a. leder till den dualism vårt tänkande präglats av sen dess.

Till sådant kan läsningen av denna bok leda. Med Jonna Bornemark som guide, för tankar från dessa tre filosofer oss också till mycket annat; som NPM, kvalitetssäkring, omdöme, förpappning, passioner, scientism, evidensbaserad, livet, Gud, Rickard Dawkins och inte minst humanioras plats i vetenskapen. Boken stimulerar till det saknade men så viktiga filosofiska tänkandet och samtalet om vår vetenskap och vårt arbete. Och livet. Tankar som hjälper mig att inte handla mot min vilja.

Alexander Wilczek

*Psykiater, psykoanalytiker och stressforskare
Stockholm*

Förnuft - av olika slag?

Jonna Bornemark lyfter fram att Cusanus gav ett namn, "intellectus" till ett område där vi inte har rationell kunskap men där vi ändå har uppfattningar om vad som är riktigt och angeläget. Här skall finnas ett "intellectus-förnuft" som står i motsats till vad vi vet och kan behandla med vårt "ratio-förnuft". Jag uppfattar det som om Cusanus anser, vad jag förstår att "intellectus" är något universellt, i alla fall något som människor förmodas ha gemensamt. Jag uppfattar dock att detta mer oprecisa "kunnande" är uttalat personberoende – även om vissa gemensamma drag kan finnas mellan oss. "Ratio" uppfattar jag däremot vara generellt och "transparent" och diskuterbart.

Ordvalen kan förleda: Cusanus' "intellectus" är inte vad vi i dagligt tal menar med intellektuellt. Brunos' "pedanter" är räknenissar men inte alltid pedantiska.

Bornemark argumenterar mot upplysningens sätt att betrakta det vi inte vet som det vi ännu inte inmutat med rationellt tänkande, "ratio". Jag menar nog att vår drift att rationellt undersöka det okända är omistlig. Visserligen medför ökad kunskap alltid tillkomst av fler frågetecken och gränsen för vårt vetande förskjuts bara utåt, men vill vi vara utan de hisnande upplevelserna som när Marconi kunde sända signaler över Atlanten och Bell sedan överföra mänskligt tal? Vill vi inte ta del av och försöka förstå psykotiska tankevärldar? Har vi inte ett ansvar att förstå och förbättra vår värld med de metoder vi har?

Hans Rosling påpekade: "Världen går inte att förstå utan siffror. Men det går inte heller att förstå den enbart med siffror". Cusanus' uppdelning i "ratio" och "intellectus" är förledande. Det handlar alltid om både och!

Vilken nytta har vi i dagens psykiatri av att tänka i termer av "ratio" och "intellectus"? Redan när vi ser en patient i dörren sätter "intellectus" i gång och hjälper oss – oftast bra men inte tillräckligt. Såväl generellt som när det gäller individer är det mesta okänt och svårt att hantera både med "ratio" och "intellectus". Hur rationellt är det att för en patient välja en "evidensbaserad" behandling med Number Needed to Treat, NNT på 10, alltså att 10 patienter måste behandlas med meto-



Foto: Jerker Hanson

den för att en av dem skall ha nytta av densamma? Det är alltså 90 % risk att man i bästa fall endast kan hoppas på placeboeffekten. Hur hanterar man rationellt och emotionellt bäst denna rimligen mycket vanliga situation? Vi bör inte nöja oss med "Que sera, sera" (Doris Day 1956). Vi vill lyssna på patienten och använda vårt kunnande för att så systematiskt som möjligt vidta fler åtgärder. Vi vill utvärdera hur det gick, handla där-efter och sprida kunnandet – med hjälp av "ratio". Detta gäller inte minst icke-verbala terapier och sociala insatser. Under senaste 50 åren har detta varit mycket framgångsrikt. Cusanus hade säkert hållit med.

Bornemark nämner kort att "ratio" medfört enorma framsteg inom vetenskap och sjukvård de sista århundradena. Men annars sägs inget gott om "ratio-förnuftet", alltså om att mäta och jämföra, analysera orsak-verkan, söka efter "sanning" och pröva hypoteser. "Ratio" blir närmast ett hinder för "intellectus", alltså för känslan av att något känns bra. Mätvärden blir suspekta – känslan är det viktiga. Är det så enkelt? Den skotske upplysningsfilosofen Douglas Hume ansåg att förnuftet aldrig är någon drivkraft till mänskligt handlande men mer ett verktyg för "passionerna" – i hans terminologi närmast värderingar. Det kan man hålla med om men mätvärden behövs för att se vart man tar vägen!

