

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#2

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - Juni 2020



ANSVARIG UTGIVARE:
Alessandra Hedlund



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



HUVUDREDAKTÖR:
Tove Gunnarsson

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 4 Redaktionsruta
- 4 Redaktionell ledare,
Tove Gunnarsson
- 5 SPF styrelseruta, ledare,
Alessandra Hedlund
- 6 SFBUP styrelseruta, ledare,
Sara Lundqvist
- 7 SRPF styrelseruta, ledare,
Per-Axel Karlsson
- 8 Kommande temanummer
- 32 Senaste nytt från SPF:s utbildningsutskott,
Lotta Sandström
- 53 Krönika enligt Tiger,
Mikael Tiger
- 72 Bokrecension: Silverhjärta
Evelina Rosenqvist
- 73 Bokrecension: Motiverande samtal och KBT. Att kombinera metoder för att uppnå förändring
Björn Wrangsjö
- 74 Bokrecension: Den galna psykiatrin. Om bristen på andlighet, samtal och psykoterapi
Björn Wrangsjö
- 75 Bokrecension: CTF helt enkelt. Att bedriva compassionfokuserad terapi
Björn Wrangsjö
- 77 Bokrecension: Könstillhörighet. Förklaringar, normer, betydelser
Björn Wrangsjö
- 79 Bokrecension: Depression – det är inte bara du. Diagnos på ett omänskligt samhälle
Daniel Frydman
- 81 Bokrecension: Självskadebeteende. Upptäcka, förstå och behandla
Björn Wrangsjö
- 83 Kalendarium

Tema:

- 9 Skärp dig!
Hanna Edberg
- 10 Svag teoretisk begåvning – en orsak till "bristande skärpning"
Tove Gunnarsson
- 12 Klätterövning. Ur hålet
Lioudmila Mendoza
- 14 "Skärp dig" – om förutsättningarna för att ta sig samman
Björn Wrangsjö
- 16 Den gordiska knuten
Daniel Frydman
- 18 Nu måste vi ta tag i det här!
Per-Axel Karlsson
- 20 Vem ska skärpa sig?
Lena Nylander
- 22 Har neuropsykiatriska diagnoser gjort tillvaron bättre?
Per Gustafsson
- 23 Skärpning! Nu har vi tillräckligt länge undvikit att utreda frågan om assisterat dödande!
Jerker Hanson
- 25 Vårt behov av svaghet
Per Gustafsson
- 26 Skärpning! Mötet i fokus!
Jerker Hanson
- 27 Barnpsykiaterns skärp dig-stege
Cecilia Gorby

Psykiatriska nyheter:

- 47 Tillgång till Nordic Journal of Psychiatry
Karl Lundblad
- 48 Metakognitiv terapi, MCT
Göran Parment, Gunvor Mjös Parment, Peter Myhr, Erling Hansen
- 50 Svensk Förening för Äldrepsykiatri har blivit en subsektion av Svenska Psykiatriska Föreningen
Karin Sparring Björkstén

Innehållsförteckning:

Covid-19

- 32 Senaste nytt från SPF:s utbildningsutskott, **Lotta Sandström**
- 40 Covid-19 - rapport från SPK 2020 **Alessandra Hedlund**
- 52 Digitalisering av program för kompetensutveckling **Laura Korhonen**
- 53 Krönika enligt Tiger, **Mikael Tiger**
- 54 Det är en allvarlig situation och det ser vi också **Anna-Sofia Dahl**
- 56 Stödlista för psykisk hälsa i kristid, **Tove Gunnarsson**
- 56 Covid-19-läkemedel och interaktion med psykofarmaka, **Tove Gunnarsson**
- 57 Barn kan bli en riskgrupp under covid-19-pandemin, **Lauro Korhonen, Erica Mattelin**
- 59 Covid-19 i Skåne. En lägesrapport 15 maj 2020 **Martin Hultén**
- 60 Reflektioner från Region Stockholm - pandemi, psykiatri och krisomhändertagande, **Linda Martinik**
- 62 Sorg i orostider. Reflektion, **Thomas Silfving**
- 63 Använd termen fysisk distansering! **Danuta Wasserman**
- 64 Lärdomar och erfarenheter från Region Stockholm **Hanna Edberg**
- 66 Har våld mot barn ökat i Sverige under covid-19-pandemin? **Lauro Korhonen, Erica Mattelin**
- 68 Ett nytt kulturklimat **Björn Wrangsjö**
- 69 *Child safeguarding* - principer för att driva verksamheter på ett barnsäkert sätt **Erica Mattelin, Laura Korhonen**
- 70 Covid-situationen i Umeå, två klinikers betraktelser **Lotta Sandström**
- 84 Tillsammans kan vi bromsa smittan! **Folkhälsomyndigheten**

Debatt:

- 45 Vårdavdelningen - psykiatrins bakgård? Dags att utveckla slutenvården! **Lars Jacobsson**

Övrigt:

- 28 Jörgen Herlofson. Ny hedersledamot i SPF **Jonas Eberhard, Alessandra Hedlund**
- 29 Ullakarin Nyberg. Ny hedersledamot i SPF **Alessandra Hedlund**
- 30 Call for abstracts! Inbjudan att skicka in kongressbidrag till SPK 2021
- 31 Inställd resa och virtuell kongress **Tove Gunnarsson**
- 34 Årets Raffaellapristagare **Tove Gunnarsson**
- 34 Dags att nominera till Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne **Styrelsen Svenska Psykiatriska Föreningen**
- 36 Du kommer väl ihåg våra riktlinjer! **Tove Gunnarsson**
- 47 Tillgång till Nordic Journal of Psychiatry **Karl Lundblad**
- 48 Metakognitiv terapi, MCT **Göran Parment, Gunvor Mjös Parment, Peter Myhr, Erling Hansen**
- 50 Svensk Förening för Äldrepsykiatri har blivit en subsektion av Svenska Psykiatriska Föreningen. **Karin Sparring Björkstén**
- 71 Stiftelsen Natur & Kulturs Cullbergstipendiater 2020 **Tove Gunnarsson**

Rapporter från möten och resor:

- 38 Ingress; rapporter från Svenska Psykiatrikongressen 2020 **Tove Gunnarsson**
- 40 SPK 2020: Covid-19 - rapport från SPK 2020 **Alessandra Hedlund**
- 41 SPK 2020: "Här gör vi inga undantag" - om utvecklingsperspektiv och autism. Autoreferat från SPK 2020 **Alessandra Hedlund, Maria Karlmark**
- 42 SPK 2020: Treatment resistant depression: where are we now? **Fredrik Wikström**
- 43 SPK 2020: Vart är psykiatrin på väg? **Fredrik Wikström**
- 44 SPK 2020: Glymfatiska systemet: vad behöver man veta om det i psykiatrin? **Karl Lundblad**
- 44 SPK 2020: Bemötande av svårhanterliga patienter **Karl Lundblad**

Tidskriften för Svensk Psykiatri



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.wrangsjo@gmail.com)

TEKNISK REDAKTÖR

Stina Djurberg
stina.djurberg@buf.se

FOTO/GRAFISK DESIGN

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

OMSLAGSBILD

Carol Schultheis
Roman Samborskyi/Shutterstock.com

INTERNET

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till
annonser@svenskpsykiatri.se

Det finns ett torn i Toronto...

... som är 553 meter högt. Det är CN Tower i vilket man kan åka upp till olika nivåer och se ut över halva världen, känns det som. Under en kongress i staden passade jag på att göra ett besök och tog hissen upp till den berömda utsikten. Där finns ett 24 kvadratmeter stort glasgolv. Ett rejält, bastant och välbyggt glasgolv som ska klara ett tryck på drygt 4 miljoner pascal. Tanken är att man ska gå ut på detta golv och titta ner, det såg kul ut så jag ville testa. Väl framme vid golvet tog jag ett kliv framåt... och GAAHHH... fastnade med foten i luften. Stirrandes ner i avgrunden – 342 meter nedanför fanns marken.

Jag dööör, skrek amygdala.

Ett steg bakåt, andades djupt.

Så utomordentligt fånigt, sa frontalcortex, skärp dig, det är fullkomligt säkert, det vet du. Alla andra klarar det ju.

Jag gjorde lydigt ett nytt försök men återigen frös jag mitt i steget. Amygdala vrålade.

Denna sorgliga scen upprepades 3–4 gånger. Folk runt omkring hade börjat titta och det kändes pinsamt. Jag ville verkligen skärpa mig men amygdala gick segrande ur striden och jag gick därifrån med skammens rodnad på mina kinder.

Denna lilla historia får illustrera detta nummers tema som är just Skärp dig!

Förutom de temabidrag och annat innehåll som ni är vana vid att se i tidskriften har vi denna gång en ny sektion, med bidrag som rör covid-19-pandemin. Det är väl dessvärre troligt att denna sektion blir ett stående inslag i ett antal nummer framöver.

Nästa nummer...

... har temat AI dvs. artificiell intelligens – förmågan hos datorprogram och robotar att efterlikna mänsklig intelligens, såsom att kunna dra lärdom av tidigare erfarenheter, förstå språk och att lösa problem. Socialstyrelsen skriver i en rapport 2019 att "... hälso- och sjukvården skulle kunna utvecklas högst radikalt med stöd av AI".

Vad kan AI bidra med i psykiatri? Vad kan det få för roll i framtiden på gott och ont?

Det tänkte vi undersöka i nästa nummer.

Vi välkomnar bidrag om era AI-erfarenheter, såväl professionella som privata, av intresse för en psykiater!

Med förhoppning om att denna sommar trots allt ska erbjuda avkoppling och återhämtning för oss alla, avslutar jag som vanligt med:

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Kunskap och förnuft

Tack för all den fina återkoppling jag fått på min debattartikel i förra numret av tidskriften. Det är väldigt viktigt att vi som har det medicinska ansvaret för psykiatri säger vår mening i såväl stora som små sammanhang, och arbetar målriktat för att tydliggöra och utveckla vårt arbetsfält. Kunskap och förnuft är det som behövs och precis det är visionen för föreningens arbete 2019–2022. Dokumentet i sin helhet med mål och handlingsplan delades ut på SPK 2020 och finns tillgängligt på vår hemsida.

SPF:s styrelse är angelägen om psykiatriens ställning som medicinsk specialitet, med de nödvändiga konsekvenserna i termer av organisation, ledarskap och utbildningsaspekter. Vår specialitet står inför stora utmaningar och vägen framåt handlar inte om att bli en retuscherad kopia av den somatiska vården. Psykiatriens särart innebär stor komplexitet, därför har vi valt att plocka in etik och samverkan bland våra mål. Det kan tyckas självklart men det finns ett värde i att påminna oss själva och varandra om vad ordet "komplexitet" betyder i praktiken: att det inte finns ett rätt svar.

Lärande och kompetensutveckling får naturligtvis stor plats, det är kunskap som enar oss och ger vår specialitet sin alldeles unika blandning av biologi, psykologi, sociologi, humaniora och mer därtill. Vi står på en bred grund som dessutom utvecklas hela tiden. Implementering av ny kunskap är ett kapitel i sig och jag tror att många läsare skulle kunna skriva fina artiklar om det. Därför ska jag rikta strålkastaren mot något annat, nämligen den så kallade "tysta" kunskapen, den dolda, som bara väntar på att få ta över rampljuset. Jag tänker på den finlipade expertisen, yrkesskickligheten, begreppet "reflection-in-action", det där som händer i stunden, som är svårt att sätta ord på, som vi måste förklara för någon annan innan vi själva kan greppa det med vårt medvetande.

En klok kollega har sagt en gång att "organisationen har inget minne". De fyra orden har etsat sig fast, de återkommer till mig och klingar om och om igen mot varandra, som stavarna i ett vindspel. Organisationen har inget minne. Det betyder att det är vi och alla våra kollegor som är organisationens minne. Det betyder också att organisationen som struktur inte kan lära sig något, utan det är upp till människorna som ingår i den. Hur många gånger har man kommit tillbaka till jobbet efter en kurs, ett möte eller en konferens, jätteinspirerad av det nya, bara för att se det nya sakta tyna bort för att man inte haft tid (tror vi) att följa upp, ta hand om det nya, implementera det? Hur många gånger har man varit med om en unik situation på jobbet och tänkt att det här borde alla få veta om och dra lärdom av, oavsett om utfallet var positivt och du är stolt, eller negativt och du skäms? Vet du vad? Det är inte ditt fel. För det behövs faktiskt en kritisk massa (enligt vissa räcker 15 %), ett antal människor som delar samma erfarenhet, gått samma kurs eller på något sätt kan hjälpa varandra att smida idéerna vidare och så småningom skrida till handling.



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: Denada Aiff
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

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

FACKLIG SEKRETERARE: Lotta Sandström
(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

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

LEDAMOT: Tarmo Kariis
(kariis@svenskpsykiatri.se)

LEDAMOT: Cave Sinai
(sinai@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

Vindspelet klingar vidare, "organisationen har inget minne". Jag har gjort ett eget, också på fyra ord: "lärande organisationer finns inte." Känns kanske som att svära i kyrkan, slakta en helig ko eller något annat osannolikt, beroende på vilken tradition man tillhör. Likväl vågar jag påstå det: "lärande organisationer" är en tjusig ordlek som leder tanken fel. Lärande organisationer finns inte. Det som finns är organisationer som består av lärande människor. Organisationen ska ge dem praktiska förutsättningar, men kan inte lära in åt dem. Det är bara vi professionella som kan bära lärandet i våra organisationer och leda utvecklingen vidare, med kunskap och förnuft.

Alessandra Hedlund
Ordförande SPF

Paus och bråda dagar

Så var det dags att skriva en ledare igen, när jag funderar på vad jag ska skriva kommer jag på mig själv med att tänka att jag kan ju inte skriva om covid-19 igen, sen slår det mig att när jag skrev den förra ledaren så fanns inte covid-19. Tidningen kommer ut var 3:e månad och för bara 3 månader sedan så var covid-19 inte ett ämne att ta upp, för det fanns inte. Så mycket som hänt dessa 3 månader, så mycket att det känns som det pågått en evighet.

Vilka konsekvenser som den aktuella pandemin kommer att få för hälsan hos våra barn och unga är svårt att förutspå. Vi vet att anmälningar för våld i hemmet har ökat. Vi vet att skolan är en viktig plats och frizon för barn som lever i hem där det föregår missbruk och våld. Vi vet också att mycket av vår planerade vård, t.ex. våra gruppbehandlingar, satts på vänt. Så helt obefogad är nog inte oron att de bråda dagarna för barnpsykiatri kommer att fortsätta, även efter pandemins slut.

När jag kommer att titta tillbaka på föreningsarbetet 2020 är det förstås den inställda BUP-kongressen som jag kommer att minnas mest. Covid-19 som så ovillkorligt satte stopp för en stor del av föreningsarbetet och där Kongressens uteblivande tyngde allra mest. Vilken besvikelse att inte kunna gå i mål med ett arbete som pågått under två år, involverat så många människor och där vi tillsammans med BUP-kliniken i Stockholm planerat ett så otroligt spännande program. Och sen allt det där andra, ni vet, anmälningssavgifter som betalats in, arbete som utförts av kongressfirman, administration och ekonomiska förluster som kommer bli kännbara för föreningen under lång tid framöver. Det är bara att beklaga. Även kursverksamheten har satts ur spel, alla som arbetar med utbildning, SK-kurser och Metis fick ett himla sjå med att ställa in, planera om, lära in nytt, vad kan man egentligen göra på Zoom? Så samtidigt som nästan all föreningsverksamhet har satts på paus så har det varit bråda dagar. Bråda dagar att ställa om och hitta fram till nytt i en situation som präglas av osäkerhet.

På fredag ska vi ha vårt första årsmöte på Zoom, det allra första i föreningens historia, det ser jag fram emot och känner mig skräckslagen inför, hur kommer det att funka?

Och vi i styrelsen, visst saknar vi att ses, det är något annat än telefon och skärm, visst hoppas vi på hösten även om vi redan bokat in vårt nästa möte på... javisst, Zoom.

Föreningsverksamheten präglas av deltagande i flera samverkansprojekt med myndigheter och andra aktörer, nya lagar som skulle implementeras har fått vänta. Just nu har vi mycket fokus på den nya LPT-lagen som kommer få betydande konsekvenser för vår slutenvård och vi väntar även på beslut om den nya Bastjänstgöringen. Bägge dessa frågor var alarmerande viktiga i början av februari då vi hade vårt årliga möte med landets verksamhetschefer och medicinskt ansvariga läkare och sen kom covid-19. Bups slutenvårdsnätverk bevakar LPT-frågan och Sfbup:s styrelse samlar sig för att tillsammans med representanter för grundutbildningen författa en nationell rekommendation på läroplan för Barn- och Ungdomspsykiatri på läkarprogrammet.

2017 drev Sfbup frågan om fri förskrivning av CS. Detta visade sig då vara en återvändsgränd. Till vår glädje har frågan nu ännu blivit aktuell och både vuxenpsykiatriker, allmänläkare, och skolläkare är tillsammans med oss engagerade i att bidra till en förändring på detta område. Första steget kommer att vara en skrift till Läkemedelsverket med så stor samsyn som möjligt. Svårigheter som tas upp från allmänläkarkollegor är bl.a. resursbrist, behov av fortbildning men också barngruppen i sig förs fram som en särskilt svår grupp. Detta beror



SARA LUNDQVIST
Ordförande Svenska Föreningen för
barn- och ungdomspsykiatri



SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

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

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

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

KASSÖR: Shiler Hussami
(shiler.hussami@norrbottn.se)

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

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

MEDLEMSANSVARIG: Cecilia Gordan
(cecilia.gordan@sll.se)

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

LEDAMOT: Carl-Magnus Forslund
(carl-Magnus.Forslund@skane.se)

ST-REPRESENTANT: Astrid Moell
(astrid.moell@sll.se)

SFBUP:s hemsida: www.sfbup.se

bl.a. på att barngruppen primärt vårdas av barnmedicin i vissa regioner vilket gör att man traditionellt har liten erfarenhet av att ge vård till barn i primärvården. Sfbup tar här tydligt ställning för att lindrigare tillstånd bör behandlas i primärvård där möjligheten också finns till ett generationsperspektiv. Barn och föräldrar hänger ihop och att man på en vårdcentral har kännedom om föräldrarna skapar bättre förutsättningar för att ge god vård till barnen. Välbehandlad Adhd hos barn med god funktion anser vi vara ett lindrigt tillstånd.

Till sist vill jag passa på att säga tack till Sfbups fantastiska styrelse. I tider som dessa blir det lätt lite mycket av det mesta men tillsammans har vi tagit tag i den ena frågan efter den andra, jobbat igenom och kommit vidare. Vi kompletterar varandra bra med olika talanger och drivkrafter. Det har varit bråda dagar och det hade inte gått utan er, tack!

Ta hand om er därute och om vi alla önskar riktigt hårt tillsammans kanske vi får träffa våra föräldrar och barnen får träffa sina mor- och farföräldrar, äldre släktingar och vänner i... alla fall slutet av sommaren.

