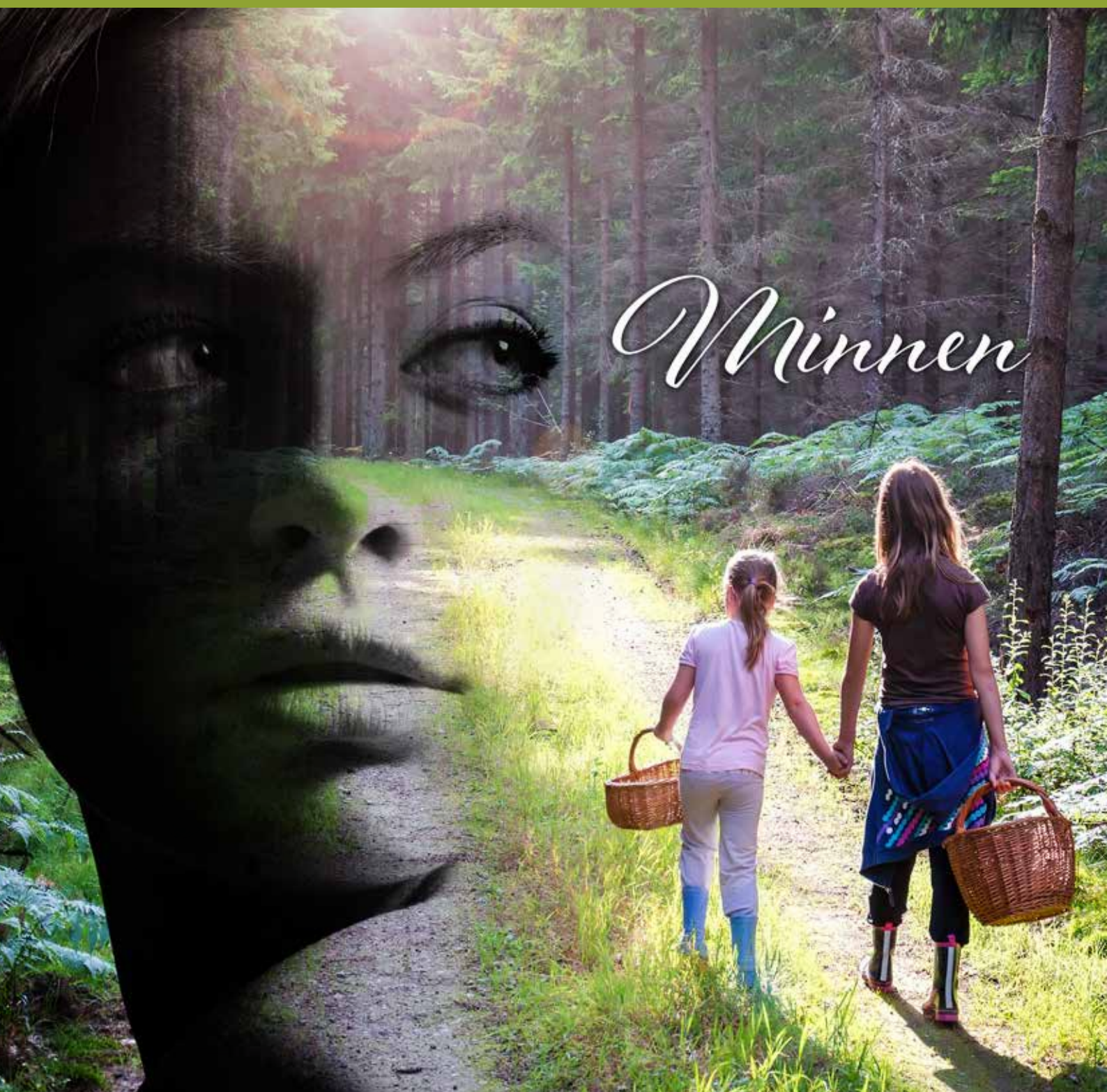


Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#1

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - Mars 2019



ANSVARIG UTGIVARE:
Alessandra Hedlund



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



HUVUDREDAKTÖR:
Tove Gunnarsson

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 3 Redaktionsruta
- 3 Redaktionell ledare,
Tove Gunnarsson
- 4 SPF styrelseruta, ledare,
Ullakarin Nyberg
- 5 SFBUP styrelseruta, ledare,
Sara Lundqvist
- 6 SRPF styrelseruta, ledare,
Per-Axel Karlsson
- 8 Kommande temanummer
- 16 Bokrecension: I denna kusliga tomhet – en analys av Thomas Quicks tankevärld, dess uppkomst och gestaltning,
Björn Wrangsjö
- 18 Krönika enligt Tiger,
Mikael Tiger
- 63 Bokrecension: Huset med de två tornen,
Göran Högberg
- 64 Bokrecension: Tio dagar på dårhus,
Jarl Torgerson
- 66 Bokrecension: Årstiden vid födseln. Vetenskapliga belägg för dess samband med hälsa under livet, **Björn Wrangsjö**
- 68 Traumatisering hos barn. En handbok,
Björn Wrangsjö
- 70 Kalendarium

Tema:

- 10 Några uttag från minnesbanken,
Björn Wrangsjö
- 12 Om minnets fadäser,
Sten Espmark
- 14 Vad vi måste hjälpa patienten att minnas när patientens minne inte är till hjälp, **Daniel Frydman**
- 15 Minnen,
Ulf Rydberg
- 16 I denna kusliga tomhet – en analys av Thomas Quicks tankevärld, dess uppkomst och gestaltning,
Björn Wrangsjö
- 50 Minnen, fotocollage från SPK,
Carol Schultheis

Rapporter från möten och resor:

- 28 Psykofarmakologi för barnpsykiatriker – en 20-årig kunskapskälla,
Lars Joelsson
- 42 Psykiatri i praktiken. Konferensrapport, **Susanne Bardell Carlbring**
- 44 From Illness to Wellness – Psykisk hälsa. ST-läkarkonferens 2019, **Karl Lundblad**
- 46 UEMS-möte i Budapest 31 maj – 1 juni 2018, **Lena Spak, Gunnar Brodd, Gunnel Svedmyr**
- 48 Neuropsykiatriskt paradigmskifte? Rapport från en internationell konferens, **Mats Humble, Åsa Nilssonne, Leif Öjesjö**

Psykiatriska nyheter:

- 29 Vårdskador inom svensk psykiatri,
Charlotta Brunner, Hans Rutberg
- 31 METIS – ett framgångsrikt kurskoncept,
Lise-Lotte Risö Bergerlind, Karolina Sörman, Helena Fatouros-Bergman
- 33 Aktuella avhandlingar från BUP 2018,
Per Gustafsson
- 36 Familjedagvård i grupp – ett effektivt sätt att behandla barn och ungdomar med allvarlig ätstörning,
Maiken Fjelkegård
- 37 SPF:s Kliniska riktlinjer. Vuxna med intellektuell funktionsnedsättning i psykiatri,
Dan Gothefors
- 38 Psykosmottagningen vid Akademiska belönas med Hälsofrämjandepris,
Elisabeth Tysk
- 39 Unga som säljer sex och sex som självskada,
Cecilia Fredlund
- 41 Hej från Lund!
Åsa Westrin
- 52 Psykiatriska kvalitetsregister. Rapport ECT,
Axel Nordenskjöld, Tove Elvin

Debatt:

- 54 Om trösten i tanken på att kunna avsluta sitt liv!
Lars Jacobsson
- 55 Förslag på vad du kan göra när du som kliniker i ditt arbete med patienter tvingas bryta mot Hälso- och sjukvårdslagen,
Lars Albinsson
- 56 Att säkerställa barn och ungdomspsykiatrisk kompetens vid införandet av en 6-årig läkarutbildning,
Sara Lundqvist, Gunnel Svedmyr, Mia Ramklint
- 58 Varför läkare slutar i Region Jämtland Härjedalen. Sammanfattning av ett kvalitets- och förbättringsarbete,
Oskar Knutsson, Daniel Sandqvist, Daniel Nilsson-Ranta

Övrigt:

- 9 SPF arrangerar resa till WPA-kongressen i Lissabon
- 21 En SPUR-inspektörs reflektioner,
Per-Axel Karlsson
- 22 Samhällsintresserade kollegor se hit!
Styrelsen för SPF
- 23 Sitttrond,
Lioudmila Mendoza
- 24 Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne, dags för ansökan för 2020,
Styrelsen för SPF
- 25 Allvarligt talat på SPK 2019 – om vad då?! **Jerker Hanson**
- 49 SPK 2019 – “Medvetandet, själen, psyket och biologin”,
Jerker Hanson
- 60 Att utveckla är Johan Cullbergs motivation,
Jill Eriksson

Tidskriften för Svensk Psykiatri



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

TOVE GUNNARSSON
Redaktionell ledare



Säkra vårtecken...

SVENSK PSYKIATRI

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

ANSVARIG UTGIVARE
Alessandra Hedlund

HUVUDREDAKTÖR
Tove Gunnarsson
redaktoren@svenskpsykiatri.se

REDAKTÖRER
Hanna Edberg
(hanna.edberg@sll.se)

Daniel Frydman
(daniel.frydman@icloud.com)

Per Gustafsson
(per.a.gustafsson@liu.se)

Björn Wrangsjö
(bjorn.wrangsjö@gmail.com)

TEKNISK REDAKTÖR
Stina Djurberg
stina.djurberg@buf.se

FOTO/GRAFISK DESIGN
Carol Schultheis
carol.schultheis@buf.se
(där inget annat anges)

OMSLAGSBILD
Carol Schultheis
restyler och Piotr Wawrzyniuk/ Shutterstock.com

INTERNET
www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till
annonser@svenskpsykiatri.se

... kan skönjas, i alla fall på mina breddgrader. Solen börjar värma och gatorna är inte längre belagda med blankis. Och när du får detta nummer är det bara några dagar kvar till Svenska Psykiatrikongressen och en dryg månad till BUP-kongressen – det är väl vårtecken om något!

Välkommen att skriva referat, håll det gärna kort och koncist så får vi plats med fler!

Vill också påminna om att det går alldeles utmärkt att skriva bidrag på gamla teman. Fortsätt t.ex. gärna att skriva om detta nummers tema som är Minnen.

Nästa nummer...

... har temat Den fria viljan. Finns den ens? Om det kan vi diskutera. Och vilken relevans har en sådan diskussion för psykiatrin?

Ett exempel är frågan om vad det är för skillnad i innebörden av fri vilja hos en psykiskt frisk eller dito sjuk person? Hur hanteras det på statlig nivå genom vår lagstiftning?

Hur gör vi praktiskt för att respektera den fria viljan hos en person med en allvarlig psykisk störning?

Var vi ska dra gränsen för vad en person får göra mot sig själv utan att staten ingriper?

Vilken rätt har vi som vårdgivare att neka att utföra en behandling eller åtgärd som strider mot vår etiska kompass?

Hur hanterar vi "vilda" fria viljor i en organisation?

Varför fattar vi ibland beslut av fri vilja som är direkt skadliga för oss?

Frågorna är många!

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Tack för fantastiska år!

Nu har tiden kommit för mig att lämna mitt ordförandeskap och skriva min sista ledare. Åren i SPF:s styrelse har varit fantastiska! Tack vare alla människor som jag har träffat har jag gång på gång blivit påmind om varför jag en gång i tiden valde psykiatri som specialitet. Här finns kunskap, nytänkande, nyfikenhet, engagemang och vilja till förändring. Det gör att psykiatrins fortsatta utveckling är säkrad. Samtidigt står vi inför stora utmaningar och läkarens roll är viktigare än någonsin.

En ödesfråga är hur vi ska behålla den personal som en gång valde vår specialitet. Det pratas ofta om vikten av nyrekrytering, men mer sällan om hur arbetsförhållanden ska utformas för att människor inte ska lämna. Jag träffar alltför många sorgsna kollegor som brinner för sitt arbete men som ändå väljer att sluta. Inte sällan beror det på att man inte tycker sig ha möjlighet att arbeta på ett sätt som man kan stå för. Man upplever att verksamheten prioriterar arbete med formulär och protokoll på bekostnad av mötet med patienten.

Min övertygelse är att det går att kombinera ett gott möte med utgångspunkt i patientens berättelse och expertis med ett strukturerat arbetssätt. Detta får inte vara avhängigt den enskilda medarbetaren utan förutsätter en organisation som lyfter och premierar helhetssyn och professionellt förhållningssätt. Det handlar inte om medfödda egenskaper utan om samtalsmetoder som går att formulera, beforska och lära ut.

Nu är jag själv patient inom cancersjukvården, där man sedan länge arbetar strukturerat utifrån tydliga vårdprogram som vilar på evidens. Det känns tryggt att veta att gedigen kunskap ligger bakom alla beslut som fattas avseende min medicinska behandling. Ingen vill möta en läkare som har attityden att hen inte tror på den evidens som finns och därför arbetar utifrån eget huvud. Men det jag bär med mig när jag lämnar vårdinrättningen är inte tankar på den utmärkta medicinska behandling som jag får tillgång till, även om det finns som en trygg förvissning i bakgrunden. Nej, det jag bär med mig är människorna och alla omsorger som visas mig. Undersköterskan som strök mig över ryggen under hela den tid ingreppet varade, sjuksköterskan som utstrålade så mycket hopp, min onkolog som sa att jag behövs i vården och att hon ska göra allt hon kan för att se till att jag kan fortsätta mitt arbete. Jag kommer alltid att vara tacksam över den avancerade behandling som med stor sannolikhet kommer att göra mig frisk, men mina möten med människor i vården blir till minnen för livet.

Det finns mycket som förenar onkologi och psykiatri. Inom båda dessa specialiteter möter vi utsatta människor som kämpar för sina liv och som har stora behov av tröst och hopp. Noggrann diagnostik och behandling som vilar på kunskap är nödvändiga förutsättningar för en effektiv vård, men ersätter inte det goda mötet



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)

FAKTLIG 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

med den som är drabbad och hens närstående. Individens berättelse får inte tappas bort i vår iver att strukturera och effektivisera vården och insatserna måste anpassas efter varje människas unika sårbarhet.

Nu stundar återigen SPK, denna fantastiska mötesplats som växer för varje år! Styrelsen kommer att fortsätta arbetet med psykiatrins utveckling och det kan bara bära frukt om det sker i dialog med våra medlemmar. Vi har skapat fler möjligheter till viktiga möten, bland annat genom våra fortbildningar, den kongressresa som vi arrangerar varje år, samarbetet med STP och via sociala medier. Min önskan är att föreningen ska fortsätta att växa. Glöm inte att påminna kollegor om att de ska bli medlemmar! Ju fler vi är, desto större inflytande får vi!

Tack för de här åren, jag kommer att bevara dem i mitt minne som en guldreserv!

Ullakarin Nyberg
Ordförande SPF

Suicid - när den tunna isen brister



SARA LUNDQVIST
Ordförande Svenska Föreningen för
barn- och ungdomspsykiatri



Årets BUP-kongress går i år av stapeln i Göteborg den 24-25 april. Temat är Suicid – när den tunna isen brister, om arbetet med suicidnära unga.

Det är en riskfaktor att vara ung, under tonåren möter vi som människor stora utmaningar utan att ha förutsättningar för att hantera det som vi är med om eller utsätts för. Hjärnan är under ständig ombyggnation och beteenden och uttryck är kraftfulla och yviga. Deprimerade, arga och impulsiva, bråkiga och risksökande, kicksökande, härmande, rädda, uppgivna. Alla är överens om att en ung person som dör av självmord är en förlust som saknar motstycke. Ändå har vi inte lyckats reducera självmordstalen bland just ungdomar och unga vuxna. Ca 40-50 individer under 20 år tar sitt liv i Sverige varje år, ca 5 är under 15 år. Under de senaste 15 åren har antalet självmord i Sverige minskat med ca 20 %, Trenden gäller dock inte ungdomar och unga vuxna där självmorden ligger konstant.

Vi behöver bli bättre på både primär och sekundär prevention av självmord inom barn- och ungdomspsykiatri. Årets BUP-kongress är ett ypperligt och matnyttigt fortbildningstillfälle för alla som jobbar med barn och ungdomar som mår dåligt.

SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

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

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

FAKLIG SEKRETERARE: Beata Bäckström
(beata.backstrom@skane.se)

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

VETENSKAPLIG SEKRETERARE:
Maria Unenge Hallerbäck
(Maria.Unenge.Hallerback@liv.se)

UTBILDNINGSANSVARIG: Gunnel Svedmyr
(gunnel.svedmyr@akademiska.se)

MEDLEMSANSVARIG: Cecilia Gordan

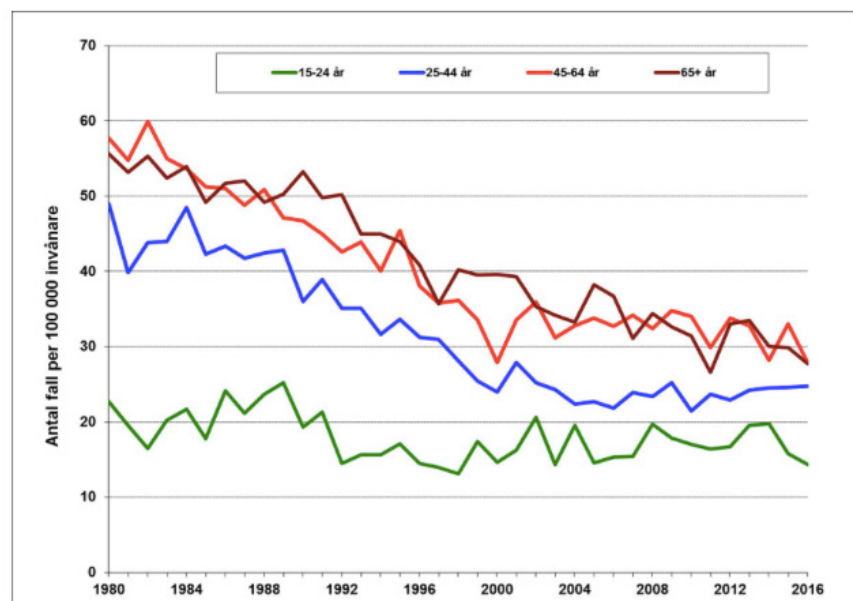
LEDAMOT: Shiler Hussami
(shiler.hussami@nll.se)

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

ST-REPRESENTANT: Ida Gebel Djupdal
(Ida_gebel@hotmail.com)

SFBUP:s hemsida: www.sfbup.se

Säkra och osäkra självmord per 100 000 invånare i Sverige, 15 år och äldre, 1980-2016



Datakälla: [Dödsorsaksregistret Socialstyrelsen](#)

Hjärtligt välkomna till Svenska mässan i Göteborg 24-25 april. Glöm inte att anmäla dig till middagen och få möjligheten att lyssna på Timo Reisin som tolkar Ted Gärdestad!

Sara Lundqvist
Ordförande SFBUP

Vojne vojne

Det är både en ynnest och en belastning att skriva texter till tidningen fyra gånger per år, belastningsdelen är att ta sig över den skrivkramp som av och till infinner sig – vad ska jag nu skriva om?

Denna gång vill jag reflektera över det aktuella kliniska läget, att de rättspsykiatriska klinikerna nästan uteslutande vägrar att ta emot andra patienter än de som ådömts LRV. Det är fullt.

Det fanns förut en möjlighet att hantera patienter som utan dessa förebyggande åtgärder utgjorde en stor fara – oftast för andra – och rättsväsendet kunde inte agera i förväg, ett brott måste ske för att denne ska få vård. Ingen förebyggande handling möjlig såvida inte den reguljära psykiatrin kan ta sig an människan i fråga. Detta är en s.k. nivå-två-patient.

Samtidigt kan jag se att vuxenpsykiatriska verksamheter blivit allt mer benägna till att klassa patienter som i behov av vård enligt nivå två (ansvarig läkare ska klassa vilken aktuell vårdnivå som behövs enligt förordning!).

Men har den allmänpsykiatriska kliniken någon sådan enhet då? Helst skulle man vilja skicka den hotfulle, bråkige patienten till rättspsykiatri. Där det är ordning och reda.

Det har föregående år, 2018, kommit ganska många sådana önsningar och vi har tagit emot och hjälpt så gott vi kunnat. Vi har också fått begäran av en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik i närheten att ta emot en 14-åring, tidigare har vi fått önskemål om att ta emot en åttaåring och en tio-åring, men dessa önskemål har jag inte gått med på.

Jag vill konstatera att nästa år, 2020, ska den barnkonvention vi skrivit på börja gälla.

Detta innebär att barn inte ska vårdas tillsammans med vuxna. Hur förbereder sig barnpsykiatriens verksamheter runt i landet för det?

Varje år överlämnas närmare 300 personer till den rättspsykiatriska vården. Varje år behöver minst lika många komma ut men här kan det vara trögt. Det är nästan som en tanke, att flera kliniker redan arbetat – och arbetar på – att se över sina egna processer om hur vi stakar ut patientens väg tillbaka till samhället.

Vårdprocessen

Sådant arbete pågår hemma hos mig i Öjebyn och naturligtvis kan jag också se att vi ganska lätt skulle kunna göra mer för att öka omsättningshastigheten. Kommunen ska meddelas dag 1, genom ett s.k. inskrivningsmeddelande, men det räcker inte. Kommunen kommer sällan springande och undrar hur de kan hjälpa till redan i denna inskrivningsfas. Kanske vi till och med skulle vifta bort dem, om de gjorde så. Men det kommer en fas där patienten vårdas och successivt utvärderas på många olika sätt, där jag tror att patien-



PER-AXEL KARLSSON

Ordförande Svenska Rättspsykiatriska Föreningen



SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

ORDFÖRANDE: Per-Axel Karlsson
(ordforanden@srpf.se)

VICE ORDFÖRANDE: Kristina Sygel

SEKRETERARE: Hanna Edberg
(sekreteraren@srpf.se)

KASSÖR: Kosilla Pillay
(kassoren@srpf.se)

VETENSKAPLIG SEKRETERARE: Axel Haglund
(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

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

KRIMINALVÅRDSREPRESENTANT:
Lars-Håkan Nilsson

ST-LÄKARREPRESENTANT: Jonatan Adling

LEDAMÖTER: Hannibal Ölund Alonso, Hedvig Krona

HEMSIDEANSVARIG: Jonatan Adling

Hemsida: www.srpf.se

tens egen kraft skulle kunna nyttjas bättre, genom delaktighet och samarbete.

Samtidigt pågår arbete inom SBU, som fått "ett regeringsuppdrag att se om det finns ett tillförlitligt vetenskapligt stöd för rättspsykiatriens vårdinsatser. Granskningen har handlat om att identifiera effekter och biverkningar, och den prognostiska förmågan hos de instrument rättspsykiatrin använder. Kartläggningen har innefattat diagnostik, bedömningar, läkemedel, psykologiska interventioner, psykosociala insatser, rehabilitering, habilitering samt tvångsåtgärder. SBU visar resultatet, och i den framgår att det inte finns någon sammanställd forskning som är tillräckligt tillförlitlig. Totalt identifierade SBU fyra översikter som vid en kvalitetsbedömning ansågs ha medelhög kvalitet. Men ingen av dessa kunde besvara SBU:s frågeställningar, bland annat för att det är svårt att hitta internationella studier med liknande vård och patientgrupper som inom den svenska rättspsykiatrin. Men man kan inte säga att rättspsykiatrin helt saknar vetenskapligt stöd. Den använder i stort sett samma vårdinsatser som den övriga psykiatrin och för den finns ett flertal vetenskapliga studier."

Det kommer att bli en paneldebatt om resultatet vid årets rättspsykiatriska kongress, och givetvis hoppas jag att många med inflytelse och åsikter kommer dit.

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

ANNONS

SVENSK PSYKIATRI

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **15/05**
Tema: Den fria viljan



Utgivning 2019

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

Maila till redaktoren@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



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 övernattnig 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. Anmälan senast den 31/5 2019.

Kostnad

I priset ingår:

- Flygres Stockholm, tur och retur
- Kongressavgift
- Boende 21-24/08
- En gemensam middag
- Dagliga seminarier

Preliminärt 22.000 kronor.

Kontakt namn SPF

kanslisten@svenskpsykiatri.se



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

Några uttag från minnesbanken



Foto: Shutterstock/kanyanat wongsa

Vår hjärna är utvecklad för att skapa mening, forma hypoteser, finna samband för att underlätta vår orientering i tillvaron i olika situationer. I vårt arbete som klinker lutar vi oss mot "minnen" i form av kunskaper och erfarenheter. Vissa tillämpar vi medvetet, andra styr tänkande och förståelse från "kulisserna" utan att uppenbara sig på vår medvetna scen. Med utgångspunkt från detta nummers tema tar jag mig nu friheten att försöka påminna mig några kunskaper, föreställningar om och erfarenheter av olika minnesfunktioner som aktualiseras i mitt kliniska arbete.