Man kan undra vems "intellectus" som gäller. Om man inte tydliggör värderingar och målsättningar samt följer upp blir det de starkastes mål, mer eller mindre uttalade, som styr. På

så sätt saknas det ett brukarperspektiv i boken. Sådant kräver ett tydligt utbud med rimlig specifikation och "kvalitet", gärna också bedömningar av andra brukare och resultatvariabler när rimliga sådan står att finna. Det räcker inte med att personal skall kunna använda sitt "intellectus-förnuft" för att välja åtgärder.

Jonna Bornemark faller in i en kör som är kritisk till New Public Management, NPM. Outtalat finns en känsla av att det var bättre förr. Det var inte bättre när psykiatriska patienter var utlämnade till slutna institutioner, auktoritärt styrda från topp till golv. Vilket "intellectus" styr när man beslutar om anslag till den stigmatiserade psykiatrin och dess patienter? Man måste ha välgrundade argument och data som stödjer! Är det inte självklart att skattebetalare vill veta vad man får för pengarna? "Kvalitetssäkring" som enbart bygger på ytlig analys av enkla mätvärden saknar å andra sidan evidensbaserad kvalitet. Än värre blir det när dessa värden utgör den enda grunden för ekonomisk ersättning. Den ekonomiska ersättningen är idag det starkaste medlet att styra sjukvård (prioriteringsregler med mera må säga annat)!

Alla mätvärden måste tolkas. Här behövs både "ratio" och "intellectus". Tyvärr saknas nog ofta båda i den rudimentära analys man kan ana sig till hos landstingen. Mångdubbla resurser läggs på datainsamling av alltmer slitet vårdfolk. Här vore kvalitetssäkring på sin plats.

Mätvärdena behövs för uppföljning men de räcker inte. Brukar- och professionella revisioner är effektiva instrument i "lärande" organisationer. De stimulerar och ger plats för Cusanus' "intellectus"!

Med detta sagt är det befriande att Bornemark för sofistikerade resonemang om vad som är viktigt för oss och om vad som gör ett samhälle människovärdigt och framåtskridande. Hon gör det med utgångspunkt både i gamla filosofer, i människor på "vårdgolvet" och i egna erfarenheter. Författaren har också tankar om religioner som instrument för tillit och undersökande av livet som är sympatiska. Våra vanligaste religioner och samfund belastas dock av andra teser, ofta försanthållanden som det är lätt att kritisera.

Jerker Hanson

Pensionerad psykiater, Stockholm

Vice ordförande i Svensk Förening för Filosofi och Psykiatri

<http://sffp.se>



En filosofi som förenar det unika med det generella

Under min läsning av Jonna Bornemarks bok väcktes många tankar hos mig. Här har jag valt att utgå från en iakttagelse jag gjort vid några tillfällen, och som jag tycker berör ett centralt tema i dagens vårdverklighet.

Precis som många av oss lägger jag nuförtiden ner en del tid på att läsa riktlinjer och forskningsartiklar. Då har jag några gånger stött på en uppfattning, eller kanske snarare en uppmaning, som förvånat mig och rent ut sagt irriterat mig. Det handlar om förståelsen av vetenskaplig evidens och hur förståelsen i sin tur påverkar utformningen av behandlingsriktlinjer för den kliniska vardagen. De personer som ligger bakom de aktuella texterna säger i snarlika formuleringar att behandlingsmetoder vars förtjänster inte belagts i forskningsstudier inte ska (eller möjligen inte bör) användas i kliniken utan enbart ska (eller möjligen enbart bör) prövas inom ramen för forskning. Endast metoder med högt vetenskapligt stöd ska användas i kliniken, menar man.

Det här låter både rekorderligt och korrekt. Dessutom verkar det ju faktiskt gå i den riktningen när man ser till vad det satsas tid, personalresurser och pengar på i de kliniska verksamheterna. Utbildning handlar framför allt om metoder med vetenskaplig evidens.

Men när man betänker att evidensbaseringen av behandlingsmetodik så gott som uteslutande utgår från randomiserade kontrollerade studier på grupper av individer inser man snabbt att det inte är så enkelt som det kan verka.

När jag läste Jonnas texter om Cusanus och hans syn på det mänskliga förnuftet, som enligt honom består av två delar – ratio och intellectus, blev det plötsligt väldigt mycket lättare att formulera min kritik. När jag sen kom till ett parti i boken där Giordano Brunos syn på ”pedanterna” skildrades klarnade bilden ännu mer.

Uppfattningen att enbart metodik med etablerat evidensstöd ska användas i kliniken är naturligtvis ett resonemang som är typiskt för det Bruno kallar pedanternas syn på saken. Det rör sig kort sagt om synpunkter från regelföljare som fast förank-

rade i ratiot helt följdligt strävar efter att komma till varje enskild situation med färdiga kategorier som redskap.