Sara Lundqvist
Ordförande SFBUP

Patientsituationen i dessa tider



PER-AXEL KARLSSON

Ordförande Svenska Rättspsykiatriska Föreningen



Så sitter jag här igen och tänker på vad som kan skrivas i min spalt, vad som kan läsas med behållning. Inte om dagens psykiatri, som kommit i skymundan för de pandemifokuserande covid-19-sjukvårdsgrupperna. Vilken tur att det inte blivit en psykiatrisk pandemi, då skulle vi haft att göra...

En psykiatrisk pandemi – hur skulle den hanteras? Tänk tanken. Anders Milton Tegnell som bestämmer att vi gör rätt i pestens tid. En riktig sjukdom ska det också vara, med agens och substrat och spridning. Agens har Virulens – förmåga att smitta – Virulens (Virulentia) kommer från ordet virus som betyder gift.

Inte heller kan jag skriva om den svenska psykiatriska kongress som blev avhuggen precis i början av de tre dagarna i Göteborg. Men vi som var kvar sedan nästan alla andra åkt, för att hålla våra föredrag framförda för inspelning, kände en stor samhörighet med varandra, vi rymdes på kvällen runt ett bord och vi var inte fler än att vi kunde höra varandra prata. Gemenskap och tillhörighet, mycket tack vare Svenska Psykiatriska Föreningens ordförande. Kära Alessandra, du har verkligen personifierat en sammanbindande förmåga för svensk psykiatri.

Någonting som intresserar särskilt mycket just nu, hur är det att vara rättspsykiatripatient i dessa tider? Vi har haft ett möte via video där vi pratat med Sveriges Kommuner och Regioner, som höll i det hela, och nästan alla verksamhetschefer/chefsöverläkare i rättspsykiatri landet runt deltog.

Det mesta sades ifrån Stockholmshorisonten. Det finns flest fall av covid-19 i Stockholms rättspsykiatri, man har haft en så kallad kohortvård på Löwenströmska sjukhuset av 16 patienter. En patient har avlidit. Detta sticker ut jämfört med de andra klinikerna, då jag inte hört rapporteras om att någon, eller bara ett fåtal, har fått smittan.

Det som definitivt märks är att kommuner och andra vårdgivare har mycket svårare att ta emot patienterna nu, det blir mindre omsättning, och avdelningarna fyller på sig ännu mer. Detta har varit ett problem redan tidigare och verkar ju fortsätta.

Vad ska vi göra?

Kollegan Fredrik Åberg från Sala rättspsykiatri har ställt Den Svåra Frågan: Vad händer om en stor del av personalen blir sjuk på en klinik, vem ska ta hand om patienterna då? Detta scenario har förstås diskuterats på SKR och man har inte någon tydlig lösning eller åtgärdsplan, men här måste ju ändå den ledande principen vara att man tar hjälp av sina närmaste grannar. Vi är så få kliniker i landet som har rättspsykiatrisk vård och vi måste nog lita till varandra när vi har problem.

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: Hedvig Krona
(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

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

KRIMINALVÅRDSREPRESENTANT:
Lars-Håkan Nilsson

ST-LÄKARREPRESENTANT: Jonatan Adling

LEDAMÖTER: Anna Hillerberg, Sara Öster

HEMSIDEANSVARIG: Jonatan Adling

Hemsida: www.srpf.se

Men vad nytt (som inte handlar om covid-19)?

Nyligen har kvalitetsregistret RättspsyK kommit ut med årsrapporten för 2019. I den finns många saker att ta del av: återfall i brottslig gärning, självskattad psykisk och fysisk hälsa, ekonomiska förhållanden, typ av brott m.m.

Men essensen i rapporten kommer i slutet – vad som pågår vid de olika klinikerna: Rättspsykiatri i Säter tittar på återfall i brottslig gärning, i Växjö undersöker man somatisk hälsa och metabola faktorer. I Öjebyn konstateras att vårdprocessen är av stort intresse och detta sista gäller för de flesta enheterna.

Vårdprocessen = Hur gjorde vi nu, när det blev bra?

Hälsningar från Norrland!

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

SVENSK PSYKIATRI

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **26/8**
Tema: AI



Utgivning 2020

NUMMER 3 2020

Tema: AI

Deadline 26 augusti

Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2020

Tema: *Så sade man förr*

Deadline 11 november

Utkommer vecka 49

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

Maila till redaktoren@svenskpsykiatri.se

SKRIV I SVENSK PSYKIATRI

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Författarinstruktioner för Svensk Psykiatri

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

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

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

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

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

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

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

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

Skärp dig!

Jag har en lång god vän. Han är jättelång. Min långa vän har i sin tur en annan vän, som är lite kortare. En kortare vän. Inte kort, långt därifrån, men kortARE. Allt är relativt, den kortare vännen kan alltså vara långt över medellängd. Men ni fattar.

Det intressanta här är att den kortare vännen har en "skärp dig"-persona. En egendomlig liten humanoid (ja, jag säger liten för han är kortARE) som plötsligt kan göra jättemärkliga saker. "Skärp dig"-saker. Den lite kortare vännen kan till exempel klappa den lite längre vännen på huvudet. Ja, den kortare vännen måste på något sätt resa sig, liksom STRÄCKA ut sig för att kunna komma åt och klappa sin längre vän på huvudet. Min längre vän.

I all välmening. Liksom.

"Skärp dig."

Den kortARE vännen – för jo, det är en vän, en god vän! Det umgås, sms:as, dricks öl, pratas och filosoferas och det ena och det femte – kan ena stunden vara engagerad och liksom vän-nig, för att i nästa stund yppa små små kommentarer – eller alldeles stora och helöppna kommentarer för det finns ju ingen baktanke alls – som antyder min långa väns litenhet. Eller begränsning. Eller TEORETISK oförmåga eller medfödd brist. Ibland nästan som en fråga, "för det kan ju inte du...?"

Så nu har vi kommit till pudelns kärna.

Skärp dig.

Betoningen på att skärpa sig, rösten som säger att man ska skärpa sig. Utanför! Det är ett halt uttryck. Utanförsigkommande uttryck, oavsett om det kommer inifrån dig själv eller utifrån. Från den kortARE vännen eller från ditt kortare jag.

Jag tänker att vi skulle kunna vara överens om att inte lyssna så väldigt mycket på den. På skärp-dig-rösten. Oavsett om det är en liten stillsam inre ångeströst eller en taskig "vän som låtsas vara vän"-röst eller din egen morsa. Förlåt, din över allt annat älskade mor.

Jag vet ärligt talat inte när just begreppet "Skärp dig" faktiskt skulle ha något riktigt värde. Nej, jag känner betydligt starkare för ett uppriktigt "Trams!" när något är riktigt bakvänt. Trams! Då står man iallafall för att det är en åsikt. Inte en uppmaning, bara en åsikt.

Så nu börjar vi med det hörni.

"Skulle hämta svägerskans chihuahua från hunddagiset och råkade få med mig en strävhårig tax?"

TRAMS!

Hanna Edberg

*Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm*



Foto: Eric Isselee/Shutterstock.com

Svag teoretisk begåvning – en orsak till ”bristande skärpning”?

Vi utgår gärna från oss själva då vi bedömer andra och det är lätt att tänka ”Skärp dig” när någon inte agerar på ett sätt som vi finner rimligt. Men hur kan man över huvud taget bedöma en annan människas förmåga att skärpa sig?

Med vissa patienter får vi det bara inte att stämma. Kontakten brister, utredningen haltar och behandlingen fungerar inte alls. Ibland kan skälet helt enkelt vara att patienten har en kognitiv funktionsnedsättning och att vi inte inser detta.

Lena Nylander, psykiater och med dr i Lund, är en av landets främsta experter på autism och andra kognitiva funktionsnedsättningar hos vuxna, och var huvudredaktör för SPF:s kliniska riktlinjer ”Vuxna med intellektuell funktionsnedsättning i psykiatri” (2019).

I en telefonintervju delade Lena med sig av sin kunskap och erfarenhet om vad man ska tänka på för att inte missa denna patientgrupp.

Vilka är det som har tillräckligt låg IQ för att det ska skapa problem i t.ex. vården men tillräckligt hög så att det inte självklart är uppenbart för oss?

– Man brukar använda begreppet teoretiskt svagbegåvade, det är personer med en IQ mellan 70 och 85, dvs. 1–2 standardavvikelser under genomsnittsvärdet 100. Det handlar om ca 14 % av befolkningen men inom psykiatri är det vanligare än så. Det finns dock få studier, den enda egentliga som jag känner till är av Michael Gubi som på en beroendemottagning i Stockholm fann att det rörde sig om 30 %. Detta stämmer väl överens med en allmän uppfattning utifrån klinisk erfarenhet, att det rör sig om ca 1/3 av psykiatrins patienter. Svag teoretisk begåvning är en riskfaktor för psykisk sjukdom och vice versa så kan psykisk sjukdom (liksom somatisk) leda till att man fungerar sämre kognitivt. Även högskoleutbildade kan få påtagliga svårigheter.

När ska man misstänka att en patient hör till gruppen teoretiskt svagbegåvade?

– Om det finns kommunikationsproblem!

Ett annat viktigt tecken är bristande compliance, dvs. svårighet att följa ordinationer. Compliancestudier har nästan aldrig tagit med kognitiv funktion i beräkningen trots att det rimligen är en vanlig orsak, kanske rentav den vanligaste.

Hur kan man utreda om man misstänker svag teoretisk begåvning?

– IQ-test behövs vanligtvis inte, det är över huvud taget något som ofta används fel.

Sådant test ska göras om det spelar roll för samhällsinsatser, om man efterfrågar diagnosen intellektuell funktionsnedsättning dvs. en IQ under ca 70. IQ-test behövs inte vid utredning

av ADHD och autism, utom förstås om det finns en samtidig eller differentialdiagnostisk frågeställning angående intellektuell funktionsnedsättning. Man ska använda sitt psykiatriska kliniska förnuft med anamnesen som främsta instrument.

Man kan använda 5 frågor, ett screeningformulär som utarbetats av Lena i samarbete med psykolog Maria Holmqvist. Västra Götalandsregionen har som enda region i landet tagit fram en klinisk riktlinje för patienter med svag teoretisk begåvning där denna screening finns med (se referens). Den är enkel att använda och innehåller frågor om skoltiden.

Över huvud taget ger frågor om skolgång bra vägledning men missas vanligen i anamnesupptagningen. Det är väldigt sällan man tar skolanamnes. Hur var det i skolan? Hade du svårt att lära dig läsa, skriva, räkna? Om man inte har avgångsbetyg från 9:an så bör varningsklockor ringa.

Om vi nu kommer fram till att det rör sig om svag teoretisk begåvning – hur ska vi informera patienten om detta?

– Patienterna behöver inte veta att de har en IQ under 85, det har de ingen glädje av och om patienten inte är testad kan vi inte uttala oss om IQ-siffror. Bekräfta istället de svårigheter som patienten mött genom livet. T.ex. ”Det verkar ha varit svårt i skolan” och ”Din begåvning ligger mer åt det praktiska hållet”. Det går att prata om det, att referera till tidigare erfarenheter. Man behöver inte vara så rädd. Det är ofta en lättnad för patienten att bli förstodd, att någon förstår att detta utgjort ett hinder i livet.

Hur förbättrar man kommunikation och compliance för denna patientgrupp?

– Var tydlig i din kommunikation! Säkerställ att du rör dig i samma begreppsfas. Bjud in till och ge utrymme för patientens frågor! Det är också bra att inte belasta minnet allt för mycket utan istället ge enkel och tydlig skriftlig information.

– Vi som är läkare befinner oss i det högre spannet av IQ-skalan, det är ett glapp mellan oss och patienten och det krävs en del (skärpning!) av oss för att sätta oss in i patientens värld!

Tove Gunnarsson

*Psykiater
Stockholm*

Referens

Regional medicinsk riktlinje: Ohälsa med hållpunkter för svag teoretisk begåvning – utredning och insatser för vuxna. Västra Götalandsregionen.

file:///C:/Users/toveb/Desktop/A%20SP%202-20/Riktlinjer%20VGR.pdf

ANNONS



Klätterövning Ur hålet

Du är instabil, instabil.
Ditt liv är berg- och dalbana.
Utmanar inre vårt visir –
Är vi stabila, är vi sanna?

Du är både barn och självständig.
Du är både och, svart och vit.
Det skiftar från high till eländig.
En gest. Ett utspel ditt gebit.

Du fastnar i hål. I helvete.
Och sträcker vi hand du ska ha.
Du själv måste klättra till ytan.
Men handen är stark och ska dra.

Dikten handlar om patienter med emotionell instabilitet. Mot denna patientgrupp har vi inte så sällan "skärp dig!"-attityden. Tyvärr! Denna dikt vill ge en annan bild. En stark "stabiliserande" hand som sträcks fram!

Lioudmila Mendoza
*Psykiater
Södertälje*

Har du uppdaterat dina kontaktuppgifter på kansliet?

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

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

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

För säkerhets skull!

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

Tidskriften för
Svensk Psykiatri

DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: **26/8**
TEMA: AI

”Skärp dig” – om förutsättningarna för att ta sig samman



Foto: Evgenyrychko/Shutterstock

Beroende och medberoende

Bortskämda unge – skärp dig. Ett tankvärt uttalade som en eller annan frustrerad förälder känner igen. Vilket ansvar har barnet i bortskämdhetsprocessen? Först kan man fundera över vem eller vilka som har skämt bort barnet. De allra flesta föräldrar vill gärna tillmötesgå sina barn i dessas önskemål då det också kan stärka självkänslan som förälder. Det är inte så lätt för en förälder att kombinera en inlämnande förståelse för barnets behov eller krav med ett tydligt, vänligt, nej, ”icke förhandlingsbart”. Kanske den som skämmas bort i första hand gör det för att tillfredsställa egna behov och först i andra hand barnets. I så fall blir barnet först medberoende, sedan gradvis själv beroende med ett krävande gentemot en allt mer kluven, medberoende förälder. Det är inte så lätt att hålla balansen när man vill barnet så förtvivlat väl!

Med skammen som vapen

Uttalandet ”skärp dig” har vanligtvis en mer eller mindre tydlig underton av moraliserande, anklagande, ”du gör inte ditt bästa, du anstränger dig inte, du är lat, du skyller ifrån dig”. Vederbörande förutsätts ha förmågor som inte tas i bruk. Graden av

moraliserande avspeglas ofta inte bara i ordvalet utan huvudsakligen i det icke-verbala ”ackompanjemanget” – prosodin, det vill säga kroppshållning, minspel och röst. Uttalandet kan också öka självkänslan hos den som är eller känner sig bemynadigad att leverera ett ”skärp dig”. Det är relativt lätt att föreställa sig hur andra borde kunna skärpa sig och formulera det som råd, mer eller mindre användbart och önskat.

Vad krävs det då för den som vill försöka att ta till sig ett råd för den händelse det verkar användbart? Först gäller det att hantera att den moraliserande undertonen kan upplevas som en kränkning av självkänslan. Det är lätt för oss att spontant gå i försvar mot en anklagelse om lättja, underlåtenhet, nonchalans, okänslighet. Moraliserande är ju tänkt att väcka skam. Skamkänslan ska få oss att skärpa oss för att inte uteslutas ur flokken. Skambeläggande är alltså tveeggat. Om man inte fogar sig, inte accepterar skambeläggandet – ”kryper till korset” – antingen för att man tycker att det är orättvist eller för att man inte klarar att se sin skam i ögonen blir svaret snarare att bli rebellisk än foglig. Ibland kan ”skärp dig” också vara något man riktar mot sig själv när man gjort något klandrigt – ”hur dum får man va”,

och skäms inom sig. Även då blir självkänslan i stunden kantstött. I bästa fall kan inre stödjande krafter ställa upp till försvar men ibland dyker "dödgrävaren" inom en upp "du är en klant så stor du är!"

Hjälpa sig själv

Om jag trots allt tar till mig "skärp dig" från någon annan och funderar kan det finnas positiva möjligheter. För att komma vidare kanske jag får "tugga i mig" lite skamkänslor. Om jag går tillbaka till utgångspunkten kan jag granska vad det var jag gjorde eller inte gjorde som jag kanske skulle/borde ha gjort. Ibland handlar det om en impulsiv handling. Då ger eftertanken att jag borde ha lugnat ner mig, tänkt efter, kanske gått därifrån. Gott och väl, det låter sig sägas, men vad hindrade mig att göra detta i efterhand så självklara. Var jag ur balans redan i starten, vad hände i momentet före – en privat kedjeanalys alltså. "Efterklokhet" är ofta bra, framför allt om man inte använder den till självanklagelser. Kommer jag inte på något som skulle kunna ha gjort annorlunda är jag dessvärre inte bättre ställd nästa gång något motsvarande inträffar – det påminner starkt om nyårsloften – nästa år ska jag... Det finns alltid kortsynta krafter inom en som vill rädda självkänslan genom att antingen hävda att "en gång är ingen gång", "det går nog bättre nästa gång", eller bara glömma alltihop.

Ta hjälp kanske

Hur jag ska kunna få kontakt med dessa "självklarheter" i skarpt läge eller komma på ytterligare något sätt att hantera situationen? Ibland i stressade lägen kan "att skärpa sig" eller "ta sig samman" handla om att klara av att häva "kognitiv regression" som kan uppstå i situationer där man känner sig vilse och i tidsnöd och inte kan tänka klart beroende på känslomässig upptrappning och några djupa andetag inte hjälper. Då är det inte så dumt att fundera på vad man skulle råda en klient med motsvarande dilemman till. Tänk om vi som behandlare skulle ha tillämpat alla goda råd vi gett våra klienter på oss själva, då skulle mycket ha varit vunnet! Återstår att resonera med någon man litar på för att gemensamt undersöka möjligheterna. Ibland kan man finna öppningar bara genom att lyssna till det egna berättandet inför en intresserad lyssnare.

"Skärp dig" antyder en hierarkisk relation

Så en helt annan infallsvinkel som handlar om maktutövning. Vi har den subtila maktutövningen vuxna utövar på barn "underifrån". "Du skulle göra mamma såå ledsen om du inte..." som opererar via skuldkänslor. Vid "du skulle göra pappa så glad om du..." är det dubbelt. Barnet försätts i en maktposition att kunna glädja pappa men bakom hörnet kan lura – om inte så blir pappa ledsen. Som behandlare kan man ibland tänka/känna "skärp dig" gentemot en klient som uttryck för egen maktlöshet, irritation eller bådadera. Hur kan man underlätta för andra att skärpa sig, utan tillgripande av maktmedel utlösta av "hur kan man få honom att" om han inte vill?