Allt eller intet

Vad vore vi utan våra minnen – platt intet. Även den människa som helt tycks ha förlorat sitt minne till exempel vid en

demenssjukdom är beroende av sina minnen – inte som åtkomliga hågkomster men som basen för inre strukturer och vanor som styr beteende på en nivå bortom den aktuella medvetenheten. En god vän med Alzheimer förstod utifrån vårt samtal att han hade svåra minnesproblem, vilket han tyckte var ett framsteg för det förklarade en del av hans andra problem – för att ett par minuter senare eftertryckligt hävda att det inte var något större fel på hans minne. Han hade redan glömt att han inte minns. Den andra extremen är det absoluta minnet – oförmågan att glömma. Jag glömmar aldrig den musiker vars fästmö, på frågan om han kunde få spela något för henne svarade lätt förvirrad: "ta något av Mozart för harpa". Han slog sig ner vid pianot och prövade ett antal inledande fraser. På frågan om hon kände igen något, skakade hon på huvudet. "Lustigt" sa han, "nu har jag transponerat allt Mozart har skrivit för harpa

till piano". I det första fallet, "Alzheimerminnet" finns ingen möjligt att "hämta upp" något ur minnet, i det andra "pianistminnet" är allt möjligt att "hämta upp". Freud kallade det "upphämtbaras domän" för "förmedvetet". I det första fallet är det "tomt", i det andra ryms "allt".

Så här var det, det minns jag tydligt

Minnesbilder är centrala som utgångspunkter för social samvaro. Ett minne är, liksom en upplevelse, individuellt "exklusivt". "Så var det, så gick det till". Det kan krävas eftertanke för att inse att från en emotionellt laddade komplicerad situation finns det lika många "så här var det"-minnen som det fanns deltagare/observatörer. När syskon jämför minnesbilder av "hur det var i vår familj" framkommer ibland häpnadsväckande olika minnen av samma situationer. När vi har återkallat ett minne, ett återupplevande, åstadkommer vi ett minne av minnet, vilket tycks vara vad som återupplevs vid nästa upphämtande. Vi har väl alla upplevt att om en episod från vår barndom har återberättats ett antal gånger av andra familjemedlemmar så kan det så småningom till och med vara svårt att veta om man själv har upplevt episoden ifråga eller lagrat upplevelsen av de andras berättelse som ett "minne".

Medvetande, minne och drömmar

Minnen har en relation till medvetandet. Av informationsflödet från sinnesorgan och inre receptorer är det ju bara en försvinnande liten del som når det kontinuerliga medvetandet och sålunda ger ett explicit minne. Resten av flödet, det implicita, påverkar oss också. I vår minnesbank bland annat lokaliserad till hypothalamus finns alltså: Det vi aldrig varit medvetna om att vi varit med om, det vi glömt, men också det vi aktivt håller ifrån oss, förträngt, förnekad, trängt bort. Det handlar då om upplevelser som är förknippade med tankar/känslor/kroppsupplevelser som är hotfulla i något avseende, antingen för att de inte är förenliga med vår självbild/identitet eller för att de hotar sammanhållningen i den personliga grundstrukturen, kärnsjälvet.

Minnen kan aktualiseras i drömmar. Vissa har en symbolisk uppbyggnad och dess meddelande är kryptiskt. De tycks både vilja och inte vilja meddela oss något om oss själva. Krypteringen är viktig för att dröminnehållet ska vara förenligt med vår självbild – Freud talade om censur. Då kan vi själva välja om vi medvetet vill gå vidare och upptäcka mindre smickrande egna avsikter och känslor. Drömmen markerar ofta vad som är krypterat. En i drömmen förbluffande vänlighet mot en ovanligt liten kvinna kunde vid närmare betraktande visa sig handla om en ilska mot en ovanligt storväxt otrevlig mansperson, med vidhängande mordlust och – maktlöshet. Tack för tipset! Det tycks dock inte alltid vara så lätt att skilja på vilka som tillhör ett minne, en dröm eller en "yttre" upplevelse? Hjärnan tycks – så småningom – kategorisera vilka upplevelser som ska hänföras till inre värld respektive yttre verklighet. Den tycks behöva sensoriska intryck för att vara konsekvent – vid "sensory deprivation" börjar vi som bekant att hallucinera.

Minne och trauma

Vid ett potentiellt trauma tycks det primära sättet att hantera upplevelsen bestå i att förvara de komponenterna åtskilda i

olika cerebrala centra – precis som vanligt, men "manualen" för återskapandet av ett helt minne förvaras utom räckhåll, förmodligen för att undvika en "affektiv härdsmälta" av kärnsjälvet. Om personlighet och nätverk är tillräckligt hållfasta kan komponenterna så småningom inom några veckor "återförenas" till ett helt minne som rymmer händelsens känslor/affekter, kroppssensationer och visuella intryck samt tankar utan att "spränga toleransfönstret". Om detta inte sker uppstår ett "PTSD"-läge där minneskomponenterna tycks befinna sig i ett rum/tillstånd där "har hänt" och "pågår", då och nu flätas samman. Det påminner mig om Schrödingers katt i kvantfysiken, som ansågs vara både död och levande samtidigt ända tills man öppnade dess bur och därigenom gjorde en bestämning i tiden och då var det slut med katten. Minneskomponenternas "dragningskraft" till varandra tycks öka under vissa omständigheter, triggers. Dessa kan i bland "sitta i kroppen" som när brottsmisstänkta kan återfå ett laddat minne när de vallas på brottsplatsen, där själva "vallandet"-rörelsen – gå fram och tillbaka – kan vara central, inte bara återseendet i sig.

Installera minnen

Går det att installera minnen. Ja visst, i hypnoterapi, till exempel för rökavvänjning. Det handlar dels om att installera en negativ attityd till rökning, dels att installera amnesi för att en installation gjorts, det vill säga för själva installationsprocessen, inte för det installerade. Men detta är inte en process som sker inom ramen för en "vanlig" psykoterapi. För en sådan installation gäller att inducera ett ändrat medvetandetillstånd, vanligen svarande mot theta-aktivitet på EEG med ca 6 cykler per sekund. Då är den vanliga vakna beta-aktiviteten underordnad – det vill säga förmågan till kognitiv realitetsprövning är satt ur spel vilket gör det omöjligt att i stunden avgöra om en förställning är "fantasi" eller verklighet.

Önsketänkande och självsuggestion kan komplicera minnen. Kan man ljuga så att man tror sig själv – jag tror det – åtminstone i stunden.

Om jag litar på mitt minne – på sätt och vis – alltid säger det mig något, dock inte alltid det jag först omedelbart tror.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*

Om minnets fadäser

Saxat ur slutkapitlet "Om minnets fadäser" ur min kommande bok "Att snubbla på Freud - och sen resa sig igen"

Nyligen läste jag för andra gången Dan Josefssons bok om Thomas Quick-fallet: "Mannen som slutade ljuga" (2013). Det är en utomordentligt viktig bok, både för jurister och psykoterapeuter av olika schatteringar och som folkbildning för den stora allmänheten. Bakgrundsarbetet är imponerande. Språket lysande. Dessutom är boken spännande som en thriller.

Det försåtliga minnet

Men finns det då inte den minsta lilla skönhetsfläck? Den där lilla mörka fläcken som fransmännen på 1700-talet kallade "mouche"? Den obetydliga skavanken som ansågs ytterligare framhäva ansiktets skönhet och som man därför själv satte på kinden. Någon enstaka gång var fläcken naturlig. Den är sällan elakartad men måste i så fall avlägsnas.

Hur är det då med Josefssons bok, har den någon "mouche"? Jo, säger besserwissern, men man måste leta ordentligt. Den finns på sidan 78. Men måste man verkligen bråka om en sådan småsak? Kan man inte bara låta den där lilla fläcken vara ifred och hoppas att den kanske bleknar med tiden? Folk kan ju annars tro att man ogillar författaren och hans bok! Och vilken fackboksförfattare har själv inte någon gång åkt på pumpen med någon detalj?

Men här rör det sig om referat och citat från författare som gått hädan och inte längre själva kan rätta till och förtydliga – Sigmund Freud och Lars Sjögren. De måste få hjälp på traven. Så vad gäller saken?

I sin bok menar Dan Josefsson på den ovannämnda sidan att Freud i en av sina mest berömda böcker, «Drömtydning», från 1899 skulle ha hävdad att «det omedvetna talar direkt och censurerat/min spärning/ till oss när vi drömmar». Vidare: «Drömmarna var alltså ett titthål rakt in i patientens omedvetna/min spärning/.

Jag minns hur jag baxnade redan första gången jag läste påståendet. Det Freud menar är ju raka motsatsen! Men jag kände mig först en aning förvirrad, trots att jag läst «Drömtydning» flera gånger. Kunde det trots allt vara jag själv som missförstått saken? Josefsson ger ju en direkt källhänvisning med en liten siffra i kanten, tyvärr oläsbar utan det starka förstoringsglas som jag just då inte har i handen. Jag plockar i stället fram mina olika utgåvor av Freuds skrift.

Nu följer ett avsnitt som kräver litet extra koncentration. Vore jag cirkusdirektör skulle jag äska «största möjliga tystnad» för att påkalla skärpt uppmärksamhet. Det handlar om ordet «censur» och om att specificera vad man egentligen avser med uttrycket «dröm». Ordet «censur» spelar därvid enligt Freud en viktig roll i det som

han kallar «drömarbetet», och det återkommer gång på gång i hans utläggning.

Dröm och minne

Det som drömmaren minns spontant vid uppvaknandet kallar Freud den manifesta drömmen – en dröm som «censuren» har rensat från sådant innehåll som skulle kunna störa en fortsatt obryten sömn. De ångestladdade inslagen har inte utplånats helt men oskadliggjorts genom att «censorn» maskerat dem eller förflyttat dem till scenens periferi.

Någon gång gnisslar det i maskineriet. Censuren har av någon anledning sviktat och det undanskuffade har trängt sig fram. Drömmaren vaknar ångestfylld ur en mardröm.

Freud skiljer i sitt resonemang tydligt mellan den manifesta och den latent drömmen. Det latent drömmen kommer fram först i patientens fria associationer på analyssoffan utifrån minnena av den manifesta drömmen. Denna åtskillnad är helt avgörande om man vill förstå drömmens väsen. I sina föreläsningar för allmänheten några år efter utgivningen av sin bok framhåller Freud risken med att inte hålla isär de båda begreppen. Först genom drömmarens personliga associationer till de olika momenten i den manifesta drömmen går det att nå det latent innehåll och förstå vad drömmen egentligen handlat om. En censurerande instans har maskerat det manifesta innehållet genom olika tricks. Som till exempel genom att låta huvudpersonen få en obetydlig biroll.

Ledtråd till minnet

Låt mig ta ett exempel från ett annat område. «Drömarbetet» fungerar i princip på samma sätt som när en konstnär med vanligen idylliska motiv – jag talar om en av mina patienter – under en terapitimme plötsligt upptäcker att han omedvetet inflikat till synes obetydliga men likartade detaljer i alla sina konstverk. En liten klump eller kanske trasa som ibland hänger i en trädgren, ibland på en krok i ett badrum. En upptäckt som ger honom en plötslig insikt och förståelse för hans ständiga skuldkänslor alltsedan barn- domen. De som började efter faderns suicid när han var liten.

Sin ilska mot svikaren hade han vänt till självanklagelser vars djupare innebörd han i början av analysen inte hade någon kontakt med. När han var liten hade mamman lärt honom att slå numret till polisen om pappan blev alltför våldsam. När pappan hängde sig strax efter en sådan ofrivillig sjukhusvistelse kom skuldkänslorna men ursprunget sjönk ner under medvetandets tröskel.

Den målning han just medfört hade tillkommit i ett rus av glädje och upprymdhet under föregående natt. När han under terapitimmen upptäckte den lilla detaljen i en av hörnorna och spontant

förstod innebörden, föll han i en hulkande gråt. Han blev samtidigt medveten om att de idylliska sommarmolnen i flera av hans målningar hade fått ersätta röken från krematoriet i närheten av bostaden. Fadern lämnade nu sin plats som hämnare i skyn. Depressionen lättade och också ett annat av mannens symptom, en förlamande torgskräck, försvann.

Ett avgörande missförstånd

Hur kunde Josefsson hamna så snett i sin uppfattning om drömcensuren? Kanske kom jag gåtans lösning på spåren när jag äntligen hittade mitt förstöringsglas och kunde läsa den lilla siffran med källhänvisningen? Det visade sig att den ingalunda ledde till Freuds originalarbete. Istället avsåg den en Freud-biografi, «Sigmund Freud – Mannen och hans verk». Författare var Lars Sjögren, en aktad psykoanalytiker som tyvärr gick bort i alltför unga år 2007. En kunnig och beläst kollega. Kunde han verkligen ha skrivit att drömmen ger en direktkontakt med det omedvetna?

Kanske var det, som så ofta, det där med drömmen som «Kungsvägen till det omedvetna», som hade trasslat till det. Den stympade versionen av Freuds uttalande om drömmens väsen som så lätt leder till att den manifesta drömmen förväxlas med det latenta innehållet. Ett missförstånd som redaktören för avsnittet «Drömtydning» i den svenska utgåvan av Freuds samlade skrifter tydligen har upplevt som så vanligt att han uttryckligen varnar för det i en fotnot.

Freud kallade drömmen för en «Via regia», en «kungsväg», som så småningom leder till «det omedvetna». Men att färdas på vägen till ett resmål är ju inte detsamma som att verkligen vistas där. Turisten som tänkt sig att få uppleva New York men av någon anledning stoppas av immigrationsmyndigheten och sätts på nästa plan tillbaka, hinner knappast få någon klar bild av staden.

Freuds tal om drömmen som »Kungsvägen till det omedvetna» är ett citat som återges också i Sjögrens bok men där i en längre utläggning om hur «drömarbetet» verkligen går till. Ett citat, som alltså lätt kan missförstås om man ser det stympt och lösryckt ur sitt sammanhang. Det Freud verkligen säger är att den manifesta drömmen är kungsvägen till «känndomen om det omedvetna i det psykiska livet». Men bara det första steget – den är resvägen men inte resmålet.

I svallvågorna efter Dan Josefssons bok uppstod en livlig debatt. Det irriterade mig att man inte så sällan satte likhetstecken mellan «sektledaren» Margit Norells personligt utformade «återgestaltningsterapi» och den verksamhet som bedrivs av oss «vanliga» psykoanalytiker. Man klumpar ihop oss alla under samma rubrik, «psykoanalytikerna», oavsett om vi har vårt omdöme och vår självkritiska attityd i behåll eller inte.

Josefssons kritik mot Margit Norells speciella handledningsmetoder var nödvändig och befogad. Men man tycks på en del håll nu vilja kasta ut barnet med badvattnet och bannlysa alla former av psykoterapi som innehåller begrepp som «bortträngning» och «det undermedvetna» (eller med Freuds egen benämning «det omedvetna»). Något som känns primitivt och upprörande inte minst för en terapeut som likt undertecknad började sin yrkesbana som okunnig Freudhatare men som sedan fick ta del av Freuds tankevärld – till en början inte via hans skrifter men utifrån spontana

berättelser från osofistikerade människor som inte ens hade hört namnet.

När jag senare går igenom gamla papper upptäcker jag att Dan Josefson befinner sig i gott sällskap – med bland annat en Laskerpristagare! Laskerpriset som har kallats Amerikas Nobelpris för betydande vetenskapliga upptäckter!

I en intervju i Läkartidningen 2006 motiverar «den kognitiva psykoterapeutens fader», Aaron Beck, sitt avhopp från psykoanalysen med att han hade misslyckats med ett experiment som skulle ge stöd åt Freuds idéer: «Det började med försök att visa att Freud hade rätt».

Det omedvetna fungerar alltid oklanderligt

Beck berättar att hans strävan var att få bekräftelse på en av Freuds «centrala teser», nämligen att depressioner grundades på en fientlighet som vänts inåt mot det egna jaget. Beck ville testa detta genom att jämföra en grupp deprimerade med en kontrollgrupp. Han utgick då från citatet om «kungsvägen», som han uppfattat som att «drömmarna är kungsvägen till det undermedvetna» – punkt, slut.

Beck lät försökspersonerna berätta sina drömmar och klassificerade dem sedan på en skala över hur mycket fientlighet de innehöll. Till sin «förvåning» fann han att de deprimerades drömmar innehöll mycket mindre aggressivitet än kontrollgruppens.

Det mest överraskande i sammanhanget är kanske just Becks känsla av förvåning. Det han granskat var ju enbart det manifesta dröminnehållet. Han tycks helt ha missat Freuds tankar om hur «drömarbetet» fungerar. Om att «censorn» hade rensat den manifesta drömmen från allt ångestväckande för att understödja en fortsatt god sömn.

Även Freud begick flera misstag i yngre dagar men han rättade så småningom till dem.

Jag har ibland frågat mig om Aaron Beck någonsin blev medveten om sitt stora misstag? På äldre dar gjorde han en resa till Stockholm. Svenska psykoanalytiska föreningen firade 150-årsminnet av Freuds födelse med ett symposium. Beck framträdde där med ett föredrag som hyllade Freud och hans betydelse för psykologin! Om några andra KBT-terapeuter än Beck och hans följeslagare också fanns i salongen känner jag inte till.

I sin forskning utgick Beck alltså från en missuppfattning av vad Freud verkligen hade sagt om våra drömmar. Men också andra kända personer har ibland fått en del om bakfoten när de valt utgångspunkt för sitt sökande. Columbus inledde sin seglats fast besluten att finna Indien men hamnade som bekant någon annanstans. Bägge herrarna hittade ändå något värdefullt. I båda fallen lika omedvetna om att andra redan varit där.

Sten Espmark

*Docent, f.d. överläkare, därefter privatpraktiker
Leg psykoteraapeut med den dåtida allmänna behörigheten
för såväl PDT som KBT etc.
Senioranalytiker, numera pensionär*

Vad vi måste hjälpa patienten att minnas när patientens minne inte är till hjälp

Somliga personer har sämre känsla för tid än andra. Vet helt enkelt inte vad tio minuter är, eller hur det känns i kroppen. De flesta människor som vuxit upp under vinylskivans era vet på ett ungefär hur lång tid en singelskiva tar. Tre-fyra minuter, kortare tid än det tog att röka en cigaret (tills Bob Dylan, som nonchalerade känslan för tid och därför bröt principen med "Like a rolling stone", sex minuter lång).

På samma sätt har många genom skolåren trimmat den inre klockan så att man vet på ett ungefär när lektionen (40-50 min) tar slut, även om det inte fanns någon klocka på väggen i klassrummet. I varje klass fanns dessutom en eller annan person som kunde tycka att lektionen var slut nånstans "på mitten" och bara gick ut, eller tappade intresset och började göra andra saker som att tänka på den söta tjejen/killen eller bryta pennan i lika stora bitar eller råka få syn på nånting i andra änden av rummet som väckte så stort intresse att allt annat glömdes bort.

Just glömska är källan till många missförstånd, eftersom resten av världen har en tendens att missta glömskan för ointresse, arrogans, trots och narcissistiska självupptagna drag, istället för att (åtminstone inledningsvis) inse att tidskänslan och minnesförmågan hos många med ADHD skiljer sig från de flesta andras.

10-patienten dyker inte upp i tid. Klockan blir 10.20 innan patienten registrerar sig i receptionen och därifrån går han via toaletten så patienten hinner bara med tio minuter av sitt besök. Han ber om ursäkt och säger med ett stort leende "här är jag". Behandlaren som under tiden byggt upp en allt större irritation, märker att hon återigen smälter inför hans vänliga charm. Hela dagen är fullbokad så det hade ändå inte funnits någon möjlighet att förlänga besöket, trots att han behövt det.

Det är snarare regel än undantag att han kommer för sent. När man diskuterat patientens ärende på behandlingskonferensen så har man starkt ifrågasatt hans behandlingsmotivation, eftersom han så konsekvent åsidosätter tidsramarna och dessutom verkar tycka att det inte spelar någon större roll. Personalen talar om patientens manipulerande och agerande beteende och att han nog har en diagnos inom personlighetsstörningsfältet snarare än den depressivitet som han sagt periodvis påverkat honom under en längre tid.

Vårdens historiska tendens – och vilja? – att missförstå patienter med ADHD genom att tillskriva dem avsikter som de inte haft, kan vi anta ha lett till att somliga patienter fått fel diagnos, fel bemötande och fel behandling. Om tolkningen av beteendet är att patienten struntar i våra regler, så leder den tolk-



Foto: Shutterstock/Lightspring

ningen ofrånkomligen till andra reaktioner och åtgärder än om tolkningen handlar om patientens svårighet och oförmåga att lägga saker på minnet, och om en sämre känsla för tid.

Den första tolkningen leder lätt till mer repressivt bemötande, vilket kan väcka det trots som somliga tror är en del av ADHD. Snarare är trotsets källa känslan av att vara missförstådd och en sekundär upplevelse av att faktiskt vara just så slarvig, lat och ointresserad som de andra påstår, eftersom man inte klarar av det som förväntas. Dessutom kommer irritationen från behandlarna också arbeta för att vidmakthålla behandlarnas känsla av konflikt med patienten.

Den andra tolkningen, den att patientens glömska beror på oförmågor som går att bemästra med hjälp av knep och motiverande samarbete, gör åtminstone att den personalgrupp som tänker på detta vis blir påmind om att patienten behöver hjälp med många olika saker, och att de fel som man möter från patienten nästan aldrig huvudsakligen beror på ointresse.

Den som glömmar betala räkningarna och därför får inkassokrav kommer knappast bli mer disciplinerad av denna åtgärd, trots att den är normal och rimlig för gäldenären. Den som däremot får hjälp med att få räkningarna betalda, slipper känna av det upprepade misslyckandet. Samma sak med de missade besökstiderna. Om vi tillsammans med patienten lyckas komma på vad som krävs för att hen ska minnas när nästa besök är, och att komma ihåg att gå på utsatt tid, så är det större chans att motivationen att minnas ökar och större chans att patienten kommer i tid. Till exempel kan ett SMS till patienten morgonen för besöket med besökstid och en vägbeskrivning vara tillräckligt för att patienten ska känna att han är väntad, med en förbättrad allians mellan patienten och vården som följd.

Först när denna allians har uppstått, och patienten oftast infinner sig i tid, får vi chans att behandla det patienten har sökt för.

Daniel Frydman

Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Minnen

Nuerna brukar jag helgardera med "Jag kommer inte ihåg vad jag har glömt".

Det finns förstås olika slags minnen, roliga och mindre värdefulla, möten med särskilda patienter, olika slags sjukvårdsorganisationer, forskningsminnen, speciella minnen från undervisning, möten med VIP:s och med politiker av skiftande färger och andra.

Mötet patienter kan vara vitt skiftande, oftast spännande och roligt. Det är fantastiskt hur folk vecklar ut sitt innersta inför en. Det våld som nuerna tycks förekomma på akutmottagningar var främmande för mig.

Minns särskilt en kvinna som gjorde dramatisk entré på psykakuten, liggande på ambulansens bårvagn, klädd i bäddkofta och åtföljd av en man med broderad kavaj och spetskrås. Han meddelade att hans hustru önskade enkelrum. Kliniken var smockfull och överbelagd. På slutet skrattade vi gemensamt, och hon fick fara hem i taxi med remiss till öppenvård, klädd i sjukhusets rock och plasttofflor. LEON-principen i sin prydno.

Jag brukar skryta med att jag varken blivit anmäld till patientnämnd, HSN, IVO eller Socialstyrelsen. Ibland tror jag att det beror på att jag hållit mig ifrån patienter och sysslat med annat än direkt patientarbete men det kanske inte är anledningen för visst har också jag blivit osams med patienter. Det värsta jag upplevt har haft att göra med förskrivning av bensodiazepiner. En 25-årig tjej krävde att få 32 mg flunitrazepam om dagen – jag visste att rekommenderad FASS-dos var betydligt lägre. Jag har i alla fall ingått i expertgrupper i frågan både i Sverige, Norge och WHO. Vi skrek åt varandra.

Både som överläkare och som professor är man bara en kugge i ett maskineri, som styrs av politiska beslut, ekonomisk verklighet etc. Att kliniker oftast leds av landsting (där det främst är pinnstatistik som räknas), medan undervisning och forskning ligger under universitet, är inte enkelt. En som tidigt förstod detta dilemma var dåvarande sjukvårdslandstingsrådet, sedermera försvarsministern Leni Björklund. Flagrant var när en ny psykakut på universitetssjukhus i Stockholm skulle invigas. På fotot från invigningen syntes fem från landstingssidan, men ingen från universitetsvärlden. Skam! Som väl är finns det kloka sjukvårdsadministratörer också.

Professor Börje Cronholm (f. 1913) menade att den bästa psykiatriska forskningen ofta tillkommer i samarbete med andra specialiteter. Av mina mer än 400 arbeten med skiftande målgrupper är det som internationellt citerats mest, gjort tillsammans med epidemiologen professor Peter Allebeck om sambandet mellan cannabisintag och schizofrenirisk.

Att undervisa kan vara jätteroligt – när någon lyssnar på en. Jag menar att PBL är en roligare undervisningsform än katedrala föreläsningar. Det är viktigt med tvåvägskommunikation. Vi hade förmånen att 1983 få inrätta världens första obligatoriska kurs i beroendelära för medicinstudenter vid KI. Vi lärare undrade hur studenterna skulle reagera. Men det blev: "Det här är viktigt, det har vi förstått, vi vill höra mer!" År 1992 blev jag inbjuden att få föreläsa i Buenos Aires om "Nuevo curso obligatorio sobre alcoholismo y druga dependencia para estudiantes de medicina en el Instituto Karolinska". Jag fick då hjälp med översättning till spanska från Argentinska ambassaden.

På min tid hade man tentamensböcker. Har faktiskt namnteckningarna av fyra av KI:s egna Nobelpristagare i den – Hugo Theorell, Sune Bergström, Bengt Samuelsson och Ulf von Euler. När Arvid Carlsson 2000 fått priset, hälsade jag på mottagningen och sade "Ulf Rydberg". Arvid genmålde vänligt "Det vet jag väl"! Ridå.

Mer skryt. När etologerna Konrad Lorenz, Niko Tinbergen och Karl von Frisch 1973 tilldelades Nobelpriset i fysiologi eller medicin, hade vi på Psykklíniken KS haft en seminarierie ledd av Börje Cronholm och Eric Fabricius. Till min förvåning blev jag sedan som 33-årig nybliven docent inbjuden att sitta med på "pingvinberget" i Stockholms konserthus. Tyvärr har jag inget foto från denna illustra händelse.

Det är inte lätt att bedöma evidensen i medicinska påståenden! Till exempel kan vi undra om alkohol ger bättre eller sämre minne hos personer med Alzheimers? Jag har läst tre typer av artiklar. En typ säger att kombinationen förvärrar minnet, en att minnet förbättras och den tredje typen att de inte har med varandra att göra. Alltså ska vi vara tacksamma för SBU:s hjälp!

Ulf Rydberg
Professor emeritus



I denna kusliga tomhet - en analys av Thomas Quicks tankevärld, dess uppkomst och gestaltning

Cajsa Lindholm
Dualis Förlag, 2018

Minne och trauma

Utan minne, ingen psykoterapi. Men vilka minnen är då viktiga och hur tillförlitliga är de?

För några decennier sedan fördes en intensiv debatt beträffande minne och trauma. Vilken roll spelar terapeutens referensram och förhållningssätt i hantering av minnen? Finns ett objektivt verifierbart trauma och en minnesbild, om än outhärdlig hos den traumatiserade, råder konsensus om att behandlingen bör baseras på stabilisering och någon form av exponering. Finns ett objektivt trauma men ingen minnesbild är situationen mer komplicerad. Finns en "traumasymtomatologi" utan objektivt verifierat övergrepp eller spontan minnesbild är situationen än mer komplicerad, speciellt om det gäller arbete med barn. Kan en terapeut genom förslag suggerera fram minnen som inte har någon faktisk grund? Har dessa minnen i så fall karaktäristika som kan skilja dem från "äka" minnen och inte minst från påhittade minnen?

En kompletterande bild

Vissa av ovanstående frågeställningar har förnyats i anslutning till rättsprocesserna kring Thomas Quick/Sture Bergwall. Ett antal publikationer har skrivits kring dessa processer. I sin bok *I denna kusliga tomhet – en analys av Thomas Quicks tankevärld, dess uppkomst och gestaltning* vill psykoterapeuten och handledaren Cajsa Lindholm ge en kompletterande och delvis ifrågasättande bild. Hon var handledare på Säter där Bergwall vistades under nittio-talet men hade aldrig något professionellt ansvar för Bergwalls terapeutiska process. Lindholm fokuserar på förståelsen av Bergwalls drivkrafter och dess upphov samt den psykoterapeutiska metod som tillämpades vid behandlingen på Sätters sjukhus, vilken ifrågasatts just utifrån arbetet med minnesprocesser. Utifrån sin långa erfarenhet av behandling av traumatiserade patienter, inte minst ungdomar, har Lindholm funnit att dessa inte konstruerar sina minnen utan snarare har svårt att lita på dem och att processen att våga ta dem på allvar kan vara lång och smärtsam. I sin bok vill hon ta ett professionella ansvar för sina erfarenheter genom att skriva om behandlingsarbete med tidig utsatthet och ensamhet ur ett objektrelationsteoretiskt perspektiv. Detta perspektiv som i dag är en av utgångspunkterna för psykoterapi var kontroversiellt långt fram i förra seklet.

Bergwalls biografi

Cajsa Lindholm utgår i sin framställning bland annat ifrån Bergwalls självbiografi "Kvarblivelse" 1998 i vilken han beskriver ett antal övergrepp, minnen av vilka skulle ha vuxit fram i den psykoterapeutiska behandlingen. Bergwall försöker, menar hon, sortera och skapa begriplighet i en förvirrad yttre och inte minst inre värld med dess konflikter, skam, sadistiska, homosexuella och pedofila impulser. Hon karaktäriserar hans framställning som övertygande, naken och självutlämnande, dramatisk och stundtals ångestfylld och kaotisk. För läsaren kan det vara en starkt berörande, närmast outhärdlig text.

Passform

Upplevelser av denna karaktär stämmer enligt Lindholms uppfattning med de beskrivningar som svårt traumatiserade patienter ger med vilka hon arbetat i andra sammanhang. De förefaller henne ha en karaktär som inte är möjliga att suggerera fram även hos en patient som vill svara upp mot en behandlares eventuella förväntningar och därigenom få fördelar i olika avseenden. Bergwalls självbiografiska skildring kompletteras genom en systematisk och detaljerad genomgång av hans handlingar via tillgängliga dokument, intervjuer och domar, samt bedömningar av hans mentala tillstånd genom rättspsykiatriska utlåtanden.

Teoretiska utgångspunkter

Cajsa Lindholm förankrar sin förståelse och analys av passformen mellan å ena sidan den beskrivna traumatiseringen, Bergwalls personlighetsstruktur, beskaffenheten av hans inre värld och å andra sidan hans beteende i psykodynamisk/psykoanalytisk teori. Hon underbygger sina utgångspunkter genom utförliga beskrivningar av viktiga teoretikers bidrag: Fairbairn, Ferenczi, From, Guntrip och Winnicott. Hon menar att hennes analys gör valet av psykoterapeutisk metodik när det gällde Bergwall rimlig. Beträffande Margit Norell som varit handledare i hennes privata praktik menar hon att Norell inte var en okomplicerad person. Hon var i vissa avseenden dominerande med mycket insyn och makt och därmed sammanhängande problem för henne att se andras beroende av henne – dessutom var hon metodologiskt "trosviss", men hennes professionella ansats var i sig väl grundad.



Foto: Shutterstock/Andrus Ciprian

Motbild

Lindholm har också med sin bok velat skapa en motbild mot framställningen av Sture Bergwall som en harmlös homosexuell missbrukare, offer för vården på Sätters sjukhus, vilseförd av terapeuter i det närmaste "sektaristiskt" knutna till en auktoritär handledare styrd av en behandlingsmetod som saknar stöd i aktuell akademisk kognitiv minnesforskning. I viss utsträckning måste boken – naturligtvis – ses – är den dock systematisk och väl genomarbetad inom sitt perspektiv. Lindholm menar att den psykoteraeutiska behandlingen av honom var teoretiskt underbyggd och att Bergwall – oavsett hur hans barndom tett sig – tycks ha begått dokumenterade upprepade våldsamma, sadistiska och pedofila handlingar, ovedersägliga, oavsett vilken version av Bergwalls historia som berättas. Det är en rimlig klinisk hypotes att dessa kan tänkas, men naturligtvis inte nöd-

vändigtvis måste, ha sin grund i grav traumatisering i barndomen. Cajsa Lindholms ansats präglas mer av undersökande försök till förståelse än av syndabockstänkande och sökande efter "mördaren". Boken förtjänar respekt genom sin utförlighet, noggrannhet och genomlysning och den inblick den ger i analys av en extremt komplex och smärtsam inre värld och de destruktiva handlingar som springer ur den.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*

Försäkringskasse- relaterad ohälsa

I ett avlägset land, långt upp i norr, var det en gång i tiden lätt att sjukskriva sig. Det kunde rent av vara en arbetsmarknadsteknisk åtgärd. Genom att sjukskriva bort de mest svårplacerade medborgarna från arbetsmarknaden kunde staten Sverige friser sina arbetslöshetssiffror. Nya vindar kom sedan att blåsa över Försäkringskassans kontor och hux flux granskades sjukintygen med lupp, som Fan läser Bibeln. Idag kan man notera i sitt CV om man lyckas bli sjukskriven för vissa diagnoser, som utmattningssyndrom. Att få rätt mot Försäkringskassan kan vara som att få rätt mot ett försäkringsbolag, avseende en större utgift. Det är inte utan att man ibland önskar patienterna en advokat. Jag ägnar en alltför stor del av min arbetstid med att antingen komplettera sjukintyg eller handlägga patienter som försämrats för att de fått avslag på sin sjukpenning. Försäkringskasserelaterad ohälsa är inte särdeles lätt att behandla.

Det ironiska är att jag inte är någon större vän av sjukskrivning i sig. Jag sjukskriver mig sällan. En dag när jag hade ryggskott och tjänstgjorde på vårdcentral sökte eftermiddagens patienter för ryggvärk för vilken de ville ha sjukskrivning. Samtliga patienter var mera rörliga i ryggen än jag. Få saker betyder så mycket för hälsan som att ha ett sammanhang. Den som är sjukskriven rycks ur sin yrkeskontext, träffar inte kollegor och känner sig inte behövd. Vidare följer en sjukroll med sjukskrivningen där frågan: "Kan jag göra det här, jag är ju sjukskriven?" hänger över patienten. Däremot skriver jag utan att tveka sjukintyg om patienten är för sjuk för att utföra sitt arbete. Enstaka gånger får jag nästan tvinga patienterna att låta bli att arbeta, eller att inte gå åter i arbete för snabbt efter en tids sjukdom. För det mesta är det dock bara Försäkringskassan som behöver övertygas. De flesta som inte kan arbeta på grund av sjukdom

plockar av sig själva från banan innan arbetsgivaren gör det.

Det som stör mig mest är de fall där patienterna uppenbart är för sjuka för att arbeta och Försäkringskassan ändå inte godkänner sjukintyget, då de hävdar att patienterna i en parallell värld kan klara "ett väl anpassat arbete". Var finns dessa arbeten? Vem ska ordna dem om inte arbetsgivaren gör det? Sedan förbryllar det mig också när Försäkringskassan avslår deltidssjukskrivning när det av planen är uppenbart att patienten successivt är på väg åter i arbete. Där är riskerna med sjukskrivning små. Vem gagnas av det?

Precis som det alltid har gjort finns det alltså öar av dialog. Handläggare vid Försäkringskassan som lyssnar på vad man säger. Som inte svarar: "Även om du kan det medicinska är det jag som kan sjukför-säkringen". Eller som kan säga angående en uppenbart funktionshindrad ung man: "Du behöver inte överarbeta läkarutlåtandet, jag har träffat patienten". Många handläggare engagerar sig fortfarande i sina klienter och ger dem ett fint stöd. Man lär sig efter ett litet tag vilka handläggare på kontoret som är försäkringsmedicinska vinstlotter.

När man däremot inte får gehör för sin medicinska bedömning undrar man varför den överhuvudtaget görs. Kanske skulle arbetsförmågan bedömas av en oberoende instans, där risken dessutom är mindre att sjukskrivning görs för att vara patienten till lags. Det skulle bespara den behandlande läkaren mycket tid och energi. För även om ett avslag på sjukpenning kan vara en liten katastrof för den drabbade, så drabbas läkaren främst av att behöva ägna så mycket tid åt att skriva tillräckligt bra sjukintyg. Utan att ha en bra plan för hur sjukskrivning ska hanteras bättre kan jag likväl önska att den gjorde det, så att man finge tid och ork till att ta hand om sina patienter.

Mikael Tiger
Psykiater
Stockholm

ANNONS

Seminarium på temat filosofi & psykiatri!

Svensk Förening för Filosofi och Psykiatri och Svenska Psykiatriska Föreningen bjuder in till
"Personcentrerad vård (PCV) - Individens återkomst i den evidensbaserade medicinen?"

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

Tid: 10 april kl. 13 – 17

Plats: Birgittarummet, Medeltidsmuseet, Stockholm

Avgift: SEK 300: - inkluderar kaffe

Anmälan till Jerker Hanson jerker.hanson@telia.com
Välkomna!

Jerker Hanson
Vice ordförande SFFP
<http://sffp.se>
076 345 7911

Vi söker specialister inom

PSYKIATRI

för uppdrag i hela landet

Är du intresserad av
stimulerande och
omväxlande uppdrag
med stora möjligheter
att påverka själv.

Vill du veta mer kontakta:
Carola Grönesjö
0766-36 77 89
carola@pridoc.se

Vi bemannar Sveriges offentliga
och privata vårdgivare med
engagerade och erfarna läkare
inom en rad olika specialiteter.

PRIDOC
BEMANNING
pridoc.se

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive hemsida läser Du alltid senaste nytt:

**Svenska Föreningen för Barn -
och Ungdomspsykiatri:**
www.sfbup.se

ST-läkare i psykiatri:
www.stpsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srpf.se

En SPUR-inspektörs reflektioner



Foto: Shutterstock/Aluna1.

En intressant fråga, som jag i min befattning som SPUR-inspektör ställer under C LOKALER OCH UTRUSTNING – Har kliniken den utrustning som behövs?

Man har inte ens funderat över vilken utrustning som behövs!

Jag vill förmedla några saker jag upplevt i min strävan att bedöma det som jag tycker behövs.

För psykiatrisk diagnostik bör man kanske ha olika skattningsskalor, för det mesta är det med dessa man arbetar? Det blir en ganska trist verksamhet och tungjobbad. Man måste tillägna sig den kliniska kunskapen för att sortera och i viss mån gradera människors problem. Men somatiken då? Vad kan vara nödvändigt för att differentiera till exempel ångest från somatiska problem?

EKG och bladderscan. Syrgas. Akutvagnen kanske är den centrala här, är kännedom om innehållet otydligt? Kunskapsbrist föreligger om vad som finns i akutväskan. Anvisningar om hur man behandlar en akut allergisk reaktion? Akutväska – det finns ibland akutaskar. Venös infart, hur kan sjuksköterskorna det? De tränar sällan. Kan ST-läkaren det då?

Är man försedd med bra stetoskop, blodtrycksmanschetter i olika storlek?

Ofta är det dålig ordning i behandlingsrummet.

Otoskop och oftalmoskop finns i elsladdsmodell! Bra! Men finns en fungerande ficklampa?

Neurologisk bricka saknas ofta eller är litet inkomplett ... stämgaaffel, reflexhammare, ficklampa samt en påse med nyckel, mynt, luddiga föremål och kantiga föremål. Ett streck i golvet att balansera på.

En syntavla?

Bältesrum: Mycket gammal bältesäng som tyvärr har möjlighet till intrasslade ben – skaderisk!

IT-baserade kliniska beslutsstöd, finns? Bibliotekstjänst, psykiatri journal saknas. Stöd från FoU finns alldeles säkert men hur visar sig det?

Man har bra datorer med sökfunktion för t.ex. Google scholar, men har man åtkomst till universitetets sökmotor?

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet. Vilket enligt SPUR-modellen innebär att Adekvat utrustning för diagnostik, utredning och behandling finns.

Kvalitetsindikator: ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.

Tillgång till IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas, stöd från bibliotek eller FoU-enhet finns.

Så långt min reflektion.

Per-Axel Karlsson
SPUR-inspektör



A warm welcome to the 13th Nordic Symposium on Forensic Psychiatry

The theme for the symposium is Forensic Psychiatry in a Lifestyle Perspective: Development, Treatment and Prevention.

The symposium will be held 20th to 22nd of August in Gothenburg.

Registration can be done with or without accommodation (two nights in a single room, breakfast).

All registration includes conference, lunch all three days, dinner Tuesday, gala dinner Wednesday.

Last day of registration is May 10, 2019.
Register at: www.rmv.se/nsfp

Keynote Speakers

Christopher Gillberg (Sweden)

Linda Grønning (Norway)

Sheilagh Hodgins (Canada)

Riittakerttu Kaltiala-Heino (Finland)

Thomas Nilsson (Sweden)

The symposium is organized by the National Board of Forensic Medicine in Sweden, www.rmv.se



Samhällsintresserade kollegor se hit!

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

Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen



Sittrond

Sittrond – psykiatrins påfund,
Av stapeln går, min spänning växa.
Vad händer denna morgonstund?
Betyg på gårdags nit och läxa.

Har alla sovit eller ej?
Nattens dom nu skonlöst faller.
Permissionernas eviga fejd
Mot utskrivningens stumma galler.

Planerar dag, uppgifter – regn
Jag öser. Längtar, längtar
Den höjdpunkt som nu närmar sig
Få möta mina patienter.

Att deras gåva ta emot –
Berättelser om lust och plåga
Om sagovärld, helvetets port
Klar smärta, frisk förmåga.

På rondan är jag vår kapten
Med roder styr jag skutans riktning
Utanför fönstret tutar ett,
Ett riktigt skepp som världen siktar.

Lioudmila Mendoza
*Psykiater
Södertälje*



Utmärkelse för
pedagogiska
insatser för psykiatrin till
Raffaella Björcks minne

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:
Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne.
Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 2020.
Vill du nominera någon till priset?
Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till Svensk Psykiatri:
raffaellapriset@svenskpsykiatri.se
senast den 15/12 2019.

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

Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen

Vi deltar på Psykiatrikongressen 2019

Kom och prata jobb med oss!

Besök Region Dalarnas monter på Svenska Psykiatrikongressen i Münchenbryggeriet i Stockholm den 13-15 mars.

Vi informerar och berättar mer om oss samt hur det är att jobba i Dalarna.



Läs mer på regiondalarna.se

DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: **15/05**
TEMA: Den fria viljan

Psykiatrisk sjukvård och social (o)jämlighet

Vill du delta i en studie om social jämlikhet och ojämlikhet inom den vuxenpsykiatriska sjukvården?

Resultaten förväntas kunna användas som kunskapsunderlag för att utveckla vuxenpsykiatrin mot ökad social rättvisa och jämlikhet. Vi söker nu dig som arbetar inom vuxenpsykiatrin. Som sjukvårdspersonal kan du bidra med ett viktigt perspektiv på verksamheten utifrån dina egna erfarenheter!

Det finns två sätt att medverka i studien. Antingen kan du ställa upp på en enskild intervju som tar cirka en timma. Tid och plats kan anpassas efter dina önskemål. Eller så kan du delta i en fokusgruppsintervju där du tillsammans med ett par andra deltagare (som också arbetar inom vuxenpsykiatrin) får möjlighet att reflektera kring studiens teman i relation till dina egna erfarenheter. Det är upp till dig själv att välja vilket alternativ du föredrar. Du får mer information om vad de olika alternativen innebär genom att maila eller ringa nämnd kontaktperson.

Att delta i studien är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan. När resultaten presenteras kommer alla deltagare att pseudonymiseras, så att det inte kommer vara möjligt att identifiera enskilda deltagare.

Förskningshuvudman för studien är Stockholms universitet.

Om du vill veta mer om studien eller anmäla intresse, är du välkommen att kontakta:

Veronica Bruner, doktorand.
Institutionen för pedagogik och didaktik, Stockholms universitet.
Mail: veronica.bruner@edu.su.se



Stockholms
universitet



“Allvarligt talat” på SPK 2019 - om vad då?!

“Allvarligt talat” på SPK 2019 - om vad då?!

Nu på SPK onsdag 190313 kl. 15.15 i Arkaden på Münchenbryggeriet återkommer denna uppskattade punkt där en klok panel diskuterar allvarliga ämnen, gärna med inlägg från publiken.

I panelen:

Jonna Bornemark, lektor i filosofi vid Södertörns högskola

Liv Fries, fil dr. i företagsekonomi

Alexander Wilczek, med dr, psykiater

Moderator är Alessandra Hedlund

Vilket ämne vill du att de skall diskutera?

Mätvärden och evidens, datorn och ersättningen som styrdon? Rimlig plats för värderingar, omdöme och tillit, tolkningar och reflektion?

Framför ditt förslag på plats eller maila snarast ditt förslag till

alessandra.hedlund@sll.se

alexander.wilczek@ki.se

eller till jerker.hanson@telia.com

Har du tur tar panelen upp ditt förslag!

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 psykiatrin 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

Psykofarmakologi för barnpsykiatriker – en 20-årig kunskapskälla



Foto: Lars Joelsson

Tillsammans med Christofer Gillberg och Henrik Pelling startade Håkan Jarbin år 2000 en utbildning i psykofarmakologi riktad mot barnpsykiatri. Några år senare kom Kerstin Malmberg och Tord Ivarsson att ersätta Gillberg och Pelling. Håkan, Kerstin och Tord har sedan dess hållit i utbildningen och delgett oss de absolut nyaste rönen när det gäller forskning och klinisk tillämpning. Under de senare åren har SFBUP arrangerat utbildningen i egen regi och i år för första gången utan något stöd från läkemedelsindustrin. Trots att avgiften blev högre var det ändå fulltecknat.

Under utbildningen får man ta del av föreläsningar samt delta i falldragningsövningar. Utbildningen hålls i både Stockholm och Göteborg och samlar totalt ca 150 läkare framför allt inom barnpsykiatri men också från barnmedicin. SFBUP har också ett programinslag där ordförande Sara Lundqvist informerar om SFBUP:s verksamhet och tar emot förslag och synpunkter från deltagarna.

En intressant iakttagelse från de sista åren är att icke-farmakologiska metoder lyfts fram allt mer, metoder som psykosocial och psykopedagogisk behandling samt motion och konditionsträ-

ning. I år är även teorier om inflammationens betydelse för psykisk ohälsa.

För er som inte var med i år så kan jag starkt rekommendera SFBUP:s hemsida där alla föreläsningar finns i PowerPoint,

Lars Joelsson

*Överläkare, BUP-kliniken
NU-sjukvården, Västra Götalandsregionen*

Länk till föreläsningarna
<http://www.sfbup.se/farmakologisk-fortbildning-20172018/>

Foto: Anette Lehto





Vårdskador inom svensk psykiatri

Att drabbas av en vårdskada (undvikbar skada) kan ibland vara banalt och övergående, men det kan också vara något som på ett avgörande sätt förändrar både patientens fortsatta liv och förtroende för vården. Vid sidan av mänskligt lidande så har SKL beräknat att kostnaden för de extra vårddagar som vårdskador leder till är cirka 9 miljarder kr per år i somatisk sjukhusvård.

Det har hittills saknats kunskap i Sverige och internationellt om skador och vårdskador inom psykiatrisk vård, både vad gäller typ av skador, frekvens samt allvarlighetsgrad.

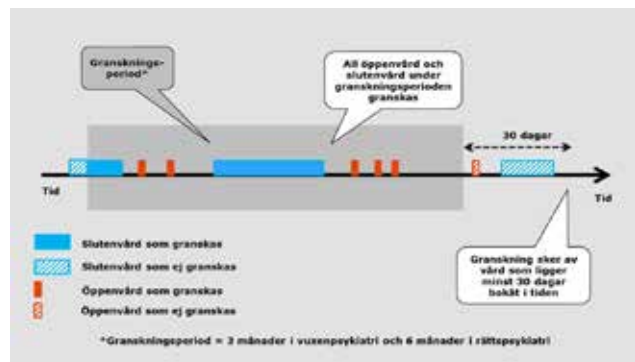
Under 2017 har det i Sverige gjorts en nationell mätning av förekomsten av skador inom psykiatrisk vård med hjälp av metoden markörbaserad journalgranskning (MJG). Metoden har använts under många år inom somatisk slutenvård. MJG har anpassats och utvecklats utifrån den psykiatriska vårdens förutsättningar. Granskningsteam i hela landet har utbildats och data har samlats in under det första halvåret 2017. Ett slumpmässigt uttag av journaler har gjorts så att varje granskningsperiod innefattar minst ett avslutat slutenvårdstillfälle. Om patienten före eller efter slutenvårdstillfället även behandlats inom öppenvård under granskningsperioden, granskas även öppenvården. Detta innebär att den öppenvård som granskats och redovisas rör en patientgrupp, som sannolikt har en mer omfattande psykiatrisk problematik än den patientgrupp som vanligen återfinns inom psykiatrisk öppenvård.

Internationellt sett är mätningen den första inom psykiatrisk vård som genomförts på nationell nivå. Rapporten i sin helhet går att ladda ner på SKL:s hemsida.

Granskning utförs på följande sätt:

Faktaruta

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) definierar vårdskada som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården



Resultat

I 17 procent av 2 552 slumpvis utvalda journaler som granskats inom allmän vuxenpsykiatrisk vård identifierades skador. Totalt identifierades 720 skador. Närmare hälften av skadorna bedömdes vara undvikbara eller sannolikt undvikbara.

Skadepanoramat skilde sig åt mellan psykiatrisk öppen- och slutenvård.

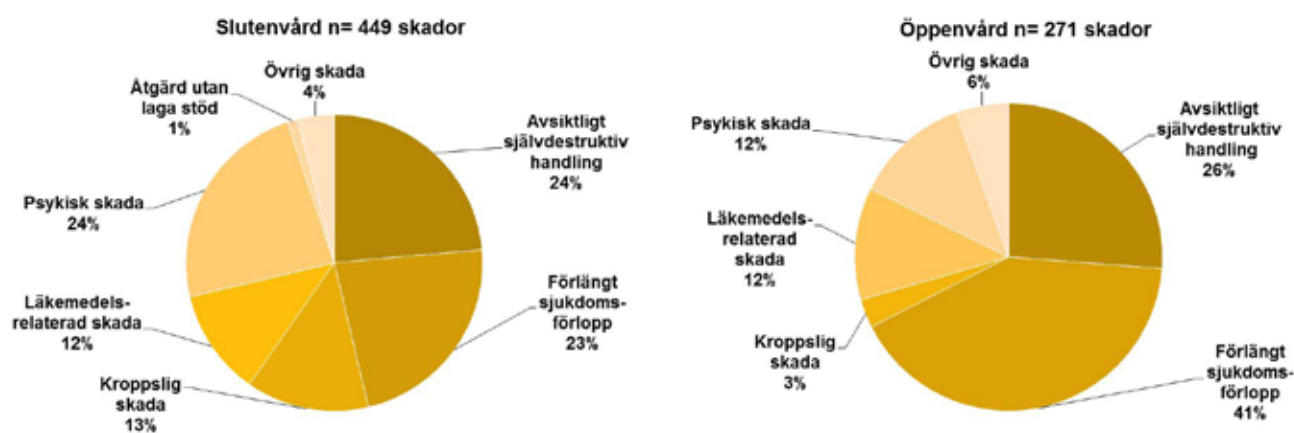
Förlängt sjukdomsförlopp, som var den vanligaste vårdskadan, utgjorde en avsevärt större andel av skadorna inom öppenvård, där en sannolik orsak för detta kan vara tillgänglighetsproblem inom öppenvård. Psykisk skada och kroppslig skada utgjorde väsentligt större andelar av de skador som identifierades inom slutenvård. Detta får betraktas som förväntat, dels för att slut-



envården pågår 24 timmar om dygnet, dels också för att patienter som vårdas inom slutenvård är sjukare och får en mer omfattande behandling än öppenvårdspatienter. Båda dessa faktorer bidrar till en ökad risk för skada.

Skador och vårdskador är vanligast hos kvinnor

En signifikant skillnad sågs mellan könen. Kvinnor hade den högsta andelen skador – i cirka 22 procent av granskade journaler hittades en skada. För män var motsvarande siffra cirka 13 procent. För vårdskador sågs på samma sätt en skillnad mellan könen; 9,7 procent hos kvinnor respektive 6,3 procent hos män.



I alla åldersgrupper utom i den äldsta (65 år eller äldre) var andelen skador inom vuxen psykiatrisk vård signifikant högre för kvinnor jämfört med män. Som jämförelse ses inom somatisk vård en signifikant skillnad mellan könen, där män har den högre andelen vårdtillfällen med skador och vårdskador. De största skillnaderna mellan könen sågs inom skadeområdet "Avsiktligt självdestruktiv handling". Även om man bortser från detta skadeområde kvarstår könsskillnaderna både vad gäller skador och vårdskador.

Vilka lärdomar kan dras av undersökningen?

- Det faktum att man i 17 procent av de slumpvis utvalda journalerna inom allmän vuxenpsykiatrisk vård identifierade skador, där närmare hälften bedömdes vara undvikbara eller sannolikt undvikbara visar att problemet med bristande patientsäkerhet är ungefär lika stort inom psykiatrisk som inom somatisk vård.
- Att kvinnor har en signifikant högre andel skador och vårdskador är ett fynd som bör föranleda ytterligare diskussion.
- Den vanligaste vårdskadan inom psykiatrisk vård var Förlängt sjukdomsförlopp. Den var vanligare förekommande inom öppenvård, vilket pekar på tillgänglighetsproblematik inom öppenvården. 70 % av alla skador med Förlängt sjukdomsförlopp bedömdes som undvikbara.

Kvalitetsbrister

En markör är en uppgift i journalen som pekar på ett riskområde där skador kan förekomma. Av de 36 markörerna i handboken för MJG i psykiatri har 19 en utformning som gör dem lämpade att också användas som kvalitetsbristmarkörer. Dessa markörer är ut-



formade så att de hänvisar till verksamhetens egna rutiner och belyser om man följt dem eller inte.

Kvalitetsbristmarkörer är mycket vanligt förekommande i det granskade materialet. 78 procent av alla granskade journaler hade en eller flera identifierade kvalitetsbristmarkörer.

De vanligaste kvalitetsbristmarkörerna var avsaknad av vårdplan och somatiskt stautus, vilket stämmer väl överens med vad IVO skriver i Tillsynsrapporten för 2017. IVO konstaterar att vårdgivarnas vårdplaner ibland är otydliga eller till och med saknas och att vårdplanering bör genomföras tillsammans med patienten och de närstående. En rekommendation är att nationellt arbeta med vårdplansutformning, då detta tycks vara ett problem på många håll.

I journalerna finns vidare mycket dubbeldokumentation och ostrukturerad text som gör informationsinhämtning omständlig och tidskrävande, inte bara i samband med granskning utan framför allt i vårdsituationen.

Charlotta Brunner

Chefläkare, Psykiatriförvaltningen, Region Kalmar

Hans Rutberg

Patientsäkerhetsexpert Sveriges Kommuner och Landsting

METIS - ett framgångsrikt kurskoncept

Metis-kurser för ST-läkare är ett välkänt koncept och utvecklingen har gått från ett underskott på kurser till ett rikt utbud av kurser spridda över landet. Vilka är framgångsfaktorerna bakom denna utveckling? Vi gör en tillbakablick på Metis historik, presenterar en utarbetad infrastruktur och blickar in i framtiden.

I backspegeln

Ett övergripande mål med Metis ("Mer teori i ST") är att öka tillgängligheten på specialister i psykiatri och att tillskapa en hög och jämn kvalitet på ST-utbildningen i psykiatri. Idén till Metis kurskoncept växte fram i samband med målbeskrivningsarbetet i Svenska Psykiatriska Föreningens utbildningsutskott. Projektet Metis är organiserat via sex regionala kanslier, samt ett centralt kansli som styrs av en styrgrupp – utsedd av de sex sjukvårdsregionerna som ingår i Sveriges kommuners och landstings nätverk för styrning och ledning av psykiatri (NSLP).

Utarbetad infrastruktur – täta samarbetsytor

Det Centrala kansliet är placerat inom enheten Fortbildning vid Centrum för psykiatriforskning i Stockholm. Det utgör central samordnare för kursernas infrastruktur, bland annat genom att handha lärplattformen Ping Pong, utveckla nya kurser och marknadsföra Metis-konceptet. De regionala kanslierna säkerställer att det finns tillräckligt många kurser för landets ST-läkare och att de är spridda över de olika regionerna. De identifierar nya kursgivare, samordnar kursadministration och utser deltagare till kursutvecklingar och kursrevisioner. Styrgruppen sammanträder två gånger per termin och nätverksmöte för de regionala kanslierna sker tre gånger per år. BUP-kurser organiseras via ett nationellt nätverk med studierektorer för BUP och ett regionalt kansli är placerat i Stockholm. Det regionala BUP-kansliet planerar pågående och framtida kurser, kommunicerar om frågor kring nya kursgivare samt kursers fördelningar över terminer och år.



Denna utarbetade infrastruktur är en av framgångsfaktorerna bakom Metis. De täta samarbetsytorna har bidragit till framväxten av ett rikt utbud av kurser över hela landet.

Modern och interaktiv pedagogik

Metis-kurser följer en pedagogisk modell som är akademiskt utarbetad. Syftet är att integrera ny kunskap i läkarens kliniska kunskap via en modern och interaktiv pedagogik. Den pedagogiska modellen innefattar tre faser: *bygga* kunskaper via distansbaserad instuderingsdel och självtest, *överbrygga* via tre kursmötesdagar och *tillämpa* via en kliniskt förankrad hemuppgift. Under kursmötesdagarna träffar ST-läkarna experter inom klinik och forskning samt i vissa fall även brukarrepresentanter. Under dessa dagar får ST-läkaren ställa frågor, diskutera och öva sig i hur kunskapen kan användas i den kliniska vardagen. Den pedagogiska modellen är kopplad till moderna koncept inom pedagogik såsom "blended learning" (att blanda pedagogiska metoder), samt "flipped classroom" (att självstudier föregår fysiska kursmöten).

Hur många kurser – och deltagare?

Varje år ges cirka 55 avgiftsfinansierade Metis-kurser utspridda över landet. Under 2018 gavs 58 kurser för ST-läkare och vi erbjöd 1559 platser. Under HT-18 gavs även en kurs för tilläggs-specialiteten Beroendemedicin. Metis innefattar kurser inom vuxenpsykiatri (VUP), barn- och ungdomspsykiatri (BUP) samt några "gränsöverskridande kurser" såsom Vuxenpsykiatri för barn- och ungdomspsykiatrin. VUP-kurserna är indelade i tre block: *grundkurser* (t.ex. Akutpsykiatri); *sjukdomslära* (t.ex. Affektiva sjukdomar) och *fördjupning* (t.ex. Neurovetenskap). BUP-kurserna är indelade i tre faser; *tidig* (t.ex. Akutpsykiatri); *mitten* (t.ex. Trauma) och *sent* (t.ex. Pediatrik). Samtliga kurser är nära kopplade till aktuell forskning och nationella riktlinjer.

Kursrevisioner – möjlighet för ST-läkare att göra sitt kvalitetsarbete

VUP-kurserna revideras vartannat år och BUP-kurserna efter att de har getts två gånger. Vid kursrevisionen deltar kursgivare, en ST-läkare, brukarrepresentant samt administratör/metodstödjare från det Centrala kansliet. I varje revisionsgrupp ingår också akademiskt sakkunniga med spetskunskap inom aktuell forskning. Under mötet görs uppdateringar av litteraturlistan, kompetensmål, delmål och självtest. Under 2018 genomfördes 14 kursrevisioner och en kursutveckling under ledning av det Centrala kansliet.

ST-läkare kan göra sitt kvalitetsarbete genom att delta på kursrevisioner och har då som uppgift att granska kursens innehåll och upplägg utifrån ett deltagarperspektiv. Arbetet består i att läsa kursutvärderingar från tidigare kursomgångar, samt att kritiskt granska befintliga lärandemål och litteraturlistor för att ge förslag till förbättringar. ST-läkaren har i denna process en koordinerande funktion genom att kommunicera med andra revisionsdeltagare för att sammanställa efterarbetet, samt är delaktig i att formulera nya multiple-choice frågor till det självtest som kursdeltagarna genomför innan kursmötet. Arbetet med att genomföra kursrevisioner kan (men behöver inte) utformas som ett kvalitetsförbättringsprojekt inom ramen för läkarens ST-tjänstgöring. Ett sådant arbete motsvarar sammanlagt tre till fyra kursrevisioner.

Vart är Metis på väg?

Inom Metis nätverk har vi siktet inställt på att fortsätta finslipa de väletablerade kurser som redan ges, samt att öppna upp för nytillskott. I dagsläget finns ett antal kurser för specialistläkare som helt eller delvis följer Metis upplägg. En pilot-METIS för psykiatrisjuksköterskor med inriktning på psykofarmakologi kommer att starta i VGR under februari 2019. Metis för ST är idag en självklarhet och vårt mål är att det ska ha samma självklara värde även för specialisters fortbildning. Vi ser med förväntan fram emot det pilotprojekt som pågår i att utbilda andra yrkesgrupper för att få välfungerande psykiatriska team som utgår från samma kunskapsmassa.

Lise-Lotte Risö Bergerlind

Överläkare

METIS Styrgruppens ordförande

Chef Kunskapsstöd för psykisk hälsa i VG

Karolina Sörman

Med dr

Chef för Centrala METIS-kansliet

Enhetschef Fortbildningen vid Centrum för Psykiatrforskning (CPF)

Helena Fatouros-Bergman

Fil dr, leg psykolog

Tidigare Chef för Centrala METIS-kansliet

Sektionschef Fortbildningen vid Centrum för psykiatrforskning (CPF)



Aktuella avhandlingar från BUP 2018

Lund

Risky Alcohol Use in Adolescent and Adult Psychiatric Patients Sophia Eberhard

Denna avhandling handlar om riskbruk av alkohol hos psykiatriska patienter. Riskbruk betecknar ett mönster av alkoholanvändande som ännu ej givit skador, men visat sig öka risken att drabbas av negativa konsekvenser i framtiden. Syftet med denna avhandling har varit ökad kunskap om riskbruk av alkohol bland allmänpsykiatriska patienter i olika åldrar (ungdomar och vuxna), med fokus på upptäckt, förekomst och intervention, och även i relation till ny teknik i psykiatri (e-hälsa).

Riskbruk av alkohol är vanligt både bland ungdomar och vuxna med psykiatrisk sjukdom. En kort intervention mot riskbruk baserad på metoden "motiverande samtal" var effektiv för vuxna med psykiatrisk sjukdom. De nya tekniker som introducerades: telefonintervention, smartphone-applikation och screening med datoriserade skattningsskalor, accepterades väl av patienter och vårdgivare, och var tidsbesparande.

Framgångsfaktorer för utveckling av nya e-hälsolösningar var stöd till projektet på alla nivåer i sjukvårdsorganisationen, och applikationens kvalitet och användbarhet. Baserat på att riskbruk av alkohol är vanligt bland psykiatriska patienter, och att det utgör en riskfaktor för komplicerande samsjuklighet, behöver psykiatriska patienter oavsett ålder eller diagnos av vårdgivare få kännedom om riskerna med ett samtidigt riskbruk av alkohol. Först då ges patienterna möjlighet till delaktighet och ett grundat ställningstagande i denna fråga. Även föräldrar till ungdomar behöver informeras. Riskbruk av alkohol börjar ofta i ungdomen, varför ämnet är relevant för både barn- och ungdomspsykiatri och för vuxenpsykiatri.

Struggling with parenthood after an upbringing with substance abusing parents Eva Tedgård

I denna avhandling undersöktes om kvinnor och män som vuxit upp med missbrukande föräldrar och som vände sig till spädbarns- och småbarnspsykiatri för att få stöd i sitt föräldraskap var en speciellt utsatt patientgrupp, och deras erfarenheter av de utmaningar de nu upplevde i sitt eget föräldraskap. Vidare undersöktes förekomsten av psykisk ohälsa och föräldrastress hos hela gruppen föräldrar och som vände sig till spädbarns- och småbarnspsykiatri.

Vi fann att kvinnorna som vuxit upp med missbrukande föräldrar var en extra belastad patientgrupp. De hade oftare symptom av depression och ADHD, oftare erfarenheter av eget missbruk och hade oftare varit med om traumatiska livshändelser jämfört med de kvinnor som uppgav att de inte vuxit upp med missbruk. För männen fanns ingen lika tydlig skillnad. I hela gruppen patientföräldrar som sökt behandling på spädbarns- och småbarnspsykiatriska enheten var kvinnorna tydligt mer belastade av psykisk ohälsa än männen. De utmaningar föräldrarna beskrev handlade både om bristen på roll-modeller och om en vilshenhet i sitt föräldraskap. Vidare beskrev de en känsla av att ständigt vara i "alarm-beredskap". Utmaningarna som föräldrar handlade även om svårigheter att känna tillit till sig själva och till andra människor, att hantera negativa känslor gentemot sitt barn och att utmanas av starka känslor av skuld.

Slutsatser: Kvinnor som vuxit upp i hem med missbruk utgör en extra sårbar patientgrupp inom spädbarns- och småbarnspsykiatri. Det är angeläget att identifiera dem och att utforma riktade behandlingsinterventioner. Vidare är det angeläget att personal inom skola, vård och socialtjänst kan hjälpas åt att se de barn som växer upp med missbrukande föräldrar och identifiera deras hjälpbehov. Dessa barn kan vara svåra att identifiera då ett brådmoget och, vid ett ytligt betraktande, kompetent beteende döljer deras svårigheter.

Göteborg

Early detection of ESSENCE in Japanese 0-4-year-olds Yuhei Hatakenaka

ESSENCE (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations) är ett begrepp som lanserades 2009 av Christopher Gillberg och som syftar på den samexistens och "samsjuklighet", samt den överlappning av symptom som föreligger vid utvecklingsneurologiska funktionsnedsättningar. ESSENCE är inte en diagnostisk term utan konceptualiserar detta kliniska faktum.

Det övergripande målet med denna studie är att utforska avgörande aspekter när det gäller tidig identifikation av ESSENCE-problem i kliniska sammanhang utifrån följande tre synvinklar: utbildning för vårdpersonal, tidiga frågeställningar rörande motorisk utveckling som ett problem inom ESSENCE, samt utveckling och preliminär validering av ett nytt kort frågeformulär avseende screening, ESSENCE-Q.



Utvecklingsneurologiska funktionsnedsättningar/problem kan ofta identifieras mycket tidigt under barndomen. Noggrann observation av motorisk utveckling verkar ha en avgörande roll, och ESSENCE-Q kan vara ett användbart screeningformulär. Sjuksköterskor inom barnhälsovården skulle kunna vara den mest lämpade yrkeskategorin att använda detta screeninginstrument och därför är det av stor vikt att tillhandahålla utbildning inom området ESSENCE till denna grupp.

Stockholm

Nonsuicidal self-injury and emotion regulation: clinical correlates and novel treatments

Johan Bjureberg

Nonsuicidal self-injury (NSSI) är vanligt, särskilt bland ungdomar och unga vuxna, och är förknippat med flera negativa följder, inklusive allmän psykopatologi och självmord.

Syftet med föreliggande avhandling var att studera kliniska och psykosociala korrelationer och resultat associerade med NSSI, att utveckla ett kort frågeformulär för bedömning av känsloreglering och att utveckla och utvärdera nya behandlingar för NSSI.

Slutsatser: NSSI med och utan självmordstankar bör vara en del av riskbedömning och prioritering inom barn- och ungdomshälsovården. DERS-16 är en valid och kort självrapportering av svårigheter i känsloreglering. Det är möjligt att genomföra ERGT (Emotion Regulation Group Therapy) inom ett offentligt hälsovårdssystem. ERITA (Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents) är en lovande behandling för NSSI bland ungdomar, både som traditionell ansikte mot ansikte-behandling och i ett onlineformat.

Guts over fear: internet therapy for abdominal pain in children.

Maria Lalouni (KI)

Functional abdominal pain disorders (FAPDs) är vanliga hos barn och associerade med smärtsamma symtom, låg livskvalitet och funktionsnedsättning. Det övergripande målet med avhandlingen var att utveckla och utvärdera en terapeutstöd exponeringsbaserad CBT för barn 8–12 år med FAPDs.

Den utvecklade CBT-metoden, både ansikte mot ansikte och online, fungerade väl kliniskt. Deltagande barn och föräldrar var nöjda med behandlingen och upplevde att den var till hjälp vid hantering av buksymtomen. Buksymtomen minskade signifikant i interventionsgrupperna jämfört med Treatment as Usual (TAU), livskvalitet förbättrades, ångest och undvikande beteende minskade.

Slutsatser: Internet-CBT baserat på exponeringsövningar och föräldrahjälp för barn med FAPDs är genomförbart, acceptabelt, kliniskt effektivt och kostnadseffektivt jämfört med TAU och har potential att öka tillgången på evidensbaserade behandlingar för en stor grupp barn med FAPDs.

Depression among adolescents and young adults: social and gender differences

Therese Wirback

Depression är ett stort folkhälsoproblem som har negativ inverkan på många aspekter av livet. Bland ungdomar och unga vuxna är det den främsta orsaken till nedsatt livskvalitet (DALY, disability-adjusted life years).

Det övergripande syftet med denna avhandling var att öka kunskapen om sociala och könsskillnader i depression bland ungdomar i Sverige. Tre olika registermaterial användes för att fånga en bred bild av rollen som social ställning, kön och depression, i ungdomar (13–17 år) och i ung vuxen ålder (18–32 år).

Låg social ställning i barndomen ökar risken för depression i ungdomen och sämre psykosocial funktion och/eller psykiatrisk samsjuklighet bland ungdomar med depression. De sociala skillnaderna var mer uppenbara i självrapporterade depressiva symtom jämfört med diagnostiserad depression. Bland ungdomar med utländskt födda föräldrar var det en lägre risk för diagnostiserad depression, men inga skillnader hittades i självrapporterade depressiva symtom jämfört med att ha svenskfödda föräldrar. Flickor hade en ökad risk för både självrapporterade depressiva symtom och diagnostiserad depression jämfört med pojkar. Flickor med föräldrar med låg utbildning visade sig vara särskilt sårbara för både självrapporterad och diagnosti-



serad depression samt sämre psykosocial funktion. Både pojkar och tjejer med depression med lägre socio-ekonomiska förhållanden hade ökad risk för psykisk samsjuklighet. De unga vuxna männens acceptans och hjälpsökande vid depression fördröjdes på grund av de upplevda könsidealerna.

Uppsala Universitet/KIND

Visual Attention to Faces, Eyes and Objects: Studies of Typically and Atypically Developing Children

Johan Lundin Kleberg

I de flesta kognitiva processer spelar uppmärksamhet en stor roll. Tidigare forskning har visat att det vi kallar uppmärksamhet kan delas in i flera samverkande kognitiva funktioner. Studierna i den här avhandlingen bygger på tanken att vi kan förstå både typisk och atypisk utveckling bättre genom att studera hur komplexa beteenden och kognitiva processer förhåller sig till olika uppmärksamhetsfunktioner.

Studierna handlar om uppmärksamhet hos sju månader gamla barn med typisk utveckling (studie I), barn i skolåldern med autismspektrumtillstånd (studie II) och tonåringar med social ångest (studie III). Två aspekter av uppmärksamhet undersöktes, det som kallas orientering och fasisk alertering (fritt översatt ungefär "orientering av uppmärksamheten" och "fasisk reglering av vakenhetsgraden"). När vi pratar om uppmärksamhet i vardagligt tal tänker vi ofta på att välja ut vissa delar av omgivningen snarare än andra för att uppfatta dem bättre. Det är den typ av uppmärksamhet som kallas orientering. Fasisk alertering kan definieras som kortvarigt ökad vakenhet. Ett typiskt exempel är när ett plötsligt ljud i omvärlden gör oss mer vakna på andra sinnesintryck.

Våra resultat stödjer tidigare teorier om hur olika uppmärksamhetssystem interagerar, och att fasisk alertering fungerar på ett liknande sätt hos barn med och utan autismspektrumtillstånd och att autistiska drag och social ångest kan vara kopplade till olika utvecklingsstadier av social uppmärksamhet.

Recognizing Disability and Ability in Young Autistic Children
Elisabeth Nilsson Jobs

Det övergripande syftet med den här avhandlingen var att förbättra tidig identifikation och tidigt uppmärksammande av både funktionshinder och styrkor hos autistiska barn. Tre studier av 3-åringar genomfördes inom ramen för Projekt Småsyskon (www.smasyskon.se). Grupperna som ingick var en grupp med barn som hade hög risk för AST, dvs. med en bror eller syster med AST, och som själva hade AST; en grupp med hög risk för AST men utan AST själva; samt en grupp med låg risk för AST, dvs. utan en bror eller syster med AST och med typisk utveckling.

De tre grupperna presterade lika på alla uppgifter förutom på uppgiften Hidden Pictures. På den uppgiften presterade barnen med AST signifikant högre än barnen utan AST. Resultatet tyder på att även små barn med AST har bättre visuell förmåga på vissa uppgifter än barn utan AST.

Även om fler studier behövs inom skattnings- såväl som det visuella området, visar det sammantagna resultatet i den här avhandlingen, att information från förskolan och bedömning av visuell förmåga kan förbättra tidig identifikation av AST såväl som erkännande av specifika styrkor hos 3-åriga autistiska barn.

Per Gustafsson
Professor emeritus
BUP Linköping

Länkar till avhandlingarna finns på www.svenskpsykiatri.se



Familjedagvård i grupp - ett effektivt sätt att behandla barn och ungdomar med allvarlig ätstörning

Varför familjedagvård?

Evidensbaserad behandling av barn och unga med restriktiv ätstörning innebär involvering av familjen i behandlingen (FBT). Detta är numera standardbehandling i öppenvård.

För en del patienter behövs en mera intensiv behandling än vad vanlig öppenvård kan erbjuda. Heldygnsinläggning med föräldrar är ett stort ingrepp i familjens liv och för ett barn eller en ungdom innebär inläggning vissa risker eftersom de avlägsnas från det normala livet, ibland under en ganska lång tid. Det skulle därför vara önskvärt med behandlingsformer som är intensiva och effektiva men mera "familjevänliga". Familjedagvård i grupp är ett sådant alternativ.

Hur ser modellen ut?

En modell som har provats under några år på Stockholms Centrum för Ätstörningar är att arbeta med 6 - 7 familjer i grupp 3 timmar dagligen under 4 dagar i veckan. De 3 timmarna kan med fördel läggas sen eftermiddag, således att det blir möjligt för ungdomen att vara några timmar i skolan och för föräldrarna att vara lite på jobbet. Man avslutar då dagens behandling med en gemensam middag, där man tränar på att äta mat som man inte själv har valt eller tillagat, i tillräckligt stora portioner och på en avgränsad tid. Föräldrarna förbereder hur måltiden ska gå till, hur man ska sitta, hur man kan stötta varandra, vad man ska göra om barnen inte äter sin mat och utvärderar efteråt resultatet tillsammans i gruppen. Två behandlare deltar i måltiden och deras roll är att hjälpa föräldrarna att göra en bra planering samt stötta dem i att genomföra den.

Vikten kontrolleras varje vecka och föräldrarna fattar beslut i gruppen tillsammans med behandlarna om vilka konsekvenser som veckans resultat ska medföra. I metoden ingår både psykoedukation och praktisk träning. Syskon är viktiga att få med i behandlingen eftersom de oftast är rejält påverkade av att ha ett sjukt syskon. Efter behov delas storgruppen upp i mindre grupper eller konstellationer. Man använder sig bland annat av rollspel för att träna förändring av beteende.

Familjerna befinner sig i olika faser i gruppen eftersom alla inte startar samtidigt. Detta kan vara en fördel eftersom det då finns några som redan har varit i behandling i några veckor som kan ge de nya familjerna hopp. Behandlingstiden är inte fast, men oftast 8 - 10 veckor och man är inte frisk när man slutar, men man klarar sig då med sin vanliga öppenvårdsbehandling.

Hur ser personalgruppen ut?

Personalgruppen består av 5 behandlare, 4 av dessa (sjuksköterska, skötare, undersköterska med terapeutisk vidareutbildning) arbetar 75 % och en barnpsykiater 50 %. En enhetschef har det administrativa ansvaret men behandlingsansvaret ligger hos gruppen som jobbar med familjerna. Teamarbetet är viktigt, att man är trygga med varandra och att alla är delaktiga. Det är ett krävande arbete eftersom det handlar om att hantera ett stort antal människor (6 - 7 familjer kan innebära att det ibland finns 24 - 30 personer i rummet) som är i kris och ska ta sig igenom svåra situationer. Hela behandlingsansvaret finns hos familjedagvården men allt sker tillsammans med familjerna i ett samarbete med öppenvården eftersom familjerna oftast kommer från öppenvården och ska tillbaka dit.

Förhållningssättet?

Förhållningssättet är både inspirerat av multifamiljeterapi (MFT) och FBT. Det bygger på att ge föräldrarna tillbaka deras kompetens och självförtroende. Ofta har ju familjerna haft sjukdomen hemma i flera år och är ganska förtvivlade och utmattade. Att träffa andra som har samma problem är en stor hjälp. Att kunna dra nytta av varandras erfarenheter, förstå vilket helvete man som familj har levt i med isolering, ständig oro och konflikter och att få hjälp att ta sig ur det, är ovärderligt.

Det viktigaste är att göra gruppen trygg så att man i den vågar vara öppen med sina svårigheter och kan ta emot hjälp. Bästa hjälpen är nästan alltid den som de andra föräldrarna kan ge utifrån deras egna erfarenheter, men det är tufft att berätta om sina "misslyckanden".

Om man vill veta mera?

Jag har försökt beskriva metoden i en handbok (När ätstörningen fastnat; den finns på Bokus.com) och i den kan man få närmare inblick i vilka teman man går igenom i gruppen och hur man arbetar mera konkret. Jag har arbetat som överläkare med svåra ätstörningar i många år, både i öppenvård, heldygnsvård och med dagvård och är övertygad om att föräldrar behövs i behandlingen. Gruppbehandling av familjer är både en behandlings- och resurseffektiv metod som ofta kan ersätta heldygnsinläggning. Föräldrar som varit i behandling vittnar om att konceptet har hjälpt dem.

Maiken Fjelkegård

*Barn- och ungdomspsykiater, leg. psykoterapeut
Tidigare överläkare på Stockholms Centrum för Ätstörningar*



SPF:s Kliniska riktlinjer

Vuxna med intellektuell funktionsnedsättning i psykiatri

Kollegor!

Ännu ett riktlinjearbete finns nu färdigt att beställa och omsätta i patientnytta!

En författargrupp under ledning av SPF:s hedersledamot Lena Nylander har sammanställt detta arbete med fokus på en utsatt grupp i samhället, en grupp som inte sällan misstolkas också inom vården.

Riktlinjerna syftar till att

- öka kunskap, förståelse för och därmed intresset för personer med intellektuell funktionsnedsättning
- sprida kunskap om hur bemötande kan anpassas i personens möte med sjukvården
- uppmuntra till samverkan och nätverksarbete kring såväl sociala, somatiska och psykiatriska faktorer
- motverka brister i diagnostiska överväganden
- befrämja adekvat farmakologisk behandling och motverka överförskrivning av bensodiazepiner, hypnotika och antipsykotika

Personer som under 2019 nytecknar medlemskap i SPF får ett ex av riktlinjen som gåva.

Kontakta kanslisten@svenskpsykiatri.se

Bli medlem!

www.svenskpsykiatri.se/om-spf/bli-medlem/



Beställ boken på gothiafortbildning.se.

Verka för att din klinik beställer ett ex till de medarbetare som kan möta dessa personer i sitt arbete!

Vänligen

Dan Gothefors

Svenska Psykiatriska Föreningens ansvarige för riktlinjearbeten



Psykosmottagningen vid Akademiska belönas med Hälsofrämjandepris

Psykosmottagningen på Akademiska sjukhuset erbjuder hälsobefrämjande insatser och arbetar aktivt och systematiskt för att patienterna ska förbättra sin totala hälsa. Här ingår kartläggning av levnadsvanor, individuell rådgivning och träning i grupp. För sitt arbete belönades verksamheten med Region Uppsalas Hälsofrämjandepris 2018.

– Alla patienter hos oss erbjuds en årlig hälsokontroll med kartläggning av levnadsvanor samt somatisk undersökning inklusive blodprov för att upptäcka eventuella metaboliska riskfaktorer. I hälsosatsningen ingår även individanpassad rådgivning, tobaksavvänjning, fysisk aktivitet på recept och gruppverksamhet, bland annat promenadgrupp, innebandy, gymträning, sluta röka, stegprojektet, hälsa & aktivitet i vardagen, mindfulness med mera, säger Yvonne Lowert, chefsöverläkare och biträdande sektionschef inom psykos- och rättspsykiatrisk vård på Akademiska sjukhuset.

Yvonne Lowert är med i flera nationella grupper kring psykisk ohälsa och levnadsvanor och har tagit fram material i frågan. Hon berättar att man inom psykiatri allt mer börjat intressera sig för psykiskt långtidssjukas kroppsliga ohälsa. Patienter med schizofreni har visat sig ha en högre grad av sjuklighet och dödlighet jämfört med befolkningen i stort och överdödlighet främst i hjärtskärlsjukdom. Enligt forskningsstudier är medellivslängden 15–20 år kortare än för övriga befolkningen.

– Patienter med schizofreni har ofta, i och med sin sjukdom, försämrade levnadsvanor med rökning, missbruk av alkohol och droger, bristfällig kosthållning samt brist på fysisk aktivitet. Detta bidrar i hög grad till andra samtidiga sjukdomar såsom diabetes typ 2 och hjärtskärlsjukdom. För att hjälpa dessa patienter att förbättra sina levnadsvanor och sin hälsa är det därför särskilt viktigt med ett systematiskt arbetssätt inom psykiatri, säger Yvonne Lowert.



Enligt nationella föreskrifter ska alla patienter med schizofreni eller psykosjukdomar ha en individuellt utformad plan för kroppslig och psykisk hälsa, sjukdomsbehandling, arbete/sysselsättning, fritid och vardag. Hälsoinsatsningen är ett led i detta genomgripande arbete.

– Genom att medarbetare och patienter rapporterar in data finns det underlag för lokala förbättringsarbeten, samtidigt som samlad data över tid kan användas för verksamhetsledning, kunskapsstyrning, forskning och utveckling av kvalitetsregister, fortsätter Yvonne Lowert.

För sina hälsofrämjande insatser får psykosmottagningens arbetsgrupp för hälsa samt verksamhetsområde psykiatri, ta emot Region Uppsalas Hälsofrämjandepreis 2018. Priset belönar insatser för att utveckla ett hälsofrämjande bemötande inom hälso- och sjukvården. Vårdstyrelsens motivering: Årets pris går till Psykosmottagningens arbetsgrupp för hälsa samt verksamhetsområde psykiatri, Akademiska sjukhuset, för arbetet med att aktivt integrera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i behandlingen till patienter med psykosjukdomar.

– Deltagarna i arbetsgruppen är självklart väldigt glada för priset och har flera goda idéer om hur de på bästa sätt kan utöka sin verksamhet. De har flera visioner inför framtiden, bland annat en egen hälsoopedagog inom specialistpsykiatri, en utökning av gymmet i psykiatrihuset samt att skapa ett aktivitetsplan med flera hälsoriktade insatser och möjligheter. Vidare att de själva skulle få mer tid till att utveckla verksamheten, skapa nya grupper och på så sätt bidra till ett friskare liv för patienterna, avrundar Yvonne Lowert.

Elisabeth Tysk

*Presschef, Kommunikationsavdelningen
Akademiska sjukhuset*

Foto: Kommunikationsavdelningen

Unga som säljer sex och sex som självskada

Flera befolkningsstudier från västerländska länder har visat att ca 1–2 % av ungdomar i gymnasieåldern har erfarenhet av att sälja sex och det tycks vara något mer vanligt bland pojkar än bland flickor. Frågan är varför unga säljer sex i en välfärdsstat som Sverige? Finns det andra bakomliggande orsaker mer än ekonomisk ersättning?

I en avhandling vid Linköpings universitet baserad på två befolkningsstudier av elever på tredje året i gymnasiet (medelålder 18 +/- 0,6 år, svarsfrekvensen 60 %, n = 3498 år 2009, n = 5839 år 2014) samt en kvalitativ internetbaserad enkätstudie (medelålder 27,9 +/- 9,3 år, n = 199) undersöktes bland annat förekomsten av att unga säljer sex och använder sex som självskada i Sverige. Vidare undersöktes bakomliggande orsaker, associerade riskfaktorer samt hur sex som självskada kan ta sig uttryck.

Avhandlingen visade att förutom bakomliggande materiella orsaker, såsom behov av droger och/eller pengar, säljer unga

sex på grund av orsaker kopplade till lust, som att det är roligt/spännande. Känslomässiga orsaker var dock den viktigaste orsaken enligt avhandlingen och innefattade behov av närhet, uppmärksamhet, psykiskt dåligt mående/behov av att dämpa ångest eller att personen blev övertalad. Känslomässiga orsaker var starkt kopplade till erfarenhet av sexuella övergrepp och sex som självskada. I undersökningen ställdes frågan "har du någon gång använt sex för att avsiktligt skada dig själv?", totalt svarade 3,2 % av flickorna och 0,8 % av pojkarna ja på denna fråga. Sex som självskada var starkt kopplat till erfarenhet av sexuella övergrepp och dåligt psykiskt mående inklusive depression, ångest, dissociation och posttraumatisk stress.

Som helhet visar avhandlingen på att det finns en grupp unga i Sverige, både pojkar och flickor, som använder sexuella situationer som ett sätt att reglera känslor. Sexuella situationer kan fylla en funktion av att dämpa negativa känslor, få positiv bekräftelse så som närhet och uppmärksamhet eller bekräfta en negativ självbild. Enligt avhandlingen är sex som självskada



sexuella situationer som på något sätt är självvalda och som kan innefatta fysisk eller psykisk skada. Det är ett beteende som kan leda till en ond spiral med allt mer destruktiva sexuella situationer som kan vara svårt att bryta. Det kan ta sig uttryck på många olika sätt så som att sälja sex, tvångsmässigt sökande efter nya personer att ha sex med, att man upprepat utsätter sig för sexuella situationer med personer som man ej är sexuellt attraherad av. Det kan också ske i en relation där man ställer upp på sexuella handlingar eller sexuellt våld som är emot den inre viljan men man väljer att inte säga nej, eller att man upprepar sexuellt traumatiserande handlingar från tidigare sexuella övergrepp.

I psykiatrien möter vi denna patientgrupp, men patienterna tycks ofta söka för andra besvär. Enligt avhandlingen hade 60 % av de unga på tredje året på gymnasiet med sex som självskada sökt vård för depression eller ångest, ca 30 % hade sökt vård för suicidförsök och ca 30 % för ätstörningsproblematik. Frågan är vad vi ger dessa patienter för bemötande, vilka frågor ställer vi och vilken behandling de erbjuds? I spåren efter "me-too" har flera debattartiklar uppmärksammat att vården efter sexuellt våld är otillräcklig. Personer som säljer sex eller har sex som självskada har ofta tidigare erfarenheter av sexuellt våld och tidigare insatser hade troligen minskat risken för retraumatisering som sex som självskada kan innebära. I avhandlingen beskrevs riskfyllda sexuella situationer med okända män där kontakt tagits via internet eller där personen på annat vis var helt okänd. Många beskrev en rädsla för att bli våldtagen, kidnappad eller till och med dödad i dessa möten. Sex som självskada är en sexuell handling där risken för allvarlig fysisk skada måste tas i beaktande i den psykiatriska bedömningen. Som kliniker möter jag även patienter med funktionsvariationer så som autism och lågbegåvning vilka inte alltid förstår vilka risker de utsätts för när de säljs eller utnyttjas sexuellt av olika män. För dem kan bekräftelsen i de sexuella situationerna vara en så stark drivkraft att våldet kan förbises. Med denna kunskap är det viktigt att vi inom psykiatrien vågar fråga våra patienter om deras sexualliv. I avhandlingen vittnade informanterna om att det var svårt att prata om sex som självskada både inom vården men även i samhället i stort. Det fanns de som gått i terapi i flera år utan att de vågat berätta för sin terapeut att de använde sex som självskada.

Idag finns ingen vedertagen eller validerad behandlingsmodell för sex som självskada. Men då beteendet tycks fylla samma funktion som icke suicidal självskada så som att skära eller bränna sig kan troligen liknande behandlingsmodeller utvecklas och utvärderas. DBT är en behandlingsform där patienter med sex som självskada troligen redan får behandling. Dock bör uppmärksammas att denna patientgrupp ofta lider av post-traumatisk stress varför traumaterapi tillsammans med stöd för den sexuella hälsan bör vara viktiga delar i behandlingen i väntan på mer riktade behandlingsmodeller.

Cecilia Fredlund

*Medicine doktor och ST-läkare vid Psykiatriska kliniken
Linköping Universitetssjukhus*

Referens

Fredlund, C. (2019). Adolescents Selling Sex and sex as Self-Injury. Linköping University Electronic Press, Linköping
<https://doi.org/10.3384/diss.diva-153569>



Artikelförfattaren **Cecilia Fredlund** föreläser under detta tema på SPK, torsdag 14 mar, kl. 11.15, Galleriet, Münchenbryggeriet



Hej från Lund!

I sin hälsning förra våren beskrev Lisa Ekselius hur samarbetet mellan akademi och sjukvård utvecklas i Uppsala. Här inom psykiatrin vid Lunds universitet och i Region Skåne håller vi verkligen med om att sådant samarbete är något synnerligen värdefullt som ständigt behöver förbättras. För fyra år sedan startades därför Psykiatrforskning Skåne, med precis det syftet. Psykiatrforskning Skåne har skapat en väletablerad struktur som gjort att forskning och utbildning nu är en alltmer självklar del av den kliniska vardagen. Eftersom den offentliga psykiatrin i Skåne sedan många år har en gemensam organisation för all vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och rättspsykiatri, så är det inte bara med den kliniska verksamheten i Lund som Psykiatrforskning Skåne samarbetar, utan faktiskt med alla Region Skånes verksamheter. Med hjälp av Psykiatrforskning Skånes infrastruktur har vi nu status som universitetssjukvård vid vuxenpsykiatrin i Helsingborg, vuxenpsykiatrin i Lund, Beroendecentrum vid vuxenpsykiatrin i Malmö samt barn- och ungdomspsykiatrin i Skåne.

En viktig del i Psykiatrforskning Skånes arbete är att patienterna ska få kunna delta i kliniska forskningsprojekt och att den akademiska forskningen aktivt kan bidra till att vården utvecklas. Ett exempel på det är en randomiserad kontrollerad studie om brukarstyrda inläggningar till patienter med självskadebeteende och suicidrisk. Projektet, som drivits av Sofie Westling, fick tidigt draghjälp från psykiatrins ledning och eftersom infrastrukturen snabbt var på plats kunde även Mats Paulssons stiftelse för Forskning, Innovation och Samhällsbyggande bidra med medel. Efter att studien avslutats har interventionen blivit en integrerad del av vårdutbudet i regionen och strukturer för att detta ska fungera utanför forskningen håller för närvarande på att skapas. Ett annat exempel på samarbete som vi är mycket glada över är spelberoendeforskningen vid Beroendecentrum i Malmö. Som professor och medicinskt ansvarig överläkare för spelberoendeenheten kan Anders Håkansson driva en klinisk forskning som är väl integrerad i patienternas vård och behandling. Ett verkligt föredöme för klinisk utveckling av hög kvalitet.

Vid Psykiatrforskning Skåne finns även professor Åsa Petersén, som är specialist i psykiatri och leder det Huntingtoncentrum som finns inom Region Skåne. Åsa är inte bara en pionjär och stjärna för forskning om Huntingtons sjukdom utan även en väldigt fin förebild när det gäller hur psykiatrisk expertis kan leda utvecklingen av somatisk specialistvård.

Vi utvecklar även vårt internationella samarbete. Genom Daniel Lindqvist, docent och ST-läkare i psykiatri, har Owen Wolkowitz vid University of California San Francisco, blivit en viktig samarbetspartner gällande forskning om cellulärt åldrande, inflammation och individbaserad behandling av patienter med depression. Owen var gästprofessor hos oss förra året och nu siktar vi på ett fördjupat samarbete med honom och ett större internationellt forskningsnätverk inom området.

Till sist vill jag även nämna det förberedande arbetet som pågår för att bygga ut läkarutbildningen till tolv terminer. Läkarprogrammets ledning påtalar att framtidens nytexaminerade legitimerade läkare behöver behärska diagnos och behandling både av "det vanliga" och "det farliga". Att säkerställa att läkarstudenterna får tillräcklig klinisk erfarenhet av vanliga psykiatriska tillstånd och att de uppnår klinisk kompetens för att självständigt kunna skriva ett vårdintyg blir en utmaning för den kommande läkarutbildningen. Vi får se hur det lyckas och hur vi inom psykiatrin i Sverige gemensamt kan se till att läkarstudenterna i Sverige får förutsättningar att nå den psykiatriska kompetens som krävs av en legitimerad läkare. Vi har ett stort gemensamt ansvar inom den akademiska och kliniska psykiatrin för att framtida patienter ska få en allt bättre vård och för att unga läkare ska söka sig till vår spännande specialitet.

Det finns så klart mycket mer att berätta om från oss här vid Lunds universitet och i Region Skåne, men det hoppas jag att få göra en annan gång.

Åsa Westrin
*Professor, överläkare
Lunds universitet och Region Skåne*

Psykiatri i praktiken

Konferensrapport

I början av december 2018 gick konferensen Psykiatri i praktiken, anordnad av Gothia Fortbildning, med psykiater Ullakarin Nyberg som moderator av stapeln. Ett självklart och perfekt val av moderator för denna konferens som genomströmmades av det viktiga patientperspektivet och ett humanistiskt synsätt.

Lisa Ekselius gav en presentation av de kliniska riktlinjerna för utredning och behandling av personlighetssyndrom, och hon betonade att just behandling och bemötande av personer med emotionellt instabilt personlighetssyndrom kan vara svårt. Hennes råd var att ha i åtanke:

Kom ihåg att patienten söker hjälp för att hon eller han inte längre står ut. Patienten döljer ofta detta, alternativt grumlar bilden av sig själv som nödlidande, genom ett demonstrativt utagerande. Glöm inte att detta är en oförmåga till adekvat kommunikation som beror på grundproblematiken!

Psykiatrijuksköterskorna Sebastian Gabrielsson och Git-Marie Ejneborn Looi fortsatte i samma anda och krossade några seglivade myter som finns inom den psykiatriska vården. Myten om den manipulativa patienten till exempel, som många personer med just ovan nämnda diagnos ofta ingår i, handlar om att man

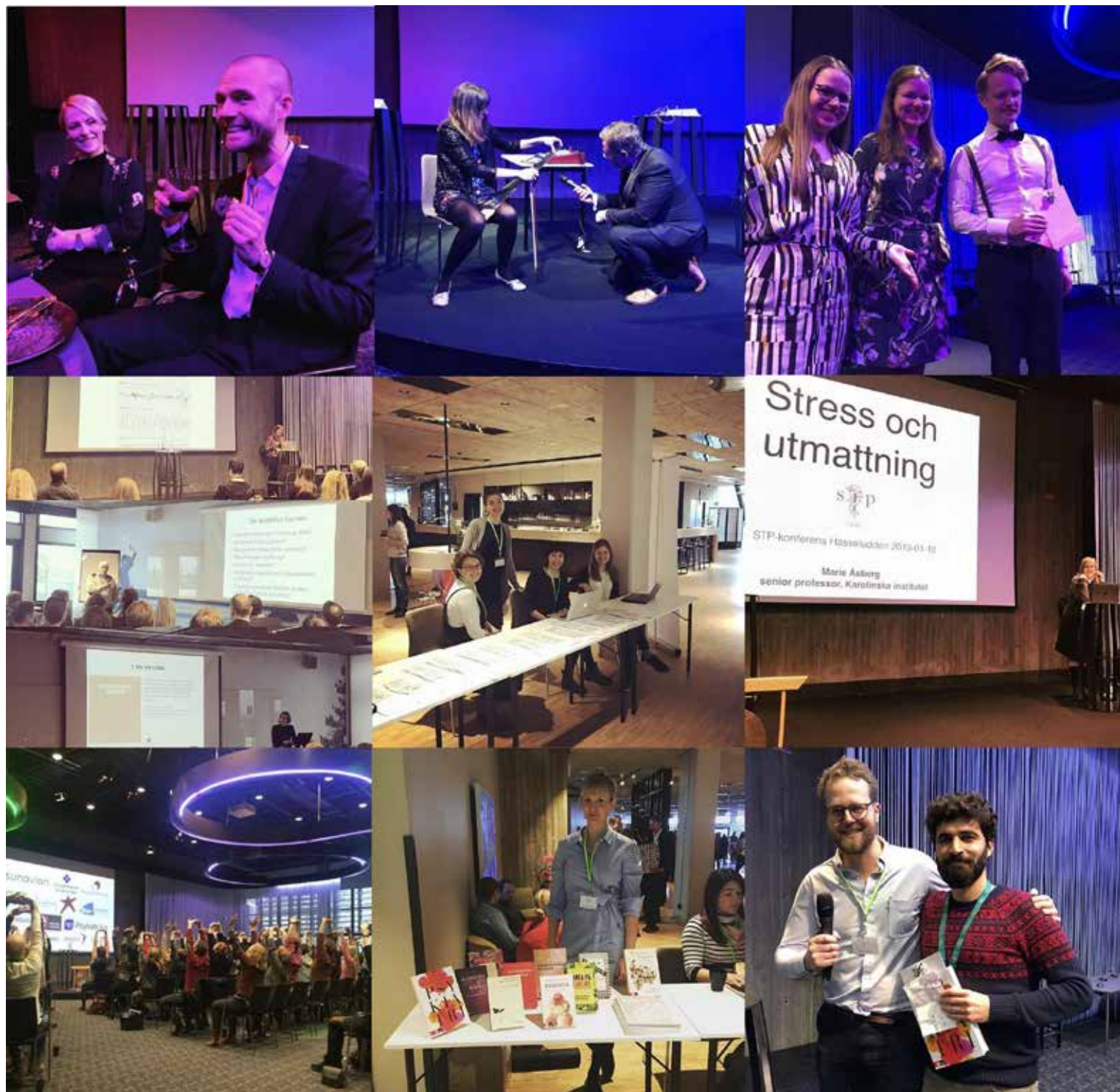
tänker att patienter spelar ut personal mot varandra för att få sin vilja igenom. Rådet är att i stället byta perspektiv, skaffa kunskap om patientens grundproblematik och lyssna och lita på vad patienten säger.

Flera av föredragshållarna var också personer med egna erfarenheter från den psykiatriska vården och som numera arbetar för att förbättra för patienterna. Ett spännande projekt som pågår vid Norra Stockholms psykiatri, *Ett samtal om dagen*, berättade Åsa Steinsaphir, brukarinflytandesamordnare och Viktor Arrbo Bodin, psykiatrijuksköterska, om. Projektet innebär att alla inlagda patienter erbjuds ett trettio minuters långt samtal om dagen, där patienten själv får beställa vad som ska avhandlas. Nästan alla patienter har tackat ja till samtal och utfallet är mycket positivt.



Susanne Bardell Carlbring
Förläggare, redaktör

ANNONS



From Illness to Wellness - Psykisk hälsa

ST-läkarkonferens 2019

Likt vartannat år de senaste tre åren återvände ST Psykiatri till hotell Yasuragi för en tre dagar lång konferens som lockade 160 deltagare, 20 styrelseledamöter, inbjudna gäster, ett 30-tal föreläsare och ett antal utställare. Årets tema var dels en belysning av såväl hantering av riskfaktorer för mental och fysisk hälsa, förebyggande insatser, men även med ett fokus på självhjälp till läkare och en diskussion kring de eskalerande sjukskrivningstalen för läkare, främst med psykiatriska diagnoser som utmattningssyndrom. Stora namn som inbjöds var i detta sammanhang vår inledningstalare seniorprofessor *Marie Åsberg*, men även *Alexander Wilczek* från Ersta psykiatriska mottagning. Programmet var likt tidigare dock brett med även inslag ej direkt korrelerade till temat. Nedan följer ett mindre axplock av vilka moment som genomfördes.

Ulla-Karin Nyberg föreläste om stöd till personal i händelse av suicid. *Christoffer Rahms* föreläsning om pedofili var mycket välbesökt, liksom *Marianne Kristianssons* föreläsning om Antisociala personlighetsdrag och psykiatri. Handfast falldiskussion kring svåra jourfall/juridiska aspekter hölls av *Mattias Månsson* från Psykiatri Nordväst tillsammans med klinikkollegan *Sten Friberg*. *Bo Vinnars* från Kompetenscentrum för psykoterapi vid Karolinska kom och föreläste om psykodynamiska moderna metoder, och kollegan därifrån *Alexander Rozental* föreläste om negativa effekter vid psykoterapi, samt prokrastinering. Ett annat inslag var psykolog *Erika Baraldi* som redogjorde för vetenskapen kring psykologiska svårigheter som kan drabba den som är för tidigt född.

Angående sociala aktiviteter anordnades likt varje år en galamidag, där underhållningen i år bestod i ett medicinskt På Spåret, där team BUP med den danske delegaten *Dössing* tillsammans med *Bruta* tog hem segern, liksom ett spontant operanummer om återförening, och en traditionsenlig sågkonsert till *Bocellis* kända nummer.

Styrelsen tackar alla deltagare, föreläsare, gäster och utställare för årets upplaga, och hoppas på god uppslutning till nästa års konferens som kommer äga rum i januari 2020.

Karl Lundblad
Ordförande STP

UEMS-möte i Budapest

31 maj -1 juni 2018



Foto: Gunnel Svedmyr

Extrainsatt möte i CAP-sektionen (Child- and Adolescent Psychiatry) med fokus på handledning/ bedömning av ST-läkare.

En framträdande fråga i CAP-sektionen har varit om det skall tillskapas en europeisk examination. Frågan har debatterats vid ett flertal möten och det finns en klar skillnad hur de olika länderna ställer sig till en examen.

England, som är drivande i frågan, vill ha en examen med multipel choice-frågor på engelska och anser att det inte går att ha en likvärdig examen om frågorna skall översättas till respektive lands språk. I ett försök att tillskapa 100 frågor strandade 75 på att de inte kunde anses vara kulturellt neutrala, därmed har det ännu inte gjorts någon pilotstudie så som var planerat.

En viktig fråga är vilken litteratur som en examen skall grunda sig på?

Ett tungt argument som framförs av UEMS-CAP-styrelsen för en gemensam examen är att "alla andra specialiteter inom UEMS" har en examen.

Många länder som har få BUP-specialister är rädda för att en europeisk examen skulle få än fler specialister att lämna landet och bosätta sig i mer välbetalda länder.

Mötesdagarna avhandlade olika länders förhållningssätt till handledning och bedömning av när en ST-läkare anses färdig specialist. Och på vilka grunder man utser handledare.

Alla länder har en tidsram för ST men den varierar i Europa från 4 till 6 år även om det gemensamma curriculum som kallas Chapter 6 rekommenderar minimum 5 år. Det är också skillnader i hur man ser på sidotjänstgöring i andra specialiteter. Dvs. att en BUP-specialistexamen är inte det samma länderna emellan trots att yrkeskvalifikationsdirektivet säger att ett enskilt EU-land inte får ifrågasätta en motsvarande examen från ett annat medlemsland.

Angående handledarutbildning så verkar det vara unikt för oss i Sverige och vår speciella handledarkurs för BUP var något som Gunnar Brodd kunde redogöra för. I övriga länder var det en viss tid som specialist som gav behörighet att handleda. Det ställer till problem i länder som tappat många specialister när de nyfärdiga sen inte kan vara handledare direkt.



Foto: Gunnar Brodd

Bilden ovan är en bildinspiration om hur den spanske delegaten använder sig av filmteman på möten med ST-läkare för att illustrera olika diagnosområden. (Spanien har dock fortfarande inte BUP som egen specialitet så detta gäller psykiatri i allmänhet)

e-learning var ett ämnesområde, tips på en användbar länk från England som är tänkt att vara ett stöd för alla nivåer under utbildning inkl. för föräldrar. www.minded.org.uk/

CESMA är en del i UEMS som har examination som specialitet, "The CESMA is an advisory body of the UEMS created in 2007 with an aim to provide recommendation and advice on the organisation of European examinations for medical specialists at the European level." Föreläsaren Mark Westwood gick igenom olika metoders styrkor och svagheter när det gäller bedömning av när ST-läkaren är att betrakta som klar specialist. Bäst bedömningsgrund fås genom sit-in men det behövs många för att få en fullvärdig bild, rekommendation ca 20 st under ST.

Förutom de mer katedrala inslagen så blev det också givande diskussioner i grupperna runt de runda borden och naturligtvis en massa utbyte på fikastunderna där vi dessutom bjöds på utsökta lokala bakverk.

Vi fick också en fin guidad tur i de judiska kvarteren i Budapest.

Vi som deltog från SFBUP:s utbildningsutskott var

Lena Spak

Gunnar Brodd (foto 2)

Gunnel Svedmyr (text och foto 1)

UEMS = Union Européenne des Médecins Spécialistes/European Union of Medical Specialists

Neuropsykiatriskt paradigmskifte?

Rapport från en internationell konferens



Den första internationella konferensen om psykedelisk psykiatri har hållits i Stockholm 13–14 oktober 2018. Arrangör var Nätverket för psykedelisk vetenskap (NPV). Nätverket verkar sedan några år för att främja ett vetenskapligt utforskande av psykedeliska substansers egenskaper och terapeutiska potential, samt utveckling av nya evidensbaserade behandlingsmetoder för svårbehandlade psykiatriska tillstånd (www.psykedeliskvetenskap.org).

Konferensen (eller Colloquium) hade lockat över 40 forskare från hela världen. Mer än 350 besökare kom, och ytterligare några hundra följde konferensen via livestream. De amerikanska forskarna var i majoritet, men representanter fanns också från Brasilien, Danmark, Holland, Schweiz, Spanien, Storbritannien och Tjeckien.

I inledningsanförandet redovisade Alicia Danforth, PhD, Los Angeles Biomedical Research Institute, UCLA Medical Center, ett antal pågående projekt, alltifrån behandling av ångestsyndrom och social fobi hos vuxna med autism till patienter med anorexi och orostillstånd i samband med HIV. I dessa behandlingar kombinerades psilocybin (en selektiv 5HT_{2A}-agonist) eller MDMA (entaktogenen "Ecstasy") med specialanpassade psykoterapeutiska

metoder. MDMA kan ge en upplevelse av eufori och glädje, minskad rädsla, stress och ångest. Det är dessa effekter som gjort drogen intressant i terapiesammanhang, men det rör sig inte om någon enkel genväg – ett psykedeliskt rus under betryggande former kräver flera timmars närvaro av helst två terapeuter, samt även ett individanpassat musikprogram. Resultaten är lovande, men man ska veta att det rör sig om små material.

Farmakologen professor David E Nichols, Heffter Research Institute, USA, framhöll den stora betydelse som psykedeliska farmaka (som t.ex. LSD, MDMA och ketamin) kan få för utforskandet av hur hjärnan integrerar den komplexa konnektiviteten i olika nätverk – tänk extremt subtila funktioner som medvetande, minne, receptivitet, kreativitet, meningsskapande och empati. Här tycks 5HT_{2A}-receptorn spela en viktig roll. Vidare har man visat att psilocybin och andra 5HT_{2A}-agonister utövar en antiinflammatorisk effekt genom att hämma effekten av TNF-alfa, vilket kan ha betydelse för inflammatoriska störningar både perifert och inom CNS. Matthew W Johnsson, PhD, beskrev den behandlingsforskning som pågår vid Johns Hopkins i Baltimore, bland annat lovande resultat med psilocybin vid rökavvänjning. Vi fick också höra NY-psykiatern Stephen Ross beskriva imponerande effekter av psilocybin vid behandlingsresistent depression och vid

behandling av existentiell ångest i samband med palliativ behandling av cancer.

Vid konferensen påtalades problemen med finansiering (den mesta forskningen har hittills gjorts med hjälp av privata fonder och stiftelser). Mycket lovande är att det amerikanska läkemedelsverket nyligen godkänt en testning av behandling med MDMA vid posttraumatiskt stressyndrom. Ben Sessa, barnpsykiater från Imperial College, London, talade om MDMA-behandling av PTSD, särskilt vid tidigt trauma. Enligt Ben Sessa har dagens sjukvård bristande kompetens både att se och att behandla denna underliggande problematik, exempelvis vid olika former av missbruk och där traditionell farmakologisk behandling inte hjälper. Traumafokuserad psykoterapi når inte heller alla, bland annat därför att den som känner sig "unloved, unlovable and unsafe" kan ha svårt att visa den tillit, som krävs för en fungerande traumaterapi. Här skulle MDMA's entaktogena effekt kunna vara positivt. Ett principiellt godkännande av substansen kommer därför att underlätta finansieringen av forskning på psykedelika i framtiden.

Colloquiet präglades av en stor entusiasm, kanske en överentusiasm. Det skulle enligt vår mening behövas betydligt mer forskning, innan det går att dra säkra slutsatser av de psykedeliska drogernas effekter och risker. De tidigare beskrivna medicinska riskerna med MDMA tycks man ha kontrollerat genom doseringsstrategier och övervakning, men fortfarande är antalet patienter som har behandlats med psykedeliska medel alldeles för litet för att man ska känna sig säker. Så om man ska komma vidare går det inte att stanna i det slags Moment 22, som gäller idag (man säger att forskning behövs, men det är förbjudet, typ). Karolinska Institutet som vill vara världsledande inom Life Science skulle kunna bidra till innovationer för framtida forskningsgenombrott även på det psykedeliska området. Annars är det troligt att unga lovande forskare söker sig utomlands, t.ex. till forskningscentra i England eller USA. Det händer redan.

Mats Humble

Adjungerad lektor

*Institutionen för medicinska vetenskaper
Örebro Universitet*

Åsa Nilsson

*Professor i medicinsk psykologi
Karolinska Institutet*

Leif Öjesjö

*Docent i psykiatri
Lundbyprojektet, Lunds Universitet*

Referenser: www.svenskpsykiatri.se



I seminariet "*Medvetandet, själen, psyket och biologin*" på SPK 190314 kl. 15.15 vill vi tydliggöra att dagens psykiatri befinner sig i mötesplatsen för kropp och själ. Psykiatri behövs därför för att arbeta med flera förklarings- och förståelsemodeller samtidigt: neurobiologiska, psykoanalytiska, beteendevetenskapliga, teologiska, existentiella och filosofiska. Vi vill belysa dessa modellers betydelse för psykiatri och diskutera deras inbördes relationer. Vi önskar oss en levande diskussion, även med publiken.

Medverkande:

Christoffer Rahm, med dr, överläkare, psykiater, Stockholm:
"Känslan av fri vilja"

Johan Eriksson, fil dr, psykoanalytiker, filosof, Stockholm:
"Freuds psykoanalys – en vetenskap om själslivet"

Lennart Koskinen, teol. dr i livsåskådningsvetenskap, seniorbiskop, Stockholm: *"Föregår existensen essensen?"*

Rolf Ahlzén, med dr, psykiater, allmänläkare, Karlstad: *titel ännu ej bestämd*

Helge Malmqvist, professor em. i teoretisk filosofi i Göteborg, läkare, ordförande i SFFP (www.sffp.se): *"Är tallkottkörteln själens säte?"*

Moderator: **Alexander Wilczek**, med dr, psykiater

Välkomna!



Minnen från SPK 2018



ANNONS



Rapport ECT

Kvalitetsregister ECT är ett av de tio nationella kvalitetsregistren inom psykiatri. Det startade som ett regionalt register inom Uppsala-Örebroregionen i samband med ett forskningsprojekt 2008. Efter diskussioner inom professionen och i media tog Svenska Psykiatriska Föreningen 2010 initiativ till att etablera en nationell styrgrupp och registret utökades till ett nationellt register. Under 2011 anslöt sig alla behandlande enheter till registret och sedan 2012 har registret en hög täckningsgrad i alla regioner (senaste åren omkring 90 %). Registret är anpassat för att följa upp de kliniska riktlinjer som Svenska Psykiatriska Föreningen presenterade 2014 (1). Centralt personuppgiftsansvarig myndighet är Region Örebro län, och inom varje sjukvårdsregion finns samordnare och ansvariga som deltar i styrgruppen för registret. Registret är det första inom psykiatri som erhållit högsta certifieringsnivå av beslutsgruppen för nationella kvalitetsregister baserat på hög datakvalitet, användning för kvalitetsarbete och forskning.

Variationer i vården inom Sverige har identifierats och utgjort en del av beslutsunderlaget vid prioriteringar. Exempelvis har tillgängligheten till ECT varierat. När registret startade kunde man visa att relativt få patienter med psykotisk depression i Uppsala behandlades med ECT (2). Detta åtgärdades med en satsning på ECT i samband med att psykiatri flyttade till nya lokaler 2013. Nu bedriver man i Uppsala en av landets bästa ECT-verksamheter. I Örebro har under de senaste åren endast de allra sjukaste kunnat prioriteras för ECT (3). Men när det stod klart att tillgången till ECT var lägst i Sverige tillgängliggjordes mer resurser för behandlingen under 2018.

Diskrepans mellan kliniska riktlinjer och klinisk praktik tydliggörs genom registret. Få patienter får förebyggande litiumbehandling efter ECT för återkommande depression eller bipolär sjukdom (Figur 1). Byte till bitemporal elektrodplacering vid otillräcklig effekt vid unilateral elektrodplacering tillämpas inte på alla sjukhus (3). Dessa och andra förbättringsområden diskuteras vid regionala och nationella möten och inom den nordiska föreningen för ECT.

Kvalitetsförbättringar

Kvalitetsförbättringar har redan noterats inom några områden. Allt fler patienter får beskriva sina symptom med skattningsskalor före och efter ECT (t.ex. MADRS-S eller EQ5D). Det underlättar detektionen av kvarvarande symptom och anpassning av behandlingen. Ibland kan ECT avslutas tidigare än man från början trodde (om förbättringen är snabb eller helt uteblir), ibland är det nödvändigt att ge några fler behandlingar (om förbättringen är långsam). Behandlingstekniken kan också behöva justeras efter graden av symptomlindring och minnesstörning. Genom att följa symptomförändringen och

upplevelsen av minnesstörning med skattningsskala underlättas denna anpassning. Allt större andel av patienterna får behandling på etablerad indikation. Det innebär att färre patienter med liten möjlighet till stor och varaktig symptomlindring (t.ex. patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning) behöver utsättas för risken för biverkningar, och resurser kan frigöras till dem som har större chans till god nytta (t.ex. patienter med svår depression) (Figur 2).

Uppföljning

Socialstyrelsen har uppmärksammat behovet av systematisk uppföljning av patienter cirka sex månader efter avslutad behandling (4). Många patienter upplever minnesstörning flera månader efter ECT. Sannolikt är det i många fall orsakat av otillräcklig behandling av den psykiska sjukdomen snarare än biverkningar av ECT, men oavsett orsak är det viktigt med en systematisk uppföljning av dessa upplevelser. Associationer mellan behandlingsvariationer och kvarstående minnesstörning kan då undersökas och det kan ge uppslag till interventionsstudier med målet att minimera minnesstörningar. Det är viktigt att patienterna uppfattar att vården tar upplevelserna på allvar och förklarar hur störningarna kan förstås. Vissa patienterna behöver stöd i att försöka erinra sig det som de trodde var helt glömt. Många patienter beskriver att de skulle önskat mer information om ECT och förväntade effekter. Kanske delvis för att patienter som en effekt av behandlingen kan ha svårt att minnas den information som givits.

rTMS

Under 2018 inkluderades behandlingsresultat vid repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) i registret, efter att Socialstyrelsen rekommenderat behandlingen vid depression. Omkring 200 patienter behandlades med rTMS under 2017, vilket kan jämföras med omkring 4000 med ECT. Behandling med rTMS ökar i snabbt i takt; allt fler regioner och privata aktörer erbjuder behandlingen.

Forskning

Registret har varit och är underlag för flera forskningsprojekt. Några av de viktigaste lärdomarna hittills är att en mycket god effekt av ECT kunnat bekräftas hos patienter med psykotisk depression oavsett ålder (5). En delvis ny kunskap är att för patienter med depression utan psykos är remissions-frekvensen avsevärt högre hos äldre än hos yngre. Yngre, i synnerhet yngre kvinnor, är också känsligare för subjektiv minnesstörning efter behandlingen (6). Återfallsfrekvensen är mycket hög efter ECT. Hälften av patienterna blir återinlagda på sjukhus inom ett år (7). Särskilt hög är risken för dem med många tidigare slutenvårdsepisoder (8). Förebyggande behandling är därför av stor betydelse. Den positiva effekten av litium vid både unipolär och bipolär depression har kunnat bekräftas (8, 9). Vid unipolär depression har antidepressiva och fortsättnings-ECT



också visat sig ha god effekt. Vi har inte visat något samband mellan lägre återinläggningsfrekvens och användningen av antipsykosläkemedel, bensodiazepiner och antiepileptika (8,9).

Randomiserade studier med stöd av kvalitetsregister har kunnat bidra med mycket viktig kunskap inom andra områden inom medicinen, t.ex. vid perkutan intervention vid hjärtinfarkt (10). Med ett kvalitetsregister som bas för datainsamlingen behöver inte särskilda frågeformulär och forskningsdatabaser byggas upp vilket effektiviserar forskningen. Information, samtycke och randomisering är de enda extra moment som behövs. Kvalitetsregister ECT avser att genomföra sådana så kallade register-randomiserade studier. Den första frågan som skall belysas är betydelsen av pulsbredden vid stimulering. Bakgrunden är observationen att de som erhållit längre pulsbredd än den vanligaste förefaller ha högre remissionsfrekvens. Förhoppningen är att studien skall kunna bidra till mer kunskap om hur balansen mellan antidepressiv effekt och minnesstörning kan optimeras.

Styrning och kontroll

De flesta kvalitetsregister har initierats av professionen genom professionsföreningarna som verktyg för att utveckla vården. Men på senare år har staten ökat regleringen och styrningen av registren. För närvarande pågår diskussioner om att centralisera kontrollen över kvalitetsregistren genom att låta dem underordnas några få registercentra. Kvalitetsregister ECT initierades av SPF:s styrelse och styrgruppen förankrades i styrelsen. Efter det har SPF:s styrelse hela tiden haft en representant i styrgruppen. Det är essentiellt att behålla relevansen och engagemanget för kvalitetsregistret bland dem som arbetar med ECT. Vi tror förutsättningarna för det är störst i en bevarad decentraliserad organisation där professionen via sin föreningsstyrelse bibehåller insyn och kontroll över registret; och där registret samverkar nära det Nationella programområdet för psykisk hälsa, andra delar av sjukvården och forskarsamhället.

Registret bidrar gärna med data och skräddarsydda sammanställningar till kvalitetsuppföljning eller forskning. Välkomna att höra av er till registret med sådana förfrågningar!

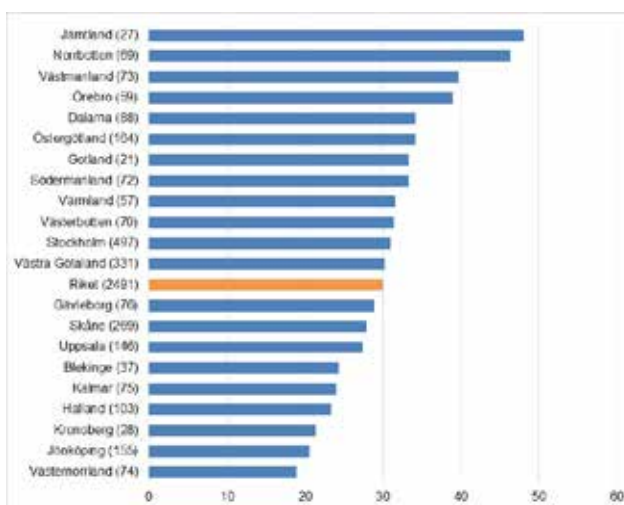
Axel Nordenskjöld
Registerhållare

Tove Elvin
Registerkoordinator

Styrgrupp:

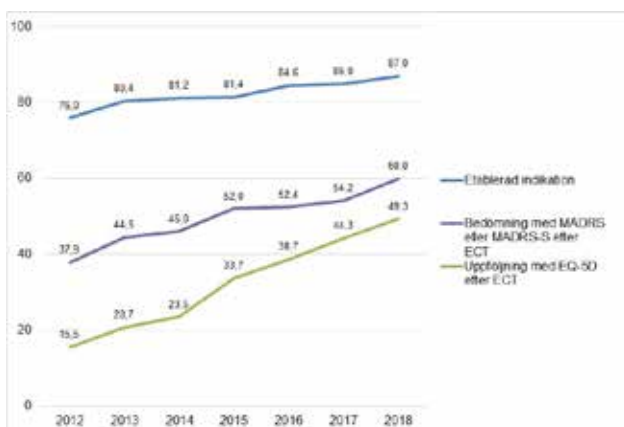
Ralf Ansjön, Niclas Bengtsson, Pär Ejdsäter, Carl Johan Ekman, Emma Gustafsson, Åsa Hammar, Martin Hultén, Lars von Knorring, Mikael Landén, Johan Lundberg, Pia Nordanskog och Lise-Lotte Risö Bergerlind

Referenser: www.svenskpsykiatri.se



Figur 1. Litium efter ECT 2017

Andel patienter, med diagnoskoder F33 samt F31, som hämtat ut Litium inom 90 dagar efter en avslutad tät serie. Information om läkemedelsuttag från läkemedelsregistret, diagnos från patientregistret och ECT från Kvalitetsregister ECT och patientregistret.



Figur 2. Kvalitetsförbättringar över tid

Andel täta och glesa behandlingsserier där en etablerad indikation har dokumenterats, andel patienter som har bedömts med MADRS eller MADRS-S efter tät ECT för depression, andel täta serier där patienten har följts upp med EQ-5D efter ECT.



Om trösten i tanken på att kunna avsluta sitt liv!

Själv mord uppfattas i vår tid som en katastrof! De allra flesta som överlevt ett allvarligt självmordsförsök fortsätter att leva sitt liv tills den "naturliga" döden kommer. De valde livet när de fått chansen att tänka en gång till! Och ändå finns det en lockelse i självmordet som en möjlighet när livet upplevs outhärdligt, omöjligt, orättvist, hopplöst... Och visst ligger det något i Ferlins diktrader – "Den vackraste dagen som sommaren ger/har det hänt att jag längtat dit". Drömmen om en paradisk tillvaro utan oro finns där. Det paradoxala i att döden har en lockelse illustreras tydligt i Frälsningsarméns begravningsannonser. Deras "soldater" har "befordrats till härligheten" och många andra kristna har "gått hem".

Själv mordsprevention har blivit en viktig fråga hos oss, men också globalt. Sveriges riksdag har antagit ett självmordsförebyggande program – men inte satsat några pengar! Världshälsoorganisationen WHO har också utarbetat program. Gemensamt för de flesta självmordsförebyggande program är att man ser självmordet som en konsekvens av psykisk ohälsa. Om man studerar självmordets historia upptäcker man dock ganska snart att självmordet är mer än en fråga om psykisk ohälsa. Det är något som följt mänskligheten så långt vi kan veta något om människans liv. Själv mord förekommer i de flesta kända kulturer och självmordstankar är vanliga i de flesta befolkningar. För de allra flesta finns självmordet någonstans där i medvetandet som en möjlighet, men bara en bråkdel av alla människor som någon gång har tänkt på självmord genomför det. Jag tror att det t.o.m. är så att för många är det en tröst att självmordet finns där som en möjlighet om livet blir alltför outhärdligt. Det är en fråga om kontroll och makt över sitt liv – en frihetsfråga! Frihet har man när det finns alternativ. Eutanasi är ett tydligt exempel på detta och diskussionen om eutanasi har blivit ett återkommande tema i den offentliga och professionella debatten.

Jag tror att detta förhållande att många – kanske t.o.m. en majoritet – av människor i framför allt mera individualistiska kulturer lever med tanken på självmord som en möjlighet, är något vi måste reflektera över när vi diskuterar suicidprevention. Om så många som kanske 30–40–50 % av människor i ett samhälle har tankar om självmord finns det anledning att närmare studera vad självmordstänkandet egentligen innebär. Vad är det som lockar i självmordet eller kanske vi hellre skulle tala om att avsluta sitt liv? För att förstå självmordet måste vi också intressera oss för det all dagliga, icke livshotande tänkandet om

själv mordet och rimligtvis om vårt förhållande till döden över huvud taget.

Vi ska alla dö – denna medvetenhet lever vi alla med och hanterar på olika sätt. Alla stora världsreligioner förhåller sig till döden. I vår sekulariserade går allt färre på begravningar. Samtidigt är döden ständigt närvarande i våra liv, t.o.m. i övermått i alla actionfilmer, deckare, krigsfilmer, vampyrfilmer och även i barnens spel. Ingen kväll utan ett mord eller flera! Det självmordsförebyggande arbetet skulle sannolikt berikas av en fördjupad diskussion om vårt förhållande till döden, våra rädslor, våra föreställningar om livets slut och kanske något bortom döden. Om vi oftare talade om det vardagliga tänkandet på självmord, skulle vi lättare kunna särskilja det från ett mera livshotande självmordstänk.

Det stora intresset för riskfaktorer för självmord borde nyanteras. Kanske är fokuseringen på riskfaktorer t.o.m. riskabel och kanske finns det också anledning att se på våra självmordsmodeller – hur vi försökt förstå suicidet. Dessa styr också våra resonemang om hur vi kan förebygga suicid. En populär modell är att se på suicidet som ett psykologiskt olycksfall. De flesta suicid är trots allt inga olycksfall, utan en viljeakt. Om vi ser dem som olycksfall minskar vi personens ansvar för det inträffade och därmed också våra möjligheter att begrunda och förändra förutsättningarna för en livsbejakande utveckling. Och hur klok är den s.k. "processmodellen"? Den kan lätt uppfattas som deterministisk – en process lever sitt eget liv.

Alla våra förståelsemodeller har en inbyggd tendens att reducera det personliga ansvaret för självmordet. Vi måste våga se att ett självmord är en viljehandling. Att det ofta finns ett stort mått av ambivalens i självmordet ligger i sakens natur. Hur ofta är vi inte ambivalenta i det vi gör. Vi vill av olika skäl saker som ibland står i direkt motsats till varandra. Detta är en del av det mänskliga predikamentet – en del av vår frihet faktiskt. Vi måste bejaka detta när vi möter självmordsnära personer och när vi diskuterar självmordsförebyggande arbete.

Det är helt normalt och kanske t.o.m. hälsosamt att tänka på döden och självmordet, men det finns många skäl att inte genomföra det. Och vi måste tala mer om livets mening – det som skulle motivera till fortsatt liv.

Lars Jacobsson

*Professor emeritus, överläkare
Psykiatriska kliniken, Umeå*



Förslag på vad du kan göra när du som kliniker i ditt arbete med patienter tvingas bryta mot Hälso- och sjukvårdslagen

Även om jag nu med åldern slutat att arbeta kliniskt, kan jag ändå inte låta bli att ha funderingar om psykiatri. Det förefaller ha blivit sämre arbetsförhållanden för läkare, sjuksköterskor och övriga personalgrupper inom psykiatri men även inom andra medicinska specialiteter. Min bild är att de flesta vill följa Hälso- och sjukvårdslagen. Men det är klart, du kan bryta mot lagen utan att bli polisanmäld, då Hälso- och sjukvårdslagen inte är någon plikttag utan en ramlag. Det innebär att du strävar efter att följa lagen så gott du kan.

Hälso- och sjukvårdslag 2017: 30

Ur lagen:

3 Kap.

1§ Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

Men vad gör du, när du inte kan lägga in en svårt psykiskt sjuk patient kanske med självmordsrisk i slutenvård, då det inte finns några platser. Personalen på avdelningen hinner inte övervaka. Vårdtiderna är för korta. Ett förfärligt exempel var när jag tvångsintog en mycket svårt sjuk patient med fyra polisers hjälp. Patienten skrevs ut efter två dagar och då behövde jag bara två poliser för nytt vårdintyg. Elakt kanske men patienten hade väl blivit förbättrad. På en del kliniker hinner man inte samverka mellan slutenvård och öppenvård. Det ger väl inga pengar. New public management gör att man får byråkratisk pseudostatistik utan kvalitet. Ett tag var det så, att sätt fem diagnoser på en patient istället för bara den viktiga diagnosen. Samverkan med vårdgrannar ger väl ingen ersätt-

ning till enheten. På en mottagning i Stockholm förbjöd man läkarna skriva ut mediciner till kända patienter. Patienten fick istället fem minuters återbesök och mottagningen fick samma ersättning som för en timme. Kömiljarden, som vissa politiker vill införa igen, gjorde att svårt sjuka patienter fick vänta för länge på återbesök, då nya patienter gav bättre betalt. Kömiljarden innebar inte att man kunde anställa fler personal men däremot nedprioritera svårt sjuka, alltså bryta mot Hälso- och sjukvårdslagen.

Men istället för att stänga in sig i ett hörn med sitt arbete eller, ännu värre, av stress riskera gå under och säga upp er, så skall ni som ansvariga kliniker/vårdgivare inte glömma bort att lyfta fram dem som också är vårdgivare och ansvariga fast på högre nivå.

Patientsäkerhetslag 2010:659

Ur lagen:

1 Kap.

2§ Med hälso- och sjukvård avses i denna lag verksamhet som omfattas av Hälso- och sjukvårdslagen.

3§ Med vårdgivare avses i denna lag statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård.

3 Kap.

1§ Vårdgivaren skall planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt



som leder till att kravet på god vård i Hälso- och sjukvårdslagen respektive Tandvårdslagen upprätthålls.

Ni som arbetar med patienter skall därför kopiera Hälso- och sjukvårdslagen och Patient- säkerhetslagen och gemensamt vända er till administrativa chefer, tjänstemän och politiker på statlig, kommunal och landstingsnivå och kräva att de kommer och sätter sig in i varför ni blir tvungna att bryta mot de två lagarna. Om ni tyvärr har okunniga chefer så kan de självklart inte försöka avskeda er för att ni tar denna kontakt. Om administratörerna och politikerna hävdar att de redan har kunskapen kräver ni att de redovisar sin kunskap och varifrån de fått den. På min tid som klinikchef hände det någon gång att politikerna hänvisade till tystnadsplikten för att slippa komma. Då fick de skriva på att de som högsta vårdgivare har tystnadsplikt och sedan kom de. Jag gjorde inte på något sätt ned dem utan vi hade ett bra utbyte.

Det är svårt att vara politiker idag i vårt komplexa samhälle och med alla lobbyister och konsulter de ständigt har runt sig. Min bild av landstingspolitiker, särskilt i små landsting, är att de egentligen inte har någon makt att påverka sjukvården, t.ex. öka landstingsskatten. Makten ligger hos Regering och Riksdag. Alla partier säger nu att man skall satsa på sjukvården bl.a. psykiatrin. Tidigare statliga ekonomiska satsningar verkar aldrig ha undersökts vad de lett till.

När ni som arbetar med patienterna träffar vårdgivarna på högre nivå, politiker och tjänstemän, kan de få bättre kunskap om psykiatrin. Ni kan tydliggöra vad som fungerar och vad som måste förbättras för en etisk god sjukvård för att följa Hälso- och sjukvårdslagen.

Redovisa hur budgeterna har varit de senaste åren; neddragningar eller höjningar. Det behövs ekonomiskt tillskott men också en hel del strukturförändringar beträffande arbete och ersättningar. New public management-byråkratin kan naturligtvis avskaffas.

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

Att säkerställa barn och ungdomspsykiatrisk kompetens vid införandet av en 6-årig läkarutbildning

Rekommendationer från Svensk förening för barn och ungdomspsykiatri

Brister i utbildningen i ämnesområdet Barn- och ungdomspsykiatri

Många lärosäten avsätter i dag endast ett par dagar på läkarutbildningen åt de tidigt debuterande psykiatriska tillstånden. De flesta studenterna på läkarprogrammen har idag ingen praktik alls inom BUP. I samband med psykiatriplaceringen på AT gör nu ett fåtal läkare klinisk placering på en BUP-klinik. Allmänläkare under sin ST-utbildning randar sig inom psykiatrin, vanligen under tre månader, och då mycket sällan inom BUP. De flesta specialister inom allmänmedicin har alltså begränsad erfarenhet från psykiatrin och ingen praktik alls inom barnpsykiatrin och ofta inte heller någon teoretisk barnpsykiatrisk utbildning under sin specialistutbildning.

I och med att AT försvinner riskerar även den lilla grupp läkare som gör psykiatriplaceringen på BUP att utebli och därmed en viktig rekryteringsbas till specialiteten. Sammantaget kommer alla läkare och även specialister inom allmänmedicin att ha bristande barnpsykiatrisk kompetens om inte åtgärder vidtas.

Tidigt debuterande psykiatriska sjukdomar är några av våra stora folksjukdomar

Tidigt debuterande psykiatriska sjukdomar som tidigt debuterande depressioner, ångestsyndrom och adhd kan anses vara folksjukdomar.

Tyvärr minskar inte dessa tillstånd utan tendenser finns beskrivna av ökande ohälsa och självmordstalen i just ungdoms-



gruppen ligger oförändrade trots att självmorden gått ned i andra åldrar.

Första linjen finns på många ställen i landet i primärvården

Första linjens vård för barn och unga med tidigt debuterande psykiatriska sjukdomar har utvecklats i hela landet. I en majoritet av landsting och regioner återfinns Första linjen på olika sätt inom primärvården. Detta innebär att alla allmänläkare på ett eller annat sätt kommer att möta patienter med tidigt debuterande psykiatriska tillstånd.

Kompetenta läkare behövs i sjukvården för att undvika över och under-diagnosticering

På samma vis som med andra sjukdomstillstånd är det i den barnpsykiatriska patientgruppen av stor vikt att allmänläkare kan prioritera de barn och ungdomar som behöver specialistvård och ge adekvata första linjens insatser. Om inte läkarna får möjlighet att tillgodogöra sig barnpsykiatrisk kunskap under grundutbildningen eller vidareutbildningen så finns en risk att många barn och unga antingen utsätts för en överdiagnosticering med överbehandling, både med läkemedel och med resurskrävande samtalsterapier eller går oidentifierade under många år med en funktionsnedsättning och ett lidande som de sen bär med sig genom hela livet och som påverkar hälsa, arbetsförmåga och ekonomi.

Kompetens behövs hos allmänläkare avseende förskrivning av SSRI till ungdomar för att undvika associerade risker

SSRI-preparaten har en given plats i behandling av depression och ångest också hos ungdomar men ska användas först då andra insatser visat sig ge endast partiell effekt.

SSRI-preparat har risker som finns väl dokumenterade och vissa patientgrupper är särskilt sårbara för dessa biverkningar. Det är därför viktigt att preparaten används så som det är beskrivet i Socialstyrelsens riktlinjer. Om man inte har god kunskap om tidigt debuterande psykiatriska tillstånd, utredning och behandlingsriktlinjer samt preparatens verkan i barn- och ungdomsgruppen finns risk att man förskriver på ett riskfyllt sätt. Detta kan i värsta fall vara belagt med en risk för allvarliga biverkningar och allvarlig vårdskada så som suicid hos en ung människa.

SFBUP rekommenderar därför att det i det nya sexåriga läkarprogrammet säkerställs att läkarstudenter i hela landet får:

Färdigheter i att föra samtal med barn och familj. Gruppen barn och unga med psykiatrisk problematik behöver lyftas fram då den gruppen ställer andra krav på läkaren än barn och unga med endast kroppsliga tillstånd.

Utbildningen bör även ta upp hur man bedömer barns mognad för delaktighet, juridiska och etiska problemställningar och aspekter. Studenterna behöver förstå sin identifikation med föräldrar respektive barn och ungdomar för att utveckla ett professionellt förhållningssätt.

Undervisning om utredning och behandling av samtliga tidigt debuterande psykiatriska tillstånd, framförallt depressiva och bipolära syndrom, ångestsyndrom, tvångssyndrom, traumarelaterade syndrom, adhd, anorexia nervosa, autism.

Obligatorisk VFU på barnpsykiatrisk klinik.

SFBUP rekommenderar även att specialistutbildningen inom allmänmedicin ska ha en obligatorisk del inom barnpsykiatri.

Sara Lundqvist
Ordförande Sfbup

Gunnel Svedmyr
Utbildningsutskottet Sfbup

Mia Ramklint
Studierektor psykiatri, docent, överläkare



Varför läkare slutar i Region Jämtland Härjedalen

Sammanfattning av ett kvalitets- och förbättringsarbete

Syftet med studien var att belysa varför läkare inom specialistsjukvården i Region Jämtland Härjedalen (RJH) valt att sluta. Bakgrunden till studien låg i att den psykiatriska verksamheten i Östersund under många år fått kritik, såväl internt som externt, för bland annat besparingar och otillräcklig läkarkontinuitet för en utsatt grupp patienter. Redan 2004, efter tre självmord bland patienter, anmälde dåvarande verksamhetschefen för psykiatri i Östersund sig till Socialstyrelsen då hon befärar att verksamheten inte uppfyllt kraven i hälso- och sjukvårdslagen. Hennes bedömning är att det inte går att spara ytterligare utan att försämra patientsäkerheten. Socialstyrelsen konstaterar 2010 att bristen på fasta läkare vid kliniken kan ha bidragit till självmord och nära nog identisk kritik återkommer av IVO 2016.

Försöken till besparingar har fortsatt. Ytterligare två vårdavdelningar har stängts och en tredje är stängd utifrån sjuksköterskebrist. Under perioden 2010 till 2018 har 49 patienter som haft kontakt med psykiatri tagit livet av sig. Det finns inget som tyder på att läkarkontinuiteten förbättrats sedan 2010. Hur sjukvård och bemötande utformas har betydelse för hur man lyckas förebygga självmord. Den självmordsnära patienten behöver bli bemött som en jämlik. När en personal väl etablerat kontakt med en patient kan vederbörande inte bytas ut utan konsekvenser, personal behöver ibland fungera som "en livlina". Externa granskare konstaterar att en lärande organisation behöver skapas och att flera av problemen vid psykiatri i Östersund inte är unika.

Till grund för studien ligger kvalitativa intervjuer med sex före detta fast anställda läkare från tre olika kliniker som valt att sluta. Informanterna beskrev en problematisk arbetsmiljö med orimliga krav, bristande stöd och minimalt inflytande. Det är osannolikt att läkare är den enda yrkeskategorin som har denna typ av arbetsmiljö. Det är inte slumpen som gör att sjukvårdspersonal slutar och läkarna i denna studie tycks ha mycket goda skäl. Förhållandena inom sjukvården skapar personalbrist. Ser man till den forskning som finns pekar den bland annat på att orealistiska krav och underbemanning kan bidra till vårdskador och hög personalomsättning. Alltså indikatorer som syns också i denna studie. Arbetsmiljön är intimt förknippad med patientsäkerheten och för säker sjukvård krävs ledarskap och lagarbete som präglas av tillit och respekt. Informanterna pekade snarare på erfarenheter av bristande respekt vilket riskerar skapa undvikandebeteenden som minskar kommunikation och samarbete. I en sådan miljö undviks rapportering av brister. Stress hos vårdpersonal kan leda till medicinska felbeslut och att patienters önskemål ignoreras. Att bli hyrpersonal kan bero på ren självbevarelsedrift.

Att förebygga ohälsa har stor betydelse för hur hälso- och sjukvårdens resurser används. Tittar man på statistiken talar den ett tydligt språk. Sjukfrånvaron hos landstingens personal ökar. Trots tecken på sjuknärvaro ökar även läkares sjukskrivningar. Inom sjukvården har frivilliga uppsägningar hos personal ökat. Hög personalomsättning leder till kompetensförlust, minskad kontinuitet och försämrar förutsättningarna för samarbete. Kontinuitetsbrist är negativt för patientsäkerheten.



Foto: Shutterstock/Scandphoto

Naturligtvis måste man beakta de villkor, både ekonomiska och organisatoriska, som verksamheterna bedrivs inom. Det ekonomiska underskottet inom RJH överstiger en miljard kronor. Därtill skall verksamheten genomföras av managementmetoden Lean i syfte att sänka kostnader och standardisera arbete. Det är väl beskrivet att managementmetoder bidrar till ökad administration och detaljstyrning. Ett annat problem är att dessa prioriterar styrbarhet framför sakkunskap. Det får till följd att meningsskiljaktigheter riskerar att negligeras eller kamoufleras med följden att läkare med specifika sakkunskaper riskerar att förbises med vantrivsel som följd. Isärkoppling är ett fenomen som beskrivs i många moderna organisationer. Denna medför bristande helhetssyn där varje enhet prioriterar sina deluppgifter och chefer alltmer upptas av administration. Detta blir problematiskt då det inte går att leda en verksamhet utan ömsesidig kommunikation och regelbundna positiva transaktioner. Kontakten mellan olika nivåer har minskat och beslutsfattare befinner sig långt från kärnverksamheten. Inom offentlig sektor har enorma resurser bundits i chefslinjer med tillhörande stödfunktioner och organisationer anpassar sig ofta till yttre krav genom att skapa skriftliga dokument.

Sjukvård ska bedrivas enligt kunskap och beprövad erfarenhet, detsamma bör gälla även för sjukvårdens ledarskap. Därmed är det hög tid att mönstra ut managementmetoder med långvarigt dokumenterade negativa konsekvenser inom människo- behandlande organisationer. Om offentliga verksamheter har

hög kvalitet skapas mellanmänsklig tillit som påverkar människors syn på det politiska systemet. Sjukvården och dess personal har haft ett högt förtroende. Jämtar och härjedalingar har lägre förtroende för sjukvården och detta kan vara motiverat. Sjukvårdens värde uppstår i mötet mellan patient och sjukvård. Att ställa om sjukvårdens mål från att klara granskning till något som skapar värde för medborgarna tycks självklart. Stäng trollfabrikerna.

Oskar Knutsson

*ST-läkare
Kirurgkliniken Östersund*

Daniel Sandqvist

*Specialistläkare i psykiatri och leg psykoterapeut
Verksam på Neurologen i Östersund*

Daniel Nilsson-Ranta,

*FD sociologi, universitetslektor
Sociologiska institutionen/CESAR Uppsala Universitet*

Arbetet går att läsa i sin helhet på Svensk Psykiatri hemsida.

Att utveckla är Johan Cullbergs motivation



Foto: Appendix fotografi

Sedan 10 år delas Cullbergstipendiet ut. Ett resestipendium vars syfte är att främja psykiatrers professionella utveckling genom att hämta hem kunskaper från psykiatrin utomlands. Det är något som Johan Cullberg själv har gjort under decennier.

Han bjuder på apelsinjuice i lägenheten på Reimersholme. Här har Johan Cullberg bott de senaste trettio åren, eller andra omgången av sitt liv, som han själv uttrycker det. Han har precis fyllt 85 år. Han förstod tidigt i karriären vikten av att vidga sitt perspektiv genom studieresor, något som han så småningom fört vidare till andra.

– Mina böcker *Kris och utveckling* från 1975 och *Dynamisk psykiatri* från 1984, sålde väldigt bra. Jag tjänade mer än jag behövde och startade en fond ihop med Natur & Kultur.

Så skapades under åttiotalet priset för dynamisk psykiatri, som delades ut i tio år till personer som gjort någonting bra för psyko-dynamisk behandling eller forskning, något som var en bristvara inom psykiatrin när Johan Cullberg var ung.

– På 2000-talet kom jag på att det jag själv haft ovärderlig glädje av under min utbildning var mina studieresor till USA, Frankrike, Tyskland och Australien och inte minst de nordiska länderna. Jag lärde mig om arbetet med förstagångspsykos i Melbourne och Norden och i New York studerade jag psykosomatik och familjeterapi.

Stiftelsen Natur & Kultur instiftade på förslag av Johan Cullberg ett resestipendium för blivande psykiatriker som vill fördjupa sin

kunskap och sitt kliniska tänkande inom psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och rättspsykiatri. Efter några år blev det även möjligt för specialistläkare inom dessa fält att ansöka. Stipendiet har delats ut sedan 2009 och det har givits till totalt nästan 50 personer, inklusive dem som får det i år. Johan Cullberg har en självklar plats i Cullbergstipendiets kommitté som utser stipendiaterna.

Tror du att stipendiet har gjort någonting för utvecklingen av psykiatrin?

– Det hoppas jag. Man kommer ut och får träffa människor på en klinik i utlandet som har gjort någonting bra. Man är där en till fyra veckor och får lära sig nytt. Klart att det ger något för den egna psykiatrin. Många har kunnat ta med sig mycket av de här kunskaperna hem till sin egen klinik eller sitt eget kliniska arbete. Och så har de kunnat ha lite roligt på köpet.

Vad tror du att du själv har betytt för svensk psykiatri?

– Det var en svår fråga. Mina böcker har förhoppningsvis bidragit till insikten om människans ständiga dialektik mellan sin upplevelsevärld och sin biologi. Vi ska ha kontakt med människor som ska känna sig förstådda i det väldiga underläge som en patient som kommer och vill ha hjälp befinner sig i. Man måste sträva efter att få en människa att känna sig lyssnad till och förstådd i kontakten. Det finns mycket forskning som visar att nästan all behandlande verksamhet fungerar bäst om patienten upplever sig lyssnad på och respekterad av en intresserad läkare. Att man har en terapeutisk allians.

Kan man vara så simpel att man sammanfattar det i att det handlar om bemötande?

– Ja det är föga simpelt, det är ju en väldigt utsatt position när man känner sig utlämnad till vad psykiatern tycker om en. Därför är det så viktigt att man som psykiater försöker visa intresse: att du är viktig för mig, att jag försöker se vem du är. Där tror jag att det brister en del i dag. Som psykiater tror jag att man missar mycket om man inte har det intresset.

Bland annat har hans egna år i terapi gett honom insikt som han haft användning av i sitt kliniska arbete.

– Vi har ju alla både mörka och ljusa sidor i vår person. Jag brukar tala om det depressiva rummet. Vi har alla, sedan vi var små, ett sådant rum inom oss. Som handlar om minnet av att inte bli förstådd, att inte må bra, att vara hungrig, längta efter föräldern. Har man inte stängt till om det och i stället har tillgång till sitt depressiva rum så fördjupas ens förmåga att lyssna på andra.

Vet du vad som finns i ditt eget depressiva rum?

– Det är klart att jag vet mer för att jag levtt ett långt liv, reflekterat mycket och gått i analys. Och har haft en ständig nyfikenhet på människan.

Vad är det viktigaste att föra fram?

– Att vi ständigt måste arbeta med att lyssna bättre – både på andra och på oss själva. Att förstå att vi måste utvecklas och förändras. Och acceptera att det inte är smärtfritt. Jag tycker att jag har förändrats ganska mycket under mitt liv, men det är en annan fråga, det tar för lång tid, säger Johan Cullberg och ställer ner sitt tomma apelsinjuicglas.

Fotnot: I självbiografin Mitt psykiatriska liv från 2007, Natur & Kultur, kan du läsa mer om Johan Cullbergs år från spinkiga barnben till fullfärdig psykiatriker.

Fakta

Namn: **Johan Cullberg**

Ålder: 85 år

Titel: Professor i psykiatri och storsäljande författare

Bor: Reimersholme och Stjärnhov

Familj: Gift med författaren Inger Alfvén. Fyra barn från tidigare äktenskap. Nio barnbarn.

Aktuell: Ständigt, men just nu för att Cullbergstipendiet ska delas ut till några som vill bli inspirerade till nya, goda arbetsätt inom psykiatri genom att lära av kolleger utomlands.



Anna Svensson reste till Orange, Australien 2010

Vad har stipendiet betytt för dig?

Jag fick möjlighet att besöka Centre for Rural and Remote Mental Health i Orange, Australien. För mig personligen var det en unik möjlighet att se hur modern psykiatri kan bedrivas i extrem glesbygd.

Vad tror du stipendiet betyder för utvecklingen av vården inom psykiatri?

Det är oerhört viktigt. Vi kan inte uppfinna hjulet själva hela tiden, eller tro att de lösningar vi har i dag är de enda rätta. Genom lyfta blicken mot omvärlden kan vi få nya perspektiv som berikar vården.

Hur har du använt dig av kunskapen som du förvärvade under din stipendieresa?

Jag arbetade under några år som läkarchef i Hälsingland, som har en hel del glesbefolkade områden. Några lösningar som jag sett i Australien kunde jag införa hos oss och de har haft mycket stor betydelse för våra patienter.

Vad gör du i dag?

Nu håller jag på att slutföra min ST. Eftersom jag hade ett avbrott för ett chefskap mitt i så har ST:n dragit ut på tiden, men nu tycker jag det är dags att bli färdig specialist!



Nasim Pourghazian (fd Hanie Hoseini) reste till Beirut, Libanon 2017

Vad har stipendiet betytt för dig?

Cullbergstipendiet gav mig chansen att bekantas med den psykiatriska vården i Mellanöstern samtidigt som jag fick en värdefull inblick i en region som drabbats hårt av politisk konflikt.

Utöver möjligheten att se kontrasterna mellan privatdriven psykiatrisk vård i huvudstaden och en NGO (non-governmental organisation, reds anm) som stöttade syriska flyktingar med psykisk ohälsa på landsbygden, så fick jag också en liten introduktion till de många utmaningar som psykiatri och hälsovårdsarbetare möter utanför Sverige.

Vad tror du stipendiet betyder för utvecklingen av vården inom psykiatri?

Den psykiatriska vetenskapen utvecklas väldigt snabbt samtidigt som det är ett av de medicinska områdena som berörs starkast av kultur, traditioner och den sociala omgivningen. Därför är det här resestipendiet, som uppmuntrar ST-läkare att ta lärdom av psykiatri utövad i en annan kulturell, social miljö väldigt viktigt. Stipendiet ger oss chansen att ta ett steg ut i världen från vår skyddade svenska miljö och öppnar upp för erfarenhetsbyte i båda riktningar.

Hur har du använt dig av kunskapen som du förvärvade under din stipendieresa?

Kunskapen som jag förvärvade under min resa är inte bara värdefull för min interaktion med patienter, utan har också berikat mitt perspektiv på psykiatri och gett mig en makroskopisk bild av psykiatriens betydelse för människors hälsa i olika kulturer och vårdssystem.

Vad gör du i dag?

Idag arbetar jag på Världshälsoorganisationens regionkontor i Kairo, på avdelningen för kroniska sjukdomar och mental hälsa.



Mattias Strand, reste till Reykjavik, Island 2012

Vad har stipendiet betytt för dig?

Jag följde en forskargrupp som arbetade med att utvärdera konsekvenser för folkhälsan, inte minst den psykiska hälsan, efter den isländska bankkraschen några år tidigare. På längre sikt har det också bidragit till att jag har börjat forska inom psykiatri, på så vis kan man säga att stipendiet blev avgörande för mitt fortsatta yrkesliv.

Vad tror du stipendiet betyder för utvecklingen av vården inom psykiatrin?

Möjligheten att vidga sina vyer, oavsett vad projektet sedan handlar om, är oerhört berikande. Det ger en möjlighet till ett välbehövligt perspektiv på hur vi arbetar inom psykiatrin i Sverige och på vilka frågor som är viktiga på andra håll i världen.

Hur har du använt dig av kunskapen som du förvärvade under din stipendieresa?

Mycket av den konkreta kunskap som jag tillägnade mig under mitt besök redovisade jag i form av en översiktsartikel i Läkartidningen om samband mellan psykisk hälsa och ekonomiska fluktuationer. Det jag framför allt haft nytta av är nog själva erfaren-

heten av hur stimulerande det kan vara att få vidga sina vyer inom det fält man arbetar i.

Vad gör du i dag?

Jag blev specialistläkare i psykiatri 2013 och har sedan dess arbetat som överläkare vid Stockholms centrum för ätstörningar. Parallellt med mitt kliniska arbete är jag doktorand vid Karolinska Institutet.

Jill Eriksson
Frilansjournalist

Du kan ta del av stipendiaternas reserapporter i Svensk Psykiatri: Anna Svensson Hur gör man? Bra psykiatri i svåra förhållanden Nr 3 2011 sid 87

Anna Svensson En unik möjlighet Nr 1 2016 sid 64

Mattias Strand Rapport från studieresa till Reykjavik Nr 1 2013 sid 65

Nasim Pourghazian Barn- och ungdomspsykiatri i Beirut Nr 1 2018 sid 24

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



Foto: Shutterstock/Avesun

Huset med de två tornen

Majiec Zaremba
Weylers Förlag, 2018

Maciej Zaremba har skrivit en bok som heter *Huset med de två tornen*. På omslaget finns en bild av hans föräldrar. Författaren växte upp i Polen under den statsbyråkratiska stalinismens sista tid. Han levde i en familjetrygghet, om än med tystnad och hemligheter, som trasades sönder av en flykt till Sverige då modern förklarade att hon var judinna och att de måste fly inför byråkratins antisemitiska kampanj.

Bokens två-tal anknyter på faderns psykiatriska gärning, där huset med de två tornen är pappans psykiatriska sanatorium, där författaren tillbringade sin tidiga barndom. Men två-talet kan även förstås som de bägge föräldrarna, samt de skarpa kontrasterna mellan före och efter; kriget, flykten, Warszawas förstörelse, antisemitismen, identitet, arbetet. Det är en bok med mycket rik beskrivning av förändring, hot, förtryck, död och överlevnad mot alla odds.

Bokens huvudspår är en rekonstruktion av författarens släkt, den som han aldrig fick uppleva i verkligheten. Med energin och målmedvetenheten hos både en forskare och en journalist söker han i dokument och vittnesmål förstå sina föräldrars liv och ge dem liv med de skrivna orden. I boken finns detta dubbla perspektiv med författarens rekonstruktion och med vandan i hans skapande.

I denna recension väljer jag att fokusera på hans medicinhistoriska insatser i beskrivningen av sina föräldrars värv som psykiatriker. Fadern Oskar Stanislaw Bielawski läste medicin vid Dorpatuniversitetet, numera Tartu i Estland, grundat av Gustav II Adolf. Han blev inspirerad av August Rauber, en framstående anatom, embryolog och även förespråkare för kvinnans rättigheter och frigörelse. Efter sju år i krig väljer han att bli psykiater och skriver sin första text om "minnesvägran", vilket jag tolkar som en tidig text om det som nu kallas post-traumatisk stress. Han blev chef för ett sjukhus som hette Provinzial Irren-und-idiotenanstalt som lokalt gick under namnet Avskrädet. Där fanns trehundra tvångsintagna varav fyrtio var inlåsta i isoleringsceller med halm på golvet och lucka för mat och borttagande av avföring. Personalen förklarade att dessa isolerade var livsfarliga och bets och slogs men Oskar säger att

det var förväntat på sådan behandling. Han släppte ut dem ur isoleringscellerna, gav dem mat på tallrik och en säng på avdelningen. Under de kommande nätterna var Oskar hela tiden beredd på insatser för att lösa situationer – "Ju sämre läkaren sover desto bättre mår patienten".

Förändringen lyckades och han fick fritt fram att förändra sjukhuset. Han förbjöd tvångströjor, införde öppna avdelningar och omvandlade sjukhuset till ett Sanatorium för nervsjuka. Han var inspirerad av Clifford Beers Connecticut Society for Mental Hygiene och satsade på omvandling av väktarna till vårdare, och med ett brett utbud av aktivitet för patienterna som arbetsterapi, teater, idrott. Fadern citerade Wilde "Den som ser skillnad mellan kropp och själ har nog ingetdera". Vården var präglad av omsorg och kreativitet, inspirationen från grekisk kultur stark och namnen på psykiatrins pionjärer Pinel, Simon, Connell, Bechterew, fanns inhuggna på entrén. Modern Lida arbetade med fadern på sanatoriet – allt detta krossades när föräldrarna vägrade att ange sina patienter till hemliga polisen.

Boken har med sina teman om förtryck, krig, flykt, överlevnad och kultur stor aktualitet. Boken är även en hyllning till skapandet som en väg till förståelse och läkning, inte minst inom psykiatrin.

Cöran Högberg

*Barn och ungdomspsykiater, allmänpsykiater
Stockholm*



Tio dagar på dårhus

Nellie Bly

Bokförlaget Tid och Rum, 2016

Originalutgåva *Ten Days in a Mad-House*, 1887

Den kanadensiske sociologen Erving Goffman publicerade 1961 sin klassiska studie *Asylums – essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Några år tidigare hade han arbetat som sjukgymnastbiträde på ett stort amerikanskt mentalsjukhus och essäerna bygger på hans deltagande observationer. Budskapet i *Asylums* är att totala institutioner som mentalsjukhus, fängelser och militära förband medvetet urholkar de intagnas/soldaternas identitet och dränerar deras initiativförmåga i akt och mening att enklare upprätthålla disciplinen och underlätta den dagliga driften. En process Goffman kallade för institutionalisering. Det var nu inte bara de intagna utan också vårdarna, fängvaktarna och underofficerarna som på detta sätt skulle bibringas sina sociala roller.

Goffman hävdade vidare att institutionaliseringen av patienterna var minst lika viktig som det medicinska innehållet i vården. En onekligen mörk bild som starkt kom att påverka den antipsykiatriska rörelsen och som passade det rebelliska och antiauktoritära sextiotalet som hand i handske. Han såg i själva verket medicaliseringen av psykiatri som en följd av den industriella revolutionen och drog paralleller mellan det medicinska paradigmet och urmakarens verkstad. Där i kulisserna bakom disken lagades trasiga urverk utan att den genomsnittlige kunden såg eller kunde förstå riktigt hur det hela gick till.

Tre kvarts sekel innan Goffmans bok skakade om psykiatri i grunden tillbringade den unga amerikanska journalisten Nellie Bly (1864–1922) tio dagar som spelat sinnessjuk på det beryktade mentalsjukhuset på Blackwells Island i East River, New York. Hon gjorde det på uppdrag av The New York World och dess chefredaktör Joseph Pulitzer. Hennes reportage publicerades två på varandra följande söndagar, väckte stor uppmärksamhet och gavs också ut i bokform, *Ten Days in a Mad-House*. En bok som nu finns på svenska, *Tio dagar på dårhus*, utgiven på Tid&Rum 2016.

Berättelsen om de tio dagarna på dårhus är intressant på många vis även om man märker att Nellie Bly är relativt oskolad som undersökande journalist och föga insatt i psykiatriska frågor. Tio dagar är ju dessutom en väldigt kort observationstid. Med detta sagt är det ett mycket intressant tidsdokument hon redovisar. En berättelse om en väsentligen destruktiv och förvaringsorienterad psykiatri med ett förfärande tunt medicinskt innehåll.

Precis som hos Goffman handlade mycket om att tukta och passivisera de intagna. Boken är full av exempel på alltför små portioner av ofta härsken mat, utkylda rum, smittsamma sanitära förhållanden, sjuksköterskor som trakasserar och plågar patienterna både psykiskt och fysiskt. En påtaglig liknödhet från personalens sida förvärrar också tillståndet för flera intagna. Läkarna beskrivs som genuint ointresserade av att lyssna på och undersöka patienterna men desto mer begivna på att gnabbas och flirta med sköterskorna.

Bly skriver explicit att efter det hon förklarats sinnessjuk och tagits in på mentalsjukhus så spelade hon inte längre psykiskt sjuk utan var precis som vanligt. Detta till trots verkade ingen av läkarna bry sig det allra minsta, låt vara att tio dagar är en relativt kort tid. Flera av de medpatienter hon beskriver verkar också psykiskt tämligen normala, men Blackwells Island hade nu en gång karaktären av mänskligt slutförvar. *I som här inträden låten hoppet fara* kunde stått skrivet över entrén. För övrigt namnet på en antipsykiatrisk roman från 1944 av Astrid Varing baserad på hennes släktingars dystra erfarenheter av svensk mentalvård under första halvan av nittonhundratalet.

Det är också av stort intresse att se hur lätt Nellie Bly lyckades övertyga polis, domstol och psykiatri om att hon var galen. Hon tog in en natt på ett härbärge för arbetarkvinnor. Där tedde hon sig rädd och orolig, kände sig hotad och vägrade sova. Det räckte för att de andra gästerna och värdinnan skulle bli upprörda och tillkalla polis som tog henne med sig till en domstol. Domaren, som var sympatiskt inställd då hon påminde om hans syster, skickade henne vidare till en psykiatrisk klinik på sjukhuset Bellevue. Där bedömdes hon medicinskt och förklarades sinnessjuk varefter hon tillsammans med andra olyckliga skeppades till Blackwells Island.

Den psykiatriska bedömningen på Bellevue var minst sagt summarisk och läkaren insinuerade att hon som föregivet ensamstående kvinna nog hade försörjt sig på prostitution. Det blir i boken uppenbart att mentalsjukhuset var ett slags allmän avstjälningsplats för de av samhällets olycksbarn som var mer eller mindre drabbade av psykiska problem utöver annat socialt elände.

När tidningens advokat efter någon vecka fick henne utskriven och artiklarna kommit i tryck tillsattes en undersökningskommission som i sällskap med Bly så småningom inspekterade sjukhuset. Då hade ledningen redan börjat sopa igen spåren och vidtagit vissa förbättringsåtgärder. De värsta plågoandarna, namngivna i boken, var borta, vissa patienter hade smusslats undan Gud vet vart och maten hade förbättrats. Denna kosmetik till trots så trodde kommissionen på hennes vittnesmål. Betydligt större summor kom också därefter att satsas på mentalsjukvården i New York. Förvisso ett vackert slut på ett ganska våghalsigt journalistiskt grävjobb. Att det sedan under ännu många decennier fanns vanvård och elände kvar inom psykiatrin förtar inte detta.

Jarl Torgerson

Docent, överläkare

Psykiatri Psykos

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

ANNONS



Årstiden vid födseln. Vetenskapliga belägg för dess samband med hälsan under livet

Jayanti Chotai
Recito Förlag, 2018

Att söka samband

En av vår hjärnas mest utmärkande egenskaper är att hjälpa oss att organisera vår bild av världen genom att söka samband och mening, i första hand för att hantera fara men dessutom för att underlätta val av "riktning". Vetenskapens uppgift är i stor utsträckning att undersöka och fastställa under vilka omständigheter vissa samband kan gälla. Studier har visat att risken för att få schizofreni var något större om man var född under vintermånaderna eller tidigt under våren än under resten av året. Detta inspirerade Jayanti Chotai som professor och överläkare i psykiatri att börja undersöka eventuella samband mellan årstid för födsel och psykiska sjukdomar i vuxen ålder. I boken *Årstiden vid födseln. Vetenskapliga belägg för dess samband med hälsan under livet* sammanställer han forskningsfynd inom detta och närliggande områden. Han är nog med att avgränsa denna kunskapsdomän från astrologi.

Upplägg

Boken är uppdelad i fyra avsnitt. I *Vetenskap, statistik och enskilda individer* beskrivs forskningens grundbegrepp, tolkning av forskningsresultat, statistisk analys och evidens. Då årstidsskillnader gällande de företeelser som studeras vanligtvis är små krävs stora statistiska material för att fånga dessa. Sinuskurvan presenteras för att åskådliggöra genomsnittliga årstidsväxlingar.

I *Årstiden vid födseln och psykisk hälsa under livet*, studeras framför allt schizofreni då årstidsvariationer för andra allvarliga psykiska sjukdomar inte tycks lika tydliga. Man söker kopplingar till transmittorsubstanser i nervsystemet och har till exempel funnit högre nivåer av dopamin under tidig vinterperiod medan serotonin varit lägre under vårvintern. Man har funnit årstidsvariation för personlighetsaspekter som "novelty seeking", känslan av att vara lyckosam och kvälls-morgonpigghet. Risken för självmord var lägre för födda

känslan av att vara lyckosam och kvälls-morgonpigghet. Risken för självmord var lägre för födda under höst-vintermånaderna. När det gäller självmord använde födda på vårvintern i högre grad våldsamma metoder.

Avsnittet *Årstiden vid födseln och kroppslig hälsa under livet* är utförligt men inte lika heltäckande. Av ett sammanfattande diagram som visar i vilken månad det föreligger en "risktopp" vad gäller autoimmuna sjukdomar, atopi, cancer, hjärt-kärl- och infektionssjukdomar framgår att födsel i april, maj och juni förefaller mest riskabel. Dessa tre månader uppvisar tillsammans 20 toppar mot de övriga 9 månadernas 23.

Kapitlet om *Förklaringsmodeller* har två infallsvinklar. Den ena utgångspunkten är de faktorer som man vet förändras med årstiderna och undersöker sedan om dessa kan förklara sambandet mellan sjukdom och årstid för födseln. Den andra är att se på vilka faktorer eller omständigheter som man vet påverkar utvecklingen av sjukdomen i fråga och om den kan tänkas variera med årstiderna. Man skiftar alltså beroende och oberoende variabler. En vidare utgångspunkt som tas i begränsad omfattning är att se på risk i olika avseenden från konceptionen till födseln i förhållande till årstiden – man vet att risken för störning av utvecklingen av olika organ och funktioner skiljer sig mellan olika faser av graviditeten.

Följande faktorer som påverkar hälsan har undersökts i förhållande till årstid: komplikationer under graviditet och förlossning, rökning, drogmissbruk och skadliga kemikalier, näringsbrist, yttre temperatur och väderleksförhållanden, infektionsframkallande smittämnen, ljusförhållande, D-vitamin och biologiska processer, föräldrarnas sexualvanor och andra egenskaper samt genetisk sårbarhet. Ibland stannar framställningen vid den påverkan

som dessa faktorer har på hälsan medan koppling till konception/födelse/årstid inte tydligt fullföljs. Genetiska aspekter lyfts fram. Någon enskild gen som skulle ligga bakom någon vanlig psykisk sjukdom har hittills inte återfunnits. Det handlar om komplex interaktion mellan ett antal gener. Vissa DNA-segment kodar för proteiner, men funktionen för de flesta DNA-segment är ännu okänd. Frågan är om vissa gener i kombination med vissa födelsemånader skulle kunna innebära förhöjd risk. Epigenetiska processer kan antas spela stor roll, till exempel via metylering.

Intressant resa

Boken vänder sig till en intresserad allmänhet och nivån och tilltalet till läsaren svarar i stort mot denna målsättning. Texten är dock ibland tätt vävd med komplexa samband i flera led som ska hållas samman vilket gör att läsningen – naturligt nog – av och till är krävande. Översikter och diagram

förenklar och förtydligar. Perspektiven är intressanta, både vad gäller de något mer robusta fynden och forskningsuppslagen i sig, även om den praktiska tillämpningen ter sig mycket begränsad då skillnaderna i allmänhet är så små. En sammanfattande avslutning skulle kunna hjälpa läsaren att få grepp om essensen i det digra innehållet. Författaren besvarar dock en fråga som hänger i luften, ”är jag lyckosam eller ej” genom sitt konstaterande: ”Då skillnaderna är små är födelse i alla månader i princip lika bra.”

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*





Traumatisering hos barn En handbok

Sofia Bidö, Moa Mannheimer och Poa Samuelberg
Natur & Kultur, 2018

Traumatisering

Om vi råkar ut för överväldigande, skrämmande upplevelser, potentiellt traumatiserande, avgör vår konstitution, våra tidigare erfarenheter och inte minst vårt nätverk om denna upplevelse ska sätta permanenta spår i vårt psyke i form av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Råkar vi ut för en serie kanske tillsynes mindre dramatiska upplevelser, kan dessa tillsammans ge kumulativa trauma – minst lika allvarliga. Barn som utsätts för upprepade övergrepp eller svår försummelse kan dessutom få genomgripande svårigheter med anknytningen till den person som de haft god anledning förvänta sig skulle skydda dem mot denna/dessa upplevelser. Traumatisering är inte sällan en grundläggande eller bidragande faktor vid utveckling av psykiatriska symtom och psykisk ohälsa. Traumatiseringens socio/psyko/fysiologi har kommit att bli viktig i den psykiatriska och psykoterapeutiska referensramen.

Översikt

Psykologerna Sofia Bidö, Moa Mannheimer och Poa Samuelberg har sammanställt kunskap och erfarenheter av detta fält när det gäller barn i *Traumatisering hos barn. En handbok*.

I första delen, Teoretisk bakgrund, ges en översikt över skilda slag av utsatthet hos barn, olika typer av traumatisering och av neurologiska och psykologiska processer och förklaringsmodeller. Andra delen avhandlar Stöd och behandling utifrån forskning och verksamhetsinsatser vid utsatthet och traumatisering utifrån evidensbaserad praktik. I tredje delen, Särskilda utmaningar och fördjupade perspektiv, beskrivs bland annat det professionella lagarbetet kring barn och föräldrar samt vägledning i juridiska och etiska aspekter.

Traumatiseringens fenomenologi och symtom

Traumatiserade barn plågas ofta av ångestladdat återupplevande, negativ påverkan på kognition, känsloliv och förhöjda kroppsliga reaktioner och uppvisar – naturligtvis – undvikande beteende. Om de reagerar med oroligt, agiterat beteende och impulsivitet kan tanken föras till ADHD. Vid komplex PTSD tillkommer ofta negativ självbild, affektregleringsproblem, och relationssvårigheter. Symtomen kan också vara komplexa och diffusa – differentialdiagnosen inte sällan svår. Barnen kan uppvisa allvarliga symtom efter trauma utan att alltid uppfylla PTSD-kriterierna. Barn med psykisk sårbarhet är överrepresenterade vad gäller traumahändelser. Av potentiellt traumatiserande händelser leder ca en av sex till PTSD, potentiella trauman med interpersonell koppling leder till allvarligare symtom och högre PTSD-frekvens.

Kris och utredning

Behandlarens första möte med ett barn kan ske i en akut kris eller i en lugnare utredningsfas inför ställningstagande till behandling. Denna har tre övergripande faser: stabilisering (nutid), bearbetning/exponering (dåtid) och integrering (framtid). Stabilisering är nödvändig såväl för att kunna arbeta med bearbetning/exponering i en behandlingsfas som för hantering av den akuta krisen. I båda fallen är arbetet med familj och nätverk avgörande. I krisläge gäller att trygghet, tillit och samhörighet måste återupprättas så snabbt och så långt det går och hopp installeras och stärkas. Briefing, att direkt ta kontakt med och uttrycka de känslor som krisen/traumat är har visat sig destruktivt – ”man talar inte med en sårad soldat om kriget det första man gör sedan han kommit ur skottlinjen”. Regleringen av barnets affektintensitet är en nödvändig del av stabilisering och måste kopplas till dess toleransfönster, det vill säga intensiteten måste ligga inom ramen för effektiv samordning av tankar, känslor, impulser och beteende, för att säkra att risken för ohärlig hyper- eller hypoaktivering minimeras. Rätt utformat stöd möjliggör en aktivering av naturlig återhämtning och det är klokt att avvakta fyra veckor för vidare ställningstagande till diagnos och behandling. De svåra frågorna måste ställas varsamt men målmedvetet för att föra utredningsprocessen vidare. Taggigt avvisande som kris/traumareaktion måste genomskådas av behandlaren. Författarna ger en spännande inblick i den uppfinningsrikedom och det inkännande i barnens värld som är nödvändig i utredningsfasen för att dessa ska känna sig tillräckligt trygga och förstådda för att kunna medverka. Ställda emot detta informationssamlade genom ”lek” med bilder, färger, former, sagor och metaforer ter sig vuxenvärldens frågeformulär och skattningsskalor faktiskt ganska torftiga, hur kognitivt precisa, validerade och realitetstestade de än är. Det ter sig för mig som om dessa i jämförelse missar något djupt och centralt mänskligt.

Behandling

Författarna konstaterar att vetenskapligt stöd vad gäller PTSD saknas för farmakologisk behandling av barn och unga. Psykoterapeutiska metoder som har visst stöd är ganska få och författarna betonar att de i praktiken inte sällan måste modifieras för att passa den enskilda patienten. Gemensamma inslag i dessa behandlingar är, förutom en omsorgsfullt utformad allians och hoppgenererande psykoedukation, strategier för att reglera stress och känslor i nuet och i framtiden, exponering och samtal för att minska undvikande, hantering av triggers och dysfunktionella tankar. De flesta metoderna har en KBT-bas men det finns också familjeorienterad eklektisk metodik och



EMDR. Metoderna beskrivs översiktligt och några vinjetter från behandlingsarbetet som skulle kunna ge läsaren en fördjupad inblick ges inte.

Hjälp till föräldrar

Föräldrar kan ha en komplex roll i barns traumatisering och dess behandling, inte minst om någon av dem är förövare. Föräldrars egna svårigheter, utsatthet och behov av stöd beskrivs ingående bland annat utifrån dessas egen traumatisering, primär eller sekundär. De kan behöva hjälp både att förstå barnets upplevelser, egen eventuell delaktighet och hur de ska förhålla sig till sina barn och inte minst till sig själva. Deras förmåga att bidra till sitt barns stabilisering betonas bland annat genom att de som omsorgspersoner kan fungera som lugnande filter vad gäller barnets reaktioner på yttre stimuli. Psykoedukation och olika typer av stödåtgärder beskrivs och exemplifieras ingående och klargörande.

Några synpunkter

Behandlingsarbetet kan vara utmanande när föräldrar, separerade eller ej, inte kan stödja varandra, samarbeta eller förstå. Frustrationen över ett barns dysfunktion som reaktion på ett komplext trauma i olika avseenden kan ha kommit att helt täcka över föräldrarnas förmåga till omsorg och empati. Syskon kan komma i kläm och bli bortglömda inte minst i dysfunktionella familjer där en förälder är förövare och fokus ligger helt på den traumatiserade. Här finns kanske plats för ett systemorienterat perspektiv på familjen som helhet som komplement till de individ- och dyadinriktade.

Handbok

Fyller då boken de krav man kan ställa på en handbok i ämnet? Det beror på vad man anser att en sådan ska rymma. Spännvidden i en handbok är en avvägningsfråga. Nivån av bredd, översikt och abstraktion är väl tillgodosedda, djupet i meningen närheten till den individuella upplevelsen är mindre utvecklad. Boken är systematisk, täcker fältet väl, föredömligt strukturerad och organiserad med vinjetter som förtydligar resonemangen. Den är försedd med utförliga exempel på tillvägagångssätt inte minst vad gäller krishantering, stöd och stabilisering, systematiska referenser och hänvisningar till bedömningsinstrument ofta tillgängliga på internet. I beskrivningen av behandling, med rubriken "en översikt" finns dock inga fallexempel – som läsare får man inte syn på eller "kontakt" med något barn i behandling – heller ingen inblick i den maktlöshet, skräck, raseri, sorg och övergivenhet som svår PTSD kan innebära eller den inte ovanliga komplexiteten i behandlingsprocessen och vilka

dilemman behandlare kan ställas inför. Jag tvivlar inte på att författarna har mött denna komplexitet men det framgår inte riktigt av texten. Boken är angelägen, inte bara för författarnas målgrupp – de som diagnosticerar, stöder och behandlar dessa utsatta barn inom ramen för vård och socialtjänst – och utan sannolikt också tror jag, för dem som arbetar med vuxna vilka utsatts för trauma som barn och där empatin just med barnets utsatthet också är viktig i behandlingen.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*



Författarna till boken föreläser på SPK 2019 onsdag den 13 mars, kl. 14.00, Tornet, under temat **Traumatisering hos barn – Väck den björn som sover!**



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: **15/05**

Tema: Den fria viljan



Kalendarium

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/>

18th International Congress of European Society for Child and Adolescent Psychiatry
30 juni-2 juli 2019, Wien, Österrike
<https://www.escap-congress.org>

13th Nordic Symposium on Forensic Psychiatry
20-22 augusti 2019, Göteborg
<https://www.srp.se>

19th WPA World Congress of Psychiatry
21-24 augusti 2019, Lissabon, Portugal
<https://2019.wcp-congress.com>

32nd ECNP Congress
7-10 september 2019, Köpenhamn, Danmark
<https://2019.ecnp.eu>



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

ANNONS



Ett axplock ur
seminarieprogrammet
BUP:s roll i samhället
Behandlingsmetoder för de yngre
barnen MBT-C och CPP
Könsdysfori på avvägar?
SFBUPs riktlinjer för
Beteendesyndrom – vad göra och
när? Familjen som skyddande
faktor vid suicidalitet
Utställare och Poster utställare
representerar även dessa dagar.
**Mer information och anmälan
finner ni på: www.sfbup.se**

Plenarföreläsningar

Överläkare Anna Santesson, BUP Halland

På tunn is – att värdera och hantera risk hos självmordsnära ungdomar.
En översikt om självmord hos unga med fokus på riskbedömning,
säkerhetsplanering och uppföljning.

Leg läkare och KBT terapeut Ludmilla Rosengren, Uppsala

Att möta någon som tappat hoppet...

Att möta någon som uttrycker att hen har tankar på att ta sitt liv är något
många upplever som svårt och hotfullt.

Professor emeritus, M.D. Konrad Michel, Bern Schweiz

What do patients who attempt suicide need? Lessons learned from ASSIP,
an effective brief therapy to reduce the risk of reattempts

Adj professor, Leg läkare Clara Hellner, Karolinska Institutet, Stockholm

Att skada andra och att skada sig själv: Om självskada, suicidalitet och
interpersonellt våld hos barn och unga