Problemet är förstås, ur min synvinkel, att varje enskild situation ju alltid innehåller aspekter som är unika, och det gör de generella rekommendationerna alltför oprecisa för att utan vidare kunna tillämpas på det enskilda fallet.

Här kommer Cusanus till hjälp. En hörnsten i hans tänkande är att människan alltid omges av horisonter bortom vilka icke-vetandet ständigt brer ut sig. Blicken når till en horisont oavsett vilket kunskapsområde vi rör oss inom och oavsett omfattningen av våra kunskaper, men det tar enligt Cusanus aldrig slut där. Icke-vetandets existens beskriver han på ett intrikat sätt som en förutsättning för det levande. Här skiljer sig världsbilden från den naturvetenskapliga synen, där man snarare på ett objektifierande sätt beskriver det som finns bortom horisonten som det ”ännu-inte-kända”.

Cusanus tänker emellertid inte bara i termer av det största – universums beskaffenhet, förståelsen av Gudsbegreppet – utan också i termer av minimat, det allra minsta, det odelbara, det som inte kan delas upp i mindre delar utan att söndras. Här handlar det om unika situationer i det ständigt föränderliga flödet av sinnesintryck. Det handlar också om unika individer som inte låter sig beskrivas fullt ut i generella termer, utan som bara kan mötas i egentlig mening om man använder sig av den aspekt av förnuftet som Cusanus betecknar som intellectus.

Intellectus beskrivs som förmågan att stå i relation till icke-vetandet och i strömmen av osorterade intryck fånga upp väsentligheter, vadheter, som i sin tur blir föremål för ratiots förmåga att skapa begrepp och organisera tillvaron i termer av likheter och skillnader.

Jag kommer att tänka på Martin Buber som beskriver en objektifierande, instrumentell hållning i en relation som en jag – det-relation, medan ett genuint möte med en annan människa utmärks av subjektens ömsesidiga inverkan, vilket Buber menar är det som kännetecknar en jag – du-relation. Med referens till Cusanus innebär det innehållsrika och mångskiftande mötet i kliniken med patienten, som ändå till stora delar är obekant för yrkespersonen, också ett möte med minimat, det



Bornemarks bok hjälper oss att tänka klarare

odelbara vid horisonten till icke-vetandet. Där måste intellectus träda in för att fånga upp meningsfulla vadheter.

Poängen med Cusanus' tankar är inte att etablera något antingen-eller. Nej det handlar tvärtom om att utveckla relationen och växelspelet mellan förnuftets två sidor – intellectus och ratio. Utan ratiot tappar vi orienteringen, och utan intellectus stagnerar våra kunskaper i redan etablerade kategorier.

Nu kommer den viktiga frågan – är tanken bakom uppfattningen att endast behandlingsmetoder med klar forskningsevidens ska få plats i kliniken i själva verket den att intellectus ska vara förbehållet forskande yrkespersoner, medan ratiot och det säkra förlitandet på etablerade kategorier är vad klinikern i gemen förväntas ägna sig åt? Hur går det då med möjligheterna att möta icke-vetandet som med nödvändighet dominerar det genuint personcentrerade mötet med patienten? Eller är tanken den att här ska vi inte ha några personcentrerade möten, utan här ska patienten få sig en rejäl dos av ratiot med generaliserande och väl beprövade kategorier och principer som riktlinjer för insatserna?

Det goda kliniska omdömet som å ena sidan välkomnar ratio-baserade riktlinjer såsom välgrundade tips på lämplig metodik och som å andra sidan med intellectusbaserad öppenhet också möter och tar in patientens aktuella livskontext, personlighet, personliga värden och värderingar och samlade livserfarenheter tycks ha kommit rejält i skymundan i dagens vårdkultur. Men hur ska vi kunna veta vems omdöme som är gott? Ja om vi inte bereder utrymme för att utveckla förmågan att nyttja intellectus så kan vi inte veta det. En vårdverksamhet med stark slagsida åt ratiot och en kontrasterande brist på intresse för icke-vetandet och för intellectuspraktiken riskerar att främja en ängslig klinisk kultur där regler och riktlinjer styr arbetet på bekostnad av en skolad kreativitet i det unika mötet med patienten, just en sådan lyhörd kreativitet som är en given förutsättning för ett genuint Buberskt jag – du-möte.

Jörgen Herlofson
Psykiater, leg psykoterapeut
Uppsala

Vad jag tycker bäst om med Jonna Bornemarks bok är betoningen av det unika i människors möte med varandra. Manualer och mallar för uppförande kan vara bra som vägledning men som t.ex. läkare måste du gå in som person när du möter en patient. Du måste stå ut med att erfara att situationen innehåller ett mått av icke-vetande, dvs. att situationen är unik och inte helt förutsägbar. För att förstå den andre måste du satsa åtminstone en del av dig själv för att få till stånd en jag-du-dialog i Martin Bubers anda. Cusanus filosofi ger ett underlag för ett sådant tänkande.

Ett annat spår är diskussionen om dualismen och kritiken mot scientismen, som försöker definiera vetenskap som tillämpning av naturvetenskapens metoder. I stället för att pressa in förståndet (cogito) i materians trånga kategorier och utesluta allt subjektivt erfärande, föreslår Bornemark att vi måste vidga materiabegreppet. Hon tar här hjälp av Giordano Bruno, som menade att materia är livets formtagande. Redan Aristotels formulerade satsen att kroppen är själens form. Den betyder inte att kroppen är lika med själen. På samma sätt är medvetandet inte detsamma som hjärnan, men man kanske skulle kunna säga att hjärnan är medvetandets form eller enklare att hjärnan är nödvändig för medvetandets uppkomst och vidmakthållande men inte detsamma som medvetandet. Om materiabegreppet utvidgas på detta sätt behöver vi inte dualismen. Likaså försvinner frågan hur medvetandet kan påverka kroppen eftersom båda ingår i det utvidgade materiabegreppet.

Vi kommer sedan till Bornemarks behandling av Descartes, den tredje av de filosofer, som hon tar upp i sin bok. Hon väljer här att lyfta fram tankar från hans sista verk, "Sjärens passioner". Passionerna är något som kommer till själen utifrån, oftast tänker man på känslor och begär som en människa inte själv styr över. Det verkar finnas en överensstämmelse här med psykoanalysens omedvetna, där tankar och känslor som kommer fram i drömmar och i den psykoanalytiska terapin kan upplevas som jagfrämmande. Psykoanalysens credo "att lära känna sig själv" för att ta ställning till hela sitt psykiska liv verkar ha en motsvarighet i Descartes tankar om att viljan ska lära sig att behärska passionerna. För att så ska ske måste de benämnas och vi måste lära känna dem.

Jag har här bara tagit upp aspekter av Jonna Bornemarks bok som känts närliggande mitt eget sätt att tänka. Hennes bok innehåller mycket mer och känns verkligen angelägen för alla som vill förstå vår komplicerade samtid.

Mikael Sundén
Psykiater och psykoanalytiker (IPA)
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: **06/02**

Tema: Minnen



Kalendarium

ST-konferensen: From illness to wellness -
Psykisk hälsa
16-18 januari 2019, Yasuragi Hasseludden
<http://stpsykiatri.se/>

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

EPA 2019 (27th European Congress of Psychiatry)
6-9 april 2019, Warszawa, Polen
<https://epa-congress.org/2019/>

BUP-kongressen
24-25 april 2019, Göteborg
www.sfbup.se/kongress/

60th Annual Congress of the SCNP (Scandinavian
College of Neuropsychopharmacology)
24-26 april 2019, Göteborg
<https://scnp.org>

American Psychiatric Association (APA)
172nd Annual Meeting
18-22 maj 2019, San Francisco, USA
<https://www.psychiatry.org/>



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

ANNONS



SPF arrangerar resa till WPA-kongressen i Lissabon!

SPF har i år glädjen att ordna en kongressresa till Lissabon där WPA arrangerar sin årliga kongress den 21-24 augusti 2019. Temat är Psychiatry and Mental Health: global inspirations, locally relevant action. Världsledande ämnesexperter medverkar. Information om kongressen går att läsa på <https://2019.wcp-congress.com>. Det vetenskapliga programmet erbjuder möjlighet till fördjupning och uppdatering av din tidigare kunskap.

SPF arrangerar ett paket som inkluderar kongressdeltagande, uppföljande seminarier, resa, boende och socialt program. Detta är tredje gången föreningen ordnar en kongressresa. Vi erbjuder plats för totalt trettio deltagare. Avresan arrangeras från Stockholm. Önskemål om övernattning inför avresa eller avresa från Göteborg, Köpenhamn kan anges i anmälan.

Anmälan

Anmälan sker via vår webbsida: svenskpsykiatri.se. Erbjudande gäller medlemmar i SPF. Antalet platser är begränsat. Anmälan är bindande och kan inte överlåtas.

Kostnad

I priset ingår:

- Flygresa från Stockholm
- Kongressavgift
- Boende 21-24/08
- En gemensam middag
- Dagliga seminarier

Preliminärt 20.000 kronor. Vi återkommer med ett exakt pris på vår webbsida efter årsskiftet.

Kontakt namn SPF

kanslisten@svenskpsykiatri.se