Mycket är skrivet angående motivationsprocesser i detta avseende. Jag påminner mig ett par okonventionella sätt att närma

sig problemställningen med "maktutövning" i psykoterapeutiska sammanhang som är kopplade till en psykoanalytisk pionjär Nils Haak. Han var dels privatpraktiker, dels chef för polikliniken på den psykiatriska kliniken på S:t Görans sjukhus i Stockholm på 1960-talet. I terapigrupper tillämpade han ibland "jagstärkande utskällningar" – något säregat för att tillskrivas en psykoanalytiker. Den kunde låta på följande sätt när han vänligt men kraftfullt kommenterade en ung gruppdeltagares beskrivning av sitt uppenbart klumpiga beteende. "Hur kunde du min vän, som är så klok, omdömesgill och ansvarsfull, i den där situationen bete dig så obeskrivligt korkat?" Denna kommentar skapade ett utrymme för reflektion med ganska högt i tak.

Jag hade förmånen att få auskultera hos Haak och sitta med på några terapisamtal – bara detta ganska oortodoxt. En ung kvinna sökte för torgskräck. För att komma till tunnelbanan måste hon passera ett "otäckt torg". Haak tog en noggrann anamnes både vad gällde nutid och forntid på ett inträngande, respektfullt och engagerat sätt. När vi närmade oss timmens slut sa han. "Min unga dam, du kämpar med plågsamma känslor, det var mycket klokt av dig att komma hit och söka hjälp. Jag kan hjälpa dig, vi har tio samtal på oss." Han lutade sig fram och i det närmaste sög in den unga kvinnans blick i sin. "Men jag ställer ett villkor – att du går över torget till tunnelbanan när du åker till våra samtal". Den unga kvinnan såg ett ögonblick lite förvirrad ut men gick sedan med på villkoret. Haak sa naturligtvis inte "skärp dig" men det låg i undertexten samtidigt med "och jag tror att du kan". Tydligt kunde den unga kvinnan "skärpa sig" för terapin gick utmärkt fick jag senare veta. Jag förstod också att psykoanalytisk kompetens kunde användas även bortom "soffan". Det där med auktoritet rätt tillämpad, är kanske inte alltid helt fel...

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*

Den gordiska knuten

Denna text handlar egentligen inte om psykiatriskt arbete utan om socialt, men belyser ett intressant dilemma.

Hur man gör och vad man säger

Det händer att jag går med min snälla hund på promenad runt Årstaviken. Det är en bra väg att gå, med många backar och mycket kullfallna träd och nära till vattnet där hunden kan dricka och ibland skrämmas av väsande fräsande svanar. En gång såg jag på avstånd en grupp människor komma gående och när vi närmade oss varandra så visade det sig vara en grupp personer med funktionsvariationer, tillsammans med omsorgspersonal. Ganska tidigt hade jag noterat att en av männen i gruppen hade ändrat beteende, han lät orolig och hade en del rörelsestereotyper. Jag tänkte att det kanske var så att hunden som han snart skulle möta väckte rädsla eller något hos honom. Jag höll in min hund och ställde mig vid sidan av vägen för att de skulle kunna gå förbi, men ju närmare de kom, desto oroligare blev hans rörelsemönster. Jag hörde hur en ur personalen sa till honom nånting i stil med "hunden ser snäll ut, ta det lugnt, det är inte farligt". Det hjälpte föga och killen kunde bara med möda fösas förbi besten som satt och tittade på dem. När de passerat, så blev situationen åter lugn och den person som hjälpt vår orolige kille återtog sin plats längst bak i gruppen.

Jag hann tänka på vad vårdaren sagt och hur det tagits emot och tänkte att jag kanske eventuellt skulle kunna vara till någon hjälp, så jag vände om och gick ikapp gruppen och frågade om vårdkillen kunde ha någon minut nu när läget var lugnt. (Jag drabbas av en liten genans nu när jag skriver, för att jag tycker det verkar så beskäftigt, men det finns nog ändå en poäng med det hela.) Jag sa till honom att jag också har erfarenhet av att jobba med autistiska personer och att jag hade en tanke om det som hänt. Det han sagt till den orolige killen om att det inte fanns någon anledning att vara orolig och att han skulle ta det lugnt verkade ju inte ha nått fram, för att oron slagit klorna i honom och att han där och då inte verkade kunna styra sitt beteende. Jag sa kanske också något om att vi nog båda visste att personer med autistiskt fungerande delvis läste signaler annorlunda än vad neurotypiska personer gör, och att det kunde finnas sätt att göra t.ex. hundmöten mindre laddade för killen. Han skulle kunna träna på att göra som hunden själv gör när den möter någon som den inte vill ha något att göra med. Ett vanligt sätt är att hunden tittar bort från den oönskade hunden och liksom gäspar. Det signalerar att den oönskade hunden inte har något att vänta från mötet, och att det därför är onödigt att närma sig.

Vårdaren skrattade åt exemplet och höll med om att det var vanligt att ibland säga saker som inte funkade, för att den sortens saker som "det är ingen fara" brukar funka någotsånär i vardagen. Han skulle testa om det gick att öva på att göra något annorlunda för den räddade killen.

Tyvärr mötte jag aldrig mer gruppen, hade gärna sett om det gått att träna in ett ignoreringsbeteende som hjälpte honom att slippa vara så rädd.

Fraser som "hunden ser snäll ut, ta det lugnt, det är inte farligt" bär på en uppmaning om skärpning, alltså sluta bete sig fel. Dessvärre händer det dock alltför ofta att autistiska personer bemöts med den sortens attityd från omvärlden. Personer som har autism får ofta problem med myndigheter där man känner till diagnoserna men inte verkar förstå effekten av att inte kunna sortera intryck eller att få läsningar som gör att vissa saker inte fungerar som det var tänkt.

Vad som krävs och vad man kan

Ibland påverkar kravet på skärpning en persons hela tillvaro. Socialtjänstens arbete regleras i Socialtjänstlagen, och för personer med vissa definierade tillstånd kan också LSS, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, aktiveras. Den förra lagen utgör alltså grunden för det sociala arbetet och LSS ger en person med funktionsnedsättning rätten till viss sorts stöd. För den som hamnar mellan lagrummen eller där tjänstemän som jobbar med Socialtjänstlagen och LSS inte har ett fungerande samarbete, kan det bli riktigt tokigt.

En patient, vi kan kalla honom Kjell, hade en autismdiagnos och bodde i ett stödboende. Han hade på grund av att hans funktion var så växlande beviljats aktivitetsersättning och det hade bedömts att han nog inte skulle kunna klara av vare sig studier eller arbete under överskådlig tid. Det sociala stöd han hade var inriktat på att systematiskt öka förmågan hos patienten med att klara av de svårigheter som ställde till det för honom i vardagen. Svårigheterna omfattade de flesta områden; folkmyllret på gatan gjorde det svårt att gå ut, under ett försök med arbetsträning så hade arbetsledaren sagt något på "fel" sätt och det hade gjort så att Kjell inte klarade av att gå tillbaka till arbetsplatsen, när en granne renoverade sin lägenhet gjorde stomljuden att Kjell funderade på att ta sitt liv. Personalen som jobbade med honom var engagerade och tillsammans med dem prövade Kjell olika strategier för att stå ut med tillvarons ojämnheter. Oftast föll försöken inte så väl ut, men eftersom försöken alltid baserades på de diskussioner som hans personal och han hade haft, så klarade han av att fortsätta pröva. Långsamt, det måste sägas, och ibland med stor förtvivlan.



Stödboendet där Kjell bodde hade han fått via socialtjänsten enligt SoL. Det fanns en praxis om att en person som fått ett stödboende genom kommunen också måste ha en organiserad sysselsättning, antingen studier, arbete eller arbetsträning. Som vi sett, så kunde inte Kjell för tillfället klara av någon sådan sysselsättning, vilket ansvariga för placeringen var väl medvetna om. Det visade sig inte spela någon roll, eftersom rådande praxis krävde detta. Så nu stod Kjell plötsligt inför ultimatum och hade att antingen skärpa sig och göra det han faktiskt inte klarade av

(och som han arbetade hårt för att kunna lära sig att klara av), eller förlora såväl boende som behandling. Hur ska den gåtan lösas?

Daniel Frydman

*Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm*

Foto: Daniel Frydman

Nu måste vi ta tag i det här!



Foto: Tatiana Chekryzhova/Shutterstock

För att hitta ett intressant ämne som passar med detta nummers tema Skärp dig! behöver jag vandra tillbaka igenom årtiondena till de år då jag fick stifta bekantskap med psykiatrin som vikarierande mentalskötare, blott 17 år gammal. Detta var 1974. Egentligen hade jag redan träffat på den psykiatriska sidan av människor utanför kretsen av min egen familj, via elever från lantbruksutbildning, då mina föräldrar var lantbrukare på den hypermoderna anläggningen för mjölkkor och köttproduktion. Min far var mycket ambitiös och hade stora planer som passade in i lantbruksnämndens visioner. Bra jordbruksmark som täckdikades och möjliggjorde effektivt arealutnyttjande, frigående kor i en stor ladugård, med mjölkning via rör, nya grödor i Norrbottens kornbod på bägge sidor om Piteälvens isälvsdelta.

Min mor hade bytt från att vara distriktssjuksköterska till bondmora, hon var mycket godhjärtad. Min far var sträng men hade ett rättvisepatos; de hade bägge ett stort socialt engagemang. Många ungdomar som gick utbildning till vad vi nu skulle kalla naturbruksgymnasium, hade en praktikperiod hos oss, med boende i ett annex. Flera var uppenbart sköra, med ångest och missbrukstendens (då var det lösningsmedel "thinner" och cannabis framförallt), en beskrev hallucinationer i ladugårdsmiljö med människokroppar på hötransportbandet.

En som jag blev mer fäst vid fick sina första symptom på schizofrenisjukdom; av honom tog jag mycket illa vid mig och träffade honom senare som patient på det stora mentalsjukhuset Furunäset. Framförallt kände jag att jag svikit honom på något vis, men har inte kunnat identifiera hur.

Han är död sedan ganska många år, men jag har fått träffa hans syster, som arbetar ibland på "min" klinik i Öjebyn. Av henne har jag fått höra mycket om honom, som beskriver en skuggsida av psykiatrin både på den kommunala sidan och lands-tingssidan.

Det dröjde faktiskt många år av dålig funktion innan han fick medicin som hjälpte, dvs. clozapin. Då hade han som utslussad ur psykiatrin inte kunnat vistas i sitt gruppboende nattetid, han var ansatt av hallucinationer som gjorde att han sökte sig till ett litet skjul i den intilliggande skogen. Ingen visste om att han lämnade gruppboendet för att sova där, hur mycket sömn han gick miste om vet nog inte ens han själv. Hur kommer det sig att personalen inte hade koll? Skäms!

Hans sista år blev bättre, men han hade inte någon chans att leva upp till fullo igen.

Jag hade inte alls någon vetskap om denna hans process när jag började inom psykiatrin, ung och oerfaren, skrämmd och även

fascinerad både av verkliga händelser och av föreställningar om hur saker skulle kunna hända i människans mörka psyke.

Som vikarierande skötare fanns inte mycket annat att ägna sig åt än att sköta sysslorna, diska i köket, duka för nästa måltid, skura korridorerna. Den patientkontakt som fanns var mest assisterande, se till att hygienien hölls.

Det fanns så kallad psykogeriatrisk också, minst ett halvt dussin avdelningar av patienter med demens och psykos och låg funktion. Här blev det än mer fråga om omvårdnad på det praktiska planet, mycket litet av att hålla handen, kamma håret, prata om deras liv och vad de hade för fokus. Jag visste ingenting om hur man kan lindra bara genom att finnas bredvid, och det fanns inte tid för detta heller.

En gång stötte jag på den unge mannen som bott hos oss. Han ville att jag skulle hjälpa honom, men hur skulle jag kunna göra det? Det var inte så populärt att en vikarierande skötare satt och samtalade med en patient.

Jag arbetade över hela sjukhuset, som hade över 600 patienter. Natt- som dagpass, kökstur och utarbete, promenader och duschdagar.

Som ung människa var jag naturligtvis känslig för övrig personal, som fick vara modeller för mig då jag var osäker över min egen roll. Det fanns bra människor, men det fanns också dåliga. En del var nonchalanta, andra var tillbakadragna, några enstaka var till och med sadistiska. Det är här jag verkligen skäms. Varför skrek jag inte i protest?

Jag tänker ofta tillbaka på att jag inte anmälde, att jag inte "avvikelsehanterade" åtminstone de avarter jag fick se. Men vad skulle jag göra? Skäms! Jag gjorde för litet. Jag borde ha gjort mycket mer, och jag förstår nu med större sammanhang varför man skrev in i dåtidens förordning om vård av sinnessjuka stammande ända från 1800-talet, att "de sjuke skola å hospital med mildhet behandlas".

Jag minns patienten Bosse, som efter att ha lobotomerats förlorat förmågan att ljuga. Personalen spelade ofta kort med honom och frågade – "Vad har du för kort på handen, Bosse?" – därigenom förlorade patienten alltid spelet. Harmlöst? Jag tycker det var trakasserier.

Eller den äldre man som hade en mycket svår ångestsjukdom och i behandlingen med neuroleptika fick en kronisk tardiv dyskinesi vilken bestod i konstant bålullning. En skötare som ofta talade om sin goda fysiska och psykiska form, hade fått för sig att patientens dystoni var en skymf mot honom själv, därför skulle patienten behandlas med kallvatten ur slang.

Den virriga dementa mannen som hade vandringsbeteende och inte ville ligga på sin plats i sängen, lyftes av den bullrige och dominanta skötaren ut utanför fönstret på tredje våningen med hot om att släppas ned på den kalla vintermarken om han inte slutade med sitt ofog.

Jag minns att det fanns mycket tjuvnyp, mycket moraliserande, mycket som präglats av onödig stelhet och rigiditet.

Säkert har alla dessa minnen fördunklat det som var bra, för det fanns många saker som kom fram, socioterapi, bättre mediciner, mänsklighet och engagemang.

Precis då, när utveckling skymtade framöver, bestämdes det att mentalsjukhusen skulle läggas ned, kommunerna skulle nu ta över rehabiliteringen, men det blev väldigt mycket ensamhet för patienterna och allting som skulle kunnat bli utveckling avstannade.

Vilka vanföreställningar man hade haft om psykiatrins nedläggande, nu skulle psykisk sjukdom bli mycket mindre, då vi fått bort orsaken det vill säga psykiatrin själv.

Och patienterna som äntligen skulle få komma hem till sina hemtrakter och sina anhöriga där de skulle omfamnas och inkluderas i gemenskapen och få arbete och trygghet, ett socialt sammanhang.

Hur kunde vi tro att det skulle bli så?

Skärpning! Nu måste vi ta tag i det här!

Per-Axel Karlsson
Chefsöverläkare
Piteå rättspsykiatri

Tidskriften för
Svensk Psykiatri

DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: 26/8
TEMA: AI

Vem ska skärpa sig?

Jo, vi psykiatrer borde skärpa oss!

Vi borde skärpa oss, framför allt när det gäller den psykiatriska diagnostiken. Hur kan vi låta denna grundbult inom vår profession tas över av andra medarbetare, eller, via frågeformulär, av patienterna själva och deras anhöriga?

Den psykiatriska diagnostiken är förvisso svår. Det är mycket som ska tas in i bedömningen – symtom, förlopp, utveckling och livshändelser, somatisk hälsa, patientens personlighetsstruktur, kommunikationsförmåga och kognitiva funktioner – och all denna information ska vägas mot psykiaterns kliniska erfarenhet av liknande fall, teoretiska kunskaper och mot hans/hennes sunda förnuft. Inga objektiva kriterier finns att luta sig mot – tvärtom måste man inte bara förhålla sig till vad patienten och eventuella närstående berättar, utan också till hur de berättar det, hur de beter sig under undersökningen och till vad som inte sägs. Det borde vara självklart att psykiatrisk diagnostik ska skötas av dem som har den högsta kompetensen, och i allra bästa fall av de två yrkeskategorier som har längst utbildning och som kan komplettera varandra nämligen läkare och psykolog samtidigt. Att man på detta sätt gör en gemensam anamnesupptagning spar oerhört mycket tid, är bekvämare för patienten, minskar risken för onödiga tester och andra undersökningar och ger en säkrare bedömning. Frågeformulär kan aldrig någonsin ersätta en personlig anamnesupptagning, och kan enligt min erfarenhet ibland (ofta?) vara kontraproduktiva.

Jag förstår inte heller hur vi har kunnat tillåta att långa köer och väntetider har byggts upp för viss diagnostik, nämligen av ADHD och autism. Dessa är kliniska diagnoser och det finns ingen anledning att särbehandla dem. Kognitiv funktionsnivå och kommunikationsförmåga bör bedömas hos alla nya patienter – det är därför det är så värdefullt att ta upp anamnes tillsammans med en psykolog. Det är en missuppfattning att diagnoserna ADHD och autism kräver testningar för att kunna ställas. Att ha köer för vissa diagnoser ökar sannolikt risken för överdiagnostik (förväntningar hos patienten att man ska få en viss diagnos byggs upp under väntetiden), och de (verksamheter liksom personer) som specialiserar sig på vissa diagnoser blir snart tämligen enöda – detta vet jag av egen erfarenhet.

Köerna och därmed de särskilda diagnosteamen (i eller utanför övrig sjukvård) har fört med sig en annan nackdel, nämligen att diagnostik och uppföljning/behandling inte finns i samma verksamhet, vilket annars är hävdvunnen praxis. Förutom alla nackdelar som uppstår vid informationsöverföring, praktiska olägenheter med mera, innebär detta att den viktigaste källan till kunskap och kompetens försvinner, nämligen att följa patienter över tid, och ha möjlighet att korrigera diagnosen, som ju alltid är en arbetshypotes och inte ett faktum. Ofta ställs en autismdiagnos i vuxenpsykiatri varefter patienten remitteras till vuxenhabiliteringen för fortsatta insatser. Sådana remisser borde som regel skrivas för samarbete i stället för övertag.

Inte bara diagnostiken av ADHD och autism behöver skärpas, utan detta gäller även schizofreni och schizotypi. När det gäller psykosjukdom verkar det som om man i en del psykosverksamheter helst vill undvika att få fler patienter (begränsat, eftersom det inte finns något tak för hur många patienter man kan ha i öppenvård) och därför gärna vill bortse från psykosymtom, åtminstone de som inte är "overta". Jag har lagt märke till att man inte så sällan missar de tidiga tecknen på psykosjukdom, eller ibland schizotypi. Ibland misstolkas dessa symtom som autism, och patienter får därmed inte den vård de borde ha fått.

Det finns – till råga på allt – legala hinder för diagnostisk kompetensutveckling. Den bästa vägen till ökad och fördjupad kompetens är att följa upp de patienter där man har ställt diagnos, men när detta inte är möjligt, eller när det gäller långtidsprognos, har vi ingen väg att enkelt få reda på om en diagnos var korrekt eller inte. Att gå in och titta på patienters journaler när man inte längre är behandlande läkare är en kriminell handling, vilket i mina ögon är absurt när man en gång har varit ansvarig för diagnostiken. Långtidsuppföljning är det enda facit på vårt arbete vi har i psykiatri. Vi borde arbeta för att det inte ska vara olagligt att skaffa sig feedback, inte heller efter 10 år eller mer.

Så låt oss skärpa oss! Vi som är äldre borde satsa mer på att lära ut en god och helhetsbaserad diagnostik genom bland annat gemensamma patientsamtal och gott om tid för diskussioner med ST-läkarna. Vi borde sluta att remittera patienter till psykologer med frågeställningen ADHD eller autism, när detta är diagnostik vi borde klara som psykiatrer, eller allra helst tillsammans med en psykolog snarare än i enskilda patientmöten var för sig. Det finns ingen som helst anledning att ha vänlistor och köer till "neuropsykiatrisk utredning", eller att på detta sätt skilja ut ADHD och autism från andra kliniska psykiatriska diagnoser! Vi måste sluta att slösa vår och patienternas tid på enfaldiga frågeformulär. Och vi borde motverka det kunskapsfientliga oskicket att ha diagnostik och uppföljning/behandling i skilda verksamheter. Vi måste kunna stå för att psykiatrisk diagnostik är en svår konst, som för patientens och samhällets skull bör utövas av dem som är speciellt utbildade i detta, nämligen psykiatrer, och som måste få förutsättningar att både utöva, förfina och lära ut denna konst i det dagliga arbetet.

Lena Nylander

*Psykiater, med dr
Lund*





Foto: Jimmy Croona/Försvarmakten

FÖRSVARSOVERPSYKIATER. VILL DU UTVECKLA PSYKIATRIN INOM FÖRSVARSMAKTEN?

Vi söker dig som är psykiater och vill vara med att utveckla vår hälso- och sjukvård som en del i samhällets totala sjukvårdsresurser.

Vi tror att du är en verklighetsförankrad visionär med forskningsintresse. Du trivs med ett självständigt arbete i en interdisciplinär miljö där utveckling inom militär psykiatri, katastrofpsykiatri och mental soldat- och veteranhälsa är dina ansvarsområden.

Befattningen är placerad i Göteborg vid Försvarsmedicincentrum vid Utvecklingsavdelningen som leds av utvecklingschefen för försvarsmedicin.

Försvarsmedicin är ett samlingsbegrepp för all verksamhet som bedrivs inom Försvarmakten inom områdena hälso- och sjukvård, preventiv medicin och medicinsk underrättelsetjänst.

Du behöver inte ha någon tidigare erfarenhet av att ha tjänstgjort i Försvarmakten men det är meriterande. Läs mer om tjänsten på forsvarsmakten.se/ledigajobb

FÖRSVARSMAKTEN
 **FÖRSVARSMEDICINCENTRUM**

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive hemsida läser Du alltid senaste nytt:

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

www.sfbup.se

ST-läkare i psykiatri:

www.stpsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:

www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:

www.srp.se

Har neuropsykiatriska diagnoser gjort tillvaron bättre?

Emil, 9 år, och Ida, 6 år, äter frukost. Medan Ida äter lugnt och stilla går Emil och hämtar marmelad i kylan, pratar om fotbollsmatchen i kväll och leker med smörgåsen. Alltså gör allt annat än att äta frukost. Mamma tjarar om att Emil måste börja äta, annars kommer han att missa skolbussen. Till slut brister hon ut "Tänk om du kunde vara som din lillasyster!"

Men det är ju precis det han inte kan! Emil har ADHD, ett tillstånd som innebär att man har stora och varaktiga problem med att styra sin uppmärksamhet, reglera aktivitetsnivån och kontrollera sina impulser i förhållande till sin ålder. Emil har också, som många barn med ADHD, svårt med tid och planering som gör att det blir som i scenen ovan. Han krånglar inte "på flit" utan gör så gott han kan utifrån sina förutsättningar.

Om vi tycker att någon är besvärlig, lat och slarvig är det naturligt att vara kritisk, att säga till och förmana. Många gånger beskrivs barn med ADHD som att "de kan ju om de bara vill", exempelvis att spela dataspel hur länge som helst – "då går det bra att koncentrera sig". Uttalandet "skärp dig" har vanligtvis en mer eller mindre tydlig underton av moralisering, anklagande, "du gör inte ditt bästa, du anstränger dig inte, du är lat, du skyller ifrån dig". Referensramen är moralisk – problemen anses bero på ovilja, ointresse eller rent av elakhet.

Att betrakta ADHD som en funktionsnedsättning innebär ett byte av synsätt. I stället för ett moraliskt perspektiv (som leder till kritik och fördömande) ser man ett barn som utifrån sina förutsättningar gör sitt bästa. I stället för att kritisera kan man fundera på hur funktionen kan stötts eller kompenseras. Med ett bra bemötande behöver en funktionsnedsättning inte vara ett funktionshinder. Att få diagnosen ADHD kan bli som en lättnad och en förklaring för den som fått diagnosen, liksom för närstående. Den kan förklara varför vissa saker i livet blivit så knepiga, men kan också visa på styrkor som man kan bygga vidare på.

En poäng med att utreda barn och ungdomar med frågeställning neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är att få syn på t.ex. svårigheter att förstå och hantera tid. Problemen är inte alltid synliga men kan ändå leda till nedsatt autonomi och delaktighet i vardagslivets aktiviteter hemma, i skolan och på fritiden. Man kan få hjälp med tidshjälpmiddel för att kompensera för sådana svårigheter.

Birgitta Wennberg visar i sin avhandling att barn och ungdomar med ADHD och barn och ungdomar med intellektuell funktionsnedsättning har samma övergripande mönster av tidsuppfattning som barn utan funktionsnedsättning, men att

de kan ha en försenad utveckling inom detta område som kan påverka deras tidshantering och autonomi och därmed också deras delaktighet i dagliga aktiviteter. En tidsrelaterad intervention bestående av kompensation med tidshjälpmiddel och träning av tidsuppfattning förbättrade tidsuppfattning och tidshantering i vardagsaktiviteter hos barn med ADHD. Erfarenheter från unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning visar också en ökad delaktighet i dagliga aktiviteter och hälsofördelar med tidshjälpmiddel.

Per Gustafsson

Professor emeritus BUP

Linköping

Referens

Birgitta Wennberg, Keeping track of time: Daily time management, participation, and time-related interventions for children, adolescents, and young adults with neurodevelopmental disorders. Fullständig referens och webbadress finns på hemsidan.



Foto: zieusin/Shutterstock.com



Skärpning!

Nu har vi tillräckligt länge undvikit att utreda frågan om assisterat döende!

Läkarens och patientens roller vid livets slut

Corona har fört, särskilt oss äldre närmare existentiella och nog så konkreta frågeställningar. Jag anser att man kan och bör komma längre i en analys av olika aktörers roller och ansvar vid livets slut. Dagens regelverk styrs av ålderdomliga religiösa tankefigurer, av en schabloniserad läkarroll och av fantasier om konsekvenser av nya synsätt.

Läkarens behov och val är nu i fokus i debatten i stället för patientens när det gäller självvalt livsslut. Den gode läkaren vill "värna livet". Idag kan man acceptera att ett liv avslutas om det sker som "biverkan" av annan behandling, t.ex. en riskabel operation, behandling med starka smärtstillande läkemedel el-

ler terminal sedering. Men att verkställa en svårt plågad, dödsdömd patients önskan att avsluta sitt liv på annat sätt – det kan vi inte med dagens regelverk – då kan förskrivaren bli av med legitimationen. Många läkare skulle dock gärna se en sådan möjlighet.

Fokus på läkarens roll finns också i termerna "eutanasi" och "läkarassisterat suicid" som ofta används. En mer adekvat term är "assisterat döende".

Patientens behov och val. De flesta medborgare i Sverige vill kunna få assisterat döende om de skulle anse sig behöva det för att undvika ett annars hotande plågsamt döende. Det är dock en mycken liten grupp för vilken detta verkligen kan

bli aktuellt. Möjligheten till assisterat döende handlar även om rätten till sitt eget liv (både att leva det och att avsluta det) och säkerhet att slippa orimliga plågor.

När en patient inte kan få dödande läkemedel förskrivna är patienten lämnad att lida eller att använda andra metoder att avsluta sitt liv. Sådana finns förvisso men de medför stora besvär och nog oftast ytterligare lidande.

Vad bör göras?

En bred utredning! Det finns flera modeller att förhålla sig till, t.ex. den amerikanska Oregonmodellen. I Canada har man en bra process där läkarförbundet varit aktivt trots stor spridning av uppfattningar i kåren.

Några psykiatriska aspekter:

- Det är mycket angeläget att precisera skillnader mellan psykiatriskt betingade, undvikbara suicid och självmord av annan art.
- Vilken grad av beslutskapacitet krävs av patienten?
- Krävs bedömning av psykiater att patientens önskan om livsslut inte beror på en klinisk depression?
- Svår psykisk sjukdom med lidande trots omfattande behandling innefattas inte av till exempel Oregonmodellen. Rimligt?

Övrigt:

- Uppskattad återstående livslängd skall ofta vara kort, kanske 6 månader för assisterat livsslut. Men kronologisk ålder brukar inte beaktas.
- Vilken roll skall religiösa aspekter ha? Vems religion i så fall?
- Detta är mer en medborgarfråga än en läkarfråga!

Assisterat döende har varit en svår fråga att hantera både för läkarkollektivet och för förtroendevalda politiker. Annars hade det inte behövts någon skärpning. Det borde dock vara möjligt att utforma ett regelverk så att läkare, utbildade i palliativ vård, som vill hjälpa patienter med assisterat döende får förskriva dödande läkemedel.

Jerker Hanson

*Pensionerad psykiater, Stockholm
jerker.hanson@telia.com*

Referenser

Ett flertal referenser finns på Smers hemsida <http://www.smer.se/?s=assisterat+d%C3%B6ende>

Foto: Alonafoto/Shutterstock.com



Vårt behov av svaghet

Vad finns det för likhet mellan Rune Andréassons seriefigur Bamse och Dorothy Sayers gentlemannadetektiv Lord Peter Wimsey? Det är kanske inte så lätt att säga på rak arm.

Rune Andréasson skapade ett helt djurmenageri med sina seriekaraktärer, som fortsätter att leva tjugo år efter att deras skapare gått bort. Bamse är stark, rättvis och snäll – någon som vi alla skulle vilja efterlikna. Lille Skutt är en jättebra kompis men ack så ynkelig och rädd när det blir farligt – någon som känner igen sig? Skalman som är kunnig och klok men har begränsad social kompetens – fullt i klass med polisen Saga i TV-serien "Bron".

Lord Peter är rik, begåvad, smart och kan föra sig i alla sorts miljöer, lika välkommen på exklusiva klubbar i London, i bohem- och konstnärskretsar och bland nyfrälsta frikyrkomedlemmar i East End. Ett ouppnåeligt ideal att sträva mot. Han är omsvärmad av vackra kvinnor i societeten, har en mästerlig betjänt som ordnar tillvaron in i minsta detalj, svärmar för en deckarförfattarinna som han av och till löser spektakulära mordfall tillsammans med.

Kan det finnas någon likhet mellan Bamse och Lord Peter, de är väl hur olika som helst? Jo, de har både en Akilleshäl. Rune Andréasson tecknade en serie om en annan björn innan Bamse, den hette "Teddy – världens starkaste björn". Teddy hade ganska många likheter med Bamse, men det fanns en viktig skillnad, Teddy var alltid stark. Det fanns ingen utmaning, ingen spänning, inga cliffhangers. När det brände till i storyn visste alla att Teddy skulle ordna upp det, för han var så stark och duktig. Det geniala med Bamse är hans behov av Dunderhonung. Det för in en underliggande osäkerhet, ska Bamse hinna få tag i Dunderhonungen i tid? Spänningen hålls vid liv, ibland över flera serier medan jakten på Dunderhonungen pågår.



Lord Peter har också en svaghet. Han tjänstgjorde i brittiska armén under första världskriget och var nära att omkomma på Västfronten när hans kompani utsattes för kraftig artilleribeskjutning. Han begravdes i skyttegravan och kunde svårt medtagen grävas fram av en soldat, sergeant Bunter, som senare blev hans betjänt. Lord Peter led sedan under lång tid av det som på den tiden kallades "shell shock", nuförtiden skulle vi sagt PTSD. Han hade svåra ångestattfall och vågade knappt gå ut från sin lägenhet, utan Bunters ömma omvårdnad hade han nog aldrig kommit på benen igen. Då han var oförmögen att arbeta (och i och för sig inte behövde göra det för sitt uppehälle) började han att lösa komplicerade kriminalfall som terapi-sysselsättning.

I många av Sayers romaner finns Lord Peters svaghet som en mörk underström, det är vanligt att när brottet är löst och mördaren funnen blir det en re-traumatisering, Peter får flash-backs från skyttegravan och tappar fotfästet i verkligheten. Ibland kör han iväg i mörkret med sin snabba bil och riskerar livet på slingriga vägar, andra gånger tillbringar han dagar i häktet för att få brottslingens medgivande att det var rätt att fallet blev löst (även om mördaren kommer att bli hängd). Sayers romaner handlar till en stor del om avvägningen mellan hur angeläget

det är att rättvisa skipas, mot att upplösningen och dess konsekvenser gör mer skada än brottet själv. I flera av romanerna finns det inte ens en mördare utan offret kan ha dött för egen hand, eller omkommit genom ett tragiskt missöde.

Min poäng är att vi ska vara glada för att Bamse och Lord Peter inte "skärpt sig" och tagit sig i kragen. Om de varit helt igenom perfekta och utan minsta skavank eller svaghet skulle de inte varit särskilt intressanta. Och vi hade missat mycket god läsning!

Per Gustafsson
*Professor emeritus BUP
 Linköping*

Skärpning! Mötet i fokus!

En skarp analys av rollen som läkare behövs. Medicinshistoria kan lära oss en del.

Igår läste jag en krönika av Tina Vilhelmsson (1) om två avgörande möten. Det första var när Tina V. mötte en flicka på 5 år med ont i magen och de fick en bra kontakt. Det andra var 25 år senare när Tina V. åter mötte flickan – nu som engagerad kollega.

Det gav en nyckel till undringar om läkares roll jag haft ett tag. Det började med att jag letade efter vilka behandlingar kollegan, författaren med mera Francois Rabelais (ca 1490–1553) (2) egentligen gav sina patienter. Jag hittade ingenting – mer än att han ansåg att skrattet var välgörande på många sätt – säkert väl genomtänkt.

I standardverk om medicinens historia fram till förra sekelskiftet beskrivs behandlingar sparsamt och resultat mycket sällan. Systematisk uppföljning av behandlingar kom först vid slutet av 1800-talet. I stället beskrivs de gamla kollegornas liv och personligheter samt deras teorier och trossystem för kroppsfunktioner och avvikelser. Uppenbarligen har läkarna varit karismatiska personer som dessutom haft någon teori som de haft tilltro till.

För ca 100 år sedan skriver man (3) att medicinen nu har blivit modern och bygger på fakta. Man är stolt över sitt kunnande. Av det kunnande som fanns då har dock inte mycket tålt tidens tand, möjligen lite kirurgi och obstetrik.

Mantrat idag är "evidensbaserat". Med detta menas nästan alltid behandlingar med läkemedel som visat sig vara bättre än placebo eller annat läkemedel. Givetvis är detta viktig kunskap. Men det handlar om jämförelser på gruppnivå där det kan finnas mycket stora variationer i utfall inom grupperna. Många patienter som behandlats med det läkemedel som testas kan ha försämrats och många som fått placebo kan ha förbättrats. Förhållandet i utfall mellan grupperna kan uttryckas i "Number Needed to Treat, NNT" – hur många personer som måste behandlas med en viss metod för att få gott resultat i ett fall, sedan man kompenserat för placeboeffekter. Detta mått är sålän under 3 och ofta över 10. I det senare fallet måste alltså så många som 10 patienter behandlas för att en skall ha nytta av behandlingen. Skillnaden mellan grupperna kan ändå vara signifikant på hög nivå – framför allt beroende på hur många personer som undersökts med mera.

Hur kan det komma sig att läkare genom årtusenden kunnat fortsätta med så dåligt underlag? Varför har man konsulterats och betalats? När vi ordinerar ett läkemedel som visat signifikant effekt i en prövning gör vi det i förvisning av att vi ger en bra behandling – trots att NNT kanske var 10. Det betyder dock att det bara är 10 % chans att patienten har nytta av den

farmakologiska effekten. Uppenbarligen är det andra faktorer som gör att vi tycker vi gör ett bra arbete och att patienterna är rätt nöjda.

Hur kunde de gamla kollegorna fungera som "medicin" när dom egentligen inte hade några rimligt effektiva behandlingar att tillgå? De måste ändå haft en tilltro till något i sin gamla profession vilket givit dem en bas att möta patienter. Mötet och kontakten har sedan i sig fungerat som något välgörande. Michael Balint myntade 1957 "medicinen läkare" – alltså att läkaren själv är ett medel för läkande (4).

Kontakten patient – behandlare är alltså viktig. Men i begreppet "möte" ligger också att det är något nytt på gång, en utveckling och åt det positiva hållet. För att mötet skall fungera krävs något mer än en rent manualbaserad process. I dagens sjukvård och även psykiatri är ramarna instrumentella (formulär, diagnoser, standardprocesser...). Inom ramarna finns personliga möten, säkert oftast mycket dynamiska och professionella. Men fokus i utvecklingen handlar om organisation, EBM, manualer och ersättningssystem.

Skärpning! Bättre analys av förutsättningarna för bra möten! Professionell uppföljning av given vård! Kvalitetsindikatorer för personkontinuitet!

PS. Corona lyfter mötets betydelse ytterligare – virtuellt och IRL!

Jerker Hanson

*Pensionerad psykiater, Stockholm
jerker.hanson@telia.com*

Referenser

1. Vilhelmsson T. Vårt möte för 25 år sedan kom att spela en viktig roll även för hennes framtid. Läkartidningen 2020; 19-20:638 <https://lakartidningen.se/aktuellt/kultur-2/kronika/2020/05/vart-mote-for-25-ar-sedan-kom-att-spela-en-viktig-roll-aven-for-hennes-framtid/>
2. Hanson J. Läkaren Francois Rabelais: Skämtare och visseblåsare på 1500-talet. Läkartidningen 2019; 12:116:FEFY <https://lakartidningen.se/aktuellt/kultur-2/2019/03/doktormunkens-pikaresker-var-rena-medicinen/#.XkmctV6dQtw.email>
3. Medicinens historia. I: Nordisk familjebok, Stockholm 1912, vol. 17, spalt 1426.
4. Balint M. Läkaren, patienten och sjukdomen. NoK Stockholm 1972.



Foto: Wachiwit/Shutterstock.com

Barnpsykiaterns skärp dig-stege

**Jag får skärpa mig! En barnpsykiater som inte läst Harry Potter!
Kan man över huvud taget arbeta som barnpsykiater utan att ha läst Harry Potter!?**

Kan man över huvud taget arbeta som barnpsykiater utan att ha läst Harry Potter!? Min kompis mödravårdspsykologen har läst hela serien två gånger – en gång med sina barn, och en gång till själv. Och en välkänd vuxenpsykiater som inte hade läst den tidigare klarade i alla fall av hela serien i 40-årsåldern, men jag har passerat den åldern och inte läst. Jag har dessutom varit i både England och Florida och inte besökt Harry Potter-museet. Jag får skärpa mig!

Jag borde skärpa mig och leva som jag lär! Sitter på jobbet varje arbetsdag och mässar om vikten att sova regelbundet, äta regelbundet och motionera om så bara att gå ett litet varv runt kvarteret! Att gå emot motståndet; när man känner att man inte orkar träna behöver man det mest...

Jag måste skärpa mig och leva som jag lär. Slut på smågodis och Netflix-serieknarkande och "bara ett avsnitt till" innan solen går upp och jag vet jag kommer vara ett vrak på jobbet. Begränsad skärmtid, gäller väl också för en barnpsykiater?!

Jag behöver skärpa mig, snart grilltider och vinet måste ransonerar fastän Systembolaget är fantastiskt och till och med kan

rekommendera vad man ska dricka till dillchips (champagne). Leva som man lär.

Jag ska skärpa mig! Göra mig skarp och tydlig kring mina behov på ett ödmjukt sätt och ta ansvar för hur jag vill ha mitt liv och min arbetssituation och inte gå upp i limningen över allt som inte fungerar IRL, men finns på Insidan. (Som Alltid Öppet-appen som vi till slut fått, men inga kameror till videomötena). Vi gör så gott vi kan "under rådande omständigheter".

Jag behöver verkligen skärpa mig! Bli lugn och fin.

Jag försöker skärpa mig! Men det går ju inget vidare. Behöver jag hjälp? Eller ska jag börja med att hämta Harry Potter del ett ur bokhyllan – äntligen!

Cecilia Gotby
Överläkare BUP
Stockholm

Jörgen Herlofson och Ullakarin Nyberg

Nya hedersledamöter i SPF

Jörgen Herlofson

På SPF:s årsmöte den 12 mars 2020 utsågs Jörgen Herlofson till hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen, på förslag av styrelsen med följande motivering:

Över fyra årtionden har han varit en drivande kraft som berikat svensk psykiatri. Nyfiken och klok, var banbrytande för införandet av kognitiv terapi i Sverige och tidig budbärare för modern diagnostik enligt DSM-systemet. Genom betydande undervisningsinsatser har han outtröttligt bidragit till att främja föreningens syften att sprida kunskap om psykiatri och verka för läkarnas kompetensutveckling.

Jörgen Herlofson, en välkänd psykiater, som nu har nått mogen ålder, en drivande kraft inom svensk psykiatri, nyfiken och klok. I Psykiatriska Föreningen är hans namn välkänt sedan länge. Hans arbete har varit banbrytande vad gäller införandet av kognitiv terapi i Sverige och han har varit en tidig budbärare för modern diagnostik enligt DSM-systemet. Hans tidiga kontakt med den amerikanske professorn Aaron Beck gav Sverige kunskap om modern psykoterapi och genom betydande undervisningsinsatser har han outtröttligt bidragit till att främja föreningens syften, att sprida kunskap om psykiatri och verka för läkarnas kompetensutveckling.

Undertecknad har dock känt honom längre än så. Han fanns i umgängeskretsen när jag var nybliven student. Som lite äldre imponerade han redan då, flickorna var speciellt roade, och han gifte sig så småningom med en av mina bästa vänner.

Psykiatri kom i fokus först efter några års studier. Jörgens humanistiska sida fick sin tribut, han läste litteraturhistoria, spelade i ett band, men blev så småningom läkare, och sedermera som ung psykiater hade han ett kort återfall som filmstjärna. Att han valde just psykiatri är kanske inte så konstigt. Jörgen var inte enögd, han kombinerade vetenskapen med det själsliga djuplodandet. Arbetet med diagnostik ledde till att han blev en av de främsta uttolkarna av DSM i Sverige, och han har framgångsrikt skrivit och redigerat populära och pedagogiska läroböcker. Arbetet har i hög grad kretsat kring hur patientens intressen ska vara i centrum för behandlingen med vetenskapen som viktig markör. Ett kuriöst exempel på detta var att han ledde pensionärskurser i epidemiologi på ABF på temat "Arv och Miljö" – ett extraknäck jag se-

nare fick ärv, och tack-samt tog emot som fattig medicinstudent.

Mycket kan honom tillgodoräknas. Det var nog Jörgen som fick mig att bli psykiater, även om också min far och andra förtjänta inspiratörer bidrog till detta, men varför han kallades Herr Olofsson, då när vi var unga, har jag glömt.

Hippokrates ed har han följt, att om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta. Han har bibehållit sina förmågheter, blivit en bra doktor med empati och vetenskaplig skärpa, och om jag är rätt underrättad har han också bevarat sin humanistiska ådra, läser, musicerar och fascinerar sin omgivning. Han är väl värd att ingå i SPF-hedersledamöternas exklusiva skara!

Jonas Eberhard
Vetenskaplig sekreterare i SPF

Hela styrelsen vill härmed hylla Ullakarin och Jörgen, våra stabila, pålitliga och roliga nya hedersledamöter!

För SPF:s styrelse
Alessandra Hedlund

Foto: Lise-Lotte Risö Bergerlind



Ullakarin Nyberg

Det var mycket som inte var sig likt på SPK 2020, men en sak har man alltid att se fram emot, så även i år. På SPF:s årsmöte den 12 mars 2020 utsågs Ullakarin Nyberg till hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen, på förslag av styrelsen med följande motivering:

För nyfikenheten utforskande av människans berättelser, modiga frågor som öppnar nya dörrar, outtömligt engagemang, hopp som inspirerar. Det dystra är en möjlighet, bakom varje hörn finns ett lärtillfälle. Suicidprevention och patientsäkerhet ligger henne varmt om hjärtat, tillsammans med Svenska Psykiatrikongressen. Genom samtalets konst och vetenskap företräder hon den svenska psykiatrin och banar vägen för framtida kollegor.

Ullakarins bidrag till den svenska psykiatrins utveckling är så stort att jag själv knappt kan överskåda det. Hon är psykiater, suicidforskare, lärare, handledare och författare. Arbetar med suicidprevention, både inom och utanför kliniken, och deltid som psykiaterkonsult på en cancermottagning. Hon är också personen som jag haft glädjen av att lära känna under åren i SPF:s styrelse (du, livsbejakande ljudboksslukare, jag har inte haft så roligt med en rumskamrat sedan högskoletiden!) Den mindre personliga fakta-versionen av hennes år i styrelsen är att Ullakarin som SPF:s vetenskapliga sekreterare och ordförande var ledande i att utveckla Svenska Psykiatrikongressen till att bli vad den är idag, den självklara mötesplatsen för Sveriges psykiatrer, en framgång som slagit deltagarrekord år efter år. Ute i samhället har psykiatrin aldrig varit så synlig: hennes intresse för kommunikation och media, tillsammans med förmågan att nå ut, har bidragit till att psykiatrin fått en naturlig plats i den offentliga debatten.

Tidigt visste hon att det var läkare hon skulle bli. Egentligen fick man inte säga så, men hon sa det ändå, det är Ullakarin i ett nötskal. När man tvekar är det hon som vågar. Orädd, rak och målmedveten, ingen utmaning är för stor för henne. Stark och anpassningsbar, precis som naturen i trakten där hon växte upp. Onkolog skulle hon bli, hennes nyfikenhet tilltalades av svåra situationer där liv och död möts, hon arbetade på Radiumhemmet på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och disputerade inom ämnet 2002. Men det var i mötet med sörjande människor som intresset för psykiatrin väcktes. I det allmänmänskliga fanns det unika, varje människa kan bli en källa till lärande, inklusive en själv. Hennes forskning kom att handla om föräldrar och syskon som mist ett barn respektive ett syskon i suicid. Hennes gärning

kom att bli utredningar av inträffade suicid med retrospektiva genomgångar, i syfte att utveckla verktyg och rutiner för det kliniska arbetet med suicidnära personer och deras närstående.

Att Ullakarin brinner för patienter och anhöriga är uppenbart, men det finns väldigt mycket mer. Hon brinner för att visa psykiatrins ansikte utåt, som när hon medverkar i Kristallprisvinnande programmet "30 liv i veckan", spelar in poddar eller, allra senast, en TED-föreläsning. Minst lika mycket brinner hon för dem som arbetar i psykiatrin, såväl läkare som andra yrkesgrupper, oavsett om de är nybörjare eller erfarna. De ska vara rustade att klara av sitt svåra uppdrag och i det behålla hälsan. Det går ingen skiljelinje mellan säker vård och god arbetsmiljö, så kan man sammanfatta Ullakarins gärning, både på kliniken, inom Regionen och över hela landet. Projektet "Säker Suicidprevention" i samarbete med Landstinget Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) är ännu ett exempel på Ullakarins förmåga att våga anta stora utmaningar och engagera människor. Patientsäkerhetstänket löper som en röd tråd och visionen är densamma, oavsett om hon forskar, arbetar patientnära, handleder personal, undervisar en liten grupp eller föreläser för hundratal åhörare.

SPF:s nya hedersledamot är en förebild för alla som har drömmar, och vem har inte det? Grattis Ullakarin, grattis SPF!



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

Foto: Lise-Lotte Risö Bergerlind



Inbjudan att skicka in kongressbidrag (call for abstracts)

Nu planerar vi för Svenska Psykiatrikongressen 2021, som kommer att gå av stapeln 17–19 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 2021 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 2020**.

Företag/landsting som önskar ställa ut på SPK 2021 - ta kontakt med **Stina Djurberg**, stina.djurberg@buf.se senast den **1 oktober 2020**.

Inställd resa och virtuell kongress

Sedan 2017 har SPF varje år arrangerat en gruppresa till en internationell psykiatrikongress. I förra numret av Svensk Psykiatri annonserade vi om att årets resa skulle gå till ECNP-kongressen i Wien i september.

Vid ett möte den 29 april beslutade styrelsen att ställa in resan pga. det osäkra läge som råder avseende resor och möten under den pågående pandemin. Information om detta lades ut på vår hemsida och redan anmälda deltagare underrättades individuellt.

ECNP:s styrelse har nu i dagarna meddelat att kongressen kommer att genomföras helt virtuellt dvs. online. För mer information se <https://www.ecnp.eu/congress2020/ECNPcongress/>

Kanske kan detta rentav möjliggöra för fler att ta del av programmet?

Vår förhoppning och ambition är att vi ska kunna arrangera nya kongressresor för SPF:s medlemmar så snart läget i världen tillåter detta!

För SPF:s styrelse
Tove Gunnarsson



Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott

När vi träffas denna gång är det via en digital mötesplattform. Det är ju det nya sättet att ses och jobba, som vi var och en till mans nu raskt fått sätta oss in i. Det positiva är ju att fler kan delta i mötet, då man inte blir borta en hel dag och antalet deltagare var också fler än någonsin tidigare. Våldigt positivt. Tråkigt är förstås att inte få fika och äta lunch tillsammans och att fler droppade av under mötet gång. Personligen gillar jag inte heller känslan av att vara i närbild hela tiden, men glömmer det efter en stund, då det ju ändå inte är för att beundra varandra som vi träffas.

Covid-19 påverkar oss på många sätt. Några sitter i karantän, men kan jobba ändå, hemifrån. Alla vittnar om förberedelser på klinikerna att hantera riskpatienter, karantänpatienter och smittade patienter. Att sjukvården fått visa på sin kapacitet att gå från ord till handling mer effektivt och att läkarens insatser i dessa fall är viktig, att vara med och styra prioriteringar och problemlösa lyfts fram som något positivt. Läkaren som ledare helt enkelt, det som allt för ofta tappas bort i vårt ofta alltför byråkratiska sjukvårdssystem.

Det har precis tagits ett beslut om att flytta fram införandet av BT ett år, varför den nya lagstiftningen tas i bruk 1 juli 2021. Detta då sjukvården idag inte kan prioritera implementering av BT i verksamheterna under rådande pandemi. Då det ännu saknas övergångsregler och färdiga instruktioner för BT, så behövs nog denna utökade tid också för Socialstyrelsen. Detta är något vi följer med stort engagemang och intresse. Psykiatrin del i BT kan inte nog poängteras. Det saknas redan idag mycket i omhändertagandet av patienter med psykisk sjukdom, som behöver vård för andra åkommor. Det behövs i hela sjukvården en stabil kunskapsbas om psykisk sjukdom, hellre

mer än mindre. Det har ju hela tiden varit oron från vår sida, att ytterligare försämra läkarkårens psykiatriska kunskapsbas. Vi har sett denna risk med att införa ökad valbarhet av placeringar i BT jämfört med i AT och därmed även få obligatoriska placeringar, där psykiatrin inte kommer att vara obligatorisk.

Nu kommer sommaren och med den semesterperioderna. I år reser vi inte bort, utan stannar hemma och kontemplerar. Det är något hoppfullt i det. Kanske kommer våra batterier vara fulladdade till höstens nya utmaningar? Kanske kommer en andra våg av covid-19? Kartan är omritad och den som lever får se. En skön promenad i sommarkvällen är min enda planering och det tror jag att sommaren kommer att erbjuda. Med det en önskan om en fin sommar till alla!

Lotta Sandström

*Facklig sekreterare SPF
Ordförande i Utbildningsutskottet*



ANNONS

Årets Raffaellapristagare



Michael Andresen, specialist i psykiatri och klinisk farmakologi, har tilldelats 2020 års Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne, med följande motivering:

Michael Andresen har genom sitt arbete bidragit till den pedagogiska utvecklingen inom psykiatrin på såväl grundutbildning som specialistutbildning. Genom att kombinera kunskap från flera olika områden med praktisk erfarenhet har han en unik förmåga att ge nya perspektiv och lyfta diskussioner till en högre pedagogisk nivå.

Michael, som blev specialist i psykiatri 2004, har under många år engagerat sig i utbildningsfrågor inom psykiatrin i Sverige. Han var under flera år en aktiv medlem i Psykiatriska Föreningens utbildningsutskott där han arbetade med såväl ST- som grundutbildningsfrågor. Han har även arrangerat ett flertal utbildningsinslag på Svenska Psykiatrikongressen.

Under flera år var han en engagerad övergripande studierektor i psykiatri för AT- och ST-läkare inom Örebro läns landsting/Region Örebro län. Han var då även medlem i den övergripande studierektorsgruppen för länet där han deltog i utvecklandet och genomförandet av gemensamma ST- och AT-utbildningar. Dessutom var han en drivande kraft vid uppstarten av läkarutbildningen och hur psykiatriutbildningen skulle utformas i Örebro. Sedan februari i år är han även specialist i klinisk farmakologi.

Pga. att Svenska Psykiatrikongressen i år fick avbrytas i förtid så kunde priset inte delas ut under middagen som brukligt. Diplom överlämnades dock under torsdagen efter att Michael hållit en kurs i psykofarmakologi. Uppmärksammande under festligare former kommer att ske vid senare tillfälle.

Redan nu kan du nominera kandidater till 2021 års pris, se notis till höger.

För priskommittén
Tove Gunnarsson



Utmärkelse för
pedagogiska
insatser för psykiatrin till

Raffaella Björcks minne

Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse
har beslutat instifta:

Utmärkelse för pedagogiska insatser för
psykiatrin till Raffaella Björcks minne.

Priset kommer att delas ut i samband
med Svenska Psykiatrikongressen 2021.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motive-
ring per e-post till Svensk Psykiatri:
raffaellapriset@svenskpsykiatri.se
senast den 31/12 2020.

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

Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen

ANNONS



Du kommer väl ihåg våra riktlinjer!

Sedan många år har Svenska Psykiatriska Föreningen gett ut kliniska riktlinjer för stora och viktiga sjukdomsgrupper inom psykiatri. Riktlinjerna har skrivits av utvalda arbetsgrupper med särskild kompetens inom det aktuella området, på uppdrag av och i samarbete med föreningens styrelse. I riktlinjerna sammanfattas aktuellt kunskapsläge vad gäller diagnostik, utredning, behandling m.m.

Flera av våra riktlinjer finns som bok och kan beställas från Gothia Fortbildning.

Några finns tillgängliga i elektronisk version och kan laddas ner. Det är dock inte möjligt att skriva ut dem så länge de är beställningsvara på bokförlaget.

På vår hemsida finns en förteckning över samtliga inkl. beskrivning av innehållet.

Se <http://www.svenskpsykiatri.se/spfs-kliniska-riktlinjer/>

Därifrån kan du ladda ner PDF: er och det finns länkar till förlaget om du vill beställa en bok!

Följande riktlinjer finns för närvarande:

Vuxna med intellektuell funktionsnedsättning inom psykiatri (beställning)

Beroendemedicin i öppenvården (beställning)

Transkulturell psykiatri (beställning)



Suicidnära patienter (beställning och PDF)

Äldrepsykiatri (beställning och PDF)

Ätstörningar (beställning och PDF)

Psykiatrisk tvångsvård (beställning och PDF)

Bipolär sjukdom (beställning och PDF)

Personlighetssyndrom (beställning och PDF)

Schizofreni (PDF)

ECT (beställning och PDF)

Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom (PDF)

För SPF:s styrelse
Tove Gunnarsson

Ta del av våra remissvar!

SPF, SFBUP och SRPF får varje år ett stort antal remisser, föreläsningar 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 psykiatriens och våra patienters intressen.

Du kan läsa alla remissvar på våra hemsidor

www.svenskpsykiatri.se

www.sfbup.se

www.srpf.se

TOVE GUNNARSSON
Redaktör Svensk Psykiatri





Svenska Psykiatrikongressen 2020

Nästan 800 personer hade anmält sig till årets Psykiatrikongress på Svenska Mässan i Göteborg 11–13 mars. Efter bara en dag avbröts kongressen efter att regeringen fattat beslut om mötesrestriktioner pga. coronapandemin. Se separat artikel av SPF:s ordförande Alessandra Hedlund beträffande detta. Under dagen därpå kunde vi genomföra planerade kurser och de talare som fanns på plats höll sina föredrag utan publik medan de filmades.

Filmerna finns på kongressens hemsida <http://svenskapsykiatrikongressen.sitemodify.com/spk-filmer---foto1>

Där hittar du även filmade föredrag från SPK 2017–2019.

På torsdagskvällen kunde även SPF:s årsmöte genomföras som planerat. I samband med detta avtackade vi de avgående styrel-

semedlemmarna Christina Ysander och Maher Khaldi. Stort tack för allt ert arbete och engagemang! Samtidigt välkomnade vi två nya styrelsemedlemmar – kassör Denada Aiff från Göteborg och ledamot Cave Sinai från Västervik.

Snart tar vi första spadtaget inför SPK 2021 och vi ser fram emot att träffa er då!

*För SPF:s styrelse
Tove Gunnarsson*





Covid-19 – rapport från SPK 2020

”Mycket hög risk, vad gör vi nu?” Mobilen hade varit avstängd i en timme, nu plingar den och ringer som aldrig förr. Bevisligen kan saker och ting ändras väldigt fort nuförtiden. I skrivandets stund är ”nuförtiden” vår nya normalitet, men så sent som eftermiddagen den 10 mars var det inte så. Det är märkligt hur minnen och känslor fungerar. Jag kan lätt minnas hur det var, att inte få nya bud hela tiden. Men jag kan knappt återkalla känslan. Nuförtiden.

Egentligen börjar den här berättelsen långt innan den 10 mars 2020. På en marknad i Kina i december. När Sverige fick sitt första fall i januari. När en liten by i norra Italien stängde och isolerades i februari. Allvaret kröp närmare, tog avstånd igen, kom tillbaks. Oroliga, förnekare, optimister, realister, var vi alla till och från. Vad skulle det bli av SPK 2020? Omöjligt att veta på förhand.

2020-03-10

Extrainsatt styrelsemöte med anledning av att Folkhälsomyndigheten sett tecken på samhällsspridning i Sverige och uppgärderat risken. Kongressen börjar imorgon. Eller ska vi ställa in? Överläggningarna tar lång tid – eller nej, de tar den tid som krävs. Vi befinner oss i en unik situation, kunskapsläget är ytterst begränsat, fakta vägs på guldväg. Så vi utgår från det vi vet. Att vi som styrelse företräder inte oss själva, utan våra medlemmar. Att vi har ansvar för föreningen, det gäller inte bara ekonomin utan även medlemmarnas förtroende. Att det råder delade meningar, inte bara bland oss utan även bland medlemmar och kongressdeltagare. Kanske måste vi rösta? ”Alla nöjda” är sällan en rimlig målbild och definitivt inte denna gång.

Vi vänder på varje sten, diskuterar möjliga scenarier, för- och nackdelar med olika lösningar, konsulterar smittskyddsansvariga. Regeringens presskonferens resulterar inte i några konkreta åtgärder, man förvarnar att läget kan förändras snabbt men inte när. Ändå blir regeringens inlägg avgörande, det är då vi inser att vi inte kan mer än någon annan. Inte heller har vi tillgång till andra fakta än någon annan. Skulle regeringen eller Folkhälsomyndigheten införa restriktioner så anpassar vi oss till dem, tills dess är det inte rimligt att vi på eget bevåg begränsar vår verksamhet. Styrelsen är överens: vi startar kongressen enligt plan och siktar på att fullfölja den. Samtidigt fortsätter vi att noggrant följa utvecklingen.

2020-03-11

Ett dygn senare samlas vi för ännu ett extrainsatt möte. Ett förbud mot allmänna sammankomster sägs vara på gång efter Folkhälsomyndighetens rekommendation till regeringen. Troligen hamnar gränsen runt 500 personer och vi har över 700 anmälda. Jämfört med igår känns vårt handlingsutrymme

ytterst begränsat: om regeringen fattar beslut om förbud kan vi bara anpassa oss till det. Tämligen enkelt? Inte direkt, för det känns väldigt tråkigt att avbryta kongressen. I bakgrunden hörs sorlet av förväntansfulla deltagare som minglar utanför rummet där vi sitter. Det är för deras skull som kongressen finns. Om vi måste avbryta, vill vi göra det bästa av situationen. Men vad är det bästa?

Ännu en gång blir regeringens ord avgörande. I väntan på besked har vi dock hittat tillbaka till vårt handlingsutrymme – om än litet, finns det där – och arbetat fram några möjliga scenarier och lösningar. När förbudet är ett faktum är styrelsen enig om vilka aktiviteter som kan fortgå och i vilka former. Så många föredrag som möjligt filmas. Kurserna och årsmötet kan genomföras. När förbudet är ett faktum återstår enormt mycket arbete, en bit in på natten och dagen därpå, med att informera, svara på frågor, kontakta föredragshållare och kasta om schemat för att möjliggöra så mycket inspelningar som det bara är möjligt. När förbudet är ett faktum jobbar alla mot samma mål för att göra det bästa av situationen.

2020-05-08

Det är märkligt hur minnen och känslor fungerar. Processen var utdragen och påfrestande. Ovisshet råder, obeslutsamhet hotar. Jag minns precis hur slitsamt det var, jag vet att det var så, men känslan är annorlunda nu: den är varm och trygg, som en enda stämma. Känslan att det här var bland det värsta som kunde hända och vi lyckades ta oss igenom det tillsammans. Att tillsammans ha åstadkommit någonting som inte skulle vara möjligt att genomföra var och en för sig. Utifrån sett kan det låta som klyschor, inifrån är verkligheten en annan. Det är mycket svårt att fatta beslut med bristfälligt underlag, utan facit eller förlaga. Det är inte självklart att man fungerar som ett team i vått och torrt.

Jag vill tacka hela styrelsen för att ni gjorde det omöjliga möjligt, var och en på sitt sätt. Det var en sann ära att få leda er i den här svåra processen. SPK 2020 blev ett minne för livet till slut, ändå. Jag vill även tacka de medlemmar som deltog på årsmötet. I år var det viktigare än någonsin och er handling är viktigare än tusen ord.

För SPF:s styrelse

Alessandra Hedlund, ordförande

Se även <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2020/03/motesforbud-satter-stop-pa-for-stora-medicinska-moten/>

"Här gör vi inga undantag" – om utvecklingsperspektiv och autism

Autoreferat från SPK 2020



Det var väldigt roligt att få möta en engagerad publik när vi höll vårt föredrag på kongressen. Ämnet valde vi därför att det är ett användbart synsätt rent kliniskt, som dock ofta glöms bort när patienten passerat 18 års ålder.

Utvecklingsperspektiv är intressant därför att det "rör till" sambandet mellan kognition och funktion, samtidigt som det ger en nyckel för att förstå diskrepanser mellan dessa två. Alla patienter med kognitiv påverkan på grund av ett psykiatriskt tillstånd kan behöva olika sorters anpassningar, men just vid utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar kan man behöva anpassningar som är annorlunda än de vi är vana att genomföra (till exempel, ge frågor i förväg inför ett möte, eller genomföra exponeringar i hemmet), eller som konfronterar oss med våra fördomar om vad som anses "rätt" (till exempel att avstå från ögonkontakt när vi samtalar, eller inte låta patienten vänta på sin tur), eller som till och med motsäger den kunskap vi har om patienten (till exempel, om hen forskar på kvantfysik och samtidigt behöver stöd för att öppna sin post).

Rent teoretiskt har vi lärt oss att det är fullt möjligt att kognition och funktion inte hänger ihop, men i praktiken kan teorin träda fram i ovanliga situationer, i form av ett beteende som vi i bästa fall inte kan förklara, eller som i värsta fall liknar något annat som då leder oss åt fel håll. Tänk bara på stereotypa, repetitiva beteenden som kan misstas för tvång om man inte skrapar på ytan. Tänk på annorlunda perception som kan göra vardagliga sinnesintryck outhärdliga. Tänk om det resulterar i att patienten skadar sig själv. Tänk om självskadebeteendet helt försvinner när miljön runt personen ändras. De här patienterna ifrågasätter allt som vi har lärt oss genom åren, ifrågasätter våra vårdprogram, processer och standardiserade behandlingsprotokoll. Klart att det är läskigt att ens kunskap ifrågasätts. Klart att det är jobbigt när vi gång på gång gör "rätt" men ändå blir det fel.

En möjlig förklaring till dessa till synes ologiska samband hittar vi just i individens utveckling. Om den är försenad, annorlunda eller ojämn kan personen på vissa områden vara långt före sina jämnåriga, eller långt efter. Tack vare neuropsykologiska tester kan man idag utreda patientens begåvning, alla som kan statistik vet dock att medelvärdet lika gärna kan dölja en jämn som en ojämn profil. En ojämnhet med toppar och dalar i en avskalad testsituation kan i den komplexa verkligheten yttra sig med beteenden som verkar "inkonsekventa", inte adekvata för personens förväntade utvecklingsnivå. En ojämn utveckling, begåvning eller funktionsnivå

ställer stora krav på att omgivningen ska anpassa kravnivåer och förväntningar efter individens förutsättningar.

Detta har betydelse för såväl kommunikation som sinnesintryck, för kognition och motorik, för förmågan att generalisera och hantera känslor. En annorlunda utveckling kan dessutom medföra att man inte fått chans att lära sig copingstrategier på samma sätt som andra jämnåriga. Något förenklat kan man påstå att ju tidigare utvecklingsnivå man befinner sig i desto mer sannolikt är det att man får kämpa mycket hårt för att förstå sin omvärld och göra sig förstådd. Om man inte har tillgång till språket (verbalt och icke-verbalt) på samma villkor som andra så återstår bara ett sätt att kommunicera och påverka sin omgivning: genom sitt beteende. I praktiken betyder det att olika stressiga situationer kan leda till samma beteende. Omvänt, att beteendet i sig inte behöver vara direkt relaterat till orsaken. Vilka beteenden man har tillgång till beror på dels utvecklingsnivå, dels hur stressad man är. Det vet alla som i affekt skrikit åt någon. Det är inte så att vi regredierar till barndomen, utan att vi blir så stressade att vi tappar kontakten med våra pannlober, våra exekutiva funktioner. På samma vis kan vi förstå "barnsliga" beteenden som riskerar att irritera oss, helt i onödan. Patienten kanske är så stressad att hen inte har tillgång till sina (redan nedsatta) exekutiva funktioner. Eller så finns en utvecklingsförsening, en ojämnhet, som gör att hen inte har bättre strategier just i den specifika situationen. Som professionella kan vi välja att göra det till en prestigekamp där vi inte gör några undantag. Eller att satsa på förståelse och göra de anpassningar som behövs.

Alessandra Hedlund

*Psykiater
Stockholm*

Maria Karlmark

*Specialpedagog
Stockholm*

Detta referat utgår från vårt föredrag och förarbetet inför det. De kliniska erfarenheterna som vi refererar till är naturligtvis helt avidentifierade. Föredraget är tillgängligt på kongressens hemsida och vi delar gärna med oss av bilderna då de föll bort i samband med inspelningen. Maila till [ordforanden\(at\)svenskpsykiatri.se](mailto:ordforanden(at)svenskpsykiatri.se)

Treatment resistant depression: where are we now?

Professor Allan Young, King's College, London, UK

Efter sedvanligt mindre powerpoint-haveri och inledande ödesmättade (konferensen blev avbruten 10 timmar senare) skämt om att moderatorn nyst på USB-minnet och coronasmittat slidesen går Young igenom epidemiologin kring depression. Därefter beskriver han olika definitioner och modeller för hur man kan se på treatment resistant depression (TRD). Ofta återkommer Young till STAR*D-studien, där man definierar TRD som depression som inte svarat (>50 % symtomreduktion) på två behandlingar som givits i tillräcklig dos och under tillräcklig tid. En annan tidigare indelning från Thase och Rush graderar från 1. ej svarat på en behandling, 2. ej svarat på två, 3. ej svarat på tricyklika, 4. ej svarat på MAOI, 5. ej svarat på ECT. En tredje modell är Maudsley Staging Model som har styrkan att den är validerad i en prospektiv follow-up-studie. Den tittar på de affektiva episodernas duration, allvarlighetsgrad och antalet episoder.

Man ska dock ha i åtanke, menar Young, att det prediktiva värdet av definitionen i det individuella fallet är osäker. Han har sett flera fall med TRD som förbättrats påtagligt utan farmakabehandling.

Strategier som finns vid TRD är att byta till annan monoterapi, öka dosen, lägga till litium/antipsykotika/aripiprazol/annat antidepressivum/T3/T4. Evidensen för dessa behandlingsalternativ vid TRD är dock ännu begränsad.

Begreppet TRD är komplext vilket gör att forskningsunderlaget för flera aspekter är svagt. Därför finns det ett stort behov av biomarkörer för risk och behandlingssvar. Young berör de områden där forskning pågår såsom genetik, hjärnabbildning och inflammationsmarkörer.

En lanserad modell som kan föra handläggning och forskning framåt är difficult to treat depression (DTD). Det är ett mer dimensionellt och kollaborativt synsätt som inbegriper patient och familj med mera, man tittar på flera olika områden.



Foto: fizkes/Shutterstock

Young ger också kort sin syn på ketamin och esketamin. Hans uppfattning är att patientunderlaget fortfarande är begränsat vilket manar till försiktighet och behandlingen är väldigt dyr, men att den nya nasala behandlingen förefaller säker utan betydande biverkningar. Bipolära depressioner verkar ha särskilt god effekt. Utöver detta nämner Young att early life events förefaller vara en viktig bidragande orsak vid TRD och belyser därmed vikten av en noggrann anamnes. En intressant observation som Young återkommer till vid två tillfällen är att VNS, vagus nerve stimulation, har sin plats i behandlingen, och verkar ha en påtagligt god effekt för de patienter som svarar bra på ECT men återfallit i depression efter avslutad behandling.

Fredrik Wikström

ST-läkare i psykiatri

Psykiatri Sydväst, Huddinge, Stockholms läns sjukvårdsområde

Vart är psykiatrin på väg?

Helena Dahlberg, filosofie dr., Göteborgs universitet
Jörgen Herlofson, psykiater, leg. psykoterapeut, översättare DSM m.m.
Herman Holm, psykiater, Malmö

Föredragshållarna beskriver inledningsvis försöken att alltmer standardisera psykiatrin vilket resulterat i "en värld av olika riktlinjer" och Holm nämner att Skåne idag har ett tiotal standardiserade vårdförlopp. Som illustrativt exempel lyfter man fram Basutredningen vid SLSO som ska genomföras för samtliga psykiatriska patienter, oavsett problematik. Patienterna måste fylla i ASRS, även om det inte finns någon misstanke om ADHD. Någon som av religiösa skäl aldrig rört en droppe alkohol måste fylla i AUDIT-C.

Ett litet teaterstycke får publiken att skratta flera gånger när Holm och Herlofson spelar upp hur bisarrt det kan låta när man faktiskt ordagrant, vilket bör vara tanken om det nu ska vara en standardiserad utredning, följer MINI-intervjuns suicidavsnitt och avkräver ja/nej-svar på de standardiserade frågorna. Redan första frågan är märklig: "Har du varit med om en olycka?"

Dahlberg beskriver så positivismens framväxt, idén att allt kan mätas och kvantifieras, sjukdomen ska lokaliseras. Därtill att psykisk sjukdom "endast" ska förstås på detta sätt, och hon menar att detta gett kraft åt utvecklingen av New Public Management. Hon påpekar att vi vet att människan är mer än det fysiska, och att ett vidare synsätt erbjuds av fenomenologin.

Herlofson redogör därför för ett alternativ, PTM, Power Threat Meaning Framework, en omfattande propå från engelska psykolögförbundet med tuff kritik av dagens objektifierande och biomedicinskt färgade psykiatriska syndromdiagnostik. Här framförs vikten av makt och statusförhållanden under livet, hur en obalans på detta område leder till att olika slags hot uppstår, och att detta får olika konsekvenser beroende på den mening individen ser i



Foto: Triff/Shutterstock

detta. Vad har hänt dig? Hur har "makt" manifesterats? Hur har det påverkat dig? Hur skapar du mening i detta?

Detta perspektiv utesluter inte biomedicinska modeller. Men förslaget från föreläsarna är att vi bör återgå till att först se hela patienten. Därefter kan det bli läge att fokusera på specifika symtom. På så sätt kan man skapa en validerande samverkansprocess och en sammanvägd bedömning av historik, familjehistoria, utvecklingsförlopp, personlighetsutveckling, livshändelser, levnadsvanor, relationer, meningsskapande. Genom en därigenom personcentrerad vård och "shared decision making" fattas beslut som faktiskt blir genomförda, patienten kanske faktiskt tar den där medicinen.

Fredrik Wikström

ST-läkare i psykiatri
Psykiatri Sydväst, Huddinge, Stockholms läns sjukvårdsområde

Glymfatiska systemet: vad behöver man veta om det i psykiatri?

Mats Humble

En del av nervsystemet som fått allt större uppmärksamhet de senaste åren är ett förhållandevis nyupptäckt lymfatiskt system för nervsystemet. Det är ett paravaskulärt system och tros drivas av arteriella pulsationer. Systemet döptes av den danska forskaren Mai-ken Nedergaard. Systemet tros vara inblandat i flertalet neuro-degenerativa sjukdomar så som ALS, Huntingtons, Alzheimers sjukdom, men även att det kan ha en koppling till försämring i samband med sömnsvårigheter som inte sällan är en del av psykisk sjukdom. Ett spännande tillskott till anatomi och grundforskning som kan komma att påverka psykiatri.

Bemötande av svårhanterliga patienter

David Eberhard, Bo Hejlskov Elvén

I en tänkt diskussion möttes nationens kändaste förespråkare för lågaffektivt bemötande, vars böcker och metoder har rönt stort intresse. Men behövs inte gränssättningar i svåra situationer? Förekommer instrumentellt våld och hot i psykiatri? Om detta kom diskussionen att handla, men även om grundläggande synsätt, om faran att använda ord som "gränssättning" och dess innebörder i omvårdnad av de svåraste patienterna. Kunde konstateras en oväntad samsyn under paneldiskussionen trots allt.

Karl Lundblad

ST-representant

SPF:s styrelse

Dessa föredrag filmades och kan ses på kongressens hemsida svenskapsykiatrikongressen.se





Vårdavdelningen - psykiatrins bakgård? Dags att utveckla slutenvården!

Psykiatrins arbetssätt har förändrats mycket påtagligt sedan landstingens övertagande av mentalsjukhusen 1967. Under 70- och 80-talen påbörjades nedläggningen av mentalsjukhusen, psykiatriska kliniker etablerades på kroppssjukhusen och öppenvården byggdes ut. Utvecklingen kulminerade efter den s.k. Psykiatrireformen i början på 90-talet. Antalet psykiatriska vårdplatser i Sverige var som högst nära 40 000 om man inkluderar vårdhemsplatserna för kroniskt sjuka i slutet på 1960-talet och har nu sjunkit till ca 5 000 och är bland de lägsta i västvärlden. Detta har inneburit stora förändringar vad gäller avdelningens funktion. Patienterna är svårt sjuka, öppet psykotiska, ibland aggressiva, djupt deprimerade med självmordsrisk, unga självskadande flickor. Vårdtiderna är korta för de flesta patienter, ibland endast en eller ett par dagar. Avdelningarna är oftast låsta. Vårdtiden präglas i stor utsträckning av en passiv väntan på effekter av mediciner och andra medicinska åtgärder som ECT. Personalsammansättningen har också förändrats påtagligt. Tidigare fanns utöver sjuksköterskor och skötare även psykologer, kuratorer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter knutna till avdelningen – och personalomsättningen är hög.

Förändringsarbetet var fokuserat på att utveckla alternativ till slutenvården på vårdavdelningarna och många kliniker utvecklade små vårdenheter, behandlingshem/behandlingscentra lokaliserade utanför sjukhusen i stora villor eller lägenheter. De nya behandlingsenheterna byggde på miljöterapeutiska principer och någon form av psykoterapeutisk ambition.

Miljön karaktäriserades av stabilitet, nära relationer mellan personal och patienter, ibland med en uttalad ambition att personal skulle ha en föräldraroll. Patient-personal-relationen skulle präglas av samarbete, respekt och acceptans samtidigt som det fanns en tydlig struktur på arbetet. En av förgrundsfigurerna i den här traditionen var Loren Mosher i Washington som beskrev miljön som karaktäriserad av "being with", "standing by", och "doing with". Många av dessa behandlingsenheter har så småningom lagts ned, även om det finns några kvar som här i Umeå.

Jag vågar påstå att få klinikchefer satsade särskilt mycket på vårdavdelningarna. Deras funktion togs för given. Men långsamt förändrades ju deras roll, många av den erfarna avdelningspersonalen flyttade över till öppenvården där deras er-



farenhet behövdes, vårdtiderna kortades ner och vårdtyngden ökade samtidigt som platsantalet minskade och avdelningarna lästes.

Under 2000-talet har kommit flera studier av hur patienter och personal upplever vårdavdelningsmiljön. Genomgående är att såväl personal som patienter upplever stora brister i avdelningsmiljön. Patienterna känner sig inte sedda eller lyssnade till och personalen är frustrerad över arbetsvillkoren. Det har också gjorts försök att utveckla vårdarbetet. Ett exempel är det stora nationella projektet "Bättre vård, mindre tvång" som genomfördes 2009–2012. Fokus här var på att försöka minska tvångs användningen genom ett utökat samarbete mellan personal och patienter omkring tvångsåtgärder. I projektet ingick att utveckla samarbetsmodeller och tvångsanvändningen har sannolikt minskat. Även det Nationella självskadeprojektet som startade 2011 har arbetat med vårdmiljöfrågor för att minska självskador bland inläggande patienter och förbättra vården av den gruppen av patienter.

Vid årets Psykiatrikongress i Göteborg anordnades ett symposium med rubriken "Vårdavdelningen – Psykiatrins bakgård", där vårdavdelningens roll diskuterades. Tyvärr kunde inte två av presentatörerna medverka pga. sjukdom och coronaproblematiken. Avdelningsföreståndaren **Ann Larsson** skulle ha berättat om ett projekt på psykiatriska kliniken i Umeå där en av vårdavdelningarna för framförallt psykossjukdomar, genomgått en omfattande renovering. Patienterna egna rum fräschar upp liksom dagrum och matsal. Ett aktivitetsrum med möjlighet till bl.a. fysisk aktivitet inrättades. Det kanske viktigaste var att belysningen ändrades radikalt så att det blev ett mycket bättre ljus på hela avdelningen och att den anpassades till dygnets variation. Det hela utvärderades och databearbetning pågår, men en gemensam uppfattning från både patienter och



personal är att miljön upplevdes mycket mera välkomnande, patienterna sov mycket bättre med mindre användning av sömnmedel och tvångsanvändningen har också minskat.

Sjuksköterskan och universitetslektorn **Jenny Molin** vid Omvårdnadsinstitutionen vid Umeå universitet skulle ha berättat om sitt avhandlingsarbete "Time together: A nursing intervention targeting every-day life in psychiatric in-patient care – patient and staff perspectives". "Tid tillsammans" syftade till att patienterna varje dag skulle ha någon typ av gemensam aktivitet med personalen. Det kunde handla om promenader, pingisspel eller samtal. Även detta projekt utvärderades och såväl deltagande patienter som personal upplevde interventionen som värdefull.

Professor **Mikael Sandlund** och doktoranden och ST-läkaren **Tove Janarv** berättade om erfarenheten av projektet "Delat beslutsfattande" och överläkaren vid psyk. kliniken i Skellefteå **Fredrik Edin Renberg**, berättade om ett projekt som han och Mikael Sandlund genomfört på psyk. kliniken i Skellefteå "Micro decisions instead of coercion". I detta projekt fick patienterna föreslå tre olika åtgärder som de skulle vilja genomfördes på kliniken för att förbättra villkoren. En genomgång gjordes varje vecka av alla patienters förslag och ev. förändringar som genomförts i avdelningsarbetet. Även erfarenheten av detta projekt upplevdes av såväl personal som patienter som gynnsam. Slutligen berättade enhetsföreståndaren **Krister Burström** om en variant av självvald inläggning i Skellefteå. På en mellanvårdsenhet utanför sjukhusområdet som bemannas av undersköterskor och skötare har man ett par platser reserverade för patienter som skrivit kontrakt på möjlighet till självvald inläggning. Även här finns goda erfarenheter av systemet.

Det finns alltså en rad goda exempel på hur man kan förbättra vårdkvaliteten inom den slutna psykiatriska vården. Centralt i detta är ett bättre samarbete mellan patienter och personal, vilket i sin tur bygger på att man förbättrar kommunikationen och höjer kvaliteten i interaktionen mellan patienter och personal. Detta åstadkommes naturligtvis inte av sig själv utan förutsätter utbildning och fortbildning i såväl bemötande som samtalskonst. Det handlar här inte primärt om någon form av psykoterapi utan om ett genuint mellanmänniskt möte. Erfarenheterna från de små miljöterapeutiska enheterna borde tas tillvara.

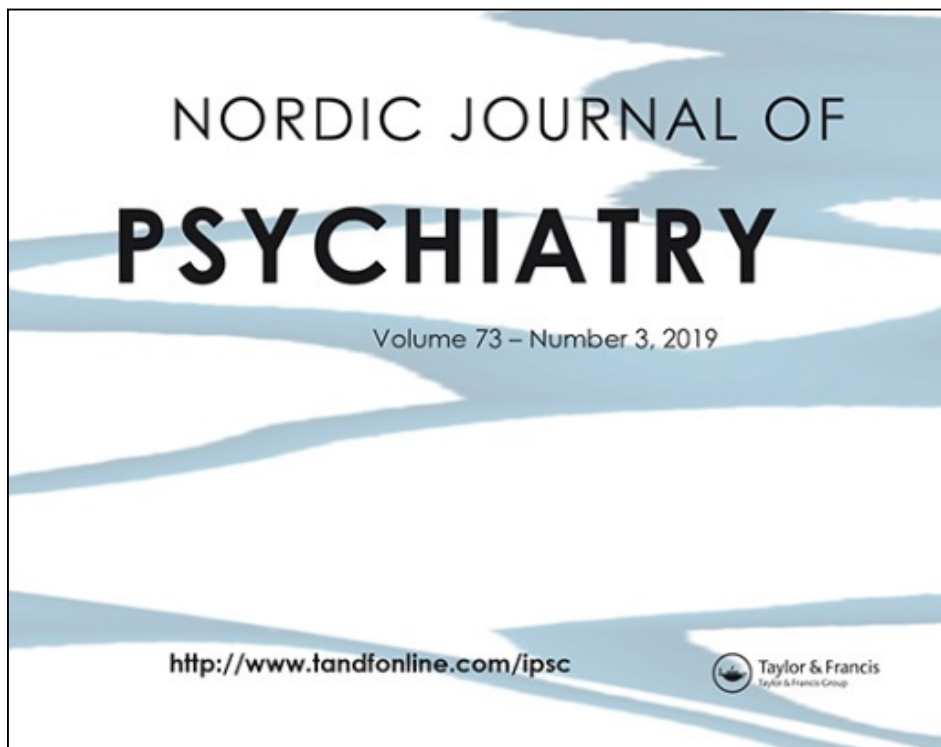


En annan viktig faktor är att vi läkare måste engagera oss mer även i avdelningarnas inre liv än vi gjort. Jenny Molin skriver i sin avhandling om en kvalitativ studie av vårdpersonalens upplevelse av avdelningsmiljön. Flera läkare beskriver där hur man avsiktligt distanserar sig från avdelningsmiljön. Man ser sig själv inte som del i det vardagliga livet på avdelningen och deltar inte i gemensamma diskussioner om avdelningens rutiner. Man upplever sig uppenbarligen mera som konsulter och jag tror att detta är ytterst olyckligt. Det är bekymmersamt för läkarens personliga utveckling som psykiater. Det är också olyckligt därför att läkarens aktiva engagemang i avdelningens inre arbete också skulle innebära ett stöd för vårdpersonal, som nu ofta känner sig övergivna. En välfungerande öppenvård kräver en välfungerande slutenvård – de är som kommunicerande kärl.

Sammanfattningsvis föreslås ett program baserat på principen om delat beslutsfattande med inslag av aktiviteter som i projektet "Tid tillsammans" och "Ett samtal om dagen" med inslag av typen microdecisions där patienten aktivt får komma med förslag på förändring. Ett sådant program skulle rimligtvis höja vårdkvaliteten och göra patienterna mera tillfreds med vården, men också personalen. Alltså en win-win-situation. Arbetsbelastningen för personalen behöver nödvändigtvis inte öka, men insatsen kräver planering, utbildningsinsatser och framför allt stöd i att utveckla de personliga samtalen.

Lars Jacobsson

*Professor emeritus, överläkare
Umeå*



Tillgång till Nordic Journal of Psychiatry

SPF är som nationell förening för psykiatriker del i ett flertal olika nätverk på olika nivåer. Som störst World Psychiatric Association (WPA), mer lokalt European Psychiatric Association (EPA), och med största inzoomning ett nordiskt samarbete i form av Nordic Psychiatric Association (NPA).

Nordic Psychiatric Association arrangerar the Nordic Psychiatric Congress och ger ut den vetenskapliga tidskriften Nordic Journal of Psychiatry som publiceras online av förlaget Taylor & Francis.

Som medlem i SPF har du tillgång till denna tidskrift online. Dessvärre har det en längre tid varit svårt att arbeta fram en säker lösning för inloggning till tidskriften, men vi har nu landat i en lösning. För att nå denna kontaktar du som medlem

vår kanslist (kanslisten@svenskpsykiatri.se) för att bekräfta ditt aktuella medlemskap och efterfråga tillgång till tidningen, och därefter får du en länk där du registrerar dig för tillgång under ett års tid.

Mycket nöje!

Karl Lundblad
ST-representant
SPF:s styrelse



Metakognitiv terapi, MCT

Effektiv psykologisk behandling som når allt för få patienter i Sverige

Vilken betydelse har negativa tankar för utvecklingen av psykisk ohälsa? Är negativ självbild och negativa minnen centrala för vidmakthållandet av psykiatriska symtom? Metakognitiv terapi, MCT, anger att det istället är *hur* individen relaterar till sina tankar, minnen, och föreställningar, som är av betydelse för utvecklingen av psykiatriska tillstånd – inte tankarnas innehåll. MCT är en nyare transdiagnostisk behandling, ursprungligen utvecklad mot ångest- och depressionsbesvär, men på senare tid vidareutvecklad också mot allt fler former av psykisk ohälsa och mot komorbida tillstånd. Behandlingen är korttidsinriktad, tar sig mycket effektiv och är oftast ca 10–12 sessioner lång.

Varför transdiagnostisk behandling? Argumenten är fler, som att komorbiditet i klinisk vardag utgör regel snarare än undantag, att det sannolikt rör sig om just transdiagnostiska faktorer snarare än störningsspecifika bakom många av ångest- och depressionstillstånden samt att det i praktiken blir ogörligt för klinikern att uppnå hög kompetens i många separata evidensbaserade behandlingsprotokoll, se t.ex. (1–3).

Effektivare behandlingar behövs med tanke på att resultaten vid mycket vanliga tillstånd som t.ex. egentlig depression och generaliserat ångestsyndrom (GAD), är långt ifrån tillfredsställande. Endast ca en tredjedel av klienterna som behandlats med KBT för depression är fortfarande återhämtade 12 månader efter behandling, se (4). Andelen som rapporterats återhämtade efter behandling för GAD varierar mellan vanligtvis ca 40 % och 50–60 % (5).

Dessutom behöver metoderna göras så skonsamma som möjligt för patienten. Vissa interventioner i s.k. Gold standard-protokoll upplevs aversiva av många klienter. Ett exempel på detta är Prolonged Exposure (PE) vid PTSD, där problem med ökande symtom i inledningsfasen av behandlingen samt hög andel drop outs diskuteras, se t.ex. (6).

En utgångspunkt i MCT är att skillnader mellan olika psykiatriska diagnoser är mindre viktiga än likheterna. Begreppet The Cognitive Attentional Syndrome (CAS) används i MCT för att beskriva en toxisk tankestil som leder till och vidmakthåller psykisk ohälsa.

Med CAS avses ihållande oro, ruminering/ältande, hotmonitorering samt kontraproduktiva beteenden som t.ex. undvikande och missbruk. Som kliniker kan du fråga dig: möter du någonsin patienter som saknar problem med ihållande negativa tankeprocesser som oro eller ruminering? Varför ägnar sig individen då åt CAS om konsekvensen blir emotionell dysreglering och psykisk ohälsa? Enligt MCT drivs CAS av metakognitiva antaganden, dels positiva antaganden om oro/ruminering som hjälpsam och skyddande tankeverksamhet och dels negativa antaganden om negativa tankeprocesser som något både skadligt och okontrollerbart, t.ex. för en person med generaliserat ångestsyndrom. "Jag kan inte välja att bara sluta oroa mig. Min oro gör mig sjuk". Dessutom finns metaantaganden om vissa tankar som potentiellt skadliga, t.ex. vid OCD.

Teoretiskt är modellen inte alls blygsam. MCT stipulerar att andra psykoterapiformer som påvisar effekt, gör det just för att de "by chance" lyckats reducera CAS och modifierat maladaptiv metakognition. Till skillnad från annan psykoterapi har MCT genererats från experimentell forskning inom kognitiv psykologi och för att på ett mycket precist sätt kunna identifiera och intervenera mot CAS och mot de metakognitiva antaganden som driver CAS. Behandlingsmålet är att eliminera eller minska CAS samt att förändra de metakognitioner som tidigare drivit CAS. Terapeutisk förändring i MCT sker genom att patienten får upptäcka att negativa tankeprocesser är fullständigt möjliga att få kontroll över, dvs. att det går att välja att losskoppla sig från negativa tankar och att ta pauser från oro och ruminering. Vidare att det går att ta kontroll över uppmärksamhetsfokus, att skifta fokus mot annat än sådant som upplevs hotfullt och att emotionell reglering då underlättas betydligt.

MCT är en målinriktad behandling där teoriintegriteten är helt central. Behandlingen kan inte integreras med annan KBT/ annan psykologisk behandling. Terapeutiska tekniker levererade utan gedigen förankring i den teoretiska modellen förtar behandlingens effekt. Många traditionella och nyare psykoterapeutiska tekniker blir teoretiskt motstridiga med MCT.



Evidensbasen för den teoretiska modellen har byggts upp under mer än 25 år (7). Det är idag väl belagt att negativa tankeprocesser som oro och ruminering utgör viktiga transdiagnostiska responser vid psykisk ohälsa och att metakognition påverkar sådana processer. Hittills indikerar behandlingsstudierna att MCT kan vara både en effektivare och snabbare behandling än KBT vid generaliserat ångestsyndrom, med mer än 70 % återhämtade patienter, se t.ex. metaanalys (8). Flera studier av MCT vid depression indikerar också mer än ca 70 % återhämtade samt att behandlingseffekterna till skillnad från annan behandling står sig vid långtidsuppföljningar. Vid PTSD har MCT jämförts med PE (9) och med EMDR (10) och även här visar MCT minst lika bra effekt. I MCT för PTSD saknas exponering för traumaminnen, vilket upplevs mer skonsamt för klienten och här syns inte heller den symtomökning i inledningsskedet av behandlingen på liknande sätt som i annan PTSD-behandling. MCT har också med lovande resultat studerats vid tillstånd som OCD, missbruk, personlighetsyndrom, samt med barn och ungdom.

Vi som skrivit detta har lång erfarenhet av evidensbaserad psykologisk behandling, men har alla upplevt MCT som en betydligt vassare modell både vad gäller teoretisk stringens och de resultat vi ser i vår kliniska praxis. MCT är betydligt vanligare i behandlingsutbudet i Norge, Danmark och Tyskland. Tyvärr finns än så länge endast ett tiotal utbildade MCT-terapeuter i Sverige. Med betydligt fler svenska kliniker som utbildar sig i MCT skulle stora patientgrupper kunna få effektivare hjälp.

**Göran Parment**

*Leg psykolog och leg psykoterapeut
Registered MCT Therapist, Level 1 & 2
Specialist i klinisk psykologi
Psykokoterapihandledare*

**Gunvor Mjös Parment**

*Leg psykolog och leg psykoterapeut
Registered MCT Therapist, Level 1 & 2*

**Peter Myhr**

*Leg psykolog och leg psykoterapeut
Registered MCT Therapist, Level 1 & 2
Psykokoterapihandledare*

**Erling Hansen**

*Leg psykolog och leg psykoterapeut
Registered MCT Therapist, Level 1 & 2
Specialist i klinisk psykologi
Psykokoterapihandledare*

Referenser finns på svenskpsykiatri.se



Foto: wavebreakmedia/Shutterstock

Svensk Förening för Äldrepsykiatri har blivit en subsektion av Svenska Psykiatriska Föreningen

Svensk Förening för Äldrepsykiatri (www.aldrepsykiatri.se) grundades 1998 av en grupp läkare som längtade efter ett gemensamt forum. Deltagarna kom från olika delar av vården: psykiatri, geriatrik, allmänmedicin, neurologi, farmakologi m.m.

Med äldrepsykiatri avses alla sjukdomar med psykiska symptom hos äldre oavsett orsak, alltså såväl kognitiva sjukdomar som depressioner, ångest, psykoser, kriser m.m. Äldrepsykiatri fordrar bred kunskap inom psykiatri, geriatrik, farmakologi m.m.

Det började med att professor Lars Gustafsson två år tidigare bjudit in intresserade läkare till ett möte i Lund. Äldrepsykiatri i Sverige var och är fortfarande delad mellan många olika medicinska discipliner. Demenssjukdomarna, som är en viktig del av äldrepsykiatri, sköts helt olika i olika delar av landet. Exempelvis är geriatriken i Stockholm stark på demenssidan såväl kliniskt som forskningsmässigt, medan det i Skåne och Göteborg är psykiatri som har denna roll. Allmänläkarna och kommunerna ansvarar för en mycket stor del av

demensvården över hela landet. Avsaknaden av enhetlig organisation i Sverige har inte underlättat för våra patientgrupper.

Äldrepsykiatri hade alltså ingen självklar tillhörighet, så vi bestämde oss för att bilda en fristående förening. Ett av målen var att göra äldrepsykiatri till egen specialitet. Andra viktiga mål var att på olika sätt stärka äldrepsykiatriens roll i sjukvården och samhället.

När Svensk Förening för Äldrepsykiatri startade var läkemedelsindustrin mycket aktiv och erbjöd ständigt utbildningar om **demenssjukdomar** och inbjudningar till kongresser. Läkemedelsindustrin drevs då av stort hopp till behandling med kolinesterashämmare mot Alzheimers sjukdom.

Det var mycket lite fokus på övriga delar av äldrepsykiatri – depressioner, ångest, psykotiska symptom m.m. Vi försökte lyfta fram de tillstånd som andra inte talade om. Då underläkarna i geriatrik klagade på bristen på utbildning i övrig äldrepsykiatri, startade föreningen 2001 en veckolång kurs i "äldrepsykiatri utom demenser" i Stockholm med SK-kurser som förebild. Denna kurs blev mycket populär, och efter två år erbjöd sig Stockholms Läns Läkemedelskommitté att vara huvudman för kursen. Detta var ett lyckokast. Att arrangera en kurs kräver mycket mer än att bara undervisa! I skrivande stund förbereds en zoom-kurs att hållas under coronapandemin.

När man skall lobba är det bra att kunna sätta en lättläst skrift i händerna på beslutsfattare! Vi översatte och lät trycka WHO-dokumentet om Äldrepsykiatri. Den första versionen trycktes 1999. Vi uppvakade många beslutsfattare och skrev debattartiklar i nyhetsmedia och specialtidningar, och deltog i debatten i etermedia.

Faktaunderlag är nödvändigt när man vill påvisa brister. Åsikter räcker inte. Under ledning av Per Allard, lektor i Umeå och en av föreningens grundare, **gjordes två inventeringar då vi räknade varena tjänst, avdelning, och vårdplats avsedd för äldrepsykiatri i Sverige.** Inventeringarna publicerades i Läkartidningen 2000 (1) och 2009 (2). Tyvärr halverades resurserna för äldrepsykiatri i mellantiden. En tredje inventering kunde inte slutföras då vår varmt uppskattade Per Allard plötsligt rycktes från oss 2015.

I Sverige är systemet med offentliga utredningar och remissrunder väletablerat. Vem som helst får oombedd **skriva remissvar**, så det gjorde vi flera gånger. Numera kommer remisser direkt till Svensk Förening för Äldrepsykiatri.

Föreningens styrelse och många medlemmar har under åren besökt olika internationella kongresser och knutit internationella kontakter. Numera är Svensk Förening för Äldrepsykiatri medlem av European Association of Geriatric Psychiatry (EAGP).

Tack vare ett anslag från Östeuropakommittén inledde SFÄP ett projekt om äldrepsykiatri i Lettland 2002. WHO-dokumentet översattes till lettiska och trycktes. Två kongresser om äldrepsykiatri för lettiska läkare arrangerades i Riga. Flera internationella gäster föreläste och ett bilateralt utbyte av läkare, psykologer och andra inom äldrepsykiatri genomfördes.

SFÄP:s årsmöten har utvecklats till en mötesplats för intresserade och har i många år hållits tillsammans med Stockholms Läns (Regions) Läkemedelskommitté. Det har varit lätt att få framstående svenska och internationella föreläsare att ställa upp. Mötena har täckt många olika aspekter på åldrande och äldrepsykiatri, och utgjort en bred fortbildning.

På begäran av Svenska Psykiatriska Föreningen blev jag huvudredaktör och ett antal medlemmar medförfattare i **Kliniska Riktlinjer i Äldrepsykiatri**, som gavs ut 2013. Den fungerar

er fortfarande som lärobok och kan laddas ned kostnadsfritt från SPF:s hemsida.

Ett av SFÄP:s främsta mål har varit att göra äldrepsykiatri till egen specialitet. Efter många år av lobbyande beslöt att äldrepsykiatri skulle få bli en specialitet, och uppdraget att utforma riktlinjer för specialistutbildningen gick till mig som verksam specialist i psykiatri och dåvarande ST-läkaren i geriatrik Anette Ekström. Äldrepsykiatri blev en tilläggspecialitet till antingen psykiatri eller geriatrik 2015. Idag finns ett tiotal specialister i äldrepsykiatri i Sverige, och många yngre läkare visar intresse för specialiteten. I Storbritannien finns ett tusental!

Svenska Psykiatriska Föreningen beslutade på årsmötet 2020 att ta upp Svensk Förening för Äldrepsykiatri som **subsektion**. Vi är mycket glada för detta. Ensam är inte stark och samarbetet mellan föreningarna har stadigt utvecklats. Tillsammans kan vi åstadkomma mycket mer.

Karin Sparring Björkstén

*Docent i äldrepsykiatri vid Karolinska Institutet
Leg läk. Specialist i allmän psykiatri, geriatrik och äldrepsykiatri
Karin.Sparring.Bjorksten@ownit.se*



Referenser

Per Allard, Ann-Sofi Bringel Öhman, Lars Gustafson, Ingvar Karlsson, Jöns Lundmark: Äldrepsykiatri inventerad i Sverige. En bristvara där efterfrågan inte styr resurstilldelningen. Läkartidningen. 2000;97: 2976–80.

Per Allard, Lars Gustafson, Ingvar Karlsson och Karin Sparring Björkstén. Äldrepsykiatri i Sverige måste utvecklas – inte avvecklas. Ny inventering visar dystra resultat. Läkartidningen 2009; 1–2:36–39.

Svenska Psykiatriska Föreningens Äldrepsykiatri. Kliniska Riktlinjer för utredning och behandling kan även beställas som bok, se <http://www.svenskpsykiatri.se/spfs-kliniska-riktlinjer/>

Digitalisering av program för kompetensutveckling



Foto: Zapp2Photo/Shutterstock

Nationellt kunskapscentrum Barnafriid i Linköping har fått ett uppdrag att digitalisera ett program för kompetensutveckling inom psykiatrisk traumavård för anställda i barn- och ungdomspsykiatri och första linjens psykiatri.

I juni 2015 beslutade regeringen att tilldela Linköpings universitet ett uppdrag att samla och sprida kunskap om våld och andra övergrepp mot barn som värd för ett nationellt kunskapscentrum, Barnafriid. I uppdraget ingår även att vara en länk mellan forskning och praktik, främja nätverk för kunskapsutbyte mellan olika aktörer, såväl nationellt som internationellt samt att identifiera angelägna utvecklingsområden och redovisa dessa årligen till regeringen med förslag till åtgärder. Barnafriid riktar sig till yrkesverksamma som i sitt arbete möter barn och unga som utsatts för våld och andra övergrepp men även till yrkesverksamma vid till exempel myndigheter.

Yrkesverksamma som arbetar med vård av traumatiserade barn och unga behöver ha kunskap som grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet. Barnafriid fick 2018 ett uppdrag från regeringen att ta fram och genomföra ett program för kompetensutveckling för personal inom första linjens vård och den specialiserade psykiatri för barn och unga. Uppdraget går under namnet "Trauma på kartan" och har inneburit bland annat utveckling av barnpsykiatrisk traumavård i samarbete med modellregionerna Skåne och Västerbotten samt bildandet av ett nationellt nätverk för BUP traumaspecialister. Därutöver har Barnafriid kunnat erbjuda utökad TF-KBT-utbildning samt lanserat olika typer av arbetsmaterial såsom boken "Starka känslor kommer och går", som är en bok om PTSD riktad till barnen. Boken kan laddas ner gratis i www.barnafriid.se/kunskapsbank.

I september 2020 lanseras Digitalt Basprogram Barnafriid (www.barnafriid.se/basprogram) som också är framtaget inom ramen för regeringsuppdraget Trauma på kartan. I basprogrammet erbjuds yrkesverksamma kunskap och verktyg för att upptäcka, bemöta och hjälpa utsatta barn. Basprogrammet kommer att ha ett gruppspår som kan användas på arbetsplatser som kompetensutvecklingsinsats. Utbildningen är cirka 3 timmar lång, gratis och deltagaren får ett diplom efter avslutad kurs.

Nytt uppdrag i covid-19-tider

Nu har regeringen gett Barnafriid ett nytt uppdrag att digitalisera och tillgängliggöra program för kompetensutveckling inom psykiatrisk traumavård utifrån Trauma på kartan-uppdraget. Det digitala stödet ska främst rikta sig till personal inom första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa samt till personal i barn- och ungdomspsykiatri.

"Spridningen av covid-19 har inneburit att hälso- och sjukvården är hårt belastade. Behovet av psykologiskt stöd och hjälp har inte minskat och barn och unga som har blivit utsatta för trauman är en särskilt utsatt grupp. Kompetensutveckling behöver även finnas tillgänglig digitalt så att personal inom vården och psykiatri kan erbjuda bästa möjliga hjälp", säger socialminister Lena Hallengren (S) i en kommentar till beslutet. Uppdraget ska slutredovisas senast den 15 februari 2023.

Barnafriid välkomnar beslutet:

"Detta är ett framsynt beslut som kommer att underlätta de yrkesverksammas möjlighet att delta i kompetenshöjande insatser i landets alla delar. Vi hoppas att detta kommer att leda till en mer jämlik tillgång till evidensbaserad barnpsykiatrisk traumavård i Sverige. Covid-19 har satt igång intensiv digital utveckling i samhället. Detta uppdrag är ett innovativt sätt att bana vägen för nya, kostnadseffektiva digitala och distansbaserade koncept för kunskapsspridningen om våld mot barn bland de yrkesverksamma".

Laura Korhonen

*Professor BUP och Barnafriid
Linköping*

Femton gener reglerar tillvaron



Jag läste i januari i tidningarna om ett nytt virus som härjade i Wuhan. Det verkade skrämmande för det drabbade området, men det kändes samtidigt också som att det var på betryggande avstånd. Det var först någon vecka före sportlovet som jag tog in att pandemin med viruset Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) skulle skölja över oss. När sedan Svenska Psykiatrikongressen några timmar efter förbudet mot folksamlingar på över 500 personer avbröts var det helt surrealistiskt.

Nya virus är inte bra för folkhälsan. När smittkoppor introducerades på den amerikanska kontinenten av spanska koloniserare slogs 90 % av Latinamerikas befolkning ut, eftersom de inhemska immunsystemen inte hade någon beredskap mot den importerade smittan. SARS-CoV-2 har bara femton gener, men utmanar människan med sina 30 000 gener likväl.

Till vårt försvar mot den nya smittan har vi myndigheter, som nog inte har samverkat så bra som nu i fredstid. Vi samlas digitalt kring den nya lägerelden, pressträffarna på Folkhälsomyndigheten om covid-19. Det är en grannliga uppgift att informera om covid-19. Det blir en avvägning mellan att försöka förhindra panik och samtidigt hålla folk lagom oroliga så att de följer myndigheternas råd för att dämpa smittspridningen. Det är en lurig smitta där till och med förändrad luktupplevelse som enda symtom kan vara ett tecken på en för omgivningen potentiellt dödlig sjukdom. Vikten av att plana ut kurvan av smittspridning hamras in i våra huvuden. Vi har tusen frågor, men i grunden är det som statsepidemiolog Anders Tegnell säger: vi vet inte särskilt mycket om det här viruset.

Ovissheten gör oss illa och vi famlar efter visshet. Medielandskapet förändras, professorer tar kändisarnas plats i etern, vilket förvisso tilltalar mitt evidensbaserade sinne. Hungern efter kunskap föder dock dålig forskning om viruset. Jag som psykiater med ett CV närmast kliniskt rent från relevanta meriter får inbjudan om att vara reviewer till artiklar om covid-19. Tidskriften JAMA Psychiatry skriver att

covid-19-manuskript undanbedes, om det inte finns en väl underbyggd frågeställning relevant för en psykiatrisk läsekrets. Trots att viruset bara har varit hos oss i ett par månader ger en sökning på covid-19 i PubMed i skrivande stund 13 115 träffar. Nu mer än någonsin behöver vi vetenskapliga spam-filtrer. I mer tvärsäkra forum som sociala medier kan man allt tydligare skönja fenomenet confirmation bias. Det känns bäst att få vatten på sin kvarn. Somliga delar alla hejarop över vårt förhållningssätt till covid-19, medan andra konsekvent lägger upp artiklar som underminerar den svenska strategin.

I denna osäkra tid dyker nygamla betenden upp. En sak som förenar oss i alla länder är hamstringen av toapapper. Vetemjöl och jäst har också varit notoriskt svårt att komma över. Vi som bor mitt i taigan behöver dock inte frukta restnotering av toapapper. Där kan vi sova gott, mister vi en bal står det oss tusen åter. Handsprit har varit bristvara, på den nivån att Systembolaget känt sig nödda och tvungna att förklara att ingen av deras drycker är starka nog för att döda viruset. På fritids har man på eget bevåg plockat bort lego, i någon sorts from förhoppning om att detta ska motverka smittspridning. Det finns ett djupt rotat behov av upplevd kontroll i svåra tider. Som vid andra stora kriser minskar söktrycket inom psykiatrin initialt, kanske också för att patienterna är oroliga för att bli smittade i sjukhusmiljön. Det psykiatriska vårdbehovet är uppdämt och när dammen brister lagom till hösten kan vi nog vänta oss en flodvåg av patienter som söker vår hjälp.

I orkanens öga kan det ibland vara svårt att föreställa sig att det pågår en pandemi. Sedan dyker det upp bistra påminnelser om hur allvarligt det kan vara. Sidorna med dödsannonser är tydligt fler än de brukar vara, och i flera riktningar ett tack till personal på äldreboenden. Jag tänker på dem vi har mist, och skulle vilja lyfta fram en av mina bästa mentorer, överläkare Kristina Wessman, som gick från att arbeta på en mottagning till att stilla somna in på sjukhus med covid-19. I sin sista Facebook-uppdatering skrev hon att hon coronavårdades och var väl omhändertagen. Jag är tacksam över det stöd hon gav mig i min väg mot att bli psykiater och

jag minns med värme hennes förmåga att se patienterna som de var och att hon fördrog även de besvärligaste patienter, med beundransvärt tålamod och en väl utvecklad humor.

När jag arbetade i den palliativa hemsjukvården brukade en av mina överläkare tala med patienterna om spelregler. Medan canceren tilltog förändrades spelreglerna för patienterna. Det som tidigare var enkelt var inte längre möjligt och för att kunna göra det bästa av situationen behövde patienterna anpassa sig till de rådande spelreglerna. Även covid-19 medför nya spelregler. Vi får umgås med fysisk distans och bör inte ordna några folksamlingar i närtid. Det digitala samkvämet frodas och vi ser olika finurliga virtuella sätt att uppfylla våra kulturella behov, som besök på konstmuseum via välutvecklade hemsidor. Det svåra under tidens gång är att veta vilka regler som gäller. Om man är för offensiv kan det bli viral offside, som när Sydkoreas unga i det relativt lugna covid-19-läget där uppmanades att gå ut och roa sig och smittspridningen strax därefter tog ny fart på en nattklubb. Till skillnad från dinosaurierna kan vi anpassa oss och vi bör nog göra detta inom ramen för myndigheternas råd.

Även om SARS-CoV-2 är här för att stan-
na lär oss historien att pandemier brukar gå över. Hur finurligt än viruset är kan det i varje fall inte fortsätta att vara helt nytt för mänskligheten. Våra immunsystem kommer på befolkningsnivå att utveckla någon form av beredskap mot covid-19, förhoppningsvis understött av verksamma behandlingar och i långa loppet ett vaccin.

Mikael Tiger
Psykiater
Stockholm

Det är en allvarlig situation och det ser vi också

Även psykiatrin påverkas av coronakrisen. Inte enbart i form av digitala möten, diskussioner kring skyddsutrustning och patienter som kan komma att drabbas hårdare av den oro som råder. När allt lagt sig kommer det också att finnas en mängd människor som behöver hjälp och stöd i att hantera vad de varit med om. Däribland sjukvårdspersonal.

I nuläget handlar det mer konkret om att se till att de som behöver psykiatrisk vård får den, samtidigt som så få som möjligt ska behöva komma till sjukhusen runt om i landet. Alessandra Hedlund, överläkare i psykiatri vid Norra Stockholms Psykiatri och ordförande för Svenska Psykiatriska Föreningen, berättar att det råder besöksförbud på avdelningarna, den elektiva vården har dragits ned, och på en del ställen helt pausats, och enbart de patienter som verkligen behöver inläggande vård får det.

– Vi har nu etiska ställningstaganden som vi behöver göra gällande patienter som till exempel behöver tvångsvård. Om det är förenat med en viss risk att vara i sjukhusmiljö är det något som man också måste väga in, säger hon.

En del patienter vårdas istället i hemmet, med uppföljning, och gruppverksamheter har ställts in. Det pågår också en omställning till telefon- och videobesök i en del av landets mottagningsverksamheter.

– En del av de digitala lösningar som nu skapats är här för att stanna och kommer inte att gå tillbaka till fysiska möten. De digitala lösningarna är också bra för att komma runt den ensamhetsproblematik som kan komma med att vi nu ska hålla oss hemma i högre utsträckning.

Just fysisk distansering kan påverka patienter med sköra skyddsnät och behov av mycket stöd, vilka är vanligt förekommande i psykiatri. De riskerar att isoleras från sina anhöriga under denna period, eller än värre förlora anhöriga, samtidigt som sociala insatser dras ner på grund av smittorisk.

En del regioner planerar också att inrätta speciella avdelningar där man kan vårda psykiatriska patienter som smittats av covid-19. Och frågan om skyddsutrustning är något som disku-

teras mycket och där riktlinjerna förändras snabbt. Något som enligt Alessandra Hedlund skapar viss oro.

– Många känner att basala hygienrutiner inte räcker till om vi ska ha avdelningar med covid-19 och psykiatrisk sjukdom.

I slutet av mars fick psykiatri i Stockholm också i uppdrag att vårda geriatrika patienter som är i behov av heldygnsvård, men som inte insjuknat i covid-19. Enligt Alessandra Hedlund är det i nuläget dock oklart om dessa avdelningar ska bemannas med personal från somatiken, psykiatri, eller båda.

Alessandra Hedlund och hennes kolleger har också märkt av ett något reducerat flöde till de psykiatriska akutmottagningarna och att de patienter som kommer är i förhållandevis sämre tillstånd ur en psykiatrisk synvinkel. Men vad det kan komma att innebära för patienterna som väntar med att söka vård är svårt att spekulera i, enligt Alessandra Hedlund.

– Öppenvårdspsykiatri arbetar med att följa upp patienter på distans så mycket som möjligt, men det är svårt att överskåda hur det kommer att bli. Det är en allvarlig situation för hela vården och det ser vi också.

Hon menar att man också kan se hur patienter som redan har en psykiatrisk sjukdom nu riktar sin oro mot covid-19 istället för något annat.

– Om man tittar på det ur ett krisperspektiv kan man förvänta sig att det kommer att finnas ett antal personer som kommer att behöva hjälp på grund av psykiatriska symtom av olika slag efter krisen. Både i primärvården och inom specialistpsykiatri, säger hon och hänvisar till observationer som gjordes efter tsunamin.

– Då ökade förekomsten av ångest, posttraumatisk stress och sjukskrivning. Det gäller såklart inte alla, men det är något som behöver beaktas.

Bland annat nämner hon anhöriga till personer som blir allvarligt sjuka eller avlider och som kanske inte får möjlighet att träffa sin anhörig så mycket som hen skulle ha velat. Eller som inte får möjligheten att ta farväl på det sätt man önskat.

– Om man inte får ta farväl på det sätt man önskar komplicