

Tidskriften för

# Svensk Psykiatri

# #2

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



## Den fria viljan

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, **Alessandra Hedlund**
- 5 SFBUP styrelseruta, ledare, **Sara Lundqvist**
- 6 SRPF styrelseruta, ledare, **Per-Axel Karlsson**
- 8 Kommande temanummer
- 11 Krönika enligt Tiger, **Mikael Tiger**
- 29 Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott, **Lotta Sandström**
- 41 Tio frågor - Linda Martinik, sekreterare i SPF:s styrelse **Stina Djurberg**
- 49 Tio frågor - Martin Hultén, vice ordförande i SPF:s styrelse **Stina Djurberg**
- 74 Bokrecension: Familjen och livscykeln, **Per Gustafsson**
- 75 Bokrecension: Disträherad, Notes on a Nervous Planet och Den äldla konsten of Not Giving a Fuck, **Thomas Silfving**
- 77 Bokrecension: Medvetandets återkomst. Om hjärnan, kroppen och universum, **Jan Pilotti**
- 79 Bokrecension: Processen. Möten mediciner, beslut, **Björn Wrangsjö**
- 81 Bokrecension: Macchiarinaffären: sanningar och lögnar på Karolinska. När lögnen blir sanning, **Ulf Rydberg**
- 83 Kalendarium

## Tema:

- 9 Varför inte bara äta mindre? **Michal Pietrzak**
- 11 Den goda viljan, **Mikael Tiger**
- 12 Den fria viljan, skulden och lagen, **Hanna Edberg**
- 14 Något om den fria viljan för den händelse att den finns, **Björn Wrangsjö**
- 18 Hur kan den ha blivit en succé? Om Jordan B Petersons 12 livsregler **Daniel Frydman**
- 20 Hur vet jag vem jag är? **Rebecca Böhme**
- 21 Att vilja men inte kunna. Vetenskapliga bevis på häxeri, **Per Gustafsson**
- 22 Vems vilja - doktors, patientens eller evidensens? **Per Gustafsson**
- 24 Kan patienten få ha en egen vilja när det gäller att ta sin ordinerade medicin? **Maria Emilsson**
- 25 Mot din vilja. Reflektion och satir, **Per-Axel Karlsson**
- 26 Vill du inte bli frisk - eller? **Per Gustafsson**

## Rapporter från möten och resor:

- 32 Referat från SPK 2019, ingress, **Tove Gunnarsson**
- 33 Referat från SPK 2019  
Svenska Psykiatrikongressen var återigen välbesökt, intressant och med trevliga sociala möten, **Cecilia Mattisson**
- 37 Referat från SPK, **Karl Lundblad**
- 38 Referat från SPK  
Fetma, ett motvilligt äktenskap mellan kropp och själ **Alessandra Hedlund**
- 50 När den tunna isen brister"  
Rapport från BUP-kongressen 2019, **Lars Joelsson**
- 54 Expertmöte om schizofreni i Göteborg 3-4 april **Maher Khaldi, Tarmo Kariis**
- 55 Rapport från NPA-möte i Oslo, **Alessandra Hedlund**
- 64 UEMS-möte i Köpenhamn april 2019, **Olle Hollertz**
- 66 Korta axplock från fyra veckor på brasilianskt sjukhus. Reserapport från två hemkomna stipendiater **Fredrik Wikström, Gustav Wingquist**
- 68 Hur löser vi de samhällsproblem som bidrar till den ökande psykiska ohälsan? En siminarieserie med ambitioner! **Lena Flyckt**
- 70 Psykiatri i förändring, **Jonatan Adling**
- 72 Inspirationen kommer ibland när man får gå en kurs. Referat och reflektioner från en kurs om PCL-R i Göteborg 7-9 maj, **Per-Axel Karlsson**

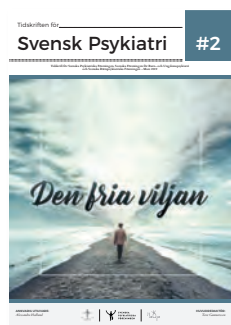
## Psykiatriska nyheter:

- 56 En patientsäkerhetsresa i Psykiatri Skåne, **Martin Hultén**
- 58 PsykosR och de elva resultatmåttan **Ing-Marie Wieselgren, Louise Kimby**
- 60 Senaste nytt från Uppdrag Psykisk Hälsa **Ing-Marie Wieselgren**
- 62 Svensk Förening för Äldrepsykiatri. Göteborgsforskning kring suicidalt beteende hos äldre, **Margda Waern**

## Övrigt:

- 28 Inbjudan att skicka in kongressbidrag (call for abstracts) till SPK 2020.
- 30 Cecilia Mattisson, ny hedersledamot i SPF **Alessandra Hedlund**
- 39 Nominering till Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne **SPF:s styrelse**
- 42 Raffaellapriset 2019 gick till en riktig förebild! **Alessandra Hedlund**
- 43 Till vilket pris? **Björn Mårtensson**
- 46 Asia Ali - barnpsykiatern tar barnens parti i Somalia, **Daniel Frydman**
- 48 "Vi" och "de", **Lioudmila Mendoza**
- 53 Stiftelsen Natur & Kulturs Cullbergstipendiater 2019 **Tove Gunnarsson**

# Tidskriften för Svensk Psykiatri



SVENSKA  
PSYKIATRISKA  
FÖRENINGEN

TOVE GUNNARSSON  
Redaktionell ledare



## Vår fria vilja...

### 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 frankie's/Shutterstock.com

**INTERNET**  
www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till  
annonser@svenskpsykiatri.se

... kan ingen ta ifrån oss. Detta citat sägs härröra från den grekisk/romerske filosofen Epiktetos (ca 55 – ca 135 e. Kr.) och får tjäna som övergripande rubrik till vårt aktuella tema som är *Den fria viljan*. I temabidragen diskuteras förstås om någon sådan ens finns men de tar även upp så skilda ting som lagstiftning, depression, övervikt, häxor, Jordan B Peterson och ordinationsföljksamhet. Många psykiatriska infallsvinklar på ett tema som vid första anblicken kan te sig rätt "allmänmänniskt"!

Det här numret kommer att bli försenat. Tryckeriet behöver 5 arbetsdagar och då blir förstås processen fördröjd när det dyker upp två veckor på raken med en torsdag som är helgdag och en fredag som är klämdag. Men nu när du håller tidskriften i din hand så hoppas jag att du ska finna sommarläsning som intresserar just dig!

### Nästa nummer...

... har temat *Förförelse*. Så vad kan det leda tankarna till? En sökning på ordet gav nästan 4 miljoner träffar.

"För-föra" handlar om att föra någon någonstans. Föra bort från den rätta vägen, föra till en syndens lockande men farliga plats, föra i fördärvet... Något att akta sig för med andra ord! Men det behöver väl inte alltid vara enkelriktad manipulation utan kan vara något ömsesidigt?

Missbruk av alkohol, droger och spel kan kanske sägas bottna i någon form av initial förförelse?

Patient och läkare/personal kan bli förförda av varandra, bokstavligt eller bildligt.

Det finns många exempel på hur ledare av olika slag lyckats "förföra massorna". Hur bär de sig åt, vilka mekanismer aktiveras?

Redaktionen hoppas som vanligt att temat ska locka till eftertanke och inspiration att skriva. Och att du under sommaren ska få tid för just detta.

Så tänk till och skriv till oss!

**Tove Gunnarsson**  
Redaktör Svensk Psykiatri

# Vad driver dig?

Vilken kongress vi har haft! Mångas hårda arbete med program och planering belönades med ännu ett publikrekord och stämningen var på topp trots det obarmhjärtiga snöovädret som överraskade alla på onsdagsmorgonen. Jag blev överväldigad av deltagarnas engagemang för svensk psykiatri och jag önskar att jag kunde träffa er alla om än bara för en liten stund. Jag önskar att jag kunde fråga varför just du var på kongressen, varför just du är medlem i Svenska Psykiatriska Föreningen. Få veta varför du valde psykiatri som specialitet, vad som driver dig.

Jag hoppar nästan femton år tillbaka i tiden. Ser en ung kvinna med en resväska som vinkar hejdå. Lika förväntansfull som rädd inför det som komma skall. När hon tittar på sin envägsbiljett stiger gråten i halsen. *Vad har jag gjort? Jag är nog inte riktigt klok.* I nästa stund faller hennes blick på passet. Det omhuldar biljetten och bokstäverna som står graverade på det sträva omslaget ger henne tröst och mod. "Unione Europea. Repubblica Italiana". *Om det inte funkar kan jag alltid åka tillbaka. Jag har ju redan ett hem. Detta är min chans att få ett hem till. Det kan ju bli bra också. Förväntan, rädsla. Jag måste inte välja.*

Bra blev det. Hur jag än försökte vara optimistisk så hade jag aldrig kunna föreställa mig hur mitt liv skulle bli. Jag skulle ljuga om jag sa att resan hit inte varit lång och mödosam. Idag vet jag att det var värt det. Det som drev mig då var min nyfikenhet, mitt intresse för psykiatri och min vilja att göra ett bra jobb. Och en gnutta frustration. Eller ja, en rejäl dos frustration, över ett trångt, hierarkiskt system där man visst kunde utvecklas i mångt och mycket, men där kompetens inte var värd något utan vassa armbågar.

Nästan femton år senare finns nyfikenheten, intresset och viljan kvar. Den gnutta frustrationen riktar sig mot helt andra saker. Jag har haft förmånen att möta otaliga förebilder och hittat största lyckan i att se människor växa och utvecklas. Det är drivkraften i mitt arbete och jag ser fram emot de kommande två åren även denna gång, då envägsbiljetten är mitt mandat och passet mina nio kollegor i SPF:s styrelse. Det är tack vare dem som jag vågat tacka ja till det hedersfulla uppdraget. Det är tack vare er, våra över tusen medlemmar, som SPF får legitimitet och tillsammans kan vi göra mer än summan av alla våra enskilda handlingar. Vi tio representerar er, det är ni som är SPF!

Arbetet med planeringen av SPK 2020 är i full gång. Många medlemmar är engagerade sedan tidigare och jag hoppas att även du som läser detta känner dig välkommen att bidra. Vi har ett call for abstracts i detta nummer, så passa på! Kanske arbetar du inom ett specialområde, har en spetskompetens, eller ett ledningsansvar. Kanske har du lång erfarenhet av att möta många olika patienter, kanske har du komplexa frågeställningar att dela med dig av. Kanske är du chef och tycker att du har lyckats upprätthålla en god arbetsmiljö och behålla din personal. Psykiatrins former och förutsättningar ser olika ut på olika håll i landet och SPK är den självklara mötesplatsen för att byta erfarenheter och lära av varandra.

För om inte vi som är professionella lär av varandra, vem ska vi lära oss ifrån? Naturligtvis har mina patienter lärt mig en hel del, men



SVENSKA  
PSYKIATRISKA  
FÖRENINGEN



ALESSANDRA HEDLUND

Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen

## SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

**ORDFÖRANDE:** Alessandra Hedlund  
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

**VICE ORDFÖRANDE:** Martin Hultén  
(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

**SEKRETERARE:** Linda Martinik  
(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

**SKATTMÄSTARE:** Christina Ysander  
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

**VETENSKAPLIG SEKRETERARE:** Jonas Eberhard  
(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

**FAKTLIG SEKRETERARE:** Lotta Sandström  
(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](http://www.svenskpsykiatri.se)

den kunskapen tjänar inte till så mycket om inte jag förmedlar den vidare. Om inte de som arbetar i verksamheten sprider sin kompetens, låter sin beprövade erfarenhet möta forskningen, hur kan vi då upprätthålla det livslånga lärandet som vi förväntas ägna oss åt? Vi kan alla bli bättre på att läsa vetenskapliga artiklar och rapporter, men den praktiska tillämpningen är fortfarande upp till oss. Psykiatrins praktik är för komplex för att låta sig fångas upp i en enkel algoritm eller en fyrkantig rutin – om patienten gör X, gör du Y så blir det bra. Jag valde psykiatri som specialitet just tack vare dess bredd och komplexitet, dess utmaningar. Frånvaron av enkla svar, de oändliga möjligheterna att vara med och skapa ny kunskap oavsett om man arbetar som kliniker, forskare, lärare eller ledare.

Så tänk på vad just du kan bidra med! Och ha en riktigt skön sommar.

Alessandra Hedlund  
Ordförande SPF

# Tack för en fantastisk kongress!

Vilken fantastisk kongress vi fick i Göteborg! Väldigt matnyttigt program och en extra krydda för mig som Göteborgsanställd att se så många engagerade och intresserade kollegor från kliniken.

Kongressen öppnades med en plenarföreläsning av Anna Santesson, överläkare BUP Halland som beskrev metoder att värdera och hantera risk hos självmordsnära ungdomar och gav oss en översikt om självmord hos unga med fokus på riskbedömning, säkerhetsplanering och uppföljning.

Konrad Michel, M.D., professor emeritus University Hospital for Psychiatry and Psychotherapy, Bern, Schweiz beskrev ASSIP, en metod för att minska risken för återkommande suicidförsök.

Kongressen bestod även av ett flertal symposier där SHEDOs Elena Ornlöv deltog på ett välbesökt symposium om patient- och anhörigperspektiv tillsammans med Ludmilla Rosengren, grundare av Suicide Zero, och Anette Jäderberg från Mind.

Under kongressmiddagen avtackades vår kära styrelseledamot dr Håkan Jarbin, grundare av både våra riktlinjer, Deplyftet och Kongressen i den formen som den har idag. Vi önskar honom all lycka med framtida uppdrag både på hemmaplan och internationellt!

Vi fick också möjlighet att hylla dr Anne-Katrin Kantzer som valdes ut av ST-läkarna som årets förebild. Anne-Katrin är överläkare, ST-studierektor och enhetschef inom barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i NU-sjukvården.

Motiveringen lød: "Anne-Katrin Kantzer är en erfaren barnläkare och barnpsykiater men även forskare och aktiv inom utbildningsfrågor och SFBUP. Hennes varmhjärtade engagemang i sitt arbete med patienter och kollegor på såväl lokal som nationell nivå är en inspiration för oss ST-läkare och hon är en sann förebild i ordets rätta bemärkelse. Tack för allt arbete du lägger ned på att utveckla barn- och ungdomspsykiatri i Sverige, Anne-Katrin!"

Sfbups asylgrupp har under den senaste tiden engagerat sig i flertalet frågor tillsammans med bl. a. Barnläkarföreningen. Med denna skrift hoppas vi påverka politiker och opinion avseende den svåra situationen för de barn som befinner sig i läger i Syrien:

## Skrivelse från BLF och SFBUP angående barn i läger i Syrien

Till: [ud.registrator@regeringskansliet.se](mailto:ud.registrator@regeringskansliet.se); [ju.registrator@regeringskansliet.se](mailto:ju.registrator@regeringskansliet.se);

Till utrikesminister Margot Wallström samt inrikesminister Mikael Damberg och övriga berörda på respektive departement,

Svenska Barnläkarföreningen (BLF) och Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri (SFBUP) följer med intresse utvecklingen för de barn som nu befinner sig i läger i Syrien, bland annat i al-Hol. Det är glädjande att några av barnen med svensk anknytning nu kunnat komma till Sverige, men flera barn befinner sig fortsatt i en utsatt situation. Debatten har tyvärr hittills fokuserat på de inblandade vuxnas skuld. BLF och SFBUP skriver till Er för att understryka vikten av att tillgodose barnens rättigheter i denna svåra situation.

Barn som på olika sätt faller offer för vuxnas handlingar i krig och konflikter kan inte betraktas som medansvariga. De omfattas av



SARA LUNDQVIST  
Ordförande Svenska Föreningen för  
barn- och ungdomspsykiatri



## SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

**ORDFÖRANDE:** Sara Lundqvist  
([sara.lundqvist@vgregion.se](mailto:sara.lundqvist@vgregion.se))

**VICE ORDFÖRANDE:** Susanne Buchmayer  
([Susanne.buchmayer@gmail.se](mailto:Susanne.buchmayer@gmail.se))

**FAKTLIG SEKRETERARE:** Beata Bäckström  
([beata.backstrom@skane.se](mailto:beata.backstrom@skane.se))

**KASSÖR:** Anne-Katrin Kantzer  
([anne-katrin.kantzer@vgregion.se](mailto:anne-katrin.kantzer@vgregion.se))

**VETENSKAPLIG SEKRETERARE:**  
Maria Unenge Hallerbäck  
([Maria.Unenge.Hallerback@liv.se](mailto:Maria.Unenge.Hallerback@liv.se))

**UTBILDNINGSANSVARIG:** Gunnel Svedmyr  
([gunnel.svedmyr@akademiska.se](mailto:gunnel.svedmyr@akademiska.se))

**MEDLEMSANSVARIG:** Cecilia Gordan

**LEDAMOT:** Shiler Hussami  
([shiler.hussami@nll.se](mailto:shiler.hussami@nll.se))

**LEDAMOT:** Håkan Jarbin  
([hakan.jarbin@regionhalland.se](mailto:hakan.jarbin@regionhalland.se))

**ST-REPRESENTANT:** Ida Gebel Djupedal  
([Ida\\_gebel@hotmail.com](mailto:Ida_gebel@hotmail.com))

SFBUP:s hemsida: [www.sfbup.se](http://www.sfbup.se)

samma självständiga rättigheter som alla andra barn, bland annat rätt till hälsa, skydd, stöd, familj och utveckling. Detta är fastslaget i FNs Barnkonvention som svenska regeringen ratificerade 1990 och som blir svensk lag 1 januari 2020. Sverige har därmed en skyldighet att tillgodose dessa rättigheter för svenska barn.

BLF och SFBUP representerar samlad svensk expertis inom barns fysiska och psykiska hälso- och sjukvård. För att vi på bästa sätt ska kunna medverka till att förbereda och agera för dessa barns bästa då de återvänder till Sverige behöver vi etablera kontakt och erhålla uppdaterad information om hur utrikesdepartementet och regeringen i stort arbetar med frågan.

För barnens fysiska och psykiska hälsa är en stabil och trygg bas och en känsla av sammanhang av stor vikt. Vi är därför angelägna om ett skyndsamt agerande för att säkerställa att barnens välbefinnande inte äventyras ytterligare.

Med vänliga hälsningar,

Svenska Barnläkarföreningen

Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri

Sara Lundqvist  
Ordförande SFBUP

# Hjälpas åt

Det är ansträngt inom vården och det är även ansträngt läge för häkten och platsbristen försvårar även på de akut emottagande rättspsykiatriska klinikerna.

Det är fullt helt enkelt och det är olyckligt att läget har blivit sådant att LRV-dömda måste vänta på vård – en vård som enligt lagtext ska ges skyndsamt, det vill säga oundgängligt vårdbehov. Samtidigt förefaller det som vårdtiderna snarast går mot längre som ineliggande. Platsbrist är oundvikligt.

Utifrån vad jag hört av kollegor är det i England och Irland och Tyskland sedan länge platsbrist. Exemplet England har lett till att budget för vårdtid stramas åt, man får bara en viss summa att spendera på varje patient och man då i stort sett tvingas till förtida utskrivning vilket ibland är katastrofalt. Vårdtiden blir för kort och samhället lider skada men nog ändå allra mest patienten. Alltid förloraren.

Det vore bra om vi slapp gå samma öde till mötes.

Därför är det nödvändigt att vända på trenden och slutenvårdstiden ska vara den nödvändiga. Sen ska integrerad öppenvård ta vid. Nätverket skulle behöva inkludera alla de svenska rättspsykiatriska klinikerna och SKL skulle kunna gå in i detta? Det finns en befintlig mötetradition för säkerhetsansvariga inom klinikerna att bygga på dessutom. Som ordförande i Svenska rättspsykiatriska föreningen skulle jag önska en sådan utveckling. Diskuterar gärna vidare! Faktiskt önskar jag mig en större samverkan och att vi ägnar oss både åt det basala – här finns ett gammalt uttjat ord kvalitetssäkring – och till utvecklingsområden med spjutspets mot kommande problem. Allt sitter ihop och bör så göra, kontakt med varandra måste finnas, vi är ju inte fiender.

Kära kollegor inom vuxenpsykiatri och barnpsykiatri, beroendepsykiatri och äldrepsykiatri, inom socialtjänst och vårdhem inom och utom SiS, för våra patienters skull, hur kan vi hjälpa varandra att hjälpa?

Lokalproducerat, givetvis.

Hör ni inte hur det hummar från Socialstyrelsen och SKL.

Nu till en annan sida nämligen kvalitet, närmare bestämt kvalitet i utbildning för ST-läkare. Andelen SPUR:ade kliniker oavsett specialitet ökar och även om det är ett bra tag sedan förordningen kom, händer det faktiskt något. Alldeles färsk statistik från SPUREX visar att de kliniker som genomgått SPUR instämmer helt eller starkt i att rekommendera andra kliniker att göra det samma (68%+22%= 90 %). I mina ögon är det ett betyg som betyder att man ser en nytta med SPUR.

Andelen psykiatriska kliniker som genomgått SPUR är dock lite och det finns rätt få inspektörer att tillgå. Har din klinik haft SPUR de senaste fem åren? Har DIN klinik en plan för när det ska ske?



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)

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

**KRIMINALVÅRDSREPRESENTANT:**  
Lars-Håkan Nilsson

**ST-LÄKKARREPRESENTANT:** Jonatan Adling

**LEDAMÖTER:** Hannibal Ölund Alonso, Hedvig Krona

**HEMSIDEANSVARIG:** Jonatan Adling

Hemsida: [www.srpf.se](http://www.srpf.se)

Det finns möjlighet att göra en planering och jag tänkte att det skulle nog vara till fördel för alla om vi försökte oss på att tänka framåt.

Till sist vill jag instämma i att se framåt mot *13th Nordic Symposium on Forensic Psychiatry - Forensic Psychiatry in a Lifetime Perspective: Development, Treatment and Prevention* som äger rum i Göteborg den 20-22 augusti 2019. Länk till kongressen inklusive programmet hittar du på vår hemsida [www.srpf.se](http://www.srpf.se)

**Per-Axel Karlsson**  
Ordförande SRPF

**ANNONS**

# SVENSK PSYKIATRI

*Skriv till oss*  
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till  
nästa nummer: **28/08**  
Tema: Förförelse



## Utgivning 2019

### NUMMER 3 2019

Tema: Förförelse

Deadline 28 augusti

Utkommer vecka 38

### NUMMER 4 2019

Tema: Uppkopplad

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



# Varför inte bara äta mindre?

## Fri vilja och övervikt

Foto: Shutterstock/Yuliya Contar

Inlärt beteende samt sociala och emotionella faktorer har stor inverkan på matintag, men forskning visar att fetma ändå beror till 80 % på gener. Det finns individer som trots stort kaloriintag kan ha svårt att gå upp i vikt, samtidigt som det finns de som har fetma trots litet matintag. Under tusentals år, då matintagningar var oregelbundna, hade individer som kännetecknades av god förmåga att spara fett, högre överlevnad i gruppen. Gener och förändrat samhälle bidrar till att populationens viktfordelningskurva nu är mer sned till höger (mot högre vikt) i jämförelse med för sex-sju decennier sedan.

Personer med fetma kan ändå gå ner i vikt, till exempel inför bariatrisk operationer måste de gå ner ca 5 % av sin vikt (det är viktigt därför att levern som täcker delar av magsäcken ska bli mindre och mer elastisk för att operationen kan utföras säkrare). Det som blir mer problematiskt för patienter är att därefter behålla vikten. Nästintill alla patienter med svår fetma har försökt att genom livsstilsförändringar gå ner i vikt – och de lyckas med det – men snart efteråt går de upp i vikt igen. Patienter har oftast provat olika dieter, de har varit med i Vikt-Väktarna och haft kontakt med dietist, men tyvärr är evidensen låg för effekt på lång sikt av de metoderna.

Varför blir det så? Patienter med fetma har högre "börvärde" (set point) för hur mycket fett deras kropp ska ha än andra människor. Det är ett komplext system mellan hjärna och re-

ceptorerna i musklerna, skelett, lever, pankreas, vagusnerven, samt mag- och tarmhormoner bl.a. ghrelin (1, 2). Efter viktminskning förändras hormonnivåerna för att motverka ytterligare viktnedgång och kroppen bränner färre kalorier. Forskning visar att dessa hormoner påverkar belöningsupplevelsen av högkalorimat. Man känner också mer hunger och mindre mättnadskänsla. Hjärnan och kroppen börjar göra allt för att återställa vikten till den förhöjda set point, och detta komplexa system "förstår inte" att man vill gå ner i vikt.

Och varför har man högre set point till att börja med? Det tycks att det är en kombination av redan nämnda genetiska faktorer och miljöinverkan (förändringar i kemiskt samt näringsinnehåll i mat, minskad fysisk aktivitet, mer stress, mindre sömn och många läkemedel som har inverkan på viktreglering). Fetma är en sjukdom i vilken kroppen strävar efter att behålla en felaktigt uppreglerad set point för hur mycket fett kroppen ska ha.

Det är dock inte så att det är endast gener, hormoner och högre set point som orsakar viktuppgång. En enkel ekvation säger att kalori-input måste vara lika som kalori-output för att behålla vikten. Det stämmer, men det behövs inte ett stort kaloriöverskott för att gå upp i vikt. Ett tillskott av 30 kalorier extra per dag leder till ca 1 kg mer på vågen per år. Det är mindre än i en ½ banan eller ½ grapefrukt som innehåller nästan 50 kalorier. Och om man hade ätit en ½ banan "för mycket" varje dag det

skulle innebära en viktuppgång på ca 70 kg mellan 25 och 65 års ålder.

Mest effektiv behandling av svår fetma är bariatrisk kirurgi. Innan patienter kvalificeras för operation har de i regel testat olika dieter, oftast även låg-kalori pulverdiet (som man rekommenderar i ca 4 veckor inför operationen för att uppnå snabb viktmedgång och få bort fett från levern). De flesta har kunnat gå ner mycket i vikt, men till slut motverkar kroppen detta effektivt. I början ansågs att överviktsoperationens effekter verkar genom restriktion (minskad mängd av mat man kan inta) och malabsorption (minskad absorption av näring). Genom tryckmätningar i mag- och tarmkanalen innan och efter operation och analyser av avföring avseende innehållet av fett/kalorimängd har man gått ifrån denna förklaringsmodell (3, 4). De två vanligaste operationsmetoderna gastric bypass och sleeve gastrectomy har helt annorlunda verkningsmekanismer. Kirurgi orsakar fysiologiska förändringar. Forskning på djur visar att när man injicerar plasma från gastric bypass-opererade råttor till ej opererade, uppnår de lika stor viktmedgång som de opererade (5). Hos människor har man kunnat visa att efter operation minskar hungerkänslan, och mättnadskänslan ökar efter måltider (6).

Efter bariatrisk kirurgi är nivåerna av en del mag- och tarmhormoner förhöjda. De hormonerna gav en liten viktningsningseffekt när forskare försökte använda en i taget för att hitta läkemedel mot fetma. Av slumpen hittade kirurger på 60-talet (7) en procedur som orsakar perfekt balans av hormoner som har bromsande effekt på matintag. Genom att exponera tunn-tarmen mycket snabbare för mat (eftersom maten passerar förbi magsäcken), uppnår kirurgi förutsättningar för att underlätta viktmedgång och ändra set point för det optimala procentuella fettinnehållet. Man visade också att patienter som uppnår mycket mindre, ca 20 %, viktmedgång (förväntad viktmedgång för gastric bypass är ca 30–40 % av initiala vikten), har mindre förändringar i dessa hormonnivåer efter överviktsoperationen. Det som är ännu mer spännande är att patienter efter kirurgi gör bättre val avseende typen av mat de äter (8). Patienter med fetma jämfört med normalviktiga kontroller har större påverkan på belöningssystemet i funktionell MR när de ser bilder med fet/söt mat (med högt kaloriinnehåll) (2). Efter överviktsoperationen försvinner denna skillnad mellan dessa två grupper.

För människor med övervikt är med andra ord önskan att gå ner i vikt inte bara en fråga om vilja, regleringssystem med evolutionär bakgrund har också ett finger med i spelet.

Stort tack till professor Torsten Olbers för lästips!

**Michał Pietrzak**

*AT-läkare, doktorand på Centrum för social och affektiv neurovetenskap (CSAN), Linköpings universitet  
Doktorandprojektet avser forskning kring ghrelinets påverkan på beslutsfattande samt konsekvenser av bariatrisk kirurgi.*

## Referenser

1. Badman MK, Flier JS. 2005. The gut and energy balance: visceral allies in the obesity wars. *Science* 307: 1909–14
2. Scholtz S, Miras AD, Chhina N, Prechtel CG, Sleeth ML, Daud NM, Ismail NA, Durighel G, Ahmed AR, Olbers T, Vincent RP, Alaghband-Zadeh J, Ghatei MA, Waldman AD, Frost GS, Bell JD, le Roux CW, Goldstone AP. 2014. Obese patients after gastric bypass surgery have lower brain-hedonic responses to food than after gastric banding. *Gut* 63: 891–902
3. Bjorklund P, Laurenus A, Een E, Olbers T, Lonroth H, Fandriks L. 2010. Is the Roux limb a determinant for meal size after gastric bypass surgery? *Obes Surg* 20: 1408–14
4. Carswell KA, Vincent RP, Belgaumkar AP, Sherwood RA, Amiel SA, Patel AG, le Roux CW. 2014. The Effect of Bariatric Surgery on Intestinal Absorption and Transit Time. *Obesity Surgery* 24: 796–805
5. Atkinson RL, Brent EL. 1982. Appetite suppressant activity in plasma of rats after intestinal bypass surgery. *Am J Physiol* 243: R60–4
6. Meillon S, Miras A, D., Le Roux C, W. 2013. Gastric bypass surgery alters food preferences through changes in the perception of taste. *Clinical Practice* 10: 471–9
7. Mason EE, Ito C. 1967. Gastric bypass in obesity. *Surg Clin North Am* 47: 1345–51
8. Laurenus A, Larsson I, Bueter M, Melanson KJ, Bosaeus I, Forslund HB, Lonroth H, Fandriks L, Olbers T. 2012. Changes in eating behaviour and meal pattern following Roux-en-Y gastric bypass. *Int J Obes (Lond)* 36: 348–55



## De goda viljan

En vanlig frågeställning inom filosofin är den om vi människor har en fri vilja eller inte. Här kommer filosoferna sällan överens och det är som så ofta en fråga om definition. Hur fri måste viljan vara för att det ska räknas?

Inom medicinen finns det åtminstone tillstånd som medföljs av en brist på fri vilja. I psykiatri utgör patienterna som har genomgått lobotomi dramatiska exempel på ingrepp på den fria viljan, med apati och brist på driv som följd. Viljan kan dock vara påverkad även vid primära psykiatriska tillstånd, som vankelmodet vid depression. Som mest uttalad blir påverkan vid katatoni, ett tillstånd med upphävd viljeyttring i någon form. När viljan inte är lika extremt påverkad vid depression kan tillståndet i stället yttra sig i form av ambivalens. Jag minns en patient med en närmast episk tvekan. Jag kände patienten sedan tidigare och visste att han egentligen var en livlig och entusiastisk natur. På sjukhuset var han dock gastkramad och närmast förlamad av psykomotorisk hämning. Han var mer eller mindre oförmögen till ens de mest basala beslut och skulle kunna perseverera kring om han skulle ha senap eller ketchup till korven. Än svårare hade mannen att ta ställning till behandling av sitt tillstånd. På väg in till rummet fastnade han vid tröskeln, kring vilken han svängde fram och tillbaka i ett steg av obeslutsamhet. Med patientens egentliga habitualtillstånd som ledstjärna behandlade vi honom med ECT, varpå han återfick sitt normala status och sin vilja. De problem som han under depressionen uppfattade som olösliga framstod nu som hanterbara och en del av livet.

Även utan depression eller annan psykisk åkomma medför vår fria vilja ångest, vilket betonades av existentalisterna Kierkegaard och Sartre. Vad ska vi välja? Vi tvingas till allt fler val, alltifrån det orangea kuvertet inför pensionen till vem som ska leverera postförsändelsen. Där en skomakare tidigare blev vid sin läst så finns det idag större möjligheter att ägna sig åt vad man vill. Den faktiska friheten är också överdriven. Få personer är sådär self-made som samhället vill förespegla och inte heller så lyckade som det framstår i sociala media. Främsta prediktor till socioekonomisk framtid är socioekonomisk bakgrund, arv av olika slag påverkar vår bana. Möjligheten att välja är i

grunden något gott, men alla val och förväntningar torde sammantaget utgöra en signifikant livsstress.

För den som inte behöver mindfulness för att hantera vardagen, som till sin natur är i nuet, kan livsvalen vara okomplicerade. Jag tänker här på treåringen, där frågan om den fria viljan framstår som väldigt hypotetisk. Likt den ettåring som kravlar upp på varje möjlighet att stå och styr runt med det som kan förskjutas eller rullas för att lära sig gå prövar treåringen sin vilja. Det finns inget kompromissande och barnet vill känna att det får sin vilja igenom. Det kan komplicera påklädnaden på väg till förskolan med allt ifrån valet av plagg ("Klänning, jag vill ha klänning!") till i vilken ordning kläderna ska tas på. Barnet "kan själv" och kan slå bakut om hen inte får göra på sitt sätt. Flera gånger har jag bitit mig i läppen när dottern helt sonika har velat göra om hela påklädnadsproceduren för att något inte blev rätt.

Hur fri viljan sedan är kan jag inte svara på. Någonstans kan viljan dock vara god, vilket är det de flesta av oss strävar efter. Regissören Ingmar Bergman förstod detta och det genomsyrar försiktigtvis hans annars ofta svarta filmer. Hans biografi över sina föräldrar bär just titeln Den goda viljan och landar i att föräldrarna trots hur tokigt det än på vissa sätt blev med hans uppväxt i grund och botten ville väl. När någon annan gestaltade Bergmans verk kunde detta perspektiv saknas, varpå verket blev för mörkt, som i Trolösa regisserad av Liv Ullmann. Således kan vi välja hur mycket vi vill gå upp i arbetet med att bena ut hur fri vilja vi har och sedan borde vi oavsett slutsats försöka göra vårt bästa.

**Mikael Tiger**  
*Psykiater*  
*Stockholm*

# Den fria viljan, skulden och lagen

I rättslig mening har den fria viljan en central placering. I brottsammanhang är den nära knuten till "skuldprincipen"; ett straffrättsligt axiom som innebär att straff förutsätter skuld. I enklare termer, om man inte kan "rå för" sin gärning bör man inte heller straffas för den. Vad innebär det, att "rå för" något? Man ska ha förmåga till ansvar, och förmåga till ansvar<sup>1</sup> innebär i sin tur något slags krav på personens mänskliga konstruktion, dess kognitiva, interpersonella, logiska och emotionella funktionalitet. Därutöver, ett sådant ansvar förutsätter någon grad av fri vilja.

Fri vilja – ansvar – skuld.

Finns då fri vilja? Frågan har debatterats flitigt i hundratals år.

I den ena änden av det ovala mahognybordet sitter grandiosa libertarianer och svarar tveklöst ja, fri vilja existerar. De skålar glatt och avsikligt mot andra änden av bordet, där några njugga determinister i sin tur hävdar: "Fri vilja? Bah! Det är fullständigt omöjligt, allt som sker är en följd av något annat och det är alldeles för komplexa processer för att en enkel människa egentligen skulle kunna bestämma något helt på egen hand." Deterministerna fnysir litet nedlåtande. (De har dock aningen svårt att stå för denna publikt framförda åsikt eftersom ställningstagandet i sig beror på så väldigt många samexisterande faktorer att det kan ändras i morgon. Det kan ju inte de bestämma. Eller veta. Eller ta ansvar för.) Samtalet runt bordet fortsätter, desserten tar så småningom vid och libertarianerna och deterministerna går över till att diskutera sockerkakans karaktär och huruvida hönan kom före ägget eller tvärtom. Vi lämnar dem.

Hursomhelst! Inte helt otippat befinner sig många tyckare och tänkare någonstans mitt emellan våra ovan beskrivna meningsmotståndare. Så även våra rättsstater. Den finns en fri vilja och ett ansvar, men det kan också finnas inskränkningar i förmågan till fri vilja och viljestyrt agerande. I de flesta rättsystem i någotsånär fungerande rättsstater omnämns detta i termer av "tillräknelighet". Är man inte tillräknelig kan man inte heller dömas till ansvar. Så länge som lagar funnits för att straffa brottslingar har man gjort undantag för människor som inte ansetts fylla kraven på tillräknelighet. I modernare internationell lagstiftning har man ofta tillämpat någon variant på de brittiska M'Naghten-reglerna<sup>2</sup>, baserade på en incident då

M'Naghten, en psykiskt sjuk man, försökte mörda den brittiske premiärministern Sir Robert Peel. På grund av sin psykiska sjukdom undgick M'Naghten dock att dömas för brottet och fördes istället till sjukhus för vård. M'Naghten-reglerna stadgade sedermera att en person som a) saknar förmåga till insikt, och/eller b) saknar förmågan att kontrollera sina handlingar inte kan hållas ansvarig för sina gärningar.

Därom är numera de flesta rättsstater överens. Hur intressant är det då inte att notera att den stolta staten Sverige har valt en helt egen väg? Här är inte tillräknelighet alls något centralt juridiskt begrepp. Tillräknelig är du om du lever och andas. Personer som i andra länder skulle sägas vara otillräkneliga på grund av svår psykisk sjukdom, intellektuell funktionsnedsättning eller hjärnskada, får i Sverige bära sitt straffrättsliga ansvar som vore de fullt friska. Påföljden kan förvisso anpassas efter deras tillstånd och omständigheter, de blir så att säga straffrättsligt särbehandlade, men ansvaret för handlingen åvilar dem inte desto mindre.

Hur är detta möjligt? Sverige är nästintill ensamt i världen om denna rättsordning. Inget annat EU-land resonerar som vi. I princip inga andra moderna rättsstater heller<sup>3</sup>.

För att förstå dessa omständigheter behöver vi gå bakåt i tiden till år 1965, då vår nuvarande Brottsbalk ersatte den Strafflag som hade funnits sedan år 1864. Strafflagen var förhållandevis tydlig och enkel; om man kunde dömas så var det fråga om bötesstraff eller frihetsstraff. Några enstaka dödsstraff slank emellan också (först år 1921 avskaffades dödsstraffet i fredstid, och så sent som år 1973 i krigstid). **Strafflagen** hade en tydlig tillräknelighetsreglering, där man bland annat skulle gå strafffri om man var *afwita* (från vettet, svagsint, vansinnig, galen, fänig, förryckt, rubbad<sup>4</sup>). I och med **Brottsbalkens** införande skedde dock en begreppsmässig förändring som baserade sig på en då relativt etablerad föreställning om risk- och behovsprinciper i straffrättslig mening. Vedergällning och samhällsskydd skulle ersättas av individualprevention och behandling. Olof Kinberg, en av förgrundsgestalterna i svensk kriminologi under första hälften av 1900-talet, tillika Sveriges förste professor i rättspsykiatri, drev denna linje med kraft och intensitet<sup>5</sup>. "Straff" kom således att ersättas av "påföljd". Härigenom kunde och skulle samtliga brottsdömda erhålla lämplig påföljd för att minska risken för brott. De tidigare frihetsstraffen från 1864 års strafflag ersattes av en diversifierad samling påföljder

såsom fängelse, internering, ungdomsfängelse, skyddstillsyn med anstaltsbehandling, sluten psykiatrisk vård (senare ersatt av rättspsykiatrisk vård), ungdomsvårdsskola och intagning på nykterhetsvårdsanstalt<sup>6</sup>. Frågan avseende tillräknelighet och straffrihet gick upp i rök, helt enkelt.

Men hörni. Spelar det någon roll? Egentligen...? Allvarligt psykiskt sjuka personer i Sverige får ju vård på ungefär samma sätt som de får i andra länder, tillräkneliga eller ej. En skillnad är förstås att domstolen i många fall avgör när värden är klar (särskild utskrivningsprövning) och att sjukvården därmed kan tvingas ansvara för en medicinskt färdigbehandlad person som domstolen inte tycker ska få komma ut i samhället. Hade det varit bättre om personen hade släppts ut? Frågan kring ansvar och skuld är ju förvisso inte helt ointressant, och faktum är att när du blir dömd infaller även andra omständigheter utöver ett eventuellt frihetsberövande. Som dömd kan du bli skyldig att betala skadestånd, till exempel. Är det rimligt, om du är så svårt psykiskt sjuk att du i andra länder hade gått fri från ansvar?

Många frågor. Inte lika många svar.

Det intressanta i kråksången är dock detta, att frågan kring tillräknelighet försiktigtvis har snirklat sig in i vår rådande lagstiftning. Sedan 2008 finns en justering i brottsbalken som manar till eftertanke om förövaren till följd av den allvarliga psykiska störningen har saknat förmåga att inse gärningens innebörd eller att anpassa sitt handlande efter en sådan insikt<sup>7</sup>. Då kanske de inte ska dömas alls, faktiskt.

Men vänta nu. Känner vi inte igen det där...? *M'Naghten*, han som försökte ta kål på premiärministern? Visst serru. Insikt och handlingsförmåga. Det vibrerar alltså återigen kring ansvarsfrågan. År 2012 kom ytterligare ett gediget betänkande på dryga tusen sidor. Där satte man ned foten och basunerade ut: "Återinför tillräknelighetsbegreppet i svensk lagstiftning!"<sup>viii</sup> Men tja. Av det tusensidiga sidenkantande tygstycket blev blott en tummetott. Förslag nedlagt på grund av... något med pengar. Alltid något med pengar. Det är säkert Nya Karolinska Solnas fel som allt annat i hela världen.

Näväl. Vi kanske rör oss åt något håll, men det går utomordentligt långsamt.

Tror ni som jag, att frågan kring brott och ansvar när det gäller våra allvarligt psykiskt sjuka är så innerligt svår, laddad och obehaglig att ta i, att vi liksom hamnar i limbo? Vi vet inte vilket ben vi ska stå på. Om man är så sjuk att man går fri från ansvar, är det inte synd om en då? Men det är ju så hemska brott, nog måste någon ta ansvar. Nä, lås in och släng bort nyckeln. Fast det är ju en jättesjuk person... Ja fast jättefarlig också. Ni vet att om man är både sjuk och farlig så är man liksom alltid mer farlig än om man bara är farlig. Även om man är jättefarlig.

När det blir såhär knepigt och komplicerat så finns en tendens att ta det säkra för det osäkra. Vem vet vad som skulle hända om folk plötsligt inte skulle dömas för sina brott? Farliga galningar på varenda gata, särskilt i Motala och Grums. Vill vi verkligen det? Va? Va? Nä, det är bäst att vi gör som vi alltid har gjort. Amen.

*Må den som är fri från synd kasta första stenen (Joh. 8:1-11)*

**Hanna Edberg**

*Specialist i psykiatri och rättspsykiatri  
Stockholm*

1 SOU 2002:3 Psykisk störning, brott och ansvar (Betänkande av psykansvarskommittén), sid 190-192

2 SOU 2012:17 Psykiatri och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (Betänkande av psykiatrilagsutredningen) s.513;522

3 [www.saob.se](http://www.saob.se)

4 Kinberg, O. (1938). Varför ger villkorlig dom dåliga resultat? Svensk Juristtidning, Årg. 23, s. 633-651.

5 Von Hofer, H. (2011). Brott och straff i Sverige: Historisk kriminalstatistik 1750-2010. Diagram, tabeller och kommentarer. Kriminologiska institutionen, Stockholms universitet.

6 SFS 2008:320

7 SOU 2012:17 Psykiatri och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (Betänkande av psykiatrilagsutredningen) s.51-52, 538



Foto: Shutterstock/Maria Symchych

## Något om den fria viljan för den händelse att den finns

### Drivkrafter

Frågeställningar kring viljan och dess frihet tillhör kanske framför allt filosofin och existentialismen men har naturligtvis också såväl psykologiska som juridiska aspekter.

Alla levande varelser, även vi människor, betar oss

målinriktat om inte annat så på reflexnivå. Men vad driver oss på högre nivåer? Det är en sak att urskilja ett mål, en riktning, en annan att sätta sig i rörelse. Det kan handla om intentioner, avsikter och viljande. Intentioner tycks definitionsmässigt vanligen förutsätta en viss grad av medveten-

het, en "plan", men i psykoanalytisk teori kan också intentioner vara omedvetna. Freud talar om omedvetna motiv vilket väl är "nästgårds". Vårt handlande i vardagen styrs såväl av medvetna som omedvetna intentioner/motiv/avsikter vilka avlöser varandra på samma sätt som medveten och omedveten mentalisering.

### Vilja och viljandet

Hur är då det med "vilja"? Kan vi då vilja något utan att veta om det? En definition av "vilja" är "den mentala kapacitet som innebär att man utövar medveten kontroll över sitt tänkande och handlande". Viljandet är väl då själva utövandet av denna kontroll. Uttrycket för denna kapacitet, "viljandet", borde då kunna lokaliseras i hjärnan, åtminstone som aktivitet i ett nätverk??? Först kanske vi måste förnimma att vi äger denna potential innan vi kan använda den medvetet. Varenda förälder till en tvååring vet att viljan först tenderar att manifesteras sig som ett kraftfullt "nej, vill inte". Barnet tycks kunna te sig viljestarkt utan att vara medvetet om att det vill? Den självständiga viljan som kvalitet tycks enligt Homburger Erikson manifesteras efter barnets första utvecklingsfas som avser balanseringen av tillit mot misstro. Utan en viss tillit kanske man inte vågar vilja? Viljandet som något medvetet utesluter i händelser efterhandskonstruktioner av typen "eftersom jag gjorde som jag gjorde måste jag väl ha velat det", eller "det ville du nog omedvetet". "Vilja" som en potentiellt fri mental kapacitet verkar dock hölj i dunkel. (Determinismen räknar jag bort eftersom synsättet innebär ett raster som tycks mig definitionsmässigt utesluta en fri vilja, "som man frågar får man svar".) Det är väl bara när vår vilja manifesterar sig som man kan resonera om dess eventuella frihet, eller...?

### Frihet att välja – vem äger frågan

Kan man tänka sig att viljans frihet kan kopplas till frihetsgrader? I en viss situation kan jag känna mig mer eller mindre fri att välja. I den ena polen känner jag mig helt fri att välja, i den andra kän-

ner jag att jag helt saknar valfrihet. Är "viljans frihet" något annat än min subjektiva upplevelse av att kunna välja i en viss situation? Är "den fria viljan" något metafysiskt som svävar ovanför på en annan nivå? Om man ska bedöma valfrihet kan man anlägga ett första-, andra- och tredje-sonsperspektiv. I förstapersonsperspektivet känner/bedömer jag kanske att jag inte har något val, saknar upplevelsen av fri vilja och därmed valfrihet i den aktuella situationen. I andrahandsperspektivet säger du till mig; "Jo du har visst en valfrihet, tänk bara på ..." och pekar på ett antal alternativ. I tredjepersonsperspektivet säger juryn/domaren "Jo, han borde ha insett att det fanns bättre alternativ än det han (jag) valde" och dömer därefter. Egentligen kan det te sig ganska kränkande att någon annan än jag själv skulle avgöra om jag upplever att jag har en fri vilja eller ej. Att tänka att det bara är individen som "har rätt" att uttala sig om sin viljas frihet gör dock inte alltid livet lättare. Hjalmar Söderberg formulerade det på följande sätt "Jag vill så mycket som som jag helst inte skulle vilja att jag ville".

### Ansvar och fri vilja

Relationen mellan fri vilja och ansvar är komplicerad. Viss hänsyn tas i juridiken till uppsåt och förmåga att inse konsekvensen av sina handlingar. Men individens ansvar för sina handlingar oavsett viljan tar i viss utsträckning över. "Crime passionel" är en fransk juridisk term knuten till en reducerad straffpåföljd som dock antyder en förståelse för att svartsjukans demoner vid otrohet kan fördunkla omdömet. Likaså finns inom psykiatri och rättspsykiatri en förståelse för att den psykotiska patientens imperativa röster kan minska patientens upplevelse av valfrihet till noll. Då tycks den mentala kapacitet som innebär att man utövar medveten kontroll över sitt tänkande och handlande inte längre vara tillgänglig då praktiskt taget alla frihetsgrader i den aktuella situationen saknas. Upplevelsen är väl snarare att känna sig tvungen än att välja.

### Valfrihet och vankelmod

Ett vardagligt exempel på komplexiteten kring viljans frihet finner vi i frivillighetsparadoxen. Den utgår ifrån en relation mellan två parter mellan vilka det råder ett beroendeförhållande, till exempel mellan barn och föräldrar. Föräldrar har inte sällan att balansera mellan två ansvarsområden: att å ena sidan ställa krav och att leda sitt barn inom de ramar som civilisationsprocessen förutsätter, att å andra sidan lämna utrymme för barnets egen vilja och vägval. Åtminstone förr i världen var det viktigt, olika i olika samhällsgrupper, att lära barn att lyda för att de senare skulle kunna underordna sig lärare, arbetsledare och andra i överordnad ställning, i relation till vilka eget viljande mest kunde skapa problem. Ett barn som uppvisar "absolut lydighet" skulle nog dock väcka viss oro hos de flesta föräldrar. I en friare uppfostran kan balansen mellan frihet och kontroll försätta en förälder i ett dilemma vars kompromisslösning skulle kunna vara "Jag tycker att det absolut bästa vore om du... men bara om du själv vill förstås". För barnet är det helt klart vad föräldern förväntar sig och att det kan komma mer eller mindre tydligt "surt efter" om barnet väljer att gå emot föräldrarnas rekommendation. Om barnet har en avvikande uppfattning från föräldrarnas men väljer att underordna sig föräldrarnas önskan kan det kosta ett visst motstånd, olust, irritation eller återhållen vrede. Det kan bli svårt för barnet att uttrycka dessa reaktioner mot föräldrarna. Barnet antas ju ändå ha gjort ett eget val "vad är du sur för du har ju valt själv"? Barnet anar kanske att det kan ha anledning att känna sig lurat. Det har ju av föräldern förespeglats att det har en fri vilja – bara om du själv vill, fast denna fria vilja har få frihetsgrader i den aktuella situationen.

### Dubbla budskap och dubbelbindning

Frivillighetsparadoxen kan ses som en variant av dubbelt budskap som kännetecknas av att det skapar en viss förvirring hos mottagaren av budskapet. Det innebär att en person inför en annan, högröd i ansiktet med sammanbitna käkar och pressad röst hävdar "jag är inte alls arg". Kroppen talar ett språk och orden ett annat. Inkongruens

kallas det också. Sådana processer tillhör vardagen då vi försöker dölja känslor som förargligt nog har tydliga kroppsliga uttryck. Dubbelbindning är mera komplext och kräver en beroendehierarki vilket kan, men inte behöver, präglade dubbla budskapen. En förälder säger med rynkad panna och i skarp, kommenderande ton till sitt barn "kom hit och ge mig en kram min älskling". Förutom inkongruensen i budskapet, motsättningen mellan icke-verbalt och verbalt budskap, tillkommer det maktperspektiv som gör det omöjligt för barnet att verbalt kommentera på budskapets motsägelsefullhet till exempel genom att säga "Du säger att jag ska komma och krama dej men låter så arg så att jag blir rädd och inte vet vad jag ska göra. Gör jag ingenting blir du kanske ändå argare". Istället blir ett eget viljande omöjligt och kanske även förnimmelse av "vilja" som mental funktion. Detta fenomen påvisat av Bateson-gruppen på 1950-talet kunde återfinnas i kommunikationen i familjer med en schizofren medlem och sågs som den första interaktiva modellen för förståelse av ett schizofrent förvirringstillstånd. Senare forskning har dock visat att denna kommunikationsform även återfinns i andra familjesystem.

### Avslutningsvis

Finns det något mer personligt än "viljan" – viljan att vara och viljan att handla. Ur identitets-synpunkt är "viljan" central, en nära släkting till Hamlets "att vara eller inte vara, det är frågan." "Att vilja eller inte vilja" blir en delfråga. "Jag är det jag vill" – åtminstone i valögonblicket. Å andra sidan är vi ofta inte den vi skulle vilja vara – att leva upp till sitt jagideal kanske inte är uppnåbart. I Bibeln återfinns vi detta djupa moraliska dilemma beskrivet. "Det goda som jag vill, det gör jag inte, men det onda som jag inte vill, det gör jag" (Rom 7:19). Dilemmat måtte vara särskilt smärtsamt för den som sviktat i tilliten till nåden.

**Björn Wrangsjö**

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri  
Stockholm*

**ANNONS**

# Hur kan den ha blivit en succé?

Om Jordan B Petersons *12 livsregler*



Foto: Shutterstock/Kaleb Kroetsch

Jordan B Peterson är en kanadensisk psykolog som gör stora pengar på att turnera runt världen för att sälja sin bok *12 livsregler – ett motgift mot kaos* (Mondial förlag, 2018). Författaren och hans budskap har väckt motstridiga reaktioner hos allmänheten. Kritiken mot honom har varit svepande, han har ofta benämnts som misogyn, reaktionär, som en person som till varje pris, med hänvisning till Historien, försvarar den manliga ordningen i samhället. I boken finns aforistiska formuleringar som "Ordning, det kända, förefaller symboliskt förknippat med det maskulina" och "Kaos – det okända – är symboliskt förknippat med det feminina" (s.43). Dessa formuleringar är sedan utgångspunkter för långtgående diskussioner.

De som gillar hans budskap har ofta hävdade att kritiken är overdriftig och att hans kritiker inte *tar till sig* hans budskap, dvs. inte förstått eller inte velat förstå det viktiga budskap som boken förmedlar.

Petersons bok kryllar av referenser till sömnforskning, Dostojevskij, Bibeln och TS Eliot, han talar om hur serotoninivåer hos humrar förknippas med humrarnas förmåga att försvara revir (och generaliserar från denna observation till att serotonin saknas hos den som är mobbad). På samma sätt generaliseras mannens respektive kvinnans roll som bärare av ordning och kaos och ges nya betydelser. Uppdelningen av det feminina-kaotiska och det maskulin-ordnade kommer med logikens nödvändighet göra att bokens tematiska livsregler riktar sig

mot det kvinnligas påverkan, eftersom reglerna är ett *motgift* mot kaos. En klassisk guilt-by-association kan tyckas, och dessutom en tolkningsram som inte finns explicit i texten, men väl formar dess undertext.

### Var kommer barnen in – eller hur håller man dem utanför deras egen utveckling

Ett av kapitlen i boken, en av hans 12 livsregler, handlar om barnuppfostran och om frågan om den fria viljan. Titeln på detta kapitel är *Låt inte dina barn göra något som får dig att tycka illa om dem*. Han diskuterar i kapitlet om värdet för ett barn att lära sig att reglera sina affekter, men texten andas i samklang med titeln på kapitlet en syn på maktfördelningen mellan barnet och föräldern där den starke har oinskränkt tolkningsföretre.

Jordan B Peterson föreslår vägar för att avvärja kaos, och barn är väldigt bra på att generera kaos. Hans råd när det gäller barnuppfostran är väldigt enkla. Målet är att ett barn ska bete sig på ett älskbart sätt, för att barnet inte ska hamna i onåd bland jämnåriga eller vuxna. Inte helt orimligt, kan tyckas. Barnet formas av allt det är med om, varje intervention från dess uppfostrare är ett led i en längre kedja av handlingar, som anvisar barnet en viss riktning. När Peterson ska beskriva varför det är så viktigt för föräldrarna att ha full kontroll över barnets utveckling blir det mer komplicerat. Det kan vara rimligt att varje medlem av en grupp, så gott det går, ska anpassa sig till gruppens regler. Peterson lämnar det rimligas stig, när han förklarar för läsaren varför det är så oerhört viktigt att föräldrarna fermt och omgående tar makten över barnets beteende. Efter att ha postulerat att det är viktigt att anpassa sig, skriver Peterson att föräldrar behöver använda *"hot och bestraffning när det behövs för att eliminera beteenden som kommer leda till misär och misslyckanden"* (min kursivering). Han låter oss också veta att det är bråttom med denna formning, med följande motivering: "Om ett barn inte fått lära sig att bete sig ordentligt vid fyra års ålder kommer det *alltid* att vara svårt för barnet att få vänner" (min kursivering). I det fortsatta resonemanget så formulerar han sig som att ett barn som stöts bort av andra barn med andra ord har sig själv att skylla för att barnet inte kan bete sig.

Här kommer kapitlets rubrik att eka in i texten, eftersom JBP bestämt tycks hävda att ett barn som andra inte tycker om och som blir mobbat eller bortstött, blir det för att föräldrarna har gjort ett dåligt jobb. Alltså är barnets plåga enligt Peterson förälderns skam.

Granskningen kan fortsätta. Sida upp och sida ner genom "12 livsregler" blandar författaren vissa rimliga påståenden med

helt barocka inlägg och skapar genom denna mix en kökkenmödding där det lilla vettiga drunknar i den stora idén om att världen måste ordnas på ett visst vis för att inte kaos ska bryta ut. Det sätt som världen ska vara ordnat på är välbekant; mannen äger tolkningsföretre, den starke har rätt, barnets rätt att få sin åsikt hörd är oviktig och om vi bara låter bli att låta oss bli nedtryckta av andra så kommer vi stiga i hierarkin.

Det är fullständigt obegripligt hur författare till den här sortens trams kan få sådant genomslag. Eller så är det inte alls obegripligt. Tiden är ur led, varken Hamlet eller någon annan kan vrida den rätt igen, världen är mer osäker än på länge. Ett utmärkt tillfälle för den Starke Mannen som förklarar allting att kliva in och väcka beundran. Varför människor underordnar sig Ens självbeskrivna sanning? Att stuka en annans fria vilja, som Peterson beskriver att man *måste* göra med ett barns, är faktiskt att tvinga den andre att lyda ens egen vilja, för att just denna version av vad som vill upphöjs till sanning. Inte en möjlig sanning utan den enda Sanningen värd namnet. Det är farligt.

**Daniel Frydman**

*Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker  
Stockholm*


 Who am I?

## Hur vet jag vem jag är?

Begreppet fri vilja implicerar att det finns ett "själv". För att kunna ha en fri vilja och fatta beslut fritt måste det finnas en agent, en ägare av denna fria vilja. För att kunna säga "Jag har en fri vilja" behöver man veta vem detta "jag" är. Hur kan vi veta vem vi är? I sinnesfilosofin och i psykologins filosofi har framförts att det finns ett minimalt själv och ett högre kognitivt själv (1). Ibland kallade för "för-reflekterande" och "reflekterande" själv. För att skapa en sammanhängande minimal självupplevelse måste en person uppleva signaler från sin egen kropp, dvs. proprioception och interoception – och identifiera dessa som egna. Proprioception avser positionen av egna kroppsdelar; interoception beskriver perceptioner som värme och kyla, hunger och törst, lust att andas, liksom affektiv social beröring (2).

Under ett barns utveckling är beröring den första sensoriska upplevelsen. Föräldrar interagerar oftast med sin nyfödda genom beröring, men redan ännu tidigare kan barnet uppleva sin egen kropp och omvärlden, dvs. allt det som inte är ens själv, genom det taktila sinnet. Det har visats att embryon redan i livmodern uppvisar rörelser riktade mot den egna kroppen (suger på tummen) och andra (sparkar mot livmoderväggen, knuffar på sin tvilling, 3). Genom att röra vid oss själva och genom att röra vid andra människor och objekt i världen runt omkring oss, lär vi oss var vår kropp slutar och var omvärlden börjar. Det kan vara möjligt att tidiga störningar av denna taktila interaktion med världen kan leda till problem med att skilja mellan sig själv och andra. Många psykiatriska störningar innefattar symtom i själv-domänen. Om vi förstår hur vår hjärna skiljer mellan själv och andra – och vad som händer, om denna förmåga att tydliggöra denna skillnad går fel – kanske vi kan utveckla nya behandlingsalternativ för att hjälpa patienter att skapa en funktionell gräns mellan själv och andra.

Vi kunde nyligen visa (4) att hjärnan tydligt skiljer mellan själv-beröring och beröring som görs av en annan person. Våra deltagare strök mjukt sin egen arm, omväxlande med att

en forskare strök armen, samtidigt som de genomgick scanning med funktionell MR (fMRI). När forskaren berörde deltagarens arm fann vi aktiveringar i områden som är relaterade till bearbetning av beröring (somatosensorisk cortex, posterior insula), men också bearbetning av social information (temporo-parietal junction, superior temporal gyrus). Under själv-beröringen fann vi däremot bara aktiveringar i regioner som kontrollerar rörelse av höger hand, dvs. handen som strök, men ingen aktivitet som var relaterad till signalbehandling i det berörda området på vänster arm. I stället fann vi en omfattande av-aktivering på många olika områden, inklusive insula och regioner som är involverade i mycket tidiga bearbetningssteg, som thalamus och hjärnstammen.

Eftersom det var en överraskning för oss att vi inte såg någon aktivering i primär somatosensorisk cortex som en följd av den egna beröringen på den vänstra armen, frågade vi våra deltagare var de kände kontakten: i den rörande högra handen eller i beröringen i vänster arm. De rapporterade att de kände beröring i båda områdena. Vi testade sedan deras tröskelnivå för ytterligare en taktil stimulans medan de antingen rörde sin egen arm eller berördes av någon annan. Under själv-beröring var tröskeln för att uppfatta en extra stimulans 100 gånger högre än vid beröring av någon annan. Detta indikerar att hjärnan dämpar signaler som kommer från ett berört område när vi berör oss själva. Sannolikt beroende på att hjärnan kan förutsäga den sensoriska uppfattningen under själv-beröring och helt enkelt ignorerar den, eftersom den inte är relevant. Merparten av tiden när vi berör oss själva är ju när vi mer eller mindre omedvetet rättar till håret, petar oss i näsan, det som liknar "grooming" hos primater. Den sensoriska informationen som härrör från själv-beröring är vanligtvis inte relevant för oss, därför behöver vi inte uppmärksamma den. När en annan person rör vid oss är det å andra sidan relevant och bör uppmärksammas.

Deltagarna fyllde också i ett frågeformulär kallat självbegreppsklarhet (self-concept clarity) (5), där de svarade på frågor som

# Att vilja men inte kunna Vetenskapliga bevis på häxeri

"Jag är säker på vilken typ av person jag är". Dessa svar inkluderades i analysen, så att vi kunde relatera självupplevelsen av beröring på den egna kroppen till deras högre kognitiva "reflekterande" själv. Vi fann faktiskt att människor som hade en starkare skillnad i de neurala signaturerna mellan själv-beröring och annan beröring i insula och främre cingulära cortex också hade ett tydligare självkoncept. Detta resultat tyder på att självets grundläggande självupplevelse som kroppsligt "jag" är sammanflätat med det mer komplicerade självbegreppet, det "jag" som vi kan reflektera över.

Nya neurovetenskapliga fynd har lett till det populära förslaget att upplevelsen av själv och fri vilja är en illusion. Det hävdas att hjärnan "skapar" denna illusion av självet som ansvarar för att fatta beslut, även om lågnivåprocesser i hjärnan redan skulle ha beslutat innan ett beslut uppstår i medvetandet. Våra fynd talar för att detta reflekterande själv bygger på det pre-reflekterande, kroppsliga jaget. Illusionsargumentet håller bara om vi begränsar definitionen för "själv" till det medvetna, reflekterande "jaget" och utesluter det fysiska självet. När vi inbegriper alla delar av vilka vår självuppfattning är uppbyggd i vår definition av "själv", är självet inte längre en illusion.

Detta argument ändrar diskussionen om fri vilja. Om det här självet, som innehåller alla sina byggstenar, fattar ett beslut, även om det är i ett pre-reflekterande stadium, är det då inte ett fritt beslut? En fri vilja? Man kan argumentera för att även sådana beslut endast drivs av gener, tidigare livserfarenheter och miljöförhållanden. Detta kanske är ett valitt teoretiskt argument – det är dock inte relevant för oss i vårt dagliga liv, eftersom vi aldrig kan få tillgång till all information ner till den kvantmekaniska spin-kvalitet som krävs för att beräkna vilket beslut som någon kommer att göra. Och även om vi kunde: om det bara finns en enda gång, där sannolikheten för två möjliga val är exakt femtio procent, och om då ett beslut fattas skulle det fortfarande vara ett fritt beslut.

**Rebecca Böhme**

*Forskare i neurovetenskap, med dr, post doc  
Centrum för Social och Affektiv Neurovetenskap, Linköpings  
Universitet*

## Referenser

1. Gallagher S (2000) Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science. *Trends in cognitive sciences* 4(1):14-21.
2. Craig AD (2002) How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nat Rev Neurosci* 3(8):655-666.
3. Castiello U, et al. (2010) Wired to be social: the ontogeny of human interaction. *PloS one* 5(10):e13199.
4. Boehme R, Hauser S, Gerling GJ, Heilig M, & Olausson H (2019) Distinction of self-produced touch and social touch at cortical and spinal cord levels. *Proc Natl Acad Sci U S A*.
5. Campbell JD, et al. (1996) Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of personality and social psychology* 70(1):141.

Ett kriterium som misstänkta häxor testades mot var *tårtestet*. Den anklagade fick lyssna till berättelsen om hur Jesus Kristus korsfästes. Om man inte började gråta då, var det ett säkert tecken på att ens själ var i djävulens besittning, och vägen till bålet utstakad. En läkare verksam under häxprocessernas tid, Johann Weyer, ifrågasatte dock om det gällde för alla misstänkta häxor och påpekade, i den år 1563 publicerade boken *De Praestigiis Daemonum*, att hos mycket gamla människor kan tårkanalerna bli tränga och slamma igen. Och ställde den retoriska frågan "Kanske det är så att mycket gamla kvinnor som anklagas för häxeri trots att de grips av den starkaste rörelse när de betraktar ett krucifix av medicinska skäl inte förmår utgjuta några tårar"? Viljan och vördnaden finns, men förmågan saknas. Det skulle ju kunna innebära att oskyldiga (gamla) kvinnor döms till bålet. Weyer var med andra ord en tidig företrädare för rättspsykiatri, medicinska skäl måste kunna fria från straff. Han ansåg också att de som själva hävdade att de utövade häxkonst var anfäktade av villfarelser och hallucinationer och därmed inte var ansvariga för sina handlingar. Som för många föregångsmän blev hans bok bannlyst, och det av både den katolska och reformerta kyrkan.

Ovanstående exempel är hämtat från kapitlet "Biologi, rättsväsendet och den fria viljan" i den mycket intressanta, högst läsvärda och stundom roliga boken av Robert M Sapolsky *Varför vi beter oss som vi gör: Biologin bakom människans bästa och sämsta sidor*, Natur & Kultur 2018. Sapolsky går igenom hur jämförande etologi och modern neurovetenskap kan hjälpa oss förstå mänskligt beteende. Läs den!

Vilka andra kriterier på häxor fanns? Kolla ett av dem på [https://www.youtube.com/watch?v=yp\\_l5ntikaU](https://www.youtube.com/watch?v=yp_l5ntikaU). Eller läs boken.

**Per Gustafsson**  
*Professor emeritus  
BUP Linköping*

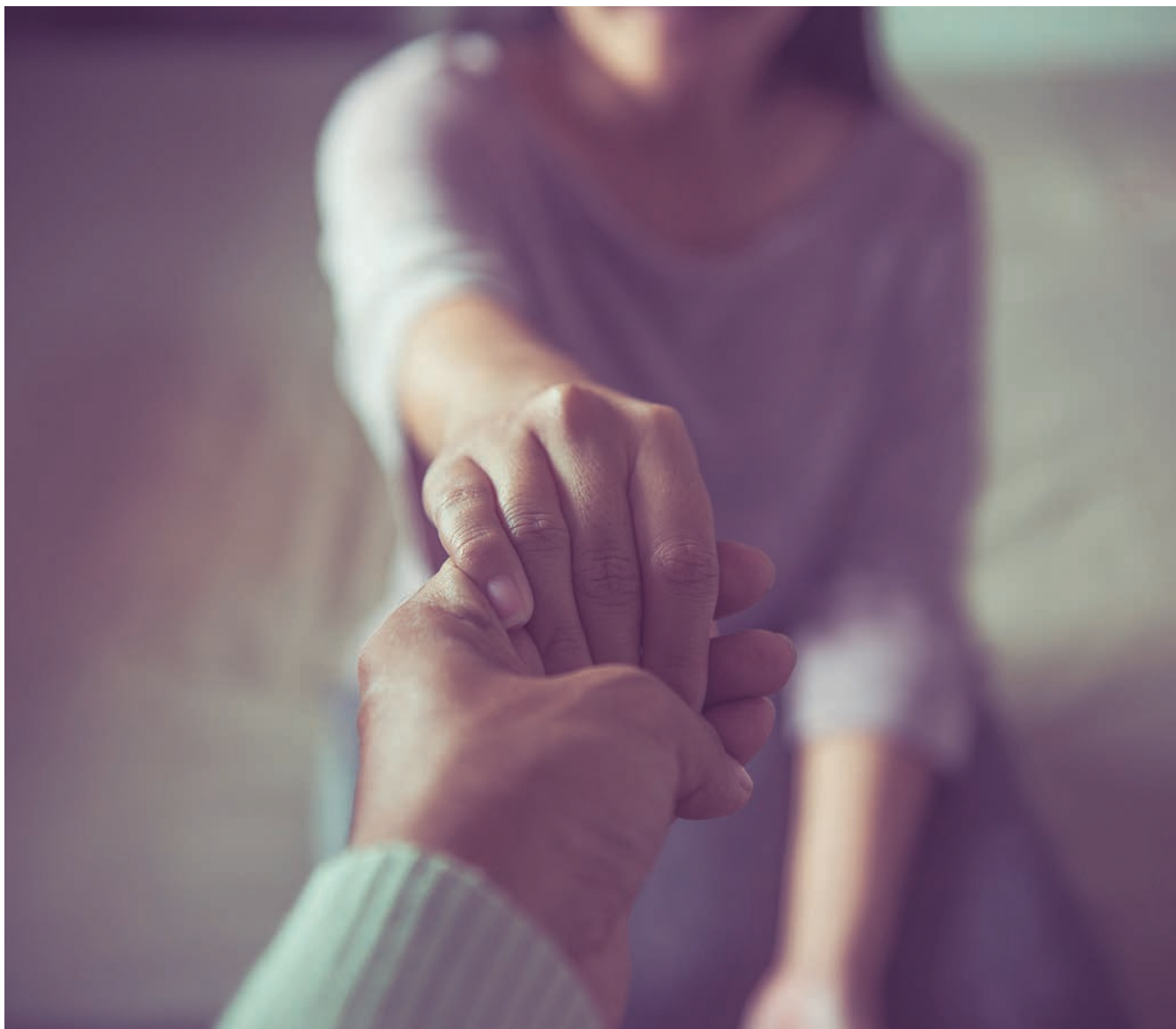


Foto: Shutterstock/GBALLGIGSPHOTO

## Vems vilja - doktors, patientens eller evidensens?

I konsultationen med en patient, och när det gäller barn även med föräldrarna, ingår det i läkarens uppdrag att "handla i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, sträva efter att utveckla sina kunskaper och färdigheter, efter bästa förmåga utveckla och förmedla kunskap till gagn för patienter" (SLF). Inom psykiatri och barnpsykiatri har det inte alltid varit så självklart vad som är

"i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet" och stundtals har behandlingsmetoder och bemötande som inte haft så mycket vetenskapligt stöd förekommit. Hur mycket får/bör den enskilde läkaren styra själv när det gäller den behandling man vill ge? Medicinering av barn och ungdomar med psykofarmaka är något som debatterats både av kollegor och av allmänheten. Enligt statistik



från Socialstyrelsen får 2,1 ggr fler ungdomar i åldrarna 15–19 år SSRI i det landsting med högst förskrivning jämfört med det med lägst (båda könen). I åldrarna 20–65 får 1,2 ggr fler SSRI i det första landstinget. Skillnaderna regionalt är alltså påtagligt större bland ungdomar. Beror sådana regionala skillnader på annorlunda sjukdoms panorama, eller kan det vara olika preferenser hos läkarna?

Får då patienten (och när det gäller barn även föräldrarna) själva vilja något? Jo, åtminstone föräldrar har haft ett stort inflytande, även om inställningen nog förändrats just vad gäller medicinering. Förr minns jag att det var vanligt att föräldrar kände osäkerhet till att ge sina barn psykofarmaka, men i och med mer användning av medicinering vid ADHD har den inställningen förändrats hos de föräldrar jag haft kontakt med. Dock framhålls i Europeiska riktlinjer för ADHD (Banaschewski et al 2006) att man ska ta hänsyn till om föräldrar t. ex. har preferens för icke-narkotikaklassad medicin, alltså att man i så fall kan få välja ett andrahandspreparat vid ADHD. Men vad göra när föräldrar agerar helt emot vetenskapen? Mest flagrant är ju anti-vaccineringskampanjerna. På text-TV 190425 kan man läsa att amerikanska myndigheter har registrerat 695 fall av mässlingen hittills under 2019, vilket är det högsta antalet sedan sjukdomen troddes vara utrotad i landet år 2000. Över hälften av fallen gäller barn till föräldrar som vägrar vaccinera sina barn. Här utövas ju en egen vilja där konsekvenserna drabbar inte bara de egna barnen utan också barn och vuxna i närsamhället som riskerar att insjukna. Antalet mässlingsfall fyrfaldigades i Europa 2017 jämfört med året innan. Över 20 000 människor i 15 länder insjuknade och 35 människor dog av mässling.

Kan vi i stället luta oss mot evidens? Målet med systematiska översikter och meta-analyser av behandlingar är att värdera med vilken grad av säkerhet man kan uttala sig om metodens effektivitet, vilken evidens det finns för dess effektivitet så att vårdprogram kan utformas baserat på det. För medicinering vid ADHD menar Banaschewski et al (2006) att barn och föräldrar bör informeras om tillgängliga preparat, verkningsmekanismer och dess för- och nackdelar, samt biverkningar. För det enskilda barnet sker sedan en diskussion där man försöker hitta det preparatval som verkar passa det enskilda barnet bäst. Det är viktigt att barn och föräldrar engageras i en sådan diskussion och i Hälso- och Sjukvårdslagen (SFS 2017) stipuleras att ordination görs i samråd med patient och anhöriga.

Som exempel på evidens för effekt av psykofarmaka ser vi i en nyligen genomförd meta-analys av antidepressiva läkemedel vid pediatrika ångestsjukdomar (Strawn et al 2015) att resultaten är åtminstone lika robusta eller robustare signifikansmässigt än vad man vanligtvis ser hos vuxna. Kvaliteten på de inkluderande studierna är genomgående hög; det är osannolikt att kommersiella intressen kan ha introducerat en bias, eftersom 4 av de 9 studierna var offentligt finansierade; den genomsnitt-

liga effektstorleken är också minst lika stor eller större än vad man ser hos vuxna (Cohen's  $d = 0,6$ ); genom att både SSRI och SNRI studerats ges möjlighet till en analys som ger tydligt stöd för att efficacy är direkt relaterad till graden av serotoninåterupptagshämning. Det enskilda preparat som utfaller bäst är sertralin, vilket gör att det preparatet rimligen bör rekommenderas som förstahandsmedel.

Så hur ska frågan i rubriken besvaras? Är det en fråga om viljor som ska brytas mot varandra? Jag förordar att vi inom professionen strävar efter att följa intentionen i Hälso- och Sjukvårdslagen och utgår från de riktlinjer som Svenska BUP-föreningen tagit fram när vi i samråd med patient och anhöriga kommer fram till behandlingsupplägg. Alltså beskriva olika behandlingsalternativ, vilken evidens det finns för deras effektivitet, och lägga upp en plan med lämpliga avstämningpunkter för utvärdering, och ev. revision av planen.

**Per Gustafsson**

*Professor emeritus  
BUP Linköping*

#### Referenser

Banaschewski T et al. Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006;15:476–95.

SFBUP <http://www.sfbup.se/vardprogram/>, <http://www.sfbup.se/deplyftet/>

SFS nr: 2017:30, Kapitel 5 §1: 2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, 3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

SLF <https://slf.se/rad-och-stod/etik/lakarforbundets-etiska-regler/>

Socialstyrelsen [www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/lakemedel](http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/lakemedel)

Strawn JR et al. Efficacy and tolerability of antidepressants in pediatric anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2015;32:149–57.

# Kan patienten få ha en egen vilja när det gäller att ta sin ordinerade medicin?

Följsamhet till läkemedelsbehandling vid t.ex. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) är viktigt eftersom optimal behandling kan förebygga allvarliga och livslånga konsekvenser. Det finns studier som visar på att personer är följsamma till ca 50 % av de läkemedel som de är rekommenderade. Följsamhet kan vara i vilken utsträckning en person tar sina läkemedel enligt behandlingsrekommendationer från vårdgivarna och är ett flerdimensionellt fenomen, inklusive faktorer som är relaterade till socioekonomi, terapi, hälsovårdssystem, tillstånd och person. Icke-följsamhet kan indelas i två olika typer: avsiktlig och oavsiktlig icke-följsamhet. Oavsiktlig icke-följsamhet är ju inte ett medvetet uttryck för patientens vilja, varför det inte diskuteras mer här.

Avsiktlig icke-följsamhet hänvisar till ett aktivt beslut från personen om hen skall ta sina läkemedel som föreskrivet eller inte, och måste ju ses som ett uttryck för att patienten utövar en viljeakt i invändning mot läkarens ordination. Det påverkas av motivationen för att ta sina läkemedel och tron på sina läkemedel. Den vanligaste avsiktliga icke-följsamheten är att individen minskar doserna eller antalet mediciner till en nivå som hen finner lämplig. När det gäller uppfattning om läkemedel så vägs uppfattningen om nödvändigheten av läkemedelsbehandlingen för att kontrollera sjukdomen mot oron för läkemedlens negativa effekter, biverkningar. Följsamhetsbeteendet beror på vilken uppfattning som dominerar. Uppfattning om tillståndet som personen har påverkas bland annat av personens uppfattning om hur mycket tillståndet påverkar personens liv och sjukdomens varaktighet.

I en doktorsavhandling (Emilsson, 2017) svarade ungdomar (13-17 år) med ADHD-medicinering på frågor om deras personlighet (Health-relevant Personality traits five factor inventory = HP5i), följsamhetsbeteende (Medication Adherence Report Scale= MARS), uppfattning om läkemedel (Beliefs about Medicines Questionnaire Specific= BMQ-Specific) samt uppfattning om ADHD (Brief Illness Perception Questionnaire = B-IPQ).

Avhandlingen visar på samband mellan vissa personrelaterade faktorer och följsamhet till läkemedel, hos ungdomar med ADHD. Följsamheten var inte associerad till kön. Antagonism (låg i vänlighet) var negativt relaterad till följsamhetsbeteende i linje med tidigare fynd vid somatiska tillstånd. Mer specifikt var pojkar med ADHD mer avsiktligt icke-följsamma, vilket visar på ett aktivt beslut att inte ta mediciner enligt föreskrift. Det beteendet som ingår i definitionen av antagonism spelar eventuellt en roll i den observerade avsiktliga icke-följsamheten. Det har tidigare framkommit att antagonism också har sam-

band med andra hälsorisker och kan därför vara särskilt viktigt att observera i hälsovården för att upprätthålla följsamheten.

Ett av de viktigaste resultaten i denna avhandling är att uppfattningen om läkemedel var signifikant associerat med följsamhetsbeteende hos ungdomarna med ADHD. Uppfattningen om hur nödvändiga läkemedlen var, var positivt relaterad till följsamhet. Negativ effekt på följsamheten framkom hos ungdomar som var bekymrade över läkemedlens negativa påverkan samt uppfattade biverkningar av läkemedlen. Vilken uppfattning (nödvändighet/oro) som dominerar spelar roll för följsamheten. Personlighetsdraget känslomässig instabilitet var relaterat till många uppfattningar om läkemedlen och sjukdomsuppfattningar.

Det bör vara möjligt att i viss utsträckning ha förebyggande åtgärder riktade mot icke-följsamhet. Till exempel, efter noggrann utredning av faktorer som ligger bakom icke-följsamhet, kan bland annat individuellt anpassad utbildning (så kallad personcentrerad utbildning) tillämpas. Slutligen, de föreliggande resultaten visar att personrelaterade faktorer, särskilt personlighet och uppfattning om läkemedel, är associerade med följsamhet hos ungdomar med ADHD och ger möjlighet att ta ett ytterligare steg mot personcentrerad ADHD-vård för att optimera följsamheten till behandling baserat på bedömningar av personlighet, uppfattning om läkemedel och uppfattning om ADHD. Så småningom kan dessa resultat bidra till förbättrad hälsa för dessa individer.

Att patienten uttrycker en vilja genom att ifrågasätta delar av behandlingen bör inte ses som motstånd och oförnuft utan som en invit till att diskutera och förbättra omhändertagandet.

**Maria Emilsson**

*Leg. sjuksköterska och universitetslektor på Högskolan Väst i Trollhättan och klinisk lektor på intensivvårdsavdelningen på Norra Älvsborgs Länssjukhus*

## Referens

Emilsson, M. (2017). Treatment adherence in Asthma and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Personality traits, Beliefs about medication and Illness perception. Linköping: Department of Clinical and Experimental Medicine, Linköping University.

# Mot din vilja

## Reflektion och satir

Självfallet tänker vi först tvångsvård när temarubriken kommer upp. Men det finns mycket annat som egentligen är mot vår vilja när vi lever i samhället. Ändå fortsätter vi vårt vardagliga liv där vi faktiskt inte behöver använda vår fria vilja så mycket. Jag skulle kunna skriva mer om att vi egentligen inte har någon fri vilja i filosofisk mening och söka stöd i att det visats att vi börjat utföra en handling ganska lång tid innan vi blir medvetna om den.

Men jag återkommer till tvångsvården. Sverige har faktiskt bara sedan 1960-talet haft särskilda lagar som syftar till att få motsträviga behövande personer till vård – och innan dess fanns förordningar. Förordningen från 180-talet "underskrifven" av Wi, Oscar, ... av Guds nåde.... beskriver "hur vård af sinnessjuka" ska gå till. Mycket läsvärt.

Redan då beskrev man hur rättspsykiatriskt urval skulle gå till, man talade om "wäldsamme" och "oberäknelige". Men även att "Den sjuka skall vid hospital med mildhet behandlas" vilket jag tycker är det vackraste skrivna och det som skall gälla. Etiken inkorporerades i lagen redan då, och den går att återfinna i lagtexten fortfarande.

Tvångsvården i psykiatri ska enligt lag och förordning användas sparsamt och med stor respekt för människans integritet. Om mindre ingripande alternativ finns ska de användas. Syftet med tvånget är ändå att vårdgivarens vilja ska dominera. För att göra gott och för att förhindra skada men den enskildes vilja måste då åsidosättas. Det blir en paternalism i filosofisk mening och som faderlighet hämmar den fria viljan, det vill säga den kan menas vara dystopisk till sin natur? Men med syftet att beskydda och leda fram till vad som är rätt. (Det skulle säkert en maternalism också sägas göra även om man säger sig stå för moderlighet genom att inte säga åt människor vad de ska göra och att med mildhet

guida och stötta individen även om den gör fel.)

Jag vill hävda att det finns både rätt och fel paternalism och det finns både rätt och fel maternalism.

Grundlagen, fr.a. regeringsformen, ger dig skydd mot att utsättas för påtvingade kroppsliga ingrepp. Ett sådant påtvingat kroppsligt ingrepp kan i dystopisk mening innebära ett ingrepp som ska ändra sinnet och möjliggöra enklare styrning.

Jag kan inte låta bli att tänka att visst är det så vi gör, vi medicinerar hjärnan men i vår beskrivning gör vi det för att vissa delar av hjärnan är sjuka och vi vill göra gott. På sätt och vis ingriper vi härigenom i individens inre kommunikation med sina tankar, sina goda rådgivare men även sina kritiskt befalande och krävande hörselhallucinationer.

Man får inte frihetsberöva någon om denne inte begått brott som är straffbart av viss grad men tvångsvårdslagarna ger oss rätt att i vissa fall ändå frihetsberöva med syftet att göra gott och förhindra skada – tvångsvårdslagar och sociala lagar. Den som utan lagstöd för bort, spärrar in, eller på något annat sätt berövar en person friheten gör sig skyldig till olaga frihetsberövande.

Man får inte hindra någon att uttala sin egen mening, det är censur och bryter mot rätten att skriva och uttala sin vilja. Tryckfrihetsförordningen är en grundlag. Konstigt nog är det tryckfrihetsförordningen som råder för att vi måste redovisa tvångsåtgärder i tvångsvården och du dessutom uppmanas svara på om en viss person finns inskriven enligt tvångsvårdslag på din klinik. Faktiskt gör det att det finns mer sekretess kring en frivilligvårdad än kring en tvångsvårdad.

Men åter till faktum: Jag ser tvångsvården inte bara som att man tar kontroll och bestämmer över någons frihet, man kan även

bestämma över kroppslig behandling såsom medicinering och övertalning ja rent av tvångsmedicinering som ibland sker med fasthållning och fastspänning. Vi kan besluta över viss kommunikation också. Beslutet att tvångsvårda någon innebär att man då kan åsidosätta grundlagen. För att rättfärdigt kunna göra så måste man vara klok och förståndig. Och kunna utsättas för kontroll av andra. Och då kunna visa att man handlar enligt lagen.

### Lagar

LRV är tvångsvårdslagstiftning som kan användas till dem som genom annan åtgärd redan är frihetsberövade det vill säga anhållna, häktade, fängslade, dömda till överlämnande till rättspsykiatrisk vård, dömda enligt LSU och LVU. 2020 börjar den barnkonvention, som Sverige likt många andra moderna länder skrivit på, att gälla. Den innehåller förbindelse om att barn inte ska vårdas tillsammans med vuxna. Än så länge har vi inte sett några barnpsykiatriska enheter tillskapade för kriminaliserade barn.

LPT är ordinär tvångsvårdslagstiftning. Tvångsvårdslagarna vilar på Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, men är undantagslagar och tvångsvård får bara ges under vissa förutsättningar, till vissa personer, under en viss tid.

Man har alltså inte rätt att få vård under alla förutsättningar och det kan ställas på sin spets när tvångsvården dröjer. Vem har ansvaret när galenskapen slår till? Man kan nog inte ge det ansvaret till den sjuka själv, och inte till anhöriga heller. Men vems ansvar är det då? All nuvarande lagstiftning vill att ansvaret ska åligga den sjuka i första hand.

Det är ju inte frisk bestämmelse...

**Per-Axel Karlsson**  
Chefsöverläkare



## Vill du inte bli frisk – eller?

Läkartidningen skriver i mars 2019:

”Ungefär 1 % av barn i åldern 10 till 14 år fick antidepressiva läkemedel förskrivna under 2018. För flickor i åldern 10 till 14 år motsvarar det en ökning med nästan 60 procent, jämfört med 2014, och för pojkar i samma ålder en ökning med drygt 40 procent, enligt Socialstyrelsen. I gruppen 15 till 19 år var det 7 procent av flickorna och 3 procent av pojkarna som hämtade ut antidepressiva läkemedel förra året.”  
Tonen i artikeln är att det är förfärligt att medicineringen med psykofarmaka ökar. Att medicinering av barn och ungdomar närmar sig nivåerna för vuxna, där ca 7,3 % medicinerar med SSRI, tolkas som något förfärligt, ett tecken på att samhället misslyckats.

När SSRI kom för drygt 20 år sedan och vi fick antidepressiva mediciner som inte längre hade så besvärande biverkningar att många avbröt eller vägrade medicinering, döptes dessa medel till ”Lyckopiller” i populärpress. När människor fick tillgång till en behandling som både hjälpte och var dräglig att genomföra fick de höra att det var ett slags fusk att bli hjälpt med medicin. ”Den som vill bli bra kan bli det av egen kraft”.

Författaren och poeten Lars Forsell skrev i en krönika i DN 1996 ”... Det är dags för mig som använt dem att tala klarspråk om antidepressiva medel, både om dem som använts länge, tofranil och anafranil, och om dem som kommit senare, cipramil och fontex. De är inga lyckopiller, de äger ingen som helst släktskap med lyckopiller, trots att okunniga journalister trumpetar ut motsatsen... när allt, hopp, självkänsla, kärlek, skapardrift, dränks i ett grå-svart pulserande moln där självmordet till sist blir den enda godtagbara utvägen... hjärtat definitivt sjunker ner i fotsulorna när ... den enda hjälp som kan erbjudas, en tofranilbehandling, kommer att ta tre veckor eller en

månad på sig innan den gör någon som helst verkan. Det där känner jag igen. Man ligger som en svettig kåldolme och får veta att hjälpen kanske uppenbarar sig om trettio dagar. Man somnar om och fortsätter sova sin meningslösa, förlamande, ohyggliga sömn. Den som just då kallade tofranil eller fontex för »lyckopiller» skulle man, om man nu orkade, ge ett slag på käften. Magnecyl, som kan bota huvudvärk på en timme, eller travello, som gör detsamma med diarré, är i så fall lyckopiller av högsta potens jämfört med medlen mot depression. De är såvliga som skånska bönder innan de fattar sitt beslut. Men man vaknar plötsligt en morgon någon månad senare och finner livet åtminstone uthärdligt... Huvudsaken är – och det är därför jag skrivit det här – att antidepressiva medel verkligen hjälper de hundratusentals som i dag lider av sjukdomen. Inte till lycka, men till ett normalt liv.”

I Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät, ”Hälsa på lika villkor” (2018 års), kan vi läsa att bland kvinnor 16–29 år angav 25 % 2014 att de hade ”Nedsatt psykiskt välbefinnande”.



Foto: Shutterstock/Belight

Siffran för 2018 var 33 %. För män var motsvarande andelar 14 % resp. 19 %. Ökningen var 32 % för kvinnor och 35 % för män. Lite mindre ökning än för medicinerna, men andelen som medicinerar är bara 15–20 % av de som angett "Nedsatt psykiskt välbefinnande".

Inom somatisk sjukvård tänker man inte så. Att en ökande andel barn får framgångsrik läkemedelsbehandling mot cancer tolkas som medicinska framsteg, att man får det man har rätt till. I kampen mot HIV används andelen smittade som får bromsmediciner som ett stabilt mått på hur framgångsrikt sjukvårdssystemet är.

Vi ska självfallet lita till det som Deplyftet rekommenderar, dvs. psykosociala insatser ska ges och vi måste våga vänta ut effekten av dem innan medicinering övervägs. Men att en ökande andel av barn och ungdomar får behandling för sin depression måste vi se som något positivt, varningsklockorna bör i stället ringa när vi ser siffrorna på ökad psykisk ohälsa. Gör vad som

är möjligt för att komma åt den ökningen med insatser i skola m.m., men att deprimerade ungdomar får behandling är något vi ska glädjas åt, inte förfasas över!

**Per Gustafsson**

*Professor emeritus  
BUP Linköping*

#### Referenser

<http://www.sfbup.se/deplyftet/>  
[www.socialstyrelsen.se/publikationer2019/2019-4-8](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2019/2019-4-8)  
<https://www.dn.se/arkiv/kultur/kronika-det-finns-inga-lyckopiller-utom-parlan/>  
[http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B\\_HLV/B\\_HLV\\_\\_dPsykhals/HLV\\_Psykisk\\_halsa\\_alder.px/?rxid=b74d8053-7b13-4cfa-8716-aa2a5c66f44c](http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV__dPsykhals/HLV_Psykisk_halsa_alder.px/?rxid=b74d8053-7b13-4cfa-8716-aa2a5c66f44c)



## Inbjudan att skicka in kongressbidrag (call for abstracts)

Nu planerar vi för Svenska Psykiatrikongressen 2020, som kommer att gå av stapeln 11–13 mars på Svenska Mässan i Göteborg.

Vi vill att du som är intresserad av att hålla en egen muntlig presentation skickar in en kort sammanfattning (abstract) till oss. Det kan handla om ny forskning, samverkansprojekt eller metodutveckling. Du kan också föreslå ett debattinlägg eller ett kulturinslag.

Vi förväntar oss att många tar chansen att bidra till att 2020 års kongress blir den bästa hittills!

Skriv ditt namn, förslag på titel till din presentation och en sammanfattning på max 100 ord.

Sammanfattningen skickas till **abstracts@svenskpsykiatri.se**.  
Sista datum för inlämnande är den **1 oktober 2019**.

Företag/landsting som önskar ställa ut på SPK 2020 - ta kontakt med **Stina Djurberg**, [stina.djurberg@buf.se](mailto:stina.djurberg@buf.se) senast den **1 oktober 2019**.

# Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott maj 2019

Jag tänkte börja med att presentera mig! Jag heter Lotta Sandström och har precis tillträtt som ny ordförande i UU, vilket innebär att jag förutom detta sitter i styrelsen för SPF. Jag jobbar till vardags vid psykiatri i Umeå, mer specifikt på Könsidentitetsmottagningen. Just nu jobbar jag bara med patienter som söker för könsdysfori och jag har tidigare jobbat på en mottagning för Unga Vuxna. Behovet av kunnig personal inom vården av könsdysfori ökar eftersom allt fler patienter med könsdysfori söker vård, men det får vi återkomma till en annan gång! Det vi nu ska fokusera på är UU. Jag har hunnit träffa mina medarbetare vid ett tillfälle nu i vår och det är en kompetent, engagerad grupp som representerar UU, vilket bådär gott inför framtiden.

Det är nu mycket som händer genom att läkarutbildningen står inför stora förändringar och därtill att AT över tid ska ersättas med BT. Det är mycket arbete som läggs ner i syfte att bevaka psykiatrins plats i läkarutbildningen. Genom att läkarutbildningen kommer att bli legitimerande kommer läkare efter grundutbildning behöva ha kompetensen att skriva vårdintyg bland annat. Det måste säkerställas att grundkompetensen finns redan före legitimation, då man får en sådan befogenhet, då det inte bara handlar om hälsoaspekter, utan även om rättssäkerhet. Samma diskussion behöver föras kring BT och hur vi ska kunna säkerställa att läkare under BT får en allmänpsykiatrisk kompetens och god handledning inte minst gällande vårdintyg. På flera orter diskuteras redan psykiatri som ett obligatoriskt inslag under BT.

En fråga som kom upp under dagen handlar om situationen för ST-läkare att lära sig om ADHD och behandling. Får en ST-läkare i psykiatri delta i vården av ADHD-patienter, eller bromsas

detta av att de inte får förskriva centralstimulantia? Hur ser det ut på olika orter och varför är fortfarande centralstimulantia särbehandlat som läkemedel? Har vi fortfarande inte evidens nog att släppa på denna speciella förskrivningsregel? Hur försvarar vi den enkelhet vid förskrivning som gäller för opiater och bensodiazepiner? Ja ni hör ju själva! Det var en intressant diskussion. Det mest angelägna för oss i UU att ta med oss i denna fråga är hur vi kan säkerställa att ST-läkare i psykiatri får möjlighet att lära sig detta i praktiken? Frågan kommer att tas upp framöver.

Med önskan om en fin sommar!



**Lotta Sandström**

*Facklig sekreterare SPF  
Ordförande i Utbildningsutskottet*

# Cecilia Mattisson

## Ny hedersledamot i SPF

På Svenska Psykiatriska Föreningens årsmöte fick våra medlemmar ännu en gång ta ställning till ett förslag om en ny hedersledamot. I SPF:s stadgar står att: "Till hedersledamot må på förslag av styrelsen vid ordinarie föreningsmöte kallas person som på framstående sätt främjat föreningens syften." Den 14 mars 2019 på Münchenbryggeriet i Stockholm blev Cecilia Mattisson vald till hedersledamot. Oerhört glädjande för oss alla som har haft förmånen att arbeta med henne. Motiveringen lyder:

*Cecilia Mattisson är en klok och varm person med glimten i ögat, som under många år har gjort betydande insatser i SPF:s styrelse. Som erfaren kliniker, dedikerad forskare, uppskattad handledare och talangfull skribent är hon en förebild för många psykiatrer.*

Cecilia Mattisson är psykiatern som sedan många år arbetar som överläkare på Psykosmottagningen i Lund. 2008 disputerade hon vid Lunds Universitet med avhandlingen "Depression in the Lundby Study 1947-1997. Incidence, course and risk-factors". Cecilia är docent i psykiatri vid universitetet i Lund och är fortfarande kliniskt verksam inom vården av patienter med psykosjukdom. Som ledamot i SPF:s styrelse 2013-2018 bidrog hon mycket aktivt till föreningens arbete.

När man träffar Cecilia är det omöjligt att ta miste på vidden och bredden av hennes erfarenhet. Hon brinner för patienterna och den kliniska röda tråden är tydligt närvarande i hennes engagemang för studenter och underläkare, för forskning och vetenskaplighet, för undervisning och handledning, samt för frågor som har med styrning, bemanning och organisation att göra.

Med sitt lågmälda, korrekta men ändå tydliga sätt är Cecilia en kollega som vågar säga sin mening, trygg även när motvinden blåser som hårdast. I både stora och små sammanhang behåller hon sin helhetssyn och genuina respekt för patienter och medarbetare. Hennes underfundiga humor bidrar till trivsamt stämning.

Hela styrelsen vill härmed hylla Cecilia Mattisson, vår pålitliga, arbetsamma och roliga kollega, vår nya hedersledamot!

För SPF:s styrelse  
**Alessandra Hedlund**  
Psykiater, Stockholm  
Ordförande SPF



**ANNONS**

Den tolfte Svenska Psykiatrikongressen ägde rum på Münchenbryggeriet i Stockholm den 13–15 mars. 834 deltagare (nytt rekord!) tog del av ett hundratal programpunkter, som vanligt med brett innehåll – forskning, klinik och kultur.

Dessutom bjöds på social samvaro under luncher, kaffepauser och kvällsevenemang. Det blev många kära återseenden mellan gamla kolleger och kurskamrater!

På torsdagen hölls SPF:s årsmöte där styrelsen precis som föregående två år bjöd på dryck och tilltugg.

Avgående styrelsemedlemmar avtackades: ordföranden Ullakarin Nyberg, sekreteraren Michael Ioannou och vetenskaplige sekreteraren Johan Fernström. (Facklige sekreteraren Jonas Rask hade avgått redan tidigare.)

Till ny ordförande valdes Alessandra Hedlund som suttit i styrelsen i flera år, först som facklig sekreterare och sedermera som vice ordförande. Fyra helt nya styrelsemedlemmar invaldes: Martin Hultén (vice ordförande), Linda Martinik (sekreterare), Jonas Eberhard (vetenskaplig sekreterare) och Lotta Sandström (facklig sekreterare).

Efter årsmötet vidtog kongressmiddag i Mälarsalen med underhållning av bandet Orkester För Fester.

Sedan 2017 filmar vi ett stort antal av föredragen på SPK, du hittar dem på <http://svenskapsykiatrikongressen.sitemodify.com/spk-filmer--foto1>

Referat från några av föreläsningarna kan du dessutom läsa i detta nummer.

Planera redan nu in att delta på Svenska Psykiatrikongressen 11–13 mars 2020 i Göteborg!

**Tove Gunnarsson**  
*SPF:s styrelse*



# Svenska Psykiatrikongressen var återigen mycket välbesökt, intressant och med trevliga sociala möten

Kongressen inleddes med ett öppningsanförande av **Hasse Brontén** som är ståuppkomiker och som tidigare varit polis och tjänstgjort på SÄPO, vilket ju låter som en intressant bakgrund. Han berättade om en problematisk uppväxt med en pigg, skojig och uppfinningsrik pappa, som hittade på roliga äventyr och lekar men som i perioder var psykiskt sjuk och våldsam. Det svåra var att ingen berättade något om pappans sjukdom och det hände saker som var obegripliga för ett barn. Brontén berättade om ett tillfälle när pappan misshandlar honom som barn och hur han som barn får ta emot knytnävsslag i ansiktet, och han tänker att nu ska han dö. Han lyckas dock fly in till grannen och räddar sig på så sätt. Pappan ber om ursäkt många gånger efter den traumatiska händelsen, men den sorgliga och våldsamma händelsen lämnar förstås ett sår kvar. Till slut förstår Hasse att pappan faktiskt är sjuk och som så många andra barn tar han ett för stort ansvar för sin pappa och börjar kontrollera pappans medicinburkar, att pappan tar sin medicin. Pappan hade en bipolär sjukdom och efter många års sjukdom tar han livet av sig, vad jag förstår uppgiven och deprimerad. Brontén är då i 20-årsåldern och säger till kamrater att pappan dött av cancer. Han säger att det är sällan eller aldrig någon som fått en psykos eller mani får blommor eller choklad som personer som drabbats av gallbesvär eller cancer. Så kan det nog vara. Så småningom blir Brontén precis som pappan polis och får sig en tankeställare när han ska bedömas av psykolog inför livvaktuppdrag, psykologen tycker inte att han ska bli livvakt pga. tidigare trauma.

Det var en tankeväckande och rörande inledning.

Efter detta hörde jag på psykolog **Fredrik Livheim** som var nybliven medicine doktor. Fredrik hade disputerat på avhandlingen "ACT treatment for youth: a contextual behavioral approach". På SPK höll han föredraget: **ACT – (Acceptance and Commitment Therapy) hjälp till ungdomar som slutenvårdas eller som insats i skolan.**

Fredrik berättade att han också hört på Hasse Brontén och att han kände sig tagen efter detta föredrag, då han själv hade varit utsatt för svåra trauma. Han berättade att han hade en trasig bakgrund



med en uppväxt i en uttalat dysfunktionell familj. Via retreat, meditation och terapi fann han harmoni.

Fredrik berättade om det dystra faktum att den psykiska ohälsan ökar bland ungdomar i Norden och speciellt i Sverige. Fredrik har bidragit till utvecklingen av ACT och berättade hur den terapimetoden tillämpades. Grunden är att identifiera vad som är viktigt och sedan ta konkreta steg mot detta. Vi fick se en filmad terapisession, där en ung man som var internerad på ett SIS-hem sa att han "ville tjäna ärliga pengar". Det kändes som att framtids-



utsikterna blev lite hoppfullare och att det kan finnas en chans för den som hamnat snett.

Jag var på psykos-spåret **Psykosforskning på uppgång** och hörde professor **Lars Farde** göra en intressant tillbakablick, "Introduktion och historiska axplock"; professor Farde nämnde t.ex. den stora avveckling som Astra-Zeneca gjorde i Sverige på 2010-talet då tusentals tjänster avvecklades och bara ett fåtal blev kvar.

Professor Farde nämnde också de enorma utvecklingskostnader som krävs för att utveckla nya läkemedel. Speciellt kostnadskrävande kan det vara att utveckla psykiatriska läkemedel beroende på de komplexa mekanismer som finns i hjärnan. Det kan krävas över 70 miljarder SEK för att utveckla ett nytt läkemedel. Ett godkännande för användning kan också vara svårare att få pga. att nu ska nya läkemedel inte bara vara jämbördiga utan bättre än de tidigare godkända läkemedlen.

Ett annat faktum som gör det svårt att utveckla psykosläkemedel är att patofysiologin vid psykos inte är helt känd och att vi har en kunskapsbrist på detta område.

Docent **Simon Cervenka** fortsatte med **Neuroinflammation – ett hett spår**.

Det finns hypoteser om att schizofrenins etiologi kan vara länkat till ett dysfunktionellt immunsystem. Forskaren Stephan Ripke har genomfört en "genom-wide association study" där man visat att schizofreni är associerat med gener som är viktiga för immunsystemet. En aspekt på detta tema var att gliaaktivering visat sig

vara högre hos schizofrena och en markör för detta är "TSPO" (Translocatorprotein). Enligt Cervenka har dock KaSP (Karolinska Schizophrenia Project)-studien visat att nyinsjuknade drognaiva patienter hade lägre nivåer av gliaaktivering och att TSPO minskar vid remission av psykos. Det kan vara så att i tidiga stadier av schizofreni är ett mindre antal av immuncellernas funktion förändrad vilket stöds av en låg TSPO-nivå.

Hittills har dock antiinflammatorisk behandling vid schizofreni visat små effekter. Minocycline som egentligen är ett antibiotikum nämndes, denna substans anses ha neuroprotektiva och antiinflammatoriska egenskaper men har i stora studier inte visat sig ha några effekter på symtom vid schizofreni.

Psykolog **Helena Fatouros-Bergman** höll ett föredrag betitlat **Kognitiv funktionsförsämring – finns det hos nyinsjuknade före läkemedelsbehandling?**

Enligt psykolog Fatouros-Bergman har inte alla psykospatienter nedsatt kognition och det är en mycket stor spridning mellan psykospatienter vad gäller kognition, men symtom på nedsatt kognition kan finnas tidigt hos de personer som sedan insjuknar i schizofreni. Fatouros-Bergman ansåg att kognitiva symtom fanns innan antipsykotisk medicinering initierats. Även hos släktingar till patienter med schizofreni finns kognitiva symtom.

Fatouros-Bergman berättade om ett testbatteri som används speciellt vid schizofreni, vid läkemedelsprövningar. Detta testbatteri kallades MATRICS och är en akronym för "Measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia". Detta innehåller 7 domäner: processhastighet, verbalt minne, visuellt

minne, arbetsminne, uppmärksamhet, exekutiv förmåga och social kognition. Patienter med schizofreni har ofta nedsättning av kognitiva förmågor som arbetsminne och verbalt minne och brister i kognition är kopplat till prognos och funktionsnivå.

Medicine doktor **Carl Johan Ekman** talade på temat **Vad har MRI lärt oss om psykos?**

Enligt Ekman är det inte alltid lätt att definiera vad en psykos egentligen är men det innebär ofta en nedsatt förmåga till realitetstestning. Enligt Ekman har de med psykos mindre kortikal grå substans och t.ex. patienter med schizofreni har mindre volym i dorsolaterala prefrontala cortex. Även inferiora frontalgyrus har mindre volym hos personer med schizofreni. Speciellt gällde detta patienter som har hallucinationer.

Med fMRI har man kunnat studera nätverken i hjärnan och man har funnit en ökad konnektivitet mellan posteriora cingulum och frontala och temporala cortex hos personer med schizofreni.

Professor **Torgny Svensson** talade mycket entusiastiskt om **kommande antipsykotisk behandling** och nämnde de nya läkemedlen lumateperon, lurasidon och kariprazin.

*Lumateperon* är ett nytt preparat som verkar ha positiv inverkan på flera psykiatriska tillstånd som bipolär sjukdom, sömnproblem, depression, neuropsykiatriska tillstånd, demens och psykotiska störningar. Det lär ha relativt få biverkningar, men sedering och somnolens är beskrivna. Det är inte godkänt ännu och fas tre-prövningar pågår.

*Lurasidon* har ju börjat att användas och verkar lovande vid schizofreni och ger inte viktuppgång.

*Kariprazin* är ytterligare ett preparat som nu finns på marknaden som ska vara verksamt vid negativa symtom.

*Sodium-nitroprussid* nämndes också som ett läkemedel som kan vara verksamt vid schizofreni. Enligt professor Svensson är sodium-nitroprussid (som ges som infusion) verksamt mot psykos och det har testats i kombination med risperidon med gynnsamt resultat. Sodium-nitroprussid har rapporterats ge snabb verkan

mot psykos och speciellt mot schizofreni och även förbättra kognitionen.

Ett intressant symposium hölls av professor emeritus och överläkare **Lars Jacobsson**. Titeln på symposiet var **En kritik av modeller för vår förståelse av självmordets natur**.

Professor Jacobsson berättade att han började arbeta 1966 på Umedalens sjukhus och sedan arbetade han två år i Etiopien, och konkluderade efter dessa erfarenheter att det var samma sjukdomar där som här. Om jag uppfattade det rätt så var det en anhopning av suicid (hela 7 stycken) på Umedalens sjukhus som ledde till att man riktade sig utåt mot befolkningen och hade seminarier för att öka kunskapen om suicid och för att verka suicidpreventivt. Byarna och orterna är små i Västerbotten och en anhopning av suicid kan göra att ett samhälle får en "kollektiv depression" och t.ex. en sameby kan drabbas hårt om några renskötare begår självmord.

Lars Jacobsson framförde att det nationella handlingsprogrammet mot suicid borde revideras och diskuteras. Han berättade att suicidfrekvensen kan vara olika i geografiska områden och nämnde att Västerbotten hade lägre antal suicid jämfört med Jämtland och jämtar hade lägre inkomster, mera otrygga anställningar och var socialt mera isolerade, medan psykisk hälsa var likartad liksom alkoholkonsumtionen. Socioekonomiska faktorer kan alltså vara mycket betydelsefulla riskfaktorer för suicid liksom psykisk sjukdom.

Lars Jacobsson delade också med sig av sin släkthistoria och berättade om sin anfader Jacob Andersson som under tidigt 1800-tal åtalades för försök till dränkning och självmordsförsök. Jacob Andersson hade angivit smärtsam oro som anledning till sin dystra belägenhet.

Nollvisionen för suicid problematiserades och det framfördes att det finns en skepticism mot den svenska nollvisionen hos svenska psykiatrer. Petter Karlsson omtalades och han har gjort en intervjustudie med psykiatrer i Sverige i vilken han beskriver att nollvisionen ökar ångesten bland anställda och att en ökad rädsla för suicid kanske inte är konstruktiv och kan skrämma bort personal ifrån psykiatrin. Det är också hela samhällets ansvar att motverka suicid. ASSIP dvs. Attempted Suicide Short Intervention Program nämndes som en ny lovande metod för att försöka förhindra självmord.

Docent **Christian Rück** talade om **självmordets moderna kulturhistoria** och tog upp en del kulturella uppfattningar som att det har ansetts vara en förolämpning mot Gud att ta sitt eget liv och att man så att säga inte är sin egen utan man har en skyldighet mot andra att leva vidare. Fredrik den store avskaffade straffet för självmordsförsök och i våra dagar har straff för suicidförsök avskaffats i Indien. Filosofen Albert Camus formulerade i sin essä om Sisyfos "Det finns endast ett allvarligt filosofiskt problem och det är självmordet". Sisyfos härdar stoiskt ut i sin svåra belägenhet.

Det är också ett historiskt faktum att en person som tagit sitt liv inte fick bli begravd i s.k. vigd jord på en svensk kyrkogård. Rück



nämner också ett självmord som blivit mycket omtalat i historien: Lucretia, den sköna romerska adelsdamen som våldtogs och begick självmord efteråt med en dolk. Hon är mycket avbildad i konsten.

Alla som frekventerar operaföreställningar vet också att det finns många självmord i operans värld: Tosca, Madame Butterfly. Vi har också den stackars Antigone som döms till att bli levande begravd i en grotta efter att ha trotsat kungen och gett sin bror en ärbär begravning.

Det finns också självmord som kan klassificeras som "rationella" enligt Rück. Exempel som nämns är nazisters självmord – Hitler, Goebbels och Himmler som alla tar livet av sig i andra världskrigets slutskede. Han nämner också en konsert i krigets slutskede i Berlin där cyankalium delades ut till konsertdeltagarna av medlemmar i Hitler-jugend.

Även självmord som politisk handling omtalas, som den förtvivlade gatuförsäljaren i Tunisien som satte eld på sig själv. I samma anda fanns den buddistiske munken Thick Quang Duc som begick självmord genom att bränna upp sig själv som protest mot förtryck av buddismen.

Avslutningsvis så fick nog de flesta SPK-deltagare nya lärdomar och mycket att fundera på. Under SPK var det blött och kallt men nu är vi i denna tid omgivna av en vänlig grönskas rika dräkt och smeks av vindens ljumma fläkt, så nu vill man kanske mest vara och inte fundera så mycket.

**Cecilia Mattisson**  
*Docent, överläkare*

## Glöm inte våra hemsidor:

På respektive hemsida läser Du alltid senaste nytt:

**Svenska Föreningen för Barn -  
och Ungdomspsykiatri:**  
[www.sfbup.se](http://www.sfbup.se)

**Svenska Psykiatriska Föreningen:**  
[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)

**ST-läkare i psykiatri:**  
[www.stpsykiatri.se](http://www.stpsykiatri.se)

**Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:**  
[www.srpf.se](http://www.srpf.se)

# Referat från SPK

**Att leva med en psykisk sjukdom men att se möjligheter att kunna leva ett liv fullt ut**

**Anette Laursen**

En levande och gripande skildring av insjuknande i akut reciderande psykos mitt i livet i kombination med ett fullt familjeliv. Kring perspektiv på diagnos, medicinering och hur livet ändå går vidare.

**Psykoterapins ställning inom psykiatri**

**Martin Björklind, Lars Jacobsson**

Exempel från en annan tid när psykoterapi genomsyrade arbetssättet i psykiatri, och exempel från en nyligen aktiv psykoterapeut med dynamisk inriktning i landstingets tjänst kring nuläge och framtid för psykoterapi i psykiatri.

**Vem äger ditt liv? Själv mordets moderna kulturhistoria**

**Christian Rück**

En genomgång av själv mord genom kulturhistorien. Om perspektiv kring att avsluta sitt eget liv, betydelse i kultur, samhälle och religion. Bland annat exemplifierat med det kända passions-suicid som Madame Butterfly genomgår efter att ha blivit lämnad av sin älskade. Om perspektiv på själv mordet i modern psykiatri.

**Knepiga kliniska frågeställningar**

**Cecilia Mattisson, Linnea Nöbbelein**

Svåra kliniska fall med atypisk anamnes och förlopp, med publikinteraktiv differentialdiagnostik och utredningsförslag, från psykiatriska kliniken i Lund.



**Hur påverkas du av den nya kunskapsorganisationen? Om Nationellt Programområde psykisk hälsa**

**Lise-Lotte Risö Bergerlind, Ing-Marie Wieselgren**

Genomgång av SKL:s nya satsning med NPO, med bakgrund, arbete och syfte. Huvudfokus på NPO psykisk hälsa, med exempel från Schizofrenigruppen som färdigställt sitt arbete.

**BasBT/den nya sexåriga läkarutbildningen – diskuteras mellan Svenska Läkaresällskapet och Svenska Psykiatriska Föreningen**

**Ola Björgell, Torbjörn Ledin, Karl Lundblad**

Diskussion om den stora reformen i svenska läkarutbildningen med avskaffandet av AT-tjänsten, och därmed obligatorisk tjänstgöring inom psykiatri för Sveriges läkare. Farhågor vädrades liksom grundtankar med reformen från SLS Utbildningsutskott. Björgell rapporterade att region Skåne redan planerar införa fortsatt obligatorisk tjänstgöring inom psykiatri då det är ett prioriterat område. Svenska Psykiatriska Föreningen har motsatt sig reformen i sin nuvarande form och kommer fortsatt driva att psykiatri måste vara ett nödvändigt inslag i Sveriges läkares utbildning, även efter grundutbildningen.

**Karl Lundblad**

*SPF:s styrelse*



# Fetma, ett motvilligt äktenskap mellan kropp och själ

## Referat från SPK 2019

Ny på mottagningen var jag, kvinnan hade haft kontakt där länge. Nu var jag hennes läkare efter att den förra slutat och det fungerade bra, fast hon mådde inget vidare. Inget annat hade förändrats. Eller jo, hon hade genomgått en fetmaoperation. Detaljerna kring hennes mående var svåra att få fram. Hon var mycket hjälpsökande men samtidigt skamsen. "Blandat ångest-och depressionstillstånd" löd diagnosen, patienten föreföll försämrad i sin depressionssjukdom, ett tillstånd som kan vara lätt och tacksamt att behandla. Men inte denna gång. Hennes problematik visade sig vara mer komplex än jag först anat. Jag glömmer aldrig hur hon kämpade med sina skamkänslor när hon berättade om tiden efter operationen. Flytande kost, det gick inte. Små mål mat ofta, det gick inte heller. Det plågsamma suget efter det hon inte fick äta. Hur kroppen stötte bort det gång på gång. Hon ville klara det, men förmådde inte. Känslan av värdelöshet var förlamande.

Det pratas mycket om behovet av en sund livsstil för våra patienter. Helst en hälsosam vikt också. Men hur långt är man beredd att gå för att nå dit och var går gränsen? För varje försök att bli friskare måste väl leda till bättre hälsa. Eller kan det bli precis tvärtom? Dessa frågor väcktes till liv när jag träffade min kollega Joanna, samtidigt som jag slogs av hur mycket psykiatri en icke-psykiater egentligen kan kunna – uppenbarligen, hur mycket som helst.

**Joanna Uddén Hemmingsson**, överläkare i endokrinologi, med dr och ordförande för Svensk Förening för Obesitasforskning, arbetar bland annat med bariatrisk kirurgi. Hennes uppskattade föreläsning om fetma på SPK 2019 ingav hopp samtidigt som den hissade en och annan varningsflagga. Bland de många risker som obesitas för med sig, tog hon upp först av alla, dessa tre: diskriminering, stigmatisering och dålig livskvalitet. De somatiska riskerna kom först efteråt. Vad gäller orsaker finns studier på kortisol och stress (män och kvinnor som vid stress utsöndrade mer kortisol åt även större mängd mat), en stor dansk registerstudie visade ökad risk för fetma hos barnen om modern utsatts för stark stress upp till 1 år före förlossningen, eller om barnet utsatts för stress i form av psykisk sjukdom eller socioekonomiska problem hos föräldrar, mobbning eller omsorgssvikt. Prevalensen av psykiatrisk samsjuklighet hos patienter som opererats med bariatrisk kirurgi varierar i olika studier mellan 21 och 56 %, med data som indikerar att mörkertalet är stort. Det är känt att opererade patienter kan drabbas av näringsbrister, smärtproblematik, kraftiga blodsockersvängningar och försämring av befintlig psykiatrisk sjukdom.

Inte lika känt är att det finns studier som visar på dubbelt så hög risk för alkoholberoende och suicid efter gastric by-passoperation.

Joanna Uddén Hemmingsson påpekade att det är fortfarande samma person bakom den nya siluetten: "de blir inte opererade i själen". Gång på gång utmanade hon våra fördomar om vad ett lyckligt liv egentligen innebär. Förhoppningar om hur fantastiskt livet ska bli "om jag bara går ner i vikt" uppger hon som en komplicerande faktor i behandlingen.

Precis som i många andra områden är helhetssyn och samverkan ytterst viktiga. Helhetssyn kring patientens problematik, att det inte bara är fråga om siffror, om intag och utgifter. Samverkan med den somatiska vården ska syfta till att hjälpa patienten genom de nödvändiga livsstilsförändringarna ("det svåraste som finns") och att förstå vilket stort åtagande en fetmaoperation innebär. Jag lånar Joannas lista på allt som patienterna måste lyckas med:

- Förstå varför de är överviktiga
- Inse konsekvenserna och riskerna med en operation
- Klara livsstilsförändringar med minst 6 små mål per dag
- Behöva äta ännu mer restriktivt vid eventuella komplikationer
- Förbättra matkvaliteten och minska "skräpmat"
- Inte röka eller dricka alkohol i överkant
- Vara psykiskt mycket stabil
- Komma på alla återbesök
- Äta substitutionsmediciner

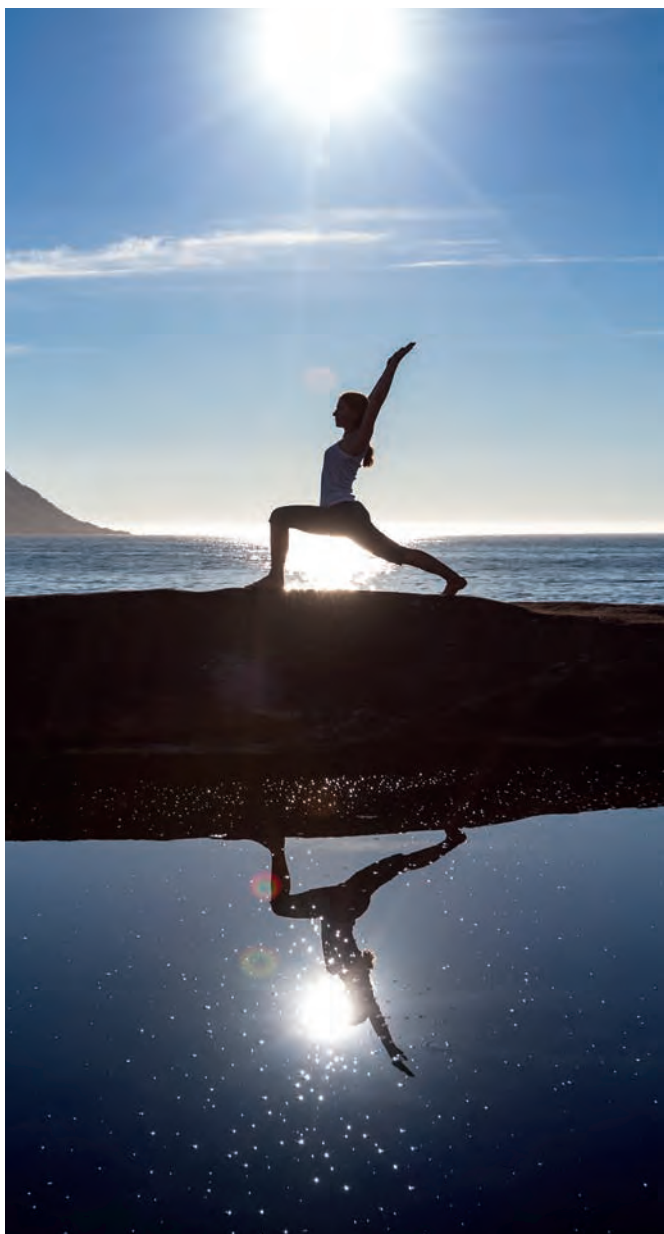
... RESTEN AV LIVET.

Vad ska man då göra och var ska man börja någonstans? Joanna Uddén Hemmingsson hävdade bestämt att fokus måste skifra från BMI till hälsa, från vikt till livskvalitet, inte minst hos oss som är behandlare. Hur kan patienten få så god hälsa som möjligt, så god livskvalitet som möjligt? "Livsstilsförändringar är som att simma i motström" säger Joanna, "så välj en motström som inte är alltför jobbig!" Rimliga mål, ett litet steg i taget. Små förändringar som man kan lyckas med har störst chans att bli hållbara i längden. Tack Joanna för en mycket inspirerande föreläsning!

**Alessandra Hedlund**

*Psykiater, Stockholm  
Ordförande SPF*

Referatet är skrivet tack vare ett värdefullt bidrag från Joanna Uddén Hemmingsson.



## DEADLINE

för bidrag till  
nästa nummer: **28/8**  
TEMA: Förelse



Utmärkelse för  
pedagogiska  
insatser för psykiatri till

*Raffaella Björcks minne*

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse  
har beslutat instifta:

Utmärkelse för pedagogiska insatser för  
psykiatri till Raffaella Björcks minne.

Priset kommer att delas ut i samband  
med Svenska Psykiatrikongressen 2020.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motive-  
ring per e-post till Svensk Psykiatri:  
[raffaellapriset@svenskpsykiatri.se](mailto:raffaellapriset@svenskpsykiatri.se)  
senast den 15/12 2019.

Hjälp oss att hålla Raffaellas brinnande  
intresse för psykiatri och pedagogik le-  
vande på detta sätt!

**Styrelsen**  
**Svenska Psykiatriska Föreningen**



# 10 frågor

LINDA MARTINIK;

Sekreterare  
Svenska Psykiatriska Föreningen

## Född

På Uddevalla lasarett. Uppvuxen i Bokenäs, mellan Uddevalla och Lysekil.

## Bor

I Vaxholm.

## Familj

Make och två döttrar som är 7 respektive 13 år.

## Arbetar

Som överläkare på Affektiva mottagningen, Psykiatri Nordväst i Stockholm. Mottagningen ligger på KS Solna, i den gamla delen av sjukhusområdet. Mottagningen utreder och behandlar vuxna patienter med bipolär sjukdom. Utöver det är jag engagerad inom PKL (psykiatrisk/psykologisk katastrofledning) där jag fungerar som biträdande PKL-ledare för KS Solna. Vår PKL-enhet ansvarar för en stor del av krisomhändertagandet i samband med terrorhändelserna på Drottninggatan 2017.

## Vad gör Du när Du INTE jobbar?

En stor del av tiden utanför arbetet ägnar jag åt familjeliv som att skjutsa till aktiviteter och läsa läxor. Båda barnen håller på med sport och jag står gärna vid sidan av planen och hejar på. Jag är även med och tränar yngsta dotterns innebandylag. Jag tränar själv innebandy en gång i veckan. En stor del av året håller jag på med trädgårdsarbete som jag är väldigt intresserad av. Utöver det umgås jag med vänner och håller gärna på med inredning, matlagning och mode.

## Är du troende?

Nej. Däremot besöker jag gärna kyrkor och kyrkogårdar eftersom de ofta är vackra och intressanta platser, men mer ur kulturell än religiös aspekt.

## Vilken bok ligger just nu på ditt nattduksbord?

Jag måste erkänna att det oftast ligger en mobiltelefon på nattduksbordet men just nu läser jag flera saker parallellt. Jag har börjat läsa John Pearsons biografi "Churchill" omväxlande med "Glöm mig" av Alex Shulman som e-bok, senaste numret av Residence och Lars-Åke Gustavssons roslexikon om "Rosor för nordiska trädgårdar".

## Vem är din förebild i livet?

Jag har inte någon speciell förebild, däremot har jag inspirerats av personer under olika skeden av livet. Under uppväxten påverkades och präglades jag mycket av mina föräldrars yrken. Min mamma har arbetat som barnmorska och min pappa som gynekolog. Deras engagemang och spännande berättelser vid matbordet gjorde säkert att både jag och min syster arbetar inom vården.

## Vad gör Dig lycklig?

Det är många saker som gör mig lycklig. Att vara i naturen, allra helst vid havet. En dejt med min man. Att göra en spännande utflykt eller resa med barnen och uppleva nya saker tillsammans med dem. En middag med intressanta samtal med nära vänner.

## Hur tror du att psykiatrisk verksamhet ser ut om 10 år?

Jag tror att digitalisering och AI är en del av den psykiatriska vården. Förhoppningsvis kan det underlätta den kliniska vardagen så att vi kan lägga fokus på patientsamtalet och ägna mer tid åt de komplicerade bedömningarna.



Stina Djurberg

Redaktionen, Svensk Psykiatri

# Raffaellapriset 2019 gick till en riktig förebild!



Björn Mårtensson är psykiater och universitetslektor som gick i pension för två år sedan och fortfarande arbetar för att påverka kunskapsutvecklingen inom psykiatrin. Under sitt långa yrkesliv har han utmärkt sig för sin excellenta kompetens och gedigna erfarenhet, lämnat avtryck hos både studenter och medarbetare, arbetat hårt och tålmodigt för studenternas skull, inte för att förtjäna titlar och utmärkelser. Det är därför särskilt roligt att priskommittén valt att uppmärksamma honom. Jag skulle lätt kunna fylla denna artikel med alla uppdrag som han haft genom åren, men det skulle bli en lång och opersonlig lista. Istället väljer jag att lyfta hans mångåriga gärning som lektor och hans personliga egenskaper, sådant som jag själv har direkt erfarenhet av och som gjort honom till en av mina förebilder.

Som lektor vid Karolinska Institutet har Björn haft ansvar för psykiatrikursen på Karolinska sjukhuset. Detta uppdrag hade han redan haft länge när jag kom i kontakt med honom under 2000-talet. Med aktiv närvaro, äkta engagemang och ödmjukhet har han introducerat flera generationer läkarstudenter till psykiatrin och inspirerat många till att bli psykiatrer. Jag har som amanuens arbetat väldigt nära honom mellan 2009 och 2011, samt lite mer sporadiskt därefter. Än idag träffar jag före detta studenter som tackar för kursen och minns honom med värme. Varje ny studentgrupp vi fick såg han som en nystart, en spännande chans till oväntade och givande möten.

Som arbetsledare är Björn trygg, stabil och förtroendefull. Han ger stor frihet och mycket återkoppling. Just hans förmåga att ge återkoppling är utomordentlig, även när det gäller den mindre bekväma sorten. Det blir nyanserat och konkret, han levererar sitt budskap på ett tydligt sätt som inte sårar utan tvärtom motiverar till att verkligen tänka om och göra annorlunda.

Han möter förändringar och innovationer med entusiasm, och förmår se möjligheter där andra ser svårigheter och hinder. I alla år har han visat på en ständig strävan att bli bättre, lära sig mer och utvecklas. Hans lågmälda stil skapar god stämning och inger förtroende, han uttrycker sig varsamt och klokt utan att vara rädd för att peka med hela handen när situationen kräver det. Hans skarpa humor gör det genuint roligt att jobba med honom.

Sammanfattningsvis är Björn en förebild som lärt mig och många andra väldigt mycket, inte enbart med ord, utan genom sitt eget handlande. Han har gjort betydande insatser för läkare under utbildning inom psykiatri, samt visat vad ett pedagogiskt förhållningssätt betyder i praktiken.

Ett stort grattis till Björn Mårtensson önskar SPF:s styrelse!

**Alessandra Hedlund**  
*Psykiater, Stockholm*  
*Ordförande SPF*

Priset, som delades ut under årets kongressmiddag den 14 mars i Stockholm, bestod av 10 000 kr och diplom.

Sedan i fjol ska pristagaren hålla ett föredrag under SPK, med fokus på pedagogik inom psykiatrin. Björn höll en uppskattad föreläsning som han återger här nedan i litet reviderad form. Redan nu kan du nominera kandidater till 2020 års pris, se notis på annan plats i detta nummer!

För priskommittén  
**Tove Gunnarsson**



## Till vilket pris?

Att jag skulle tala med och inför andra människor under hela mitt yrkesliv, det fanns inte i min tanke den där tidiga höstdagen när jag började på Sollefteå Allmänna Läroverk. Jag är gammal nog att ha gått i realskola och under den första dagen upplyste en lärare oss om att vid realexamen då skulle var och en få tala inför de andra i klassen under hela sex minuter. Jag minns att jag tänkte, sex minuter – ”det går aldrig” och ändå var jag ångermanlänning och inte närking. Av alla de siffror som passerat under årens lopp, och glömts, finns dessa sex minuter kvar, numera dock som en krok att hänga upp ett minne på. Minnen både omformas och förstärks varje gång de packas upp, och sådant tillfälle var många år senare när en student på Läkarprogrammet vid Karolinska Institutet kom fram till mig efter en föreläsning och frågade om jag kände hennes mamma. Och visst, mamman ifråga var den lärare som berättat om de sex minutrarna.

Mycket tidigt, redan som underläkare på psykiatriska kliniken på Karolinska sjukhuset, fick jag undervisningsuppgifter och började föreläsa. Mer av en slump än att jag särskilt utmärkt mig. Ibland kan man hamna i något för att man är den som finns på plats. Men, eftersom jag är en ihärdig person så kom detta att fortsätta med språngvis utökat ansvar, fram till min pensionering. Den långa tiden på ett stort läkarprogram innebär att jag undervisar omkring 10 procent av den nuvarande svenska läkarkåren när de var studenter på psykiatrikursen. Den långa tiden med ansvar

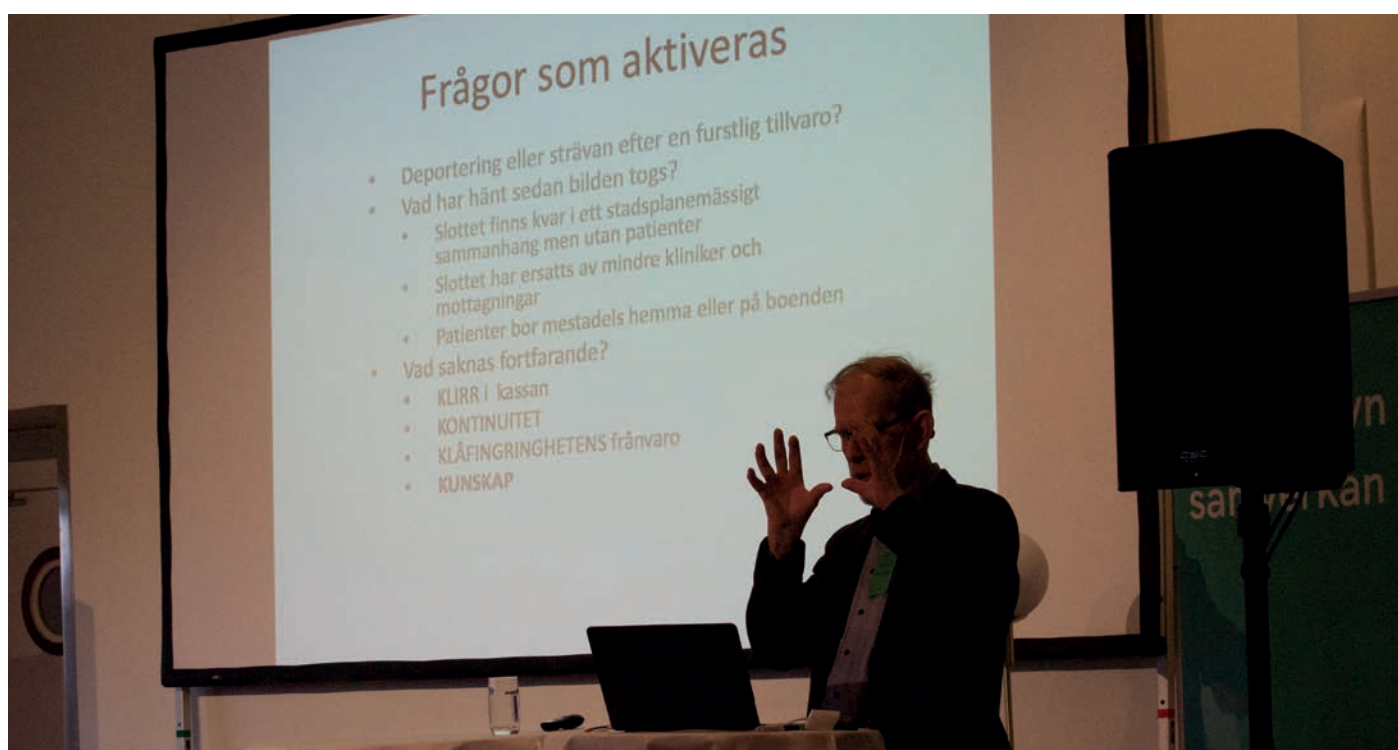
för att undervisa om psykiatri för blivande läkare har varit både stimulerande och krävande. Jag har hunnit fundera åtskilligt på både vad lärande är och vad psykiatri är. Som lärare inom ett visst område måste man ständigt redovisa sin tankar och bli ifrågasatt.

Som alla mina företrädare som Raffaellapristagare blev jag förvånad över beskedet. Särskilt roligt kändes det eftersom jag kände Raffaella personligen, hon hade sitt arbetsrum i samma hus som jag, vi hade tangerande arbetsfält och vi pratade med varandra ganska ofta.

### Slottet

Jag har fått mitt pris för pedagogiska insatser (lärande och lyssnande) men jag vill först dröja vid villkoren för psykiatrin, och sedan komma till behovet av kunskap. En bild kan ofta vara en bra utgångspunkt. Jag vill börja med att frammana en 1800-talsbild över den stockholmska stadsdelen Kungsholmen. Det är en bild tagen från en luftballong av västra Kungsholmen, ett ganska öde landskap med mest åkrar och en del träd, ingen stadsbebyggelse alls. I detta landskap, halvvägs uppe på en höjd, finns ett stort slott, riktigt stort, som ett herresäte på en stor jordegendom. Men där bor inga ståndsmässiga personer, det är det nybyggda Stockholms hospital för sinnessjuka, sedermera Rålambshovs sjukhus.

Det är en magnifik satsning på att skapa en humanare vård för psykiskt sjuka, men sjukhuset ligger inte inne i den då byggda sta-



den utan lite isolerat och bortom. Bilden kan tjäna som utgångspunkt för många frågor. En första fråga kan vara, var det här i alla fall en deportering eller en strävan efter att åstadkomma en furstlig tillvaro för psykiskt avvikande. Svaret ligger väl som så ofta när man polariserar, någonstans emellan eller uttrycker både och. De avvikande fick i alla fall mera status av att betraktas som sjuka och inte bara som besatta eller moraliskt fördärvade. En annan fråga kan vara; vad har hänt inom psykiatin sedan bilden togs. Ja mycket, och kanske ändå inte så mycket som man skulle önska. Själva slottsbyggnaden finns fortfarande kvar, nu i ett stadsplanemässigt sammanhang men utan patienter. Idén med stora mentalsjukhus har fallit och patienter med svårare psykisk sjukdom finns nu ibland på mindre kliniker, går oftast på mottagningar och bor i egen lägenhet eller på något mindre, kollektivt boende.

Om vi tänker på bilden av slottet mera som en symbol, vad är det som fortfarande saknas i psykiatin efter 150 år. Här skulle jag vilja göra fyra stycken nedslag som börjar på bokstaven k, lite konstruerade kanske och i ett fall en negation för att få det att stämma:

- klirr i kassan
- kontinuitet
- kläfingrighetens frånvaro
- kunskap
- Klirr i kassan

#### **Klirr i kassan**

dvs. pengar i landsting och kommun för att bedriva en god vård. Många nytillsatta politiker har under årens lopp sagt att nu ska vi satsa på psykiatin. För oss som arbetat i psykiatin har det oftast sett annorlunda ut. Allt färre vårdplatser för akuta behov, stadigt ökade krav på personal att producera med onda cirklar som följd. Psykiatin är inte prioriterad. Men någon gång händer det flera otäcka saker samtidigt, förmodligen slumpmässigt, och då blir det oro bland allmänhet och politiker. I början av 2000-talet skedde några våldsdåd som satte fokus på psykiatin och som mynnade ut i en regeringsinitierad genomlysning. I storleksordningen 10 miljarder satsades på olika projekt inom psykiatin men som mestadels inte ledde så långt, nu när man i efterhand granskat utfallet. Projekt i all ära men pengar behövs för att hålla den högre standarden igång kontinuerligt och i vardagen.

#### **Kontinuitet**

Kontinuitet, ett andra k, är en av de allra viktigaste förutsättningarna i vården för de med en kronisk sjukdom eller mångårigt lidande. Själv blev jag kvar på samma arbetsplats under alla år och var läkare för en del patienter under flera decennier. Jag blev med tidens gång alltmer övertygad om att kontinuiteten var mitt viktigaste verktyg. Alla kan inte arbeta kvar på samma ställe jämt, men det finns en oro i organisationer idag som naturligtvis bottnar i bristen på pengar men också i en kläfingrighet vilket skapar både

osäkerhet och otrivsel. Det ligger också i tiden att som individ (arbetstagare), på kort sikt, försöka få ut det mesta och det bästa.

### **Kläfingrighetens frånvaro**

Med kläfingrighetens frånvaro menar jag att man ska tänka sig för innan man gör saker, eller vad man gör. Många nya chefer vill manifestera sig själva, men kanske ännu oftare är de tvingade av sina uppdragsgivare att spara pengar och måste göra något. Det som inte alltför sällan händer är att man bryter upp fungerande verksamheter. Eller att man sätter igång verksamheter som inte är nödvändiga. Eller undvika att initiera sådant som inte är förankrat hos medarbetare eller stämmer överens med patienternas verklighet.

### **Kunskap**

Till sist kommer vi fram till ett för mig personligen stort K, som i kunskap. I min verksamhet både som kliniker och som lärare, genom att lyssna på vad patienter, medarbetare, studenter och andra som jag på alla möjliga ställen kommit i kontakt med, har jag fått höra mycket om vad som brister. Och att det råder en stor brist på kunskap i många sammanhang som patienter möter är jag helt säker på. Psykiatri är svårt. Det handlar om störningar i människans mest komplexa funktioner, funktioner som är så komplexa att man vågat benämna dem "själen". Man arbetar inom psykiatrin i ett fält där man har så lite av säkra förankringspunkter. Vi har ingen "morotspsykiatri" att falla tillbaka på, där man ser en viss typ av blast och vet att det sitter en välvärnsad morot under. Vi har inga tydliga urverk där vi precis kan gå in och rucka. Och ändå finns en enorm kunskapsbas och erfarenhet, bland annat om hur vi ska förhålla oss och hur vi kan hjälpa till vid psykiska problem. Det finns kunskap som så många som kommer i kontakt med psykiskt lidande borde ha, och där man kan tycka att den kunskapen borde finnas i ett så utvecklat samhälle som vårt.

### **Brist på kunskap**

Brist på kunskap finns inom professionen, eller här kanske det oftare handlar om enögdhet. En mera tydlig brist på kunskap finns hos andra aktörer, i vårdens förlängning. Hos många som tar hand om svårt sjuka och funktionsnedsatta på boenden, i hemtjänsten eller inom kommunen i övrigt, det kommunala som efter psykiatrireformen 1995 skulle bistå dem som fanns på mentalsjukhusen eller numera som skulle ha vistats på mentalsjukhus om det funnits några. Uppenbara brister finns hos försäkringskassan och polisen. Det finns också en brist på kunskap om psykiatri hos politiker trots att omkring hälften av alla sjukskrivningar bottnar i psykisk ohälsa och psykisk sjukdom kostar i storleksordningen lika mycket som försvaret och rättsväsendet tillsammans. Och hur stor är kunskapen om psykiatri hos allmänheten, hos dem som inte själva eller via anhöriga drabbats, eller innan det händer en själv eller de närmsta? Vad lär man sig om psykisk sjukdom och ohälsa i skolan och vilken roll har public service i det här sammanhanget? Det har blivit på modet att kräva att man ska lägga ned public service men jag tror knappast att andra, kommersiella, media i så fall tar sig an en folkbildande uppgift.

### **Hoppfullt**

Min beskrivning låter dystert, men det finns ju naturligtvis massor av bra verksamhet och krafter som strävar efter att höja kun-

skapsnivåerna. Självt minns jag hur Stockholms stad för ett antal år sedan under flera terminer köpte högkvalitativa kurser i psykiatri från Karolinska Institutet till personal i hemtjänst och på boenden, biståndshandläggare, kuratorer, arbetsterapeuter och andra. Men efter några år tog pengarna slut!? Jag minns från den tiden bland annat en kursdeltagare från hemtjänsten, som berättade om en klient som klagade över obehagliga kryp i soffan. Det skakades plymåer och dammsögs noggrant, men klienten fortsatte att klaga med tillägget att krypen inte visade sig när någon kom på besök och tittade efter. Kvinnan från hemtjänsten tog upp problemet med sin arbetsledare och fick loss ytterligare timmar för kuddskakning och minutiös städning, men förstod nu under vår kurs att problemet var ett helt annat.

Ett mycket ambitiöst webbaserat utbildningsprogram som på senare år tagits fram, av seniorprofessor Marie Åsberg och medarbetare, är Psyk-E bas, Psyk-E bas senior och Psyk-E bas suicid. Utbildningen är högst konkret och riktar sig till olika personalgrupper ute i verksamheter som arbetar med eller kommer i kontakt med psykisk sjukdom och ohälsa.

Något som också ingöt hopp, var Lise-Lotte Risö Bergerlind och Ing-Marie Wieselgrens presentation på årets SPF-kongress av den nya kunskapsorganisationen inom ramen för Nationellt Programområde Psykisk Hälsa. Syftet här är, såvitt jag förstod, stort och brett och handlar både om kartläggning, kunskapsförmedling och uppmuntrande av samverkan mellan olika vårdgivare och myndigheter. Jag hoppas bara att den som betalar vågar tänka långsiktigt.

**Björn Mårtensson**

*Ed. universitetslektor Karolinska Institutet*

# Asia Ali – barnpsykiatern tar barnens parti i Somalia



Jag träffar barnpsykiatern Asia Ali. Hon kommer från Somalia och utbildade sig i Jemen där hon arbetade som barnläkare innan hon kom till Sverige för ca 15 år sedan. Här har hon specialiserat sig till barn- och ungdomspsykiater. Hon arbetar i dag som konsultläkare och har ett starkt engagemang för barn med autism. Hon säger att hon valt att inte vara anställd vid en klinik därför att hon vill kunna ägna sig åt såväl det kliniska arbetet här i Sverige, som åt att driva ett projekt i Somaliland om barns mentala hälsa och barns rättigheter.

Asia beskriver hur många av de som lever i diasporan på olika sätt strävar efter att bidra till utvecklingen i Somalia, samtidigt som de arbetar och lever i sina nya hemländer. Genom organisationerna Forum Syd och SSRA (Somalia-Swedish researchers association) organiseras och finansieras olika projekt i Somalia och Somaliland där fokus har legat på barn- och mödrahälsovård och aktiviteter riktade mot mental hälsa och kvinnlig könsstympning.

Hennes engagemang för sitt forna hemland är, tillsammans med kollegernas från SSRA, starkt, och hon beskriver det stora behovet av utveckling som finns i hemlandet.

*Nu har jag ett projekt i Somaliland, finansierat via Forum Syd om barns mentala hälsa och om barns rättigheter. Det handlar nu mest om den psykiska hälsan hos de flickor som blivit könsstympade. Projektet är en utveckling av en workshop om könsstympning som jag deltog i 2016. Det finns ingen utvecklad barnpsykiatri i Somalia; barns psykiska lidande är en del av barnmedicin eller vuxenpsykiatri. De få barn som söker är de som har syndrom som mental retardation eller epilepsi, men man söker inte för allmänpsykiatriska tillstånd eller beteenden. Åtminstone inte ännu.”*

## Att bryta tabun i Somalia

Asia berättar att allt som har med psykisk ohälsa att göra är tabu i Somalia, men säger samtidigt att saker håller på att förändras där. Hon är övertygad om att problemen med tiden definitivt kommer att minska genom att barnpsykiatriska perspektiv uppmärksammas.

*Min vision är att inga barn ska behöva lida och att mycket lidande kan motverkas. Med tanke på att dåligt mående hämmar barnets optimala utveckling så ser jag som min mission att sprida den kunskap som jag fått och jobbat med i Sverige.*

Asia beskriver en plan för att göra en kartläggning av förekomsten av autism hos barn i Somaliland. Hon säger att man inte ser så många barn som har autistiska beteenden, men att det sannolikt beror på att de barnen inte lämnar hemmen på samma sätt som normotypa barn. Därför behövs att sjuksköterskor på barnavårdscentraler och förhoppningsvis även social health workers – socialarbetare som är utbildade av WHO till att hjälpa sjukvården i de länder där sjukvården inte är så utvecklad – utbildas till att spåra tecken på även mildare former av autism och annan relaterad utvecklingsproblematik. Målet är att sjuksköterskorna ska kunna uppmärksamma barn ur gruppen som besöker mottagningarna. Socialarbetarna arbetar med hembesök och kan på så vis nå de familjer som har barn med svårigheter. Det som gör att familjerna håller barnen kvar i hemmet kan vara språkförseeningar eller beteendeeavvikelser. Det skulle sannolikt bli första gången som en kartläggning av detta slag kom till stånd.

Hösten 2018 och våren 2019 har Asia Ali vid två tillfällen lett en workshop i Somalia. Det har varit ett pilotprojekt där hon utbildat sjuksköterskor på barnavårdscentraler och lärare från "special need centers". Utbildningen har handlat om normal och patologisk utveckling hos barn och om neuropsykiatriska tillstånd, samt om PTSD, framför allt hos flickor och kvinnor. Målet med denna utbildning har varit att ge personerna bättre möjligheter att uppträcka barn med utvecklingsstörning och andra relaterade syndrom. Sammanlagt har ca 60 personer fått utbildningen, och under seminarierna har alla varit mycket hungriga på ökad kunskap. Den sortens kunskap som Asia Ali förmedlat finns inte systematiserad i den somaliska barnvården, och utbildningen av personalen på BVC är ett led i något som låter som ett pionjärarbete i utvecklingen av vården av barns mentala hälsa.

### Behovet av kulturkompetent neuropsykiatri i Sverige

Trots det stora engagemanget för vården i sitt forna hemland så tänker sig Asia att det hon gör i Somalia snarast är att initiera en utveckling, men att hon själv huvudsakligen kommer arbeta i Sverige. Här vill hon arbeta med neuropsykiatriska utredningar och vård av barn och ungdomar. Hon säger att hon planerar att etablera en neuropsykiatrisk mottagning, därför att behovet är enormt stort, i synnerhet utanför Stockholm. Planerna för en sådan mottagning sker parallellt med arbetet med projektet i Somalia.

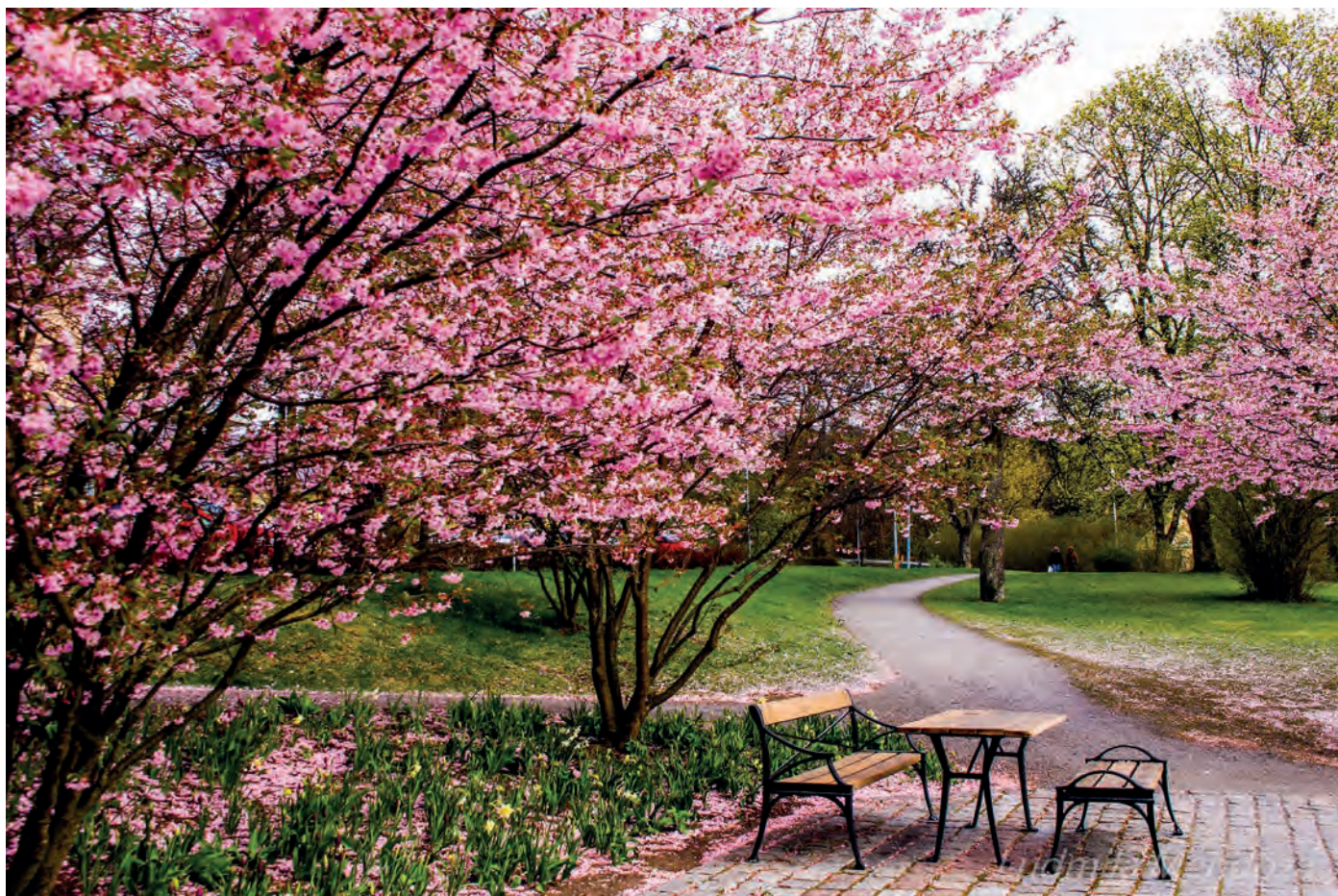
Hennes kunskaper om flera kulturer och olika språk är till stor nytta vid de många neuropsykiatriska utredningar som görs på barn ur andra språkgrupper än det svenska. Såväl språket som kulturella aspekter gör utredningen till en utmaning, då många föräldrar efter utredning av barnen säger att de fortfarande inte är övertygade om att barnet har neuropsykiatriska svårigheter. Föräldrar upplever att utredningen gjorts efter påtryckningar från socialtjänsten och skolan men utan att de riktigt förstått varför.



Enligt Asia behöver föräldrarna mer hjälp med att förstå vad som menas med neuropsykiatriska symtom, och varför det är viktigt att utreda barnen. Att kunna förklara det på ett sätt som är "kulturkompetent" kan vara svårt, men är nödvändigt för att hjälpa föräldrarna att förstå och acceptera att barnet har dessa svårigheter. Att även återgivningen behöver göras med samma förståelse för föräldrarnas förutsättningar är viktigt, vilket blir särskilt tydligt om återgivningen sker via tolk. Det är vanligt att familjer efter några år inte visar sig ha förstått innebörden i det de hört, och inte heller förstått vikten av de insatser som kan ges.

**Daniel Frydman**

*Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker  
Stockholm*



## "Vi" och "de"

"Vi" och "de" existerar inte.  
Alla är "vi" men på olika sidor.  
Nyckelknippa. På bröstet namnskylden.  
Skiljer åt. Men alla kan lida.

Just idag är det vi som är starka.  
Vi ska lyssna och hjälpa och trösta.  
Tablettedelingen syster startar.  
Skötarna gör sina sysslor och måsten.

Och kurator som magiker trollar.  
Alla lösningar. Han ordnar allt.  
Kastar massor i luften han bollar.  
Fixa peng. Göra fred. Han har kall.

Inte glömma, förneka och hyckla.  
Allt kan ändras på ett ögonblick.  
Dörren stängs och du har inga nycklar.  
Och namnskyld åker ner med ett knyck.

Foto och text:  
**Lioudmila Mendoza**  
*Psykiater  
Södertälje*

# 10 frågor

MARTIN HULTÉN;

Vice ordförande  
Svenska Psykiatriska Föreningen

Född

1968, på Sahlgrenska.

Bor

I det lilla fiskeläget Skåre vid sydkusten.

Familj

Hustru och två vuxna barn plus katten Maxi.

Arbetar

I region Skåne som chefläkare för förvaltning Psykiatri och habilitering.

Vad gör Du när Du INTE jobbar?

Reser, seglar, pysslar med huset/trädgården, umgås med vänner och familj, läser, lyssnar på musik, netflixar, joggar och spelar squash.

Är du troende?

Jag tror på vetenskapen.

Vilken bok ligger just nu på ditt nattduksbord?

"Sommaren, syster" av Jerker Virdborg.

Vem är din förebild i livet?

Barack Obama.

Vad gör Dig lycklig?

Härliga sommark dagar med familjen hemma i Skåre.

Hur tror du att psykiatrisk verksamhet ser ut om 10 år?

Balansen mellan slutenvård och öppenvård förblir densamma men vi kommer att se betydligt fler mellanvårdslösningar och mer av brukarstyrd inläggningar. Andelen bedömningar/behandling online och samtal över distans via t.ex. Skype eller liknande kommer också att öka.



Foto: Karin Torell

Stina Djurberg

Redaktionen, Svensk Psykiatri



## ”När den tunna isen brister” Rapport från BUP-kongressen 2019

Svenska BUP-kongressen gick i år av stapeln i Göteborg. Temat var suicid, ”När den tunna isen brister”. Under två vackra vårdagar träffades 650 medarbetare från olika BUP-kliniker i Sverige för att lyssna och delta i föreläsningar och symposier om barn- och ungdomspsykiatri.

Efter öppningsproceduren var det dags för **Anna Santesson** att hålla en översiktsföreläsning om självmord. Annas föreläsning lade grunden till den fortsatta kongressen. Hon började föreläsningen med att säga att självmord är en slutlig lösning på ett tillfälligt problem. Anna förespråkade att man använder en strukturerad intervju för självmordsbedömning för att bättre kunna förstå och hantera risksituationer även om det inte finns några skalor som kan förutsäga självmord.

Annas föreläsning följdes av **Ludmilla Rosengren** som är läkare och KBT-terapeut från Uppsala. Hon berättade att hon också är anhängig då hennes dotter tog sitt liv. Ludmilla pratade om att man kan se självmordet som en psykologisk olyckshändelse. Att förstå självmord som ett psykologiskt olycksfall underlättar både i bemötande och förhindrandet av att någon tar sitt liv. En serie

olyckliga omständigheter leder till ett katastrofalt olycksfall. Vid mötet med en person som försökt att ta sitt liv är det viktigt att man är närvarande och lyssnar aktivt. När personen har tappat hoppet måste vi vara ett vikarierade hopp. Vi behöver alla lära oss att hålla koll på våra sårbarhetsfaktorer och att ha marginaler mellan vår förmåga att ”presteras” och de yttre krav som finns i tillvaron.

Andra dagen började med en föreläsning av **Konrad Michel** från Schweiz. Han pratade om Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP), vilket är en kortvarig manualiserad behandling för dem som har gjort ett självmordsförsök. Denna behandling har varit framgångsrik och visat sig reducera framtida självmordsförsök hos vuxna. Konrad Michel menade att självmordet är en aktivitet och inte en sjukdom. Vid behandlingen måste man närma sig patientens egen historia och försöka tillsammans med patienten förstå den suicidal processen. Det är viktigt att försöka se vilka viktiga livsmål som inte har kunnat uppfyllas. Behandlingen startar med en narrativ intervju som följs av att terapeuten och patienten gemensamt ser på den inspelade videointervjun. Detta ger patienten en större förståelse för problemen och

därmed större möjligheter att tänka nytt. Diagnostisering och annan behandling som t.ex. läkemedel sköts parallellt av andra inom den psykiatriska vården.

Kongressens sista översiktsföreläsning hölls av **Clara Hellner** som pratade om beteendeproblem. Hon menade att man alltid bör fråga om våld vid självskada och vice versa då självskada och våld ofta hör ihop. Hon refererade till Ulf Engqvist som följt upp BUP-patienter i Jämtland och fann att 1/3 av alla patienter fanns med i kriminalregistret efter 10 år. Clara har varit med att skriva SFBUP:s riktlinje för utagerade beteende vilken presenterades på kongressen och som nu är ute på remissrunda.

Kongressens stora "snackis" var symposiet med **Ingemar Engström** och **Sofia Wikman**. Ingemar och Sofia framförde att den allmänna bilden i Sverige i dag är att den psykiska ohälsan hos barn och vuxna ökar, denna bild framförs av media, politiker, myndigheter och organisationer medan internationella och nationella datakällor i stället visar att barn och ungdomar i Sverige mår bra, trivs med livet, skattar sin hälsa som bra och har goda relationer med sina föräldrar. Trots detta ökar vårdtillfällena och psykofarmakaförskrivningen. Ingemar Engströms tolkning är att vi i allt större utsträckning medikaliserar det normala i livet och att det behövs ett gemensamt grepp för att lösa den ökande ohälsan vilket inte BUP ensamt kan göra. Vi behöver förstärka BUP för att ta hand om de svårast sjuka och förstärka första linjen för dem med lindriga och måttliga svårigheter. Vi behöver också bland annat ifrågasätta larmrapporter och reflektera över användningen av farmaka.

Ett symposium handlade om könsdysfori där vi fick en presentation av en ung kvinna som hade opererat bort sina bröst och behandlas med testosteron. Vid ingreppet var hon helt lycklig och övertygad om att det var rätt men att hon sedan började tvivla och nu har ångrat sig och ser sig åter som kvinna. Hennes budskap var att man skall lyssna och vara empatisk men vara försiktig med att allt för mycket bekräfta patientens övertygelse och att processen måste ta sin tid.

Underhållningen på galamiddagen var förstklassig med Timo Räisänen med band som spelade och sjöng Ted Gärdestad. Innan Timo Räisänen anträdde scenen sjöng SFBUP:s styrelse en hyllningssång till avgående Håkan Jarbin för alla hans insatser med att initiera och driva arbetet med kliniska riktlinjer, deplyftet samt kongressens utformning och program. Årets förebild för ST-läkarna utsågs och i år var det Anne-Katrin Kantzer från NU-sjukvården i VGR som mycket förtjänstfullt fick utmärkelsen. Pris för bästa poster gick till Karin Melin, BUP:s specialmottagning i Göteborg.

Text och foto:  
**Lars Joelsson**  
*Överläkare, BUP-kliniken  
NU-sjukvården, VGR*



Håkan Jarbin, Sara Lundqvist



Ida Djupedal, Ann-Katrin Kantzer



Karin Melin, Maria Unenge Hallerbäck



## Chefsöverläkare

Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena ligger mitt emellan Stockholm och Göteborg, precis vid Vätterns strand. Vi bygger landets modernaste och vackraste rättspsykiatriska klinik för högspecialiserad vård

Är du intresserad av rättspsykiatri? Sök då gärna jobb hos oss. Som chefsöverläkare vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena har du ett övergripande medicinskt ansvar samt de sedvanliga läkaruppgifterna som finns inom rättspsykiatrisk vård. Vi arbetar med diagnoser över hela det psykiatriska fältet samt i vårdkedjan från intag till utslussning.

Välkommen med din ansökan  
senast den 16 juni 2019.

[regionostergotland.se/jobb](http://regionostergotland.se/jobb)



## Ta del av våra remissvar!

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

Du kan läsa alla remissvar på våra hemsidor  
[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)  
[www.sfbup.se](http://www.sfbup.se)  
[www.srpf.se](http://www.srpf.se)

TOVE GUNNARSSON  
Redaktör Svensk Psykiatri



# Stiftelsen Natur & Kulturs Cullbergstipendiater 2019

Cullbergstipendiet finansierar resor för studiebesök vid en psykiatrisk klinik eller institution utomlands under två till fyra veckor. Det utdelas årligen till specialister eller ST-läkare inom de psykiatriska specialiteterna med syftet att de ska få erfarenheter och kliniska kunskaper som är väsentliga för att fördjupa svensk psykiatri. I år tilldelades fem läkare totalt 180 000 kronor.

**Fredrik von Beetzen**, ST-läkare vid Psykiatri Nordväst i Stockholm, ska besöka National Center for Mental Health i Manila, Filippinerna, för att studera utvecklingen inom den psykiatriska vården och hur sociokulturella faktorer påverkar stigman kring psykisk ohälsa.

**Spyridon Baltzis**, ST-läkare vid Vuxenpsykiatri i Helsingborg, ska vistas vid Icahn School of Medicine at Mount Sinai i New York, för att studera bakomliggande genetiska, molekylära och psykofarmakologiska mekanismer vid smärta, depression och beroende.

**Maria Unenge Hallerbäck**, överläkare vid Barn- och ungdomspsykiatri och forskningsledare i Region Värmland, ska besöka

Seaver Center for Autism Research and Treatment vid Icahn School of Medicine at Mount Sinai i New York för att ta del av deras arbete med barn och ungdomar med autism.

**Björn Serrander**, ST-läkare på Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, ska besöka University of California San Francisco Department of Psychiatry för att studera utredning av och behandlingsprogram för ADHD bland barn och ungdomar.

**Alexander Lohoff**, ST-läkare vid Prima Barn i Stockholm, skall besöka Careggi University Hospital, Florens och University of Naples Federico II, Neapel för att ta del av arbetet mot psykisk ohälsa hos personer med könsinkongruens i Italien.

På annan plats i detta nummer kan du läsa hur du gör för att söka Cullbergstipendium 2020!

För stipendiekommittén  
**Tove Gunnarsson**

# Expertmöte om schizofreni i Göteborg 3-4 april

Vi var inbjudna till ett tvådagars expertmöte med utbildning om schizofreni där flera världsledande forskare deltog. För fjärde året i rad har det på östkusten organiserats en högnivå utbildnings/fortbildningsaktivitet i samarbete med Otsuka och Lundbeck. I år var det igen rekord i deltagande kolleger från Danmark, Norge och Finland. Ordförande för mötet var professor Oliver Howes, Kings College, London som tillsammans med lokala organisatörer förberett ett välbalanserat bredspektrumprogram och bjudit in framstående forskare och experter.

Professor *Oliver Howes* forskningsfokus handlar om djupare analys av dopaminhypotesen och även neuroinflammation vid schizofreni. I sin framställan redovisade han komplexiteten i dopaminhypotesen och visade bland annat att den presynaptiska dopaminsyntesen inte sjunker med D2-antagonister. Effekten sitter huvudsakligen postsynaptiskt. Han betraktade att dopaminhypotesen vid psykosor gäller vid schizofreni och bipolär sjukdom! Ungefär 33 % av behandlade patienter uppvisar terapiresistens vid 10-årsuppföljning. En nyhet för mig var berättelsen om TAAR1-receptorn som ett eventuellt framtida behandlingsmål för att modulera presynaptisk dopaminproduktion. TAAR1 står för «Trace amine-associated receptor 1». Ett ytterligare behandlingsmål är mikrogliä och deras roll i psykosutveckling som är under utredning.

Näst på banan var professor *Robin Murray*, också från Kings College, som gav två roliga och underhållande men också fyllda och lärorika föreläsningar, den ena om ett integrerat sociobiologiskt perspektiv på schizofreni och den andra om cannabis och dess relation till psykos. Kontentan i den första föreläsningen var att normalitet och psykisk sjukdom inte är två distinkta separata kategorier som Kraepelin antydde utan snarare ett kontinuum som liknar en Gausskurva. Han presenterade den kända hypotesen «The Neurodevelopmental Hypothesis» och tog exempel från ny forskning inom psykiatrisk genetik och GWAS-studier som hittills hittat 256 genetiska siter i DNA. I den andra föreläsningen diskuterade han cannabisriskerna för psykosutveckling.

En föreläsning som lämnade ett jättestarkt intryck hos mig var professor *Cynthia Weickert* från New South Wales, Australien, och hennes presentation om neuroinflammation vid schizofreni. Hon

gav en mycket varm och passionerad föreläsning om hur kampen mot schizofreni borde vara. Hon samarbetade med en hel grupp forskare inom molekylärpsykiatri och gav intrycket att hon var på ett korståg mot psykoserna för att knäcka alla problem och gåtor som omgärdar detta forskningsfält.

Vidare bidrog *Predrag Petrovic* med en spännande föreläsning om vanföreställningarnas psykopatologi. Professor *Jari Tiihonen* från Karolinska Institutet presenterade resultat från stora nationella registerstudier från Finland och Sverige som bland annat har publicerats i *Lancet* och *JAMA*. Dessa data har samlats från sjukhusvård, apoteket och dödsregister. I analyserna har man tagit med alla antipsykotika som har förskrivits och vilket samband det har haft till psykosåterfall och död. Han har visat att klopazin och antipsykotiska långverkande injektioner har fördel i förebyggande av suicid och annan död och minskar behovet av inläggande vård vid psykosåterfall jämfört med tablettbehandling eller ingen behandling. Slutklämmen var att patienter som står på depåneuroleptika var gagnade bättre jämfört med peroral behandling eller ingen behandling.

Utöver biologi och behandling hade man på expertmötet utrymme att prata om diagnostik och bemötande. Doktor *Herman Holm*, *Jörgen Herlofson* och professor *Julie Nordgaard*, Köpenhamns Universitet, berättade om och presenterade patientfall som visade brister och begränsningar i våra klinikers vanliga arbetssätt. Vikten att lyssna, förstå och få helhetsbild betonades. EASE-metoden som är inspirerad av filosofisk fenomenologi kan vara till hjälp för att upptäcka självstörning och psykotiska upplevelser.

Slutligen gav professor *Tom Graig*, Kings College, London, också en spännande och ny terapeutisk approach till psykosbehandling, nämligen «AVATARTERAPI», vilket var en datorstyrd modell som behandlaren designade tillsammans med patienten och som kunde hjälpa patienten att få kontroll över rösterna. Det verkade vara en lovande behandlingsstrategi.

**Maher Khaldi**

*Överläkare, Universitetssjukhuset i Örebro*

**Tarmo Kariis**

*Överläkare, Karlstad*



# Rapport från NPA-möte i Oslo

Foto: Shutterstock/saiko3p

Nordic Psychiatric Associations årliga möte ägde rum i Oslo 9–10 maj 2019. Representanter för de psykiatriska föreningarna i Danmark, Estland, Finland, Island, Lettland, Litauen, Norge och Sverige medverkade. Organisationens syfte är att främja utbyte och samverkan mellan de nordiska psykiatriska föreningarna, ordna den Nordiska Psykiatrikongressen (NCP) en gång vart tredje år och driva tidskrifterna the Nordic Psychiatrist och the Nordic Journal of Psychiatry.

På mötet rapporterade varje land om det gångna verksamhetsåret. Våra olikheter till trots slås man av hur mycket vi har gemensamt, inte minst när det gäller de utmaningar som vi står inför. Ojämlig vård över landet bekymrar Finland och Island, om lösningen stavas privat eller offentlig vård håller man på att diskutera. Norge har på gång bland annat en reform av lagen om psykiatrisk tvångsvård, nya kliniska riktlinjer för nedtrappning och utsättning av psykofarmaka, samt ett förslag på obligatorisk recertifiering för alla psykiatrer vart femte år. Förslaget innefattar inte några CME-poäng och stöds av det norska Läkarförbundet. Nu mer än någonsin behöver vi goda exempel på fortbildningsmodeller som hellre fokuserar på den faktiska kompetensen än på hur duktig man är på att samla intyg. Jag är förväntansfull!

Danmark uttryckte frustration över politikens fokus på psykisk hälsa och prevention, i sig beundransvärd men som alltmer skymmer de behov som finns hos psykiatrins patienter, som är allvarligt psykiskt sjuka. Island rapporterade från en lyckad NCP 2018 i Reykjavik. Man anser att kongressen bidrog till att synliggöra landet och sätta det på Nordens psykiatrikarta. Det var spännande att höra om de kreativa finansieringslösningarna som gjorde

kongressen möjlig – en av sponsorerna var ingen mindre än den psykiatriska kliniken, som på så vis garanterade sina anställda fritt deltagande. De isländska kollegorna visade stolt sitt nya program för specialiseringstjänstgöring inom psykiatri, en 5-årig plan som inte längre kräver utlandstjänstgöring för att ST-läkaren ska bli klar med sin utbildning. Samtidigt fortsätter man att uppmuntra utlandstjänstgöring på frivillig basis.

På Estlands önskelista står flera psykiatrer och större kapacitet i öppenvård. Litauen har precis fått en lagstiftning för psykiatrisk tvångsvård och den praktiska tillämpningen diskuteras för fullt. Suicidprevention står högt på agendan där och man är bekymrad över landets höga bensoförskrivning. Samtidigt har apoteken i Lettland tydligen inte haft tillgång till centralstimulerande läkemedel sedan i mars i år.

Nästa NCP äger rum i Helsingfors 16–19 juni 2021, planeringen pågår redan intensivt och entusiasmen är på topp. Kongressens tema blir "Connecting minds", en slogan som inspireras av ett världskänt finskt mobilföretag. NCP har en hemsida där information kommer att läggas ut allt eftersom under arbetets gång. Utöver NCP finns det ett stort intresse att medverka på varandras årliga kongresser framöver. Ambitionen är just att öka samarbetet mellan länderna, byta idéer och sprida goda exempel. Håll utkik redan till SPK 2020!

**Alessandra Hedlund**  
*Psykiater, Stockholm*  
*Ordförande SPF*



## En patientsäkerhetsresa i Psykiatri Skåne

Det är nu snart fyra år sedan Psykiatri Skånes ledning beslutade om att bilda en särskild organisation för patientsäkerhetsarbete. Det blev en resa i patientsäkerhetens tecken som presenterades på SPK 2019.

Bakgrunden till beslutet att radikalt förändra och prioritera patientsäkerhetsarbetet bottnade i att vårt systematiska patientsäkerhetsarbete hade visat sig ha brister, vilket både IVO och media uppmärksammat under 2015. Dessutom visade ett antal därpå följande genomlysningar och granskningar som genomfördes på uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden att en förändring av patientsäkerhetsarbetet behövdes.

En handlingsplan togs fram och 2016 sjösattes en helt ny organisation för patientsäkerhet. Alla i den nya patientsäkerhetsorganisationen utbildades bland annat i patientsäkerhetslagar, systemkunskap, avvikelshantering, vårdhygien, och tvångsvårdslagen. För att den nya organisationen skulle fungera var det avgörande att skapa och upprätthålla ett riskmedvetet tänkande. Tonvikt lades därför på patientsäkerhetskultur och systemtänk. Inspiration hämtades bl.a. från aktuell säkerhetsforskning och säkerhetskulturen inom flygbranschen. "Den bästa är inte felfri, men förberedd".

### Ny patientsäkerhetsorganisation

I den nya patientsäkerhetsorganisationen utsågs under vår och sommar 2016 nya patientsäkerhetsombud på enhetsnivå och patientsäkerhetssamordnare på verksamhetsnivå samt i högsta ledningen ett särskilt patientsäkerhetsteam. Tydligt definierade uppdrag utformades för ombud och samordnare. Regelbundna möten (4-6 ggr/termin) skall hållas på varje nivå för genomgång av aktuellt säkerhetsläge då man ser över aktuella avvikelser, risk- och händelseanalyser, IVO-beslut, patientsäkerhetsrönder, målarbete, utbildning, rutiner och riktlinjer m.m. I samband med att den nya patientsäkerhetsorganisationen inrättades infördes också ett nytt verktyg – Gröna korset – för daglig uppföljning och fokus på patientsäkerhet. Samtidigt skapades även "månadens patientsäkerhetsbild" för verksamhetens intranät och parallellt implementerades en säkerställande process i återkommande verksamhetsdialog.

### Särskild utbildningssatsning

Hösten 2016 skapade och genomförde säkerhetsteamet (chef-läkare, chefsjuksköterska, divisionschef, chefssekreterare och medicinsk rådgivare) en utbildning för samtliga ombud (ca 140 st). Utbildningen lades upp som tre halvdagsseminarier ute



på plats i verksamheterna med föreläsningar, workshops och uppföljningar av "hemuppgifter". Denna utbildning har där- efter uppdaterats årligen och varje höst utbildas nyutbildade ombud numera tillsammans med sina enhetschefer för att få en god förankring i verksamheten. Utbildningen inleder kring systemtänkande och patientsäkerhetskultur, varefter viktiga lag- gar som styr sjukvården går igenom. Vi fortsätter sedan med uppföljning och granskning, uppdrag och roller i nya patient- säkerhetsorganisationen samt avvikelshantering, Lex Maria, risk- och händelseanalys. Styrande dokument och riktlinjer presenteras och kvalitetsarbeten och utveckling lyfts fram. Särskild tid läggs på metoden Gröna korset som nu används på samtliga enheter inom psykiatri, såväl slutenvård som öp- penvård och när vi nu ingått i ny förvaltning tillsammans med habiliteringen i Skåne kommer även deras enheter att gå upp i patientsäkerhetsorganisationen och införa Gröna korset som en ny metod för att regelbundet följa patientsäkerhetsläget.



### Gröna korset och uppföljning

Gröna korset för sjukvård är en enkel, visuell och lättillgänglig metod för att öka fokus på patientsäkerhet i det dagliga vårdarbetet. Målet är att minimera skador i vården och förbättra patientsäkerhetskulturen men också den medicinska kvaliteten. Metoden har emottagits mycket positivt ute i verksamheten och det har varit tydligt att metoden med Gröna korset snabbt stimulerat till både konkreta förbättringsarbeten och en ny mer riskmedveten säkerhetskultur. Med hjälp av Gröna korset fångar vi upp mer risker och avvikelser i verksamheten än tidigare. Antalet avvikelserapporter i avvikelssystemet har ökat och många vittnar om en ny förståelse om vad verkligt patientsäkerhetsarbete innebär. Gröna korset blir också utgångspunkten för att lättare koppla ett regelbundet förbättringsarbete. I dagsläget pågår arbete för att digitalisera Gröna korset och göra det än mer visuellt och lättillgängligt för medarbetarna.

### Dubbelkontroll och säkerställande

I divisionsledningen (nuvarande förvaltningsledningen) infördes en dubbelkontroll av samtliga avvikelser (ca 3000/år). Till denna kopplades särskild Lex Mariabevakning samt att allvarliga händelser följs upp med hjälp av Gröna korset då metoden underlättar överblick och sammanställning. Därtill har uppföljningen av allvarliga vårdskador och risker utökats och systematiserats i samband med månatliga verksamhetsdialoger där åtgärdsförslag och förbättringar utifrån internutredningar, händelseanalyser och IVO-beslut m.m. säkerställs och protokollförs avseende genomförande och resultat.

### Lärande, kommunikation, analys och resultat

För att uppnå en lärandeeffekt och förhindra upprepning av vårdskador kommuniceras regelbundet viktiga beslut, förändringar, risker och lärdomar ut via patientsäkerhetsorganisationen. Ett särskilt viktigt forum för analys, planering och spridning av viktig information samt verksamhetsutveckling inom säkerhet och medicinsk kvalitet är samordnarmötet. Vid samordnarmötet på förvaltningen kan verksamheternas företrädare koppla ihop, jämföra och ta lärdom av varandras säkerhetsarbete och sedan sprida detta vidare i sina respektive verksamheter. Resultaten vi nu ser efter några år med ett mer systematiskt organiserat och prioriterat patientsäkerhetsarbete är en ökad medvetenhet om risker och skador och därmed en ökad avvikelserapportering. Vårdsnära suicid ligger på en lägre nivå och Lex Maria-anmälda allvarliga händelser har också minskat senaste åren. Vi gör nu fler riskanalyser än händelseanalyser som ett led i det mer proaktiva förebyggande patient-



säkerhetsarbetet. I mitt dagliga verksamhetsnära ledningsarbete i patientsäkerhetsorganisationen så märks nu även tydligt en ökande mognad, beredskap och kompetens i patientsäkerhetsarbetet. En mer transparent och riskmedveten säkerhetskultur utvecklas efterhand och genomsyrar återkommande både rapportering och dialog vilket underlättar och stimulerar till positivt och gemensamt förbättringsarbete med patientens bästa i fokus.

**Martin Hultén**

*Vice ordförande SPF*

*Chefläkare i Förvaltning Psykiatri och habilitering, Region Skåne*



# PsykosR och de elva resultatmått

Hur många gånger har vi förtvivlat, varit beredda att ge upp men sedan kommit igen och tagit nya tag? Så många gånger att vi tappat räkningen men nu gör vi det igen. Vi tar nya tag med övertygelsen att PsykosR verkligen behövs i det arbete som nu ska göras med att förbättra psykosvården. Kvalitetsregistret för psykosvård, PsykosR, som funnits i drift sedan 2004 har bara existensberättigande om det verkligen kan användas för att förbättra livet för människor med psykos och deras närstående. Som verktyg för att följa upp det nya Vård- och insatsprogrammet (VIP) för schizofreni och liknande psykoser har PsykosR fått en viktig uppgift.

Innan vi berättar mer om PsykosR vill vi beskriva arbetet med VIP schizofreni inom Nationellt systemet för kunskapsstyrning. Det här är ett system som är beslutat av alla regioner i samverkan och som omfattar hela sjukvården och är uppdelat i drygt 20 Nationella programområden (NPO). Mer information finns på [www.skl.se](http://www.skl.se) (<https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstod-vardochbehandling/systemforkunskapsstyrning.14031.html>). Den psykiatriska vården hör till Nationellt programområde psykisk hälsa. Vi är det första programområdet som har med kommunens verksamheter. Det betyder att vi verkligen kan ta ett helhetsgrepp från förebyggande till behandling och stöd vid kroniska sjukdomar. Primärvårdens insatser är självklart med, både när det gäller att kunna upptäcka tidiga psykosinsjuknanden och att ge hjälp att förebygga kroppslig ohälsa och ta hand om kroppsliga sjukdomar hos personer med psykosjukdom.

## Nationellt programområde psykisk hälsa och VIP schizofreni

Nationellt programområde (NPO) psykisk hälsa tillsatte 2017 en Nationell arbetsgrupp (NAG) för att ta fram ett vård- och insatsprogram (VIP) för schizofreni och liknande psykoser. Både nationella programområdets deltagare och arbetsgruppens deltagare har nominerats från respektive sjukvårdsregion och den Regionala samverkans- och stödstrukturen som finns på den kommunala sidan. Läs mer på [www.uppdraagspsykisk-halsa.se](http://www.uppdraagspsykisk-halsa.se).

9 maj i år lanserades VIP schizofreni och är nu tillgängligt på [www.vardochinsats.se](http://www.vardochinsats.se). Arbetsgruppen har slitit hårt med att göra om innehållet i Nationella riktlinjer och andra nationella och regionala kunskapsunderlag till korta texter som mer konkret beskriver den kunskap som behövs i mötet mellan en patient/klient/anhörig och personal. Att få ner enkla praktiska beskrivningar av hur vi ska göra insatser för att uppnå det som är målet med insatsen har visat sig vara en stor utmaning. Deltagande i arbetet av personer med egen erfarenhet har varit

värdefullt. Innehållet i VIP schizofreni kommer att vara ett levande dokument som kommer uppdateras allt eftersom kloka kommentarer kommer in och när kunskapsläge förändras.

## Mäta om det gör skillnad

Till en VIP ska också tas fram indikatorer som gör att vi kan avläsa om användningen av innehållet i VIP förbättrar vård- och stödsatsernas resultat för individen. Att få ut bra data nationellt men även ur respektive huvudmans dokumentationssystem är svårt. För VIP schizofreni är då lösningen PsykosR.

## Rätt kunskap i mötet med patient och brukare



Det finns elva resultatindikatorer: inläggning på sjukhus, boendeformer två indikatorer (andel som klarar eget boende är en positiv indikator och andel hemlösa en negativ), sysselsättning två indikatorer: har lönearbete positiv indikator och saknar helt sysselsättning negativ, remission, läkemedelsbiverkningar, BMI under 30, dagligen använt tobak, riskbruk av alkohol, drogrelaterat riskbeteende, samtidig beroendediagnos. Utförligare beskrivning av dessa resultatmått och mer om uppföljning och om registrering i PsykosR finns under fliken *uppföljning* på [www.vardochinsats.se](http://www.vardochinsats.se). Vi har inte byggt om PsykosR:s inmatningsverktyg men däremot markerat tydligt i pappersunderlaget för registreringsstöd vilka frågor som är de 11 indikatorerna. Det går att svara på bara dessa frågor i inmatningsverktyget men självklart får man mer användbar information om hela formuläret besvaras.

PsykosR kommer nu under resten av året fokusera på stöd till alla psykosverksamheter att verkligen registrera i PsykosR och

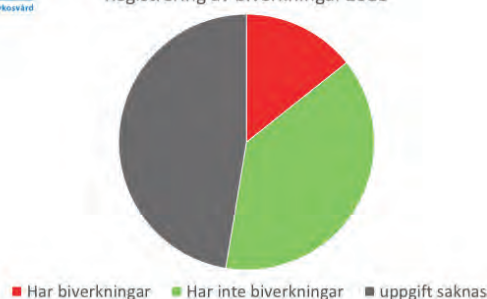
att fylla i svaren på i varje fall de 9 frågor i registret som motsvarar de 11 indikatorerna. När vi analyserat 2018 års siffror ser vi att vi har ett besvärande stort bortfall på flera av dessa frågor. I diskussioner med verksamheterna framkommer att de som fått till strukturerade årsuppföljningar för sina patienter har lättare att se till att ha svar på alla frågor.

### Rimliga förväntningar och ambitionshöjning

Från arbetsgruppen och från de förankringar i respektive sjukvårdsregion som de gjort har vi fått en bild av att de flesta anser att det är högst rimligt att vi vet: hur våra patienter mår, hur de bor och vad de gör och om de har några biverkningar av sin medicin. Men om vi ska vara ärliga så verkar det som om det finns ganska stora brister i detta.

**PsykosR**  
för bättre psykosvård

Registrering av biverkningar 2018



Positivt är ändå att de diskussioner som förekom för några år sedan om rimligheten i att patienter med psykos verkligen får ett årligt läkarbesök med läkemedelsgenomgång och bedömning av psykiska och fysiska besvär verkar landat i att det är den allmänna ambitionsnivån. Vi tror att PsykosR bidragit till detta.

Nu vill vi bidra till att ambitionsnivån höjs så att det inte bara är ett årligt besök utan att det har ett bra innehåll och bidrar till att stöd och behandling anpassas så att det stöder en bra återhämtning. Det kommer ni förhoppningsvis kunna se i era resultat i PsykosR. Vilka enheter som registrerar och hur många registreringar de gjort kan ni se på [www.psykreg.se](http://www.psykreg.se). Uppföljning kvartalsvis av de 11 indikatorerna kommer finnas på [www.psykosr.se](http://www.psykosr.se) och där kommer synas vilka regioner som har bortfall på vilka indikatorer.

### Tidiga insatser vid psykos

Ett annat område där det verkar som om vi behöver göra ett omtag är insatser till dem som insjuknar för första gången. Det finns önskemål om att få fart på ett nätverk för stöd till dem

som ger förstagångsvård och de som har specialinsatser för ungdomar. I VIP schizofreni finns principerna med som fanns i TOP-projektet (Tidigt omhändertagande i psykos). Vi vet ju egentligen vad vi ska göra och många patienter får fina insatser, vi måste bara se till att det gäller för alla. Ett tydligt mål för hela kunskapsstyrningssystemet är jämlik vård. Vi vet att tidig upptäckt och tidigt samordnat stöd till individen, anhöriga och omgivningen spelar stor roll liksom en bra läkemedelsbehandling och psykologiska behandlingar.

### Gemensam målbild- vad ska vi göra och hur?



### Standardiserade vårdförlopp

Regeringen har nu i maj fattat beslut om stimulansmedel till standardiserade vårdförlopp (SVF) för kroniska sjukdomstillstånd. Ett av dessa ska vara inom psykiatri och gärna involvera även kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst. För att göra standardiserade vårdförlopp behöver det finnas konsensus om ett nationellt vårdprogram: Genom att VIP schizofreni finns är det troligt att vi kommer att bli erbjudna att göra en SVF i höst som sedan kan implementeras under 2020. Stimulansmedel kommer att fördelas till regionerna för att kunna delta i detta. Vi ser att det arbete som NAG schizofreni gjorde med resultatmått och till dem hörande processmått kommer att kunna återanvändas i det här arbetet. Regeringens förhoppning är att vi nu ska ta konceptet med standardiserade vårdförlopp, som varit framgångsrikt i cancervården, till en ny nivå och även omfatta standardiserade vårdår och åtgärder för dem med en kronisk sjukdom.

Flera regioner har redan utvecklat standardiserade processer och allt arbete som redan finns kommer självklart att tas tillvara. Det vi inte har sedan tidigare är tidssättning på olika moment. Att hitta modeller för detta som kan tillämpas i hela

landet med psykiatriska verksamheter med så olika förutsättningar blir en utmaning.

**Hög täckningsgrad och automatisk överföring från journal** PsykosR kommer försöka vara delaktiga i att stödja utvecklingen med spridning och användning av VIP schizofreni. Självklart är en viktig uppgift att se till att resultatindikatorerna registreras på så många patienter som möjligt så att vi får ett utgångsläge från 2019 och sedan kan följa utvecklingen 2020 och framåt.

Vi liksom alla i verksamheterna önskar slippa dubbelregistrering. Självklart borde det räcka att man skriver in uppgifter i journalen en gång. Vår inriktning är och har länge varit helt klar kring att vi vill gå över till automatisk överföring. Stockholm levererar sina mesta data på det sättet och några regioner till är på gång men för det flesta är det en bra bit kvar till dess att regionernas datasystem kan klara detta. PsykosR kan ta emot data från journal på ett antal olika sätt så "bollen ligger" nu hos regionerna. I väntan på datautveckling och att alla medarbetare i verksamheten skriver in i journalen på systematiskt och lika sätt måste vi fortsätta manuell inmatning.

När det tekniska är löst kvarstår ett stort arbete med journalmallar och dokumentations-disciplin. Det kan låta hårt men oavsett på vilket sätt vi som medarbetare dokumenterar data måste det ske på ett enhetligt och korrekt sätt. Det är jobbigt att få till men om vi kan skapa enhetliga nationella journalmallar och användning av ex. KVÅ-koder kommer vi kunna spara massa jobb och få bättre kunskap.

Framtidens kvalitetsregister/kvalitetssäkring kommer se ut på ett helt annat sätt än idag men just nu har vi det vi har. Med det vi har kan vi åstadkomma mycket om vi lägger en liten extra arbetsinsats. Det är våra patienter med psykos värda.

För PsykosR  
**Ing-Marie Wieselgren**  
*registerhållare*  
**Louise Kimby**  
*utvecklingsledare*

## Senaste nytt från Uppdrag Psykisk Hälsa

### Psykiatrinen i siffror

Nu finns tre rapporter med data från 2018 års kartläggning av specialistpsykiatri. I rapporterna beskrivs bland annat regionernas resurser för öppenvård och heldygnsvård i form av vårdplatser, patientbesök, vårdtillfällen, vård dagar, personal samt kostnader. Resultaten på riksnivå visar att antalet besök inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och vuxenpsykiatri har ökat med sammanlagt 365 000 mellan år 2016 och 2018. Även antalet unika patienter har ökat så att drygt 125 000 barn vilket är 5,5 % av barnbefolkningen träffade BUP 2018. Vuxenpsykiatri träffade drygt 350 000 individer 2018. En stor mängd nyckeltal finns redovisade på regionnivå och det finns många spännande skillnader att fundera över. En rapport för vuxenpsykiatri, en för barn- och ungdomspsykiatri och en för rättspsykiatri finns att ladda ner på hemsidan [www.uppdragpsykiskhalsa.se](http://www.uppdragpsykiskhalsa.se).

### Stimulansmedel till regioner och kommuner

2019 är inte likt något år tidigare. Fortfarande i maj finns ingen överenskommelse mellan regeringen och SKL (Sveriges kommuner och landsting) trots att det finns pengar avsatta i budgeten för satsning på psykiatri med mera. Nu verkar det äntligen vara på gång och förhoppningen är att regeringen ska kunna fatta beslut i senare delen av juni. Precis som regeringen tidigare sagt verkar det bli en ökning av pengar ut till landstingen. Totalt handlar satsningen om cirka 1,7 miljarder som ska användas under 2019 och redovisning ska ske 31 jan 2020. När besluten blir klara kommer instruktioner kring redovisning och fördelningsnyckel presenteras på [www.uppdragpsykiskhalsa.se](http://www.uppdragpsykiskhalsa.se). Förra året hämtade alla regioner och nästan alla kommuner, även de minsta, sina pengar. Respektive regions handlingsplaner liksom årsrapporten från Uppdrag psykisk hälsa finns på samma webbsida.

Uppdrag Psykisk Hälsa genom  
**Ing-Marie Wieselgren**  
*samordnare SKL*

**ANNONS**



## Göteborgsforskning kring suicidalt beteende hos äldre

Foto: Shutterstock/Phovoir

Äldre har höga suicidtal, både i Sverige och internationellt. Vid Göteborgs universitet finns en lång forsknings-tradition kring äldres psykiska hälsa, och en annan med fokus på suicid. Dessa två forskningslinjer möts inom forskargruppen Sahlgrenska Suicidstudier. Suicidtankar, försök och fullbordat suicid hos äldre studeras genom diverse forskningsmetoder.

Dödstankar hos en äldre person kan var ett uttryck för existentiella funderingar, men det kan också vara ett tecken på en behandlingsbar sjukdom. I en populationsbaserad studie fann vi att dödstankar hos 85-åringar var kopplade till antingen a)

höga nivåer av depression och ångestsymtom, eller b) tidigare anamnes på suicidtankar. Båda två kan bidra till suicidrisk. I en annan populationsbaserad studie visade vi en association mellan ångestsymtom och suicidtankar, oberoende av depressionssymtom. Forskning kring biomarkörer för suicidalitet hos äldre är ännu så länge i sin linda. Tack vara att en del av kvinnorna som deltog i den prospektiva populationsbaserade Kvinnoundersökningen i Göteborg gjorde lumbalpunktion kunde vi konstatera att kvinnor med suicidtankar enligt MADRS hade förhöjda nivåer av YKL-40 och GAP-43. Detta kan tyda på att både nedsatt gliafunktion och inflammation kan spela

en roll i utveckling av suicidalitet hos äldre kvinnor. Fynden behöver replikeras i andra studier, och testas på män.

Depression är vanligare bland äldre som dör i suicid jämfört med andra åldersgrupper. Det är inte bara frågan om egentlig depression. I kliniska studier fann vi att även lindrigare depressioner går med ökad risk för både suicid och suicidförsök hos äldre. Vi fann ingen riskökning hos personer med demenssjukdom, men äldre med suicidförsök uppvisade något sämre kognitiv förmåga jämfört med deprimerade personer inom bakgrundsbefolkningen. Vid uppföljningsintervju i hemmet ett år efter suicidförsöket kvarstod tecken på lätt nedsatt kognition, trots påtaglig förbättring av depressionsstatus.

Genom intervjuer med anhöriga till äldre som dött i suicid har vi kunnat visa att alkoholproblematik är kopplad till en tiofaldig ökning av suicidrisken hos äldre. Detta gäller inte bara för äldre män, utan även för kvinnor. Samma riskökning såg vi för äldre med suicidförsök. Alkoholkonsumtionen ökar hos äldre i Sverige idag, och allt fler uppvisar en hög konsumtion som kan innebära risker. Detta, kombinerat med höga suicidtal hos äldregruppen talar för behov av ökad tillgänglighet till alkoholvård för äldre. Särskilt eftersom vi vet att äldre svarar på behandling minst lika bra som yngre.

I ett europeiskt samarbete såg vi en dos-respons relation mellan graden av ADL-nedsättning och dödsönskan hos äldre som deltog i befolkningsstudier. I vår egen västsvenska studie kring fullbordat suicid såg vi ökad suicidrisk vid cancersjukdomar, vid neurologiska sjukdomar samt vid synnedsättning. Risken kvarstod även efter justering för depression. Personer med hemtjänst hade förhöjd suicidrisk, och sambandet kan i alla fall delvis förklaras av funktionsnedsättning. Bland personer 70+ som erhöll sjukhusvård efter ett suicidförsök hade 61 % något somatiskt tillstånd som påverkade vardagen på ett påtagligt sätt, men endast en tredjedel menade att det hade bidragit till beslutet att ta sitt liv. Interpersonella problem och ensamhet var andra faktorer som bidrog till ökad risk för både suicid och suicidförsök.

Svenska register utgör en guldgruva för forskning. Eftersom över en femtedel av Sveriges befolkning 75 år och äldre står på antidepressiva medel var vi intresserade av att veta mer om hur förskrivningsmönster ser ut bland äldre som tar livet av sig. Att avbryta en antidepressiv behandling efter en kort behandlingstid var inte kopplat till ökad risk. Däremot sågs ökad risk vid byte av antidepressiva preparat, samt vid samtidig behandling med bensodiazepiner. Samtidigt recept på sömnmedel var också förenat med ökad suicidrisk.

En stor nackdel med registerstudier är dock att data på individnivå är ganska begränsad. För att komma åt individernas egna upplevelser krävs kvalitativa studier. Vi bad äldre som fick vård i samband med suicidförsök vid något av sjukhusen i Västra Götaland att berätta om varför de försökte att ta sina liv. Innehållsanalys visade, något överaskande, att en relativt liten andel (16 %) hänvisade till somatiska sjukdomar eller smärta. Ungefär en fjärdedel angav psykologiska problem och en liknande andel angav reducerad funktion/bristande autonomi. Social

problematik inklusive ensamhet uppgavs som motivering för försöket hos

13 % och samma andel menade att det rörde sig om att man kände sig som en börda för andra. Över en fjärdedel (28 %) mindes inte varför de gjorde suicidförsöket, eller svarade helt enkelt att de ville dö, men kunde inte eller ville inte ge någon ytterligare förklaring.

Aktuella projekt inom Sahlgrenska Suicidstudier inkluderar kohortjämförelser för att studera tidstrender, jämförelse av resultat på suicidskattningsskalor hos äldre och yngre som kommit till sjukhus i samband med suicidförsök, analys av ett eventuellt samband mellan Mild Cognitive Impairment och suicidtankar, samt undersökning av flera potentiella biomarkörer för suicidalitet. Vidare planeras en RCT för att testa en korttidsterapi för suicidala äldre. Det senare kan behövas med tanke på att äldres möjligheter att få samtalsterapi och andra stödåtgärder är betydligt sämre än hos yngre. Läs och begrunda Socialstyrelsens färsk rapport: *Öppna jämförelser – Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre – Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre*.

**Margda Waern**

*Professor, överläkare*

*Göteborgs universitet/Sahlgrenska universitetssjukhuset*

Lästips

Ahlner F, Skoog I, Waern M. Alkohol och äldre: Eftersatt fråga hos våra vanligaste patienter. Läkartidningen 2018 Oct 15, 115 Fässberg MM, Cheung G, Canetto SS, Erlangsen A, Lapierre S, Lindner R, Draper B, Gallo JJ, Wong C, Wu J, Duberstein P, Waern M. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behavior among older adults. *Ageing Ment Health*. 2016 Feb;20(2):169–94.

Fässberg MM, Van Orden KA, Duberstein P, Erlangsen A, Lapierre S, Bodner E, Canetto SS, De Leo D, Szanto K, Waern M. A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2012; 9(3):722–745.

Skoog I, Waern M, Sigström R, Bucht G. Ångest och depression hos äldre. *Forskning i korthet* #8. 2017. Kan laddas ner på: [www.forte.se/publikation/fk-depression](http://www.forte.se/publikation/fk-depression).

Socialstyrelsen. Öppna jämförelser- Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre- Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre. 2018.

För fullständig referenslista kontakta Margda Waern ([margda.waern@neuro.gu.se](mailto:margda.waern@neuro.gu.se))

# UEMS-möte i Köpenhamn april 2019

Årets möte är ett av de mest välbesökta på många år. Det var drygt 30 delegater och observatörer från 16 europeiska länder. Vi kunde glädjande konstatera att Turkiet på nytt hade skickat två observatörer, kända sedan tidigare. Tyvärr uteblev i år liksom tidigare tre av Europas största länder: Tyskland, Frankrike och Italien. En anledning till detta som nämns är att de internt är splittrade och inte kan enas om vem som ska åka. Om detta har någon signifikans för samarbetet inom EU kan jag inte avgöra.

Liksom tidigare kom Brexit upp på agendan, men diskussionen var snabbt avklarad, eftersom samarbetet inom UEMS med Storbritannien fortsätter som tidigare. Vi kan vidare konstatera att representationen från norra Europa är föredömlig, 2 delegater från Norge, 2 från Finland, 2 från Sverige, 1 från Estland, 1 från Litauen, samt 2 delegater från Danmark, varav 1, Torsten Jakobsen, är ordförande för UEMS Psychiatry.

Mötet inleddes på Rikshospitalets psykiatriska klinik, med allmän information angående psykiatri i Danmark. Det framkom samma problem som i många andra europeiska länder, nämligen en geografisk obalans i personal- och kompetensförsörjningen. Köpenhamn är magneten som suger till sig personal, medan västra Danmark har svårt att bemanna tjänster.

Ett uppskattat inslag var den blivande specialisten Rasmus Handest som berättade om specialistutbildningen i Danmark, där bristen på handledning i det kliniska arbetet var ett genomgående bekymmer. En konsekvens av detta är att den kliniska utbildningen huvudsakligen sker på avdelningar och inom slutenvård, eftersom det är där som möjligheten att tillgodose handledning är bäst. Mötet kunde konstatera att den ambition som präglade en stor del av Europa under 1980- och 90-talen att deinstitutionalisera psykiatri, nu håller på att på nytt vända tillbaka till institutionerna, även om det inte innebär nya mentalsjukhus. Patientorganisationerna hade också fått utrymme på mötet och deras presentation underströk behovet av en psykiatri som möter patienterna i deras vardag, nära hemmet. Denna önskan efter ett helhetsperspektiv,

allt från psykofarmakabehandling till meningsfull sysselsättning, känns som ett alltmer avlägset eko från en tid när vi lyssnade på exempelvis professor Ian Falloon och hans modell Integrerad Psykiatri.

Rasmus Handest avslutade sin föreläsning med en bild på en mur där det var sprutmålat med monumentala bokstäver, GRETA THUNBERG. Hans förklaring till att han visade denna bild är att Greta Thunberg ger honom hopp i en annars dyster värld. Det är inte utan att man som svensk känner sig stolt över detta fenomen och denna ikon, som skänker hopp runt hela klotet.

Mötesförhandlingarna tog vid nästa två dagar och innehöll inget kontroversiellt, förutom Norge som begärde votering angående läkemedelsindustrins deltagande vid en utbildningsaktivitet. Diskussionen blev också aningen laddad när undertecknad ställde krav på att UEMS fonder inte skulle placeras i fossilbränsleindustrin.

En återkommande central punkt vid våra möten är studieplanen, dvs. en standardiserad utbildning till psykiater i Europa, men framför allt frågan hur implementeringen skall gå till. Studieplanen är att betrakta som en väl underbyggd rekommendation med giltighet på kontinental nivå, men genomförandet ankommer på de nationella organisationerna.

Sammantaget ett konstruktivt möte i god anda. Nästa gång ses vi Utrecht i oktober.

**Olle Hollertz**  
*UEMS-delegat*

**ANNONS**



# Korta axplock från fyra veckor på brasilianskt sjukhus

Reserapport från två hemkomna stipendiater

"Ja, patienterna har mitt mobilnummer." Vi tittar något förvånade på varandra. "De kan skicka meddelanden på kvällarna och det kan vara stressande. Ibland får jag säga till för att begränsa kontakten men för det mesta fungerar det bra. "Bokningar på mottagningen sköts av en sköterska men i övrigt kan patienterna skriva direkt till psykiatrikern på Whatsapp. För att kunna vara tillgänglig för patienterna är detta tydligen den möjlighet som finns.

Denna förmiddag auskulterar vi hos psykiatrikern Karla på en mottagning för bipolär sjukdom typ 1 på den psykiatriska kliniken Instituto de Psiquiatria (IPq), i São Paulo, Brasilien. Vården på denna och de flesta mottagningar vi besöker ter sig lik den vi är vana vid från svenska mottagningar. Stämningen avslappnad. I princip inga läkarrockar, titlar eller efternamn.

Vi auskulterar under fyra veckor och erbjuds att själva välja vilka mottagningar och vilken slutenvård vi vill se samt deltar även på forskningsmöten och föreläsningar. Vi har ett primärt fokus på bipolär sjukdom men vi är även på mottagningar för depression, OCD, transkulturell psykiatri, sömnstörningar och allmän öppenvård utanför sjukhuset. Vi auskulterar på en slutenvårdsavdelning och sitter även med vid terapihandledning. Vi förstår en hel del portugisiska, men om vi önskar ges förklaringar på engelska.

Brasilien är ett jätteland, ungefär tjugo gånger större och folkrikare än Sverige. Antalet psykiatriker är dock bara tre gånger fler och endast 2,4 % av hälsobudgeten går till mental hälsa (cirka 10 % i Sverige). Brasilien är ett medelinkomstland och landets ginikoefficient, som är ett mått på ekonomisk ojämlikhet, är den tionde högsta i världen.

I princip alla psykiatriker på IPq arbetar också privat och tjänar då betydligt bättre och i vissa fall uppåt flera gånger mer än svenska psykiatriker, men den privata vården erbjuds endast den minoritet av landets befolkning som har privat sjukförsäkring.

"Hälsa Sverige att jag är mycket besviken!", blir den godmodiga repliken från psykoterapihandledaren efter att vi beskrivit KBT-inriktningen i Sverige. Den välkomnande doktor Geraldo, terapistör på kliniken, har just fått de brasilianska ST-läkarna att genom psykodrama leva ut delar av dynamiken i sina patienters relationer. Rekvisita blir några stolar och en kramad kudde som får symbolisera en modersgestalt. Psykoterapiutbildningen är inte obligatorisk men mycket populär. Det erbjuds en mängd olika inriktningar såsom psykodrama, jungiansk, KBT, FAP och psykoanalys. Många behandlar en patient under större delen av ST:n som i Brasilien är tre år lång. Kontinuitet fås även av att mottagningsplaceringar begränsar sig till en halv dag per vecka men istället sträcker sig över ett helt år.

São Paulo ligger någon timme från kusten i södra Brasilien och är en megastad med över 20 miljoner invånare i hela storstadsområdet. IPq i centrala São Paulo är Brasiliens toppklinik. Den har cirka 200 slutenvårdsplatser och 100 000 mottagningsbesök per år. Kliniken anses erbjuda den bästa psykiatriska vården och bedriva den bästa forskningen i landet. 75 % av vården är offentlig och gratis. Urbud och efterfrågan medför dock att det är svårt att få vård på IPq. Inofficiellt får vi beskrivet ett icke transparent system som ofta kräver privata kontakter för att få vård. En stor andel av patienterna är deltagare i vetenskapliga studier, eller har deltagit och erbjuds därför viss vidare vård.

”Samarbete med en fungerande öppenvård”, blir klinikchefen Euripedes svar på vad han mest av allt skulle önska sig för en förbättrad psykiatri. Han håller med om beskrivningen som ges av läget i en artikel från i år: *“... services are not integrated... policies are not based on evidence but on political parties’ ideologies. There is a belief that out-patient clinics are useless...”*. Flera psykiatriker beskriver för oss att ett stort problem är svårigheterna att avsluta patienter eftersom uppföljningen i primärvård är mycket bristande. Detta drabbar i sin tur andra patienter som skulle vara i behov av högkvalitativa bedömningar. Tyvärr krävs alltså ofta först ett starkt kontaktnät och därefter privata medel för att få högkvalitativ vård.

Över hälften av läkarna arbetar deltid helt utan ersättning på IPq. Det möjliggörs av att de kan tjäna bra privat. IPq lockar också med sitt starka forskningsfokus. Det verkar pågå studier på nästan varje mottagning vi besöker. Ledningen satsar verkligen på att gynna forskning. Ett problem som nämns är dock att många endast söker doktorstiteln för att kunna höja arvudet på sin privata mottagning.

Vi tänker på en kollega i Sverige som önskar sig en helt forskningsinriktad klinik. Det verkar här som att man kommit en bit på den vägen. Det går dock att ana vissa risker med tätt blandad klinik och forskning. Kanske kan patienter känna sig nöjda att gå med i studier för att få åtkomst till vården. Kanske kan viljan att sätta vissa diagnoser öka. En brasiliansk ST-läkare vi talar med är exempelvis kritisk till hur frikostig man är med diagnosen bipolär typ 2, samtidigt som diagnosen ingår i flera pågående studier.

Vi är också några dagar på en akutavdelning och gör stora ögon när vi får veta att eventuell familj måste godkänna tvångsvård och har möjlighet att avbryta den. Det individcenterade Sverige gör sig påmint. Akutavdelningen är väldigt lugn och vi ser inga tvångsåtgärder. Kanske är det för att patienterna är något mindre sjuka än vad vi är vana vid. De flesta verkar ha någon psykosjukdom. Men kanske har det också att göra med att psykiatrien har ett skamfilat rykte och relativt nyligen genomgått deinstitutionalisering (ca 1995–2005). Psykiatrins maktutövning har ögonen på sig. Vi lär oss om tardiv dystoni när vi träffar en av patienterna. Debuten skedde något år efter peroral behandling med risperidon och neurologerna har inte hittat någon annan orsak. Bålen, halsen och armarna spänner sig på ett chorea-liknande vis genom hela samtalet och det ser mycket plågsamt ut. Patienten är övertygad om att vara styrd utifrån. Behandlingen blir klopazin och besvären minskar betydligt åtminstone initialt.



Det visar sig att Institutionen för folkhälsa på Universidade de São Paulo har en kurs i kronobiologi och Fredrik går på föreläsningarna. Detta växande och nyligen nobelprisbelönade fält är oss två nästan helt okänt. Mycket talar dock för att kopplingen mellan exempelvis biologisk rytm och bipolär sjukdom är stark. Fredrik möts av viss oro över potentiella risker när han beskriver svensk melatoninanvändning. Kanske är det ett preparat som borde användas mer försiktigt. Efter kursen får vi även auskultera på IPqs sömnmottagning och sömnlaboratorium. Bland annat demonstreras en Brasilienutvecklad klocka eller aktigraf som mäter rörelse, kroppstemperatur och ljus. Intressant nog genomför man i skrivande stund långtidsstudier på just bipolär sjukdom och samlar dessa data.

Psykiatrien vi fick uppleva på IPq var på många sätt mer lik svensk än brasiliansk psykiatri. Detta underströk ojämlikheten i landet och fick oss att tänka mycket på vikten av en jämlik och väl utbyggd vård. Det är inte bara mer rättvist, utan också mer effektivt. Vi kan i denna text bara beskriva en bråkdel av intrycken, men vi tar med oss fina minnen och flera funderingar om bland annat:

- Det varma mottagandet från kliniken och från de patienter vi träffade.
- Att det kan finnas förbättringsmöjligheter för svensk ST: Kontinuitet? Risker med nedskärning av terapiutbildningen?
- Nya kunskaper om sömn. Är kronobiologin nästa heta ämne inom psykiatrien?
- Kanske finns ett behov av att titta närmare på melatoninanvändningen i Sverige?

Text och foto:  
**Fredrik Wikström**  
**Gustav Wingquist**  
*Cullbergstipendiater*  
*ST-läkare Psykiatri Sydväst*  
*Stockholm*

# Hur löser vi de samhällsproblem som bidrar till den ökande psykiska ohälsan?

## En seminariereserie med ambitioner!

Psykiatrifonden, 1,6 miljonerklubben och ICA-kuriren samverkar kring seminarier för att belysa och söka lösningen på den ökande psykiska ohälsan.

Sedan fem år har Psykiatrifonden varit delaktig i evenemang riktat till allmänheten för att öka medvetenheten om psykisk ohälsa under parollen "alla känner någon". Det har skett genom debattartiklar, föreläsningar men också genom evenemang som Mental Health Run, Mental Health Evening och nu, senast i raden av utåtriktade aktiviteter, en seminariereserie om den psykiska ohälsans utbredning och konsekvenser. Syftet är att flytta upp frågan på den politiska agendan, att belysa problemens utbredning och att bidra till att hitta lösningar genom att öka intresset för att stödja forskning.

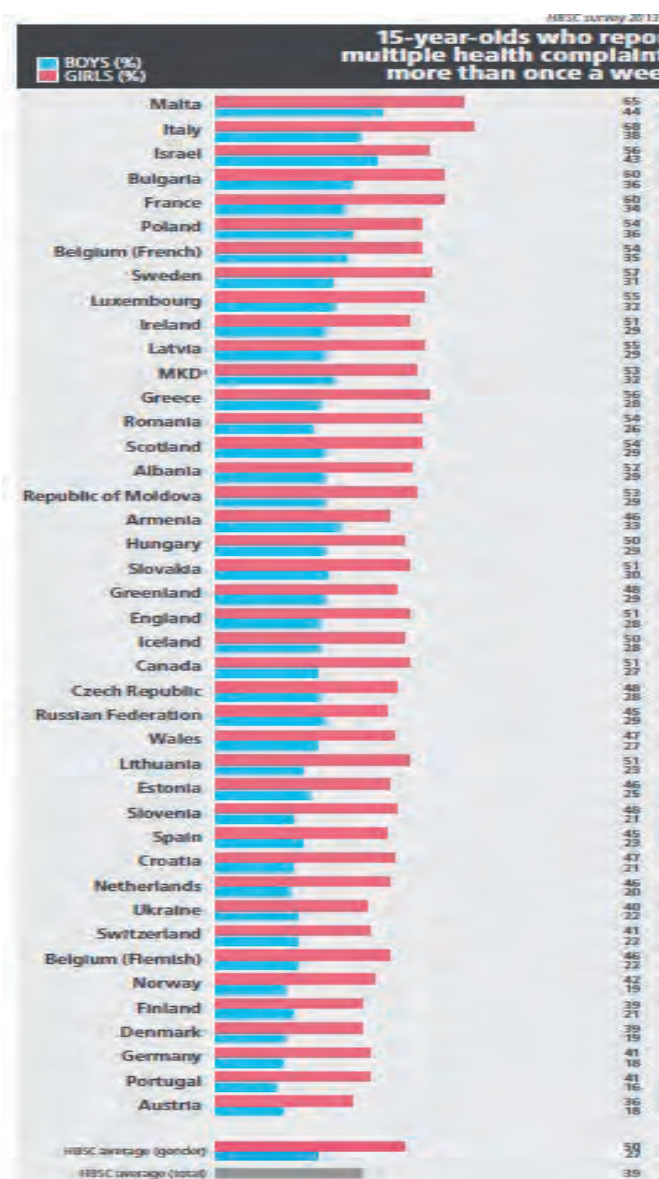
Forskning inom området psykisk ohälsa har länge varit eftersatt. Orsakerna är många, t.ex. har andra medicinska områden varit prioriterade för stora anslag, och inom psykiatrisk forskning har biologisk forskning varit prioriterad framför behandlingsforskning. Fördomar att psykisk ohälsa och missbruk är självförvållade och inte sjukdomar bidrar till att viljan att ge donationer är låg. Psykiatrifonden, tillsammans med ICA-kuriren och 1,6 miljonerklubben vill upplysa om att vi behöver öka medvetenheten om de orsaker i samhället som bidrar till att psykisk ohälsa ökar bland unga, att droganvändning, stressrelaterad ohälsa och spelmissbruk ökar. För att nå den kunskapen och därigenom också finna lösningar behövs forskning som studerar psykisk ohälsa, dess utbredning och bestämningsfaktorer, både samhälleliga och individuella. Dessutom ger forskningen svar på vilka insatser som har störst potential att vända den ökande trenden.

Seminarierna hålls i Stockholm och vänder sig till allmänheten. De är ca två per halvår och kostnaden för att delta är mycket rimlig. Aktuella frågor belyses genom medverkan från experter, både forskare och utredare samt företrädare för hälso- och sjukvården. Politikermidverkan är ett viktigt inslag liksom också vittnesmål från personer som själva insjuknat i psykisk ohälsa men hittat tillbaka till en tillfredsställande tillvaro i samhället.

Det första seminariet hölls i februari på Sophiahemmet under titeln "Att falla mellan stolarna". Det handlade om gapet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Bakgrunden var dilemmat som illustrerades av Uppdrag Granskning i sin berättelse om Sanne som inte fick vård för sina psykiska problem och sitt drogmissbruk trots att ingen vårdgivare gjorde fel.

Kärnan i problemet är att personer med drogproblem inte får behandling för sina psykiatriska symtom förrän missbruket upphört och, inom missbruksvården anses dessa patienter vara för psykiskt sjuka för att kunna behandlas för sina drogproblem. Det får till följd att personer med dessa dubbla problem, s.k. dubbeldiagnoser, bollas mellan vårdgivare utan att få hjälp.

Gerhard Larsson, som gjort den s.k. missbruksutredningen på uppdrag av regeringen, påpekade att felet ligger i att ansvaret,



och därtill hörande budgetmedel, för psykiska problem ligger på psykiatrin medan ansvaret för missbruk hör till socialtjänsten. I de flesta andra länder finns ett samlat ansvar för både missbruk och psykisk ohälsa inom hälso- och sjukvården. Den tragiska konsekvensen är att, för personer med dubbeldiagnoser, ökar dödligheten medan den minskar inom alla andra ohälsoproblem. Den uppgick förra året till 3000 dödsfall.

**Karin Rågsjö**, riksdagsledamot (V) berättade att frågan tyvärr ligger ganska lågt i prioritering inom de flesta politiska partier och att hon skulle göra sitt bästa för att höja upp den. Ing-Marie Wieselgren, psykiatrisamordnare på SKL, betonade att vi måste samverka redan nu och inte vänta på politikerbeslut och lagstiftningsändringar.

Hjärnkollsambassadörerna **Tina Essner** och **Natalie Sundberg** berättade gripande om sina egna erfarenheter av att inte få vård, att slussas runt miltals i vårt land för att de ansågs ha för svår problematik – bägge är nu drogfria, arbetar och har familj trots utebliven vård men de flesta fortsätter att missbruka och går en för tidig död till mötes. Paneldebatten blev livlig och engagerad, alla enades om att gå vidare med namnlister och uppvakta politiker när ärendet dras i riksdagen den 28 februari. Hela seminariet kan ses på Psykiatrifondens och 1,6 miljonerklubbens hemsidor.

Ett andra seminarium hölls i april på ABF-huset och handlade om den ökande psykiska ohälsan bland barn och ungdomar. Socialminister **Lena Hallengren** berättade att frågan låg högt uppe på hennes prioriteringslista. "Det går inte en dag utan att frågan på något sätt berörs" sa ministern. Själv är hon övertygad om att problemets lösning ligger i en slags lättillgänglig vårdmiljö som anknyter till skolan, t.ex. ungdomsmottagningar med koppling till skolhälsovård. Det handlar också om attityder till psykisk ohälsa; den uppmärksammas för sent av vuxna som, i sin tur, inte vill nedvärdera den unga personen. Ungdomen själv vill inte bli klassad att ha psykiska problem. Lena Hallengren menade också att det är viktigt att minska köerna till BUP men problemets kärna ligger i samhället vilket illustreras av PISA-resultaten, av enkästudier riktade till skolbarn och av ökande tryck på BUP, både öppenvård och slutenvård.

**Alice**, 19 år, berättade om hur hon drabbades av utmattnings- som 17-åring efter att ha pressat sig till höga betyg i skolan samtidigt som hon tävlade i idrott och hade jobb. En dag, i samband med en panikattack, orkade hon inte längre och bad sin mamma om hjälp att söka vård. När hon väl konstaterats att ha drabbats av utmattningsyndrom fick hon god hjälp och har idag en helt annan syn på sin tillvaro. Hon vill bidra till att hjälpa andra ungdomar genom att berätta om sig själv och har många tusen följare på sociala medier.

**Göran Rydén**, verksamhetschef vid Barn och Ungdomspsykiatrin, bekräftade att de idag tar hand om allt fler ungdomar samtidigt som han anser att problemet med den ökande ohälsan hos yngre inte är ett psykiatriskt problem utan ett samhällsproblem. Han tycker, liksom Lena Hallengren att det krävs en lättåtkomlig insats i nära samverkan med skola och primärvård som bör inrikta

sig på tidig upptäckt och rådgivning eller behandling av ungdomar i riskzonen för att drabbas av allvarigare ohälsa.

**Johan Carlson**, chef för Folkhälsomyndigheten redogjorde för statistik om hur Sverige hanterar problemet jämfört med andra europeiska länder. Sverige ligger på 7:e plats i Europa i antalet unga kvinnor med problem som härrör från den psykiska ohälsan (se figuren: hämtad från Folkhälsomyndighetens rapport). Jämfört med våra nordiska grannländer har ökningen av psykisk ohälsa varit större, men även bristen på adekvata åtgärder.

Seminarierna har varit uppskattade men inte nått ut så som vi önskat. Därför vill vi nå ut genom fler kanaler och har nu tagit initiativ att samverka med andra organisationer som MIND, (H) Järnkoll, St. Lucasstiftelsen och SKL. Vi driver frågorna framförallt genom lobbying, folkbildning, stöd till forskning om Psykisk ohälsa och debattartiklar. Vi hoppas på det sättet att frågorna prioriteras politiskt och att lösningar påvisas genom forskning och exempel från andra länder.

Om det finns intresse, t.ex. idéer till ämnen som bör belysas eller om det finns andra synpunkter, hör av er/dig till artikelförfattaren.

**Lena Flyckt**

*Docent, vice ordförande i Psykiatrifonden, medlem av 1,6 miljonerklubbens expertgrupp  
Lena.flyckt@ki.se*



# Psykiatri i förändring

EPA:s kongress 2019 hölls i Warszawa 6–9 april. Representanterna från de nationella psykiatriska föreningarna i Europa var särskilt inbjudna. Som styrelseledamot i ST-läkarnas förening STP blev jag erbjuden att representera SPF och Sverige i de officiella sammanhangen på EPA:s möten under kongressen.

Till årets EPA-kongress hade drygt 50 svenska deltagare anmält sig. Det kändes som att vi var få, men som en dryg procent av de dryga 4000 deltagarna på kongressen motsvarar det faktiskt Sveriges relativa storlek i Europa. Jag kan ändå tycka att fler svenska kollegor borde hitta hit. Grannlandet Danmark hade betydligt fler deltagare än Sverige, medan Norge hade ännu färre. Till och med Australien hade fler deltagare än Sverige. Glädjande dock att en AT-läkarkollega från Norrbotten valde att komma, synd bara att jag inte har lyckats övertala henne att göra en ST på min klinik. Det tycks rent allmänt som att en stor andel av deltagarna på kongressen är yngre, till synes en större andel än på SPK. Lägre avgifter och ett särskilt spår för yngre läkare bidrog säkert till detta. Många av de yngre var från värdlandet Polen. Bra att deras ST-läkare har möjlighet att delta på en sådan här kongress.

Jämfört med den Svenska Psykiatrikongressen har EPA-kongressen förstås en mer internationell prägel, på gott och ont. Programmet är kanske lite mindre kliniskt tillämpbart i en svensk kontext än SPK. En del av de sessioner jag deltog i på EPA-kongressen hade ett mer övergripande och transnationellt perspektiv. Kongressen smygstartade med ett välbesökt forum, där ett fokus var mänskliga rättigheter i relation till tvångsvård, där förutsättningarna och den historiska och aktuella kontexten skiljer sig en hel del åt i olika länder. Det är värt att lyfta blicken från bara Sverige när man reflekterar över dessa frågor.

Även nedslag i situationen i enskilda länder förekom. En föreläsning bestod i en översyn över rättspsykiatri i Belgien, som trots det snäva ämnet var relativt välbesökt, men det beror nog på att programpunkten lite missvisande var betydligt mer allmän än så. Jag slogs särskilt av en presentation om Bulgariens psykiatri, där en grupp från EPA hade blivit inbjudna av landets myndigheter för att ge sin syn på psykiatri i landet. EPA-gruppen fann mycket stora brister på i stort sett alla nivåer, och gjorde ett förslag på ett omfattande reformarbete, som det tyvärr förefaller högst oklart i vilken utsträckning det kommer att genomföras.



Foto: Shutterstock/TT studio

Jag fick höra att Spanien och Bulgarien är de enda länderna i Europa som inte har någon särskild specialitet för barn- och ungdomspsykiatri, och jag fick lära mig att i flera andra europeiska länder där specialiteten finns tillhör den enligt uppgift den allmänna nationella psykiatriska föreningen och är inte lika fristående eller framträdande som i Sverige. I Sverige finns ca 350 specialister (och 150 ST-läkare) i barn- och ungdomspsykiatri medan t.ex. Moldavien som har en tredjedel så många invånare som Sverige inte har någon enda specialist (trots att det förekommer som specialitet). Det diskuterades bland de nationella representanterna att EPA:s organ bör visa ett tydligt stöd för utökat fokus på just barn- och ungdomspsykiatri i Europa.

Temat för kongressen var psykiatri i förändring. Ett uttryck för förändring är det reformarbete som anses behövt av psykiatrin i många länder i Östeuropa (till exempel Bulgarien). En annan förändring är förstås den ökade digitaliseringen av olika aspekter av psykiatrin. Det finns många appar till mobiltelefoner för att skatta sitt mående, bland annat för att upptäcka bipolära skov. Man har funnit att aktiv datainsamling där patienter skattar sitt mående i sådana appar blir alltför enformigt i längden, så patienterna slutar ofta med detta efter ett tag. Därför tänker man sig passiv datainsamling utan aktivt medverkande från patienter – där

telefonen kan känna av att du inte är utanför bostaden lika ofta, inte kontakter andra personer lika ofta, eller liknande, vilket skulle kunna ses som tecken på försämrat mående. Etiska reflektioner och integritetshänsyn kring detta var anmärkningsvärt nog dock inget som sågs som några större hinder.

En programpunkt som drog mycket folk var den där man presenterade instrument för att använda virtual reality (VR) för behandling av rösthallucinos, där behandlaren har en så kallad trialog med patienten, där behandlaren dels pratar med egen röst och dels med en datorförvrängd röst med tillhörande datorgenererat ansikte (avatar) som har valts för att likna patientens mest framträdande och besvärande rösthallucinos. Man har redan sett viss positiv effekt, såtillvida att rösterna ofta blir mindre besvärande efter denna behandling. Mer forskning behövs, som vanligt.

Hur kan vi öka intresset för EPA-kongressen bland svenska kollegor? På EPA:s webbplats läser jag att det hölls en föregångare till EPA-kongress i Stockholm 2002. Kanske är dags för en ny? EPA Stockholm 2027?

**Jonatan Adling**  
ST-läkare, Öjebryn



# Inspirationen kommer ibland när man får gå en kurs

## Referat och reflektioner från en kurs om PCL-R i Göteborg 7-9 maj

Nu har jag gått en kurs. Inspirerande!

Ära till kursgivarna Ola Ståhlberg, Emma Bolund Lauenstein och Katarina Howner!

Det händer ibland att mina patienter kallar mig för psykopat – kanske för att de tycker jag bestämmer litet för mycket över deras liv, mer än vad de tycker är rimligt i alla fall. Under mitt tjugoföråriga yrkesliv inom rättspsykiatri har jag träffat på flera personer som jag skulle säga har psykopatisk personlighetsproblematik. Varför jag stannar kvar i ett jobb där man har den kontakten med sådana människor? Varför befinner jag mig mitt ibland dem som ”inte ens Gud tycker om”? Tänk om det är så att jag faktiskt har några av de drag som man associerar med psykopati (förutom narcissism då...).

1998 infördes strukturerad riskbedömning enligt HCR-20 vid kliniken i Öjebyn, som jag började arbeta vid efter min tid i Sundsvall. Psykopatiskattning med instrumentet ”the Psychopathy Check List” (PCL-R) enligt *Robert D Hare* är en del av återfallsriskskattningsinstrumentet (puh, långt ord) HCR och om man har psykopati ger det en 2:a i en av kolumnerna i HCR-20. Psykopati anses också som en svårare riskfaktor än de flesta, den predicerar större risk för återfall i brott.

*Philippe Pinel* har utmålats som en stor reformator av psykiatri och kriminalvård i slutet av 1700-talet. Han beskrev även psykopatin som ”En psykisk sjukdom utan förvirring”, ”Fullständigt utan ånger och hämningar” och ”I moraliskt hänseende psykiskt sjuk”.

1941 skrev psykiatern *Hervey Cleckley* en bok ”Mask of sanity” (som jag en gång ägt och som sedan sålde för 150 kr... dumt...) och det var på Cleckleys beskrivningar som psykologen Robert Hare så småningom utvecklade PCL – the Psychopathy Check List, sedermera reviderad, men fortfarande det mest använda instrumentet för att försöka klarlägga en del av våra mörka mänskliga sidor.

Idag räknas inte psykopati till allvarlig psykisk störning i Sverige vid en rättspsykiatrisk undersökning (RPU). De flesta döms till fängelse. Och fängelse hjälper inte, är de allra flesta överens om. Hjälper då rättspsykiatri? Ja kanske om vi kan hantera riskerna. Behandling måste inriktas på att lära in strukturer som förhindrar upprepande av felaktig konfliktlösning. Var konkret! Ge inte dubbla budskap till den du behandlar, det är förödande, det blottlägger patientens brist eller oförmåga på kognitiv/exekutiv nivå. Patienten förstår inte vad vi säger – lika litet som vi förstår denne.

Under åren har många tankar snurrat kring dessa personer, som är så spännande och så abnorma att vi fascineras. Vi ser hos psykopaten ett konstant sökande efter spänning, det måste hända en massa. Vi ser uttalad brist på skuldkänslor. Psykopaten lider inte av dåligt samvete, vi ser att denne har oförmåga att fästa sig vid andra människor och visa äkta medkänsla. Använder andra till sin egen fördel, men känner sig aldrig förpliktad att ge något igen. Impulserna styr psykopaten, som handlar efter första impuls och överväger aldrig konsekvenserna. Skillnaden mellan sanning och lögn har psykopater ett avslappnat förhållande till.



Foto: Shutterstock/Sergey Dzyuba

De väljer alltid den version de kan få störst nytta av. Fängelsestraff har ingen uppfostrande effekt men kanske tydliga tvingande föreskrifter, med tät kontakt minst tre gånger i veckan och – viktigt – möjlighet till manipulation måste undvikas. Har förresten terapier någon effekt? Vilken terapi ska man då välja?

Psykopaten kan troligen på kognitiv logisk nivå se att felaktigt handlande leder till konsekvens, men detta förhindrar inte felaktigt handlande. Var sitter felet? Amygdala? Anteriora gyrus cinguli? Prefrontala cortex? För litet cortex?

Mer terapitankar: All kommunikation måste ske på logisk nivå. Förutsägbara strukturer minskar oro och behovet att manipulera... Konspirationstanke: ska en terapi med en vanlig neurotiker då hellre ske på ologisk nivå?

Biologiska/neurologiska teorin talar om genetisk defekt och hjärnskada. Dynamiska teorin om brister i överjagsutveckling via otrygghet, svek, tillitsbrist.

Psykopati: < 1 % av normalbefolkningen.

Cluster B i DSM-III och IV innehåller antisocial, borderline, narcissistisk och histrionisk personlighetsstörning. Antisocial personlighetsstörning överlappar till stor del med det psykopatibegrepp vi har idag. *Hans Asperger* beskriver i boken om Fritz, som utkom 1944, den autistiska psykopatin. Här exemplifieras hur normal-känslöfrånvänt ett autistiskt barn kan vara. Autism är en källa till feltolkning av Den Sanna Psykopatin. Liksom de med schizofrenisjukdom utgör en felkälla när de tolkas som psykopater.

Vanliga observationer när man har med psykopatiska personer att göra kan vara att de pendlar mellan aggressivitet och värme. De minimerar och bagatelliserar, definierar om problemet. Skapar tidsbrist. Tänjer på regler, ljugar. Kan förmå andra att överträda regler. Utövar känslomässig utpressning, använder positivt värdeladdade ord. Går med fast han i själva verket tycker tvärt om. Låtsas hjälplös.

Jag har testat skatta mig själv på PCL-R. Jag fick 3 poäng men då kanske jag inte bedömt mig rätt.

Vad får jag för poäng? Det räcker inte på långa vägar till diagnos, även om jag eldat gräs i barndomen och varit svår mot mina syskon och haft flera äktenskapsliknande förhållanden.

Därför är jag inte Psykopat. Möjligen Paternalist.

Kanske jag ska lägga mig under instrumentet PCL-R med någon annan som granskare.

**Per-Axel Karlsson**

*Chefsöverläkare Länsgemensam RättsPsykiatri*



## Familjen och livscykeln

Björn Wrangsjö och Ingegerd Wirtberg  
Studentlitteratur, 2019

Familjen och livscykeln vänder sig enligt förlaget till "yrkesverksamma med olika yrkes- och utbildningsbakgrund, som i sitt arbete möter familjer och som vill fördjupa förståelsen av familjelivet och dess förutsättningar belyst i ett långtidsperspektiv". Boken är en uppdatering av en bok med snarlik titel av Björn Wrangsjö som utkom för 10 år sedan. Revideringen består dels av ett helt nytt avsnitt där familjen sätts in i ett samhälleligt och kulturellt perspektiv, dels av en revision av beskrivningen av familjens livscykel från den tidigare upplagan.

Ur baksidestexten: "Par skapar familjer inom vilka barn växer upp till vuxna som skapar familjer inom vilka barn växer upp. I en process över decennier och sekler skapas nya familjer ur de gamla, vilka i sin tur lämnar plats för nya. Förståelse för dessa processer på individ- och familjenivå hämtas bland annat från utvecklingspsykologi, systemteori, kulturpsykologi, intersektionalitetsteori, anknytnings teori och intersubjektiva perspektiv. De centrala funktionerna i en familj diskuteras och skydds- och riskfaktorer belyses. Olika stadier och skeenden illustreras genom en familjeberättelse som sträcker sig över fyra generationer".

Som barnpsykiater är utvecklingsperspektivet naturligt för mig. Barn utvecklas och förändras kroppsligt, kognitivt och emotionellt och sedan Piagets dagar tänker vi på utveckling i stadier med förväntade utmaningar, svårigheter och bemästrande. Alltså ett sätt att se kriser som en inbyggd aspekt av livets gång. På en relationell nivå innebär barnets utveckling nya roller och uppdrag för föräldrarna och sett i ett livsperspektiv talar vi om familjens livscykel. Ur individens synvinkel går vi från att vara ett beroende, ansvarslost litet barn, via begynnande autonomi hos tonåringen, att söka en partner, få barn och bli förälder, se barnen flytta hemifrån och med tiden bli far- eller morförälder. Och mot livets slut återigen bli en enskild individ. Småbarnsföräldern får inte vara i fred på toaletten för att 2-åringen rycker i dörren och vill vara med, tonårsföräldern hittar ett anslag på dörren till barnrummet "Tillträde förbjudet för vuxna".

För behandlare som arbetar med barn och ungdomar är det viktigt att vara medveten om vad som är utvecklingskonflikter och utvecklingshinder och kunna skilja psykiska reaktioner som är en följd av det från symptom som kan förstås som uttryck för psykisk sjukdom. Hur har det kommit sig att man fastnat i ett utvecklingsskede? Hur kan hinder för utveckling lösas upp? För en familjeterapeut ger livscykelperspektivet

tillgång till en begreppsapparat för att förstå problematik och kunna ge klienterna perspektiv. Separationer är vanligast i småbarnsfasen, när praktiska saker, omvårdnadskrav, sjukdom hos barnet kombineras med bristande sömn. Då har man inte ork med mycket annat. Här kan en utomstående behandlare hjälpa paret att se detta som relaterat till livsfasen, inte att kärleken tagit slut.

Boken är lättillgänglig och ger en god inblick i familjens livscykel som ett användbart begrepp och ger många exempel på hur det kan te sig i verkligheten som vägledning för hur den som träffar familjer kan vara mer till deras hjälp.

Saknas något i boken? Den beskriver den typiska familjen med två föräldrar och barn som lever tillsammans. Författarna medger att de har sin "kulturbakgrund i majoritetssamhällets förutsättningar", och ur ett statistiskt normalperspektiv är det rimligt. Det vanligaste är mest vanligt, normen. I Sverige växer 70 % av barn upp med båda sina föräldrar, det är rimligt att ha god kännedom om den vanligaste familjetyper. Men behandlare träffar även på andra familjetyper: styvfamilj (kanske inte bara en andra utan en tredje familjebildning), föräldrar med adopterade barn eller barn som kommit till med provrörsbefruktnings, familjehem, hbtq-relationer. I en bok som riktar sig till behandlare hade det varit värdefullt om sådana "annorlunda" familjetyper också belysts med exempel. Med den reservationen har vi fått ett värdefullt tillskott i litteraturen om familjeperspektiv i Sverige.

**Per Gustafsson**  
*Professor emeritus  
BUP Linköping*

**Distraherad**

Sissela Nutley

Natur &amp; Kultur, 2019

**Notes on a Nervous Planet**

Matt Haig

Canongate, 2019

**Den ädla konsten of Not Giving a "F\*ck"**

Mark Manson

Mima Förlag, 2018

(översättning Gabriel Setterberg)

Boken *Distraherad* av Sissela Nutley har undertiteln *Hjärnan, skärmen och krafterna bakom*. Ja, vad är det för krafter som idag gör oss så distraherade och uppkopplade en stor del av vår vakna tid? Enligt författaren är det bland annat den mänskliga hjärnan som stjälar vår uppmärksamhet. Det kan ju låta som en paradox, vilket det också är. Kollar man sin mobil hundratals gånger om dagen, bråkar med sin partner och sina barn om skärmtid och gör sig själv ständigt tillgänglig för att svara på jobbfrågor så fort det plingar till i mobilen så är det ju ganska uppenbart att man därigenom anpassar sig till att inte vara särskilt uppmärksam och/eller fokuserad. Faktiskt heller inte särskilt tillgänglig. Att man hela tiden instinktivt svarar i sin mobil är inte detsamma som att vara tillgänglig och uppmärksam – närvarande. Någon som hört om Pavlos hundar?

För att förstå varför vi så lätt reagerar autopilotiskt (pling!) har bl. a. att göra med att "kraftig och upprepad aktivitet i belöningsområden i hjärnan är kopplad till tillvänjning och ökad risk för att utveckla ett beroende av aktiviteten." Mobilen har gjort oss både beroende och medberoende på en och samma gång. Som jag tidigare skrivit: "It takes one to tango." Vem ska man nu skylla på?!

På annan plats har jag skrivit om detta fenomen (beroendet) i termer av en upprepande och fokusförskjutande sysselsättning som gör oss *förhållningssjuka*: En sjuka som jag antar blir vårt nästa "offeruppviglande" område vad gäller professionens aldrig upphörande och nitiska *anomalisökeri* – avvikelsejakt; i sig en beroendeframkallande problematik. Kanske inte helt olik ett oreflekterat skärmberoende. Det vill säga missbruk.

Sissela Nutley skriver vidare om vilken roll innehållet och tiden framför skärmen spelar med tanke på hur vi mår. Hon redogör också för hur vår hjärna påverkas av vår upptagenhet framför skärmen, och om hjärnans behov av stimulusfritid för återhämtning.

Nutley uppmärksammar läsaren vidare på barns- och tonårs-hjärnans sårbarheter med tanke på de risker som finns i samband med ett allt för starkt beroende av skärmaktivitet och andra beroenden under utvecklingsåren. I detta sammanhang kan man fundera över om man kan sätta likhetstecken mel-

lan skärmen som beroendeframkallande aktivitet och andra riskfyllda beteendevikelser hos barn och ungdomar. Så till föräldrar, lärare och andra vuxna i barns och ungdomars omedelbara närhet anser författaren att: "Istället för devisen *frihet under ansvar*, som vi ofta applicerar på tonåringar med ganska dåligt resultat, bör vi låta devisen *stöd under utveckling* vägleda oss" (min kursivering).

Sissela Nutley har disputerat inom kognitiv neurovetenskap med fokus på hjärnans utveckling och formbarhet. Hon är idag knuten till Karolinska Institutet och en flitigt anlitad föreläsare inom hjärnans formbarhet, uppmärksamhet och relationen till sociala medier.

Nutleys bok har en del likheter med Matt Haigs bok *Notes on a Nervous Planet* i vilken han lär oss att mindre instinktivt och mer balanserat använda det digitala mediet och dess utbud som finns idag, med alla dess därtill hörande kommunikationsmöjligheter. Han lär oss minimeringens konst och gör oss observanta på att de valmöjligheter och den mångfald som nu finns inte nödvändigtvis gör oss friare och klokare som informationskonsumenter. Matt Haig skriver om internetångest, hur att använda internet och sociala medier i mindre utsträckning samt konsten att hantera det hela med "Baby steps". Med vilket han syftar på att lära sig att prioritera det som är viktigt i livet. Så, vill vi fortsätta att existera i den tid som är och "överleva" i den utan en massa självframkallad stress, ångest och panikattacker måste vi också lära oss att ha bättre koll på oss själva och vårt ofta oreflekterade behov av att självbedrägligt bli bortdribblade i sorlet av en massa *mer av ingenting*. Mycket (o)riktigt lever vi ju just i *en tid av ingenting* som den engelske historikern Peter Watson skriver om i sin mycket läsvärda bok *The Age of Nothing*. Låt oss därför följa Matt Haigs uppmaning och anstränga oss lite extra och våga ta ett stapplande "Baby step" för att därmed bättre lära oss konsten att nästa gång det plingar till (Pavlov!) "Check on (!) what you are doing" (*bara reagerar*) genom att "Check out (!) what you ought to do but not doing" (*att reflektera genom att avstå*). Reflektera är liv och att bara reagera är "att överleva", som om vi vore hotade. Vilket vi inte alls är.



Till att reflektera krävs motståndskraft som Mark Manson skriver om i sin helt underbara och lite "kaxiga" bok *Den ädla konsten of Not Giving a F\*ck*: "Motståndskraft, lycka och frihet kommer ur att veta vad du ska bry dig om och vad du inte ska bry dig om." Men den skillnaden kan vi förstås varken göra eller stå ut med (sörja) utan bristen som gör oss till hyggligt återhållsamma och reflekterande varelser: En brist (tomrum) man alltså inte alltid rastlöst behöver fylla genom att självbe-  
drägligt säkra upp sig med diverse teknisk utrustning, som lätt lurar en att tro att med dess oändliga möjligheter behöver man alls inte ägna tid och kraft till att tänka på sin egen förgänglighet, tidens snabba gång och det omöjliga i tillvaron. Never a dull moment.

**Thomas Silfving**  
Författare och psykolog



Foto: Shutterstock/KimSongsak



## Medvetanders återkomst. Om hjärnan, kroppen och universum

Per Snaprud  
Natur & Kultur, 2018

### Spännande om vetenskaplig medvetandeforskning

"Det finns ingenting som vi har mer intim kännedom om än medveten upplevelse, men det finns inget som är svårare att förklara". Filosofprofessor David Chalmers i *The Character of Consciousness* (Oxford press, 2010).

Chalmers är en av huvudpersonerna tillsammans med hjärnforskaren Christof Koch i Snapruds bok *Medvetandets återkomst*. Boken har sin utgångspunkt då Koch 1998 slår vad om att frågan om medvetandet kommer nå ett genombrott 2023 och Chalmers sätter emot.

Boken ger en bred bakgrund till vadslagningen genom att kort beskriva olika filosofiska och vetenskapliga försök att förstå medvetandet inom den västerländska kulturen. Den är spännande och beskriver ett avgörande skede gällande "den djupaste av alla existentiella frågor: Hur kommer det sig att vi människor kan uppleva våra liv över huvud taget?" och som beskrivs som "vetenskapens största problem".

Snaprud, som är vetenskapsjournalist med viss erfarenhet av hjärnforskning, skildrar genom intervjuer med Chalmers och Koch och flera andra forskare hur medvetandet som varit tabu för akademisk forskning som något "subjektivt" nu är ett mycket intensivt forskningsområde. En av dem som bröt tabut var Nobelpristagaren Francis Crick. Han uppmanade tillsammans med Christof Koch 1990 hjärnforskare att ta medvetna upplevelser på allvar och att försöka hitta neurologiska korrelat i hjärnan. David Chalmers menar att det lätta problemet, att förklara beteenden och kognitiva funktioner, kan lösas så, men det svåra problemet att förklara den medvetna, subjektiva, upplevelsen av toner från ett piano kräver något helt nytt utöver hjärnan.

Strax innan Cricks död skriver han och Koch 2003 "Ingen har kommit med någon rimlig förklaring till hur upplevelsen av det röda i rött skulle kunna uppstå genom hjärnans aktivitet". Snaprud berättar vidare att Koch funderade länge på hur hans idé med neurologiska korrelat i hjärnan skiljer sig från Descartes, som placerade medvetandet i tallkottkörteln. Koch tvivlar

nu på att det räcker med nya fakta från laboratoriet för att lösa medvetandets mysterium utan inser att det också behövs en grundläggande teori. Här blir Koch intresserad av psykiatern och hjärnforskaren Giulio Tononis *Integrated Information Theory* (IIT) som Koch beskriver som "en pansykism för 2000-talet".

Pansykismen, att det finns förstadier till medvetande i all materia, är en gammal lära men som nu tas på allvar av flera forskare. Kritiker menar att detta beror på en desperation över att vetenskapliga framsteg om medvetandet är små. Men pansykister menar att det är lättare att lösa problemet med hur "många små medvetandet" kan ge ett större mänskligt medvetande än att lösa det svåra problemet hur en materiell hjärna bestående av "medvetlös materia" kan ge upphov till medvetandeupplevelser.

Snaprud beskriver olika synsätt om hur medvetandet hänger ihop med hjärnan, kroppen och resten av universum: materialism/fysikalism, idealism, dualism och monism men anser att alla är osannolika. Som civilingenjör i botten tänkte Snaprud att det som ligger närmast till hands är att medvetandet uppstår genom fysiska processer i hjärnan men liksom Koch har han blivit lite mer öppen för pansykismen.

Giulio Tononis IIT, "2000-talets pansykism", beskriver medvetandet som information i matematiska termer. Och han kan med den teorin förklara varför storhjärnan men inte lillhjärnan, trots att den har fler celler än storhjärnan, har med medvetande att göra, vilket ingen lyckats med tidigare.

Men det vi upplever är varken hjärnprocesser eller matematik utan verkliga objekt med färg, form, ljud och andra kvaliteter lokaliserade i rum och tid. Därför är det nog så att IIT ändå inte löser medvetandets problem.

Snaprud tror att naturvetenskapen ska lösa även medvetandets problem, men samtidigt är hans bedömning att något avgörande genombrott inte är i sikte. Men Snaprud är här lite för pessimistisk.



Situationen i medvetandeforskningen påminner om den i fysiken i slutet på 1800-talet. Man hade stora olösta problem, t.ex. kunde man inte, med Newtons mekanik och Maxwells elektromagnetism, förklara hur materiens byggstenar atomerna var stabila och inte kollapsade. Vilket löstes först med kvantteorin och relativitetsteorin som radikalt förändrade synen på materien och rumtiden.

Och en radikal förändring i våra föreställningar om hjärnan och medvetandet tycks vara på väg. Panpsykismen är ett tecken.

Snaprud tar själv upp hjärnforskaren professor Antonio Damasio som avfärdar det som absurt att en isolerad hjärna i ett akvarium kan ha några upplevelser och som tydligt argumenterar för att det räcker inte med hjärnan utan hela kroppen är viktig även för medvetandet.

Utöver det Snaprud tar upp finns dessa tydliga tecken på en radikal förändring.

Alva Noë, filosofiprofessor med kognitions- och hjärnforskning, går ett steg längre i *Out of Our Heads. Why You Are Not Your Brain, and Other Lessons from the Biology of Consciousness* (Hill Hwang 2009) och menar att medvetna upplevelser inte uppstår i och enbart av hjärnan utan medvetandet är en aktivitet som vi utför och som inbegriper hjärnan och interaktion med världen omkring oss.

Och ännu radikalare är Riccardo Manzotti, biträdande professor i teoretisk filosofi och psykologi som, i *The Spread Mind. Why Consciousness and the World Are One* (O/R Books 2017), menar att medvetandet är materiellt men inte identiskt med materia i hjärnprocesser utan identisk med de materiella objekten i omvärlden utanför hjärnan.

**Jan Pilotti**

*Pensionerad ungdomspsykiater  
Fil.kand. matematik, teoretisk fysik*



Foto: Shutterstock/jakka808



## Processen Möten mediciner, beslut

Åsa Nilssonne  
Natur & Kultur, 2017

### Att skriva en självbiografi

Tanken att skriva en självbiografi som sammanfattning av och reflektion över sitt yrkesliv inom det psykiatriskt/psykologiska området kan nog leka många yrkesverksamma i hågen. Man kan skapa sammanhang i sin professionella gärning, få syn på sig själv, få svar på frågor och finna nya. Men vad är intressant för den tillrättade läsekretsen i spänningsfältet mellan kollegor och en intresserad allmänhet? Hur dras gränsen mellan privata och det mer offentligt professionella? Kommer det att handla om en "öppen" redovisning eller ett budskap med en tydligare positionering? Vilka erfarenheter har styrt vägvalen i den professionella resan?

Åsa Nilssonne, psykiater, psykoterapeut, författare och professor emeritus i medicinsk psykologi lyckas i *Processen – möten mediciner, beslut*. En professionell självbiografi kombinerar dessa båda aspekter. Hon inbjuder läsaren att följa henne på färden genom psykiatin under sina närmare 30 år som färdig specialist. "Hållplatser" på vägen i denna resa är framför allt de erfarenheter som framstår som centrala i så väl hennes professionella som personliga utveckling. Hon avslutar varje avsnitt med en sammanfattning under rubrikerna "Lärdomar" och "Reflektioner".

### Professionella vägval

Åsa Nilssonne är medveten om att hennes vägval inom psykiatin inte alltid varit "main stream". I valet mellan en psykiatrisk diagnostisk respektive psykologisk "läsart" av sin patient har den senare vanligen ha fått företräde baserat på hennes förståelse av patienters upplevelser och sammanhang. Hon förtydligar denna position genom att inte "styrka" eller argumentera för sina ställningstaganden genom referenser i sin text. Men hon betonar att hon inte är principiell motståndare till behandling med psykofarmaka och andra somatiska metoder.

### Att lyssna till patienten

I samtal med patienter som gjort avgörande intryck på henne under hennes utbildning och kliniska tjänstgöringar växer basen för hennes professionella identitet fram cirkulärt kopplad till det val av klinisk inriktning som stärker och bekräftar denna process.

En viktig episod under utbildningen som AT-läkare under slutet av 70-talet handlade om hur hon under handledning skulle lära sig att sätta in antidepressiv medicin på en medelålders, deprimerad man med god prognos. Patienten kom på regelbundna samtal då medicineringen måste regleras finstämt på grund av hans reaktioner. Under dessa möten förmedlade han steg för steg sin historia och sin aktuella situation på ett berörande och engagerande sätt. Så småningom vek depressionen och medicinen sätts gradvis ut. Vid sista samtalet meddelar patienten, under viss vanda, att han aldrig tagit sin medicin. Hans doktor säger förvånat "inte en enda tablett!". Patienten svarar "inte en enda tablett, men jag är mycket nöjd med den hjälp jag fått". Även om Åsa Nilssonne påpekar att "sånt kan ju hända" kom det att bidra till val av en nisch inom psykiatin där mediciner inte stod i centrum för behandlingen.

### Val av inriktning

Hon bekantade sig såväl med psykoanalys som med KBT och trivdes bättre med den sistnämnda då relationen till patienten tycktes mer präglad av jämlikhet och samarbete. Hon kom att välja dialektisk beteendeterapi (DBT) som bas för sitt arbete, huvudsakligen med kvinnor med vad som då benämndes som "borderline problematik". Naturligtvis kunde mediciner vara en del av behandlingen, dock huvudsakligen för att stödja den psykologiska behandlings- och utvecklingsprocessen. Den teambaserade behandlingen fokuserade i stor utsträckning på känslor; först att bättre stå ut med dem, sedan att reglera dem och slutligen förstå vad som väckte dem. Åsa Nilssonne kom undan för undan att uppfatta mer skada och mindre sjukdom i dessa kvinnors tillstånd. Hon för i detta sammanhang ingående resonemang om psykiatrisk diagnostik och dess vanskligheter och påpekar bland annat att diagnostik utan objektiva fynd riskerar att bli starkt beroende av betraktaren/bedömarens.

### Egen erfarenhet

Åsa Nilssonne vet vad hon talar om vad gäller psykisk smärta, inte bara som professionell utan också som privat person. Hon beskriver ett eget sammanbrott, en berättelse som utan vidare skulle kunnat kvalificera henne som "psykiatrisk patient". Genom att själv tillämpa sin psykoterapeutiska förståelse och metodik och genom några psykoterapeutiska samtal rider hon över ett antal månader ut sin egen storm vilket stärkte hennes



tilltro till de psykologiska redskapens potential även när det gäller att hantera intensiva smärtsamma inre tillstånd.

#### En rik framställning

Denna professionella självbiografi har sin tyngdpunkt i avgörande patientmöten, öppenhet kring egen problematik och yrkesmässigt vägval. Åsa Nilsson reflekterar bland annat över människosyn, antipsykiatriska rörelser, byggandet av det egna inre landskapet, professionella skyldigheter och rättigheter, moraliska etiska värderingar, integritet och tvång i ett ständigt sökande efter djupare förståelse i breda perspektiv. Framställningen är lättillgänglig, personlig med påtagliga litterära kvaliteter. Författarens kontinuerliga närvaro i texten, formuleringsförmåga och reflektion över sina erfarenheter fångar in läsaren på ett för genren unikt sätt. Hennes observationer av såväl sina patienter som sina egna reaktioner är inlämnande, skarpa, nyanserade och berörande. Framställningen är dessutom läsvärd, inte bara för att författarens egna vägval och dess underbyggnad blir tydliga utan också för att den kan stödja läsarens reflektion över de egna professionella vägvalen och dess grunder.

**Björn Wrangsjö**

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri  
Stockholm*

## Har du uppdaterat dina kontaktuppgifter på kansliet?

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

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

Uppdatera gärna och du gör det enklast genom att redan nu skicka ett meddelande till [kanslisten@svenskpsykiatri.se](mailto:kanslisten@svenskpsykiatri.se)

**För säkerhets skull!**

## Macchiariniaffären: sanningar och lögner på Karolinska

Bosse Lindquist

Albert Bonniers Förlag, 2018

## När lögnen blir sanning

Harriet Wallberg och Kristina Appelqvist

Natur & Kultur, 2019

### Två böcker med gemensamt tema – recension och reflektioner

Personliga reflektioner: Varför lägger jag näsan i blöt i denna infekterade och soppiga affär? Må det låta patetiskt, men jag vill tro på sanningar och vill #standupforscience. Har också försökt yttra mig om etik i flera sammanhang. Eftersom jag dessutom på olika sätt under 59 år har varit knuten till Karolinska Institutet som student, som anställd och som professor, känner jag en stark lojalitet med det medicinska universitetet, ett av de bästa i världen. Har haft Sveriges första docent i medicinsk etik, Clarence Blomquist, som min överläkare. Och jag är garanterat ingen part i detta ärende – ”lame duck” som en 78-åring är.

Erfarenheter har lärt mig att våga tala klarspråk. Under mitt prekliniska arbete erfor jag att en eljest förträfflig Nobel-pristagare kan förblindas och i en viss fråga ha fel. Jag har skämtsamt kallats för ”frustrerad punktpedant”, och som psykiater och tidigare vetenskapligt råd vid Socialstyrelsen lärt mig att såväl höga jurister som kända läkare kan ha både positiva och negativa sidor. Juridik, etik och medicinsk praxis kan kollidera.

Anseende som byggts upp under årtionden och sekler, kan lätt rivas ner över en natt om man hanterar verkligheten oskickligt. För oinvidga har Karolinska Institutets anseende klart sjunkit (DN 2019-03-31). Men, på vilka grunder?

Först litet klagande av begrepp. **Karolinska Medico-chirurgiska institutet** inrättades 1809 främst för att utbilda fältskärer. Det har tillväxt successivt, och fick ökad status i och med rätten att från och med 1901 utdela Nobelpris i fysiologi eller medicin. Det mesta har gått som på räls, och Institutet har självt haft fem Nobelpristagare – antyder klass i forskningen. **Karolinska Sjukhuset** öppnades i princip år 1940, och fick överta funktioner från andra institutioner. För detaljerad historik, v g läs: ”WikiKS” på nätet. 1982 övergick huvudmannaskapet för universitetssjukhus till landstingen – en inte helt smärtfri förändring. I Stockholm har sjukvård, undervisning och forskning varit fördelade på flera sjukhus. Sedan **Huddinge sjukhus** öppnade 1972 har alltmer avancerad verksamhet ägt rum där, och det finns en särskild jubileumsbok ut-

given 2002. För att ytterligare komplicera begreppen, heter det numera **Karolinska Universitetssjukhuset Solna resp. Huddinge!** Hänger ni med?

Öppnandet av Nya Karolinska Sjukhuset i Solna har varit knepigt. Njut av artikeln av professor Olle Svensson om häxan Pomperipossa i Läkartidningen 2018. Mycket hände på en gång – kanske för mycket.

Universitetssjukhusens organisation är komplicerad. Ändå buntar många ihop de olika begreppen som ”Karolinska”.

När Karolinska Institutet år 2010 fyllde 200 år, blev det stora festligheter, och dåvarande rektor Harriet Wallberg, tillsammans med prinsessan Christina, lyckades samla in en miljard kronor, vilket bl.a. ledde till byggandet av Aula Medica och nya laboratorier. Spännande jubileumsskrifter kom till stånd.

Harriet Wallberg hade under 9 framgångsrika år posten som rektor, och blev sedan universitetskansler. Främst andra personer framförde förslag att man skulle inrätta ett centrum för regenerativ medicin i världsklass, och Paolo Macchiarini föreslogs komma till KI. Vad som föregått det vet jag inte, och det är ledningarna och styrelserna för både KI och KS i olika konstellationer som är ansvariga. Hur klarar man alltför stora organisationer som har växtvärk? Det finns uppenbarligen stora utredningar – om vad som hänt – jag begränsar mig till vissa observationer.

Paolo Macchiarini. har enligt Lindquist uppvisat megalomana drag, då han skrutit om att han skulle inbjuda påven och presidenter till sitt bröllop – som inte blev av. Hans CV var också bristfälligt. Som psykiatern Katarina Howner uttalat om att känna igen en bluffmakare: ”Låter det för bra för att vara sant så är det förmodligen inte det”. När folk talar om att ”blanda in sina advokater” blir jag misstänksam – vid behov ska väl en räcka?

Har också då jag var medicinsk expert i Narkotikakommisionen träffat juristen Sten Heckscher. Han fick tillsammans med Ingrid Carlberg och Carl Gahmberg leda en utredning om Karolinska Institutet, Harriet Wallberg och Paolo



Macchiarini. Jag är mycket besviken på denna utredning och hur den presenterades (finns på nätet). Mycket i den kritik som Wallberg och Appelqvist framfört mot den, ter sig för mig som högst befogad. I ett rättssamhälle ska båda parter i en tvist få yttra sig på lika villkor. Så har uppenbart inte varit fallet här.

När KI bad en utomstående, professor emeritus Bengt Gerdin från Uppsala, att utreda en del, och man sedan struntade i hans utlåtande, det anser jag är upprörande. Jag har själv hört Bengt Gerdin föreläsa om sina reaktioner. Även Bosse Lindquist har medverkat på Svenska Psykiatrikongressen, vid två tillfällen. Jag har hört honom föreläsa – eminent!

Vissa insatser av personer i KI:s senare ledning anser jag är klandervärda. Visselblåsares varningar har negligerats och van-tolkats.

Att som dåvarande ansvarig minister Helene Hellmark Knutson på regeringens vägnar sparka Harriet Wallberg som universitetskansler, finner jag också upprörande. Wallberg hade lämnat Karolinska Institutet långt innan de allvarliga problemen med Macchiarini uppdagades.

Jag Ulf anser: Det är få förunnat att ha en fungerande kristallkula. Psykiatern, senior-professor Jerker Hetta talar om "DEF", De Efterklokas Förbund". All heder åt Harriet Wallberg! En slutsats som jag drar, är att personer i ansvarsställning bättre måste lyssna på vad modern högklassig psykiatri kan förtälja, och vid behov konsultera kompetenta psykiatrer – annars kan mycket förstöras av förespråkare av icke välbeprövade metoder.

Men – låt oss lägga denna tragedi bakom oss, och våga gå vidare vid ett världsberömt universitet.

**Ulf Rydberg**  
*Psykiater*

## Samhälls- intresserade kollegor se hit!

Svenska Psykiatriska Föreningen får årligen en mängd remisser från bland annat Socialdepartementet, Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbund att besvara. Remisserna avser aktuella vårdfrågor och svaren är viktiga underlag för beslutsfattarna.

Nu söker vi intresserade kollegor att adjungera för hjälp att läsa och sammanfatta så att styrelsen därefter kan formulera välgrundade svar. Hör av dig med mejl till någon av oss i styrelsen (se hemsidan) om du är intresserad.

**Styrelsen**  
**Svenska Psykiatriska Föreningen**



## 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: **28/08**

**Tema: Förförelse**



## Kalendarium

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>

Svenska Psykiatrikongressen 2020  
11-13 mars, 2020  
Svenska Mässan i Göteborg  
[www.svenskapsykiatrikongressen.se](http://www.svenskapsykiatrikongressen.se)

Fler kongresser hittar Du på  
[www.svenskpsykiatri.se](http://www.svenskpsykiatri.se)  
[www.sfbup.se](http://www.sfbup.se)  
[www.srp.se](http://www.srp.se)





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

# Cullbergstipendiet

Vill du bli inspirerad till nya arbetssätt genom att lära av kolleger utomlands? Resestipendier för ST-läkare och specialister i psykiatri delas ut i början av nästa år med stöd av Stiftelsen Natur & Kultur. Om du är intresserad av att söka är det nu dags att börja tänka ut en projektplan och etablera kontakt med den klinik eller institution där du vill vistas.

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

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

behandlingsprojekt är några av de områden som kan omfattas. På [cullbergstipendiet.se](http://cullbergstipendiet.se) kan du läsa mer om stipendiet och hur du ansöker. Där kan du även läsa om tidigare resor.

## Ansökan

Ansökan ska vara stipendienämnden tillhanda den 1 februari 2020. Stipendiaternas namn tillkännages vid Svenska Psykiatrikongressen nästa år.

Börja gärna nu att diskutera med kolleger och läsa färskas tidsskrifter för att se var det bedrivs spännande psykiatriskt arbete!

Vi rekommenderar att du i ett tidigt skede tar kontakt med den arbetsplats där du vill vistas om du tilldelas ett stipendium. Vid frågor kontakta [kanslisten@svenskpsykiatri.se](mailto:kanslisten@svenskpsykiatri.se)

## Stipendiekommitté

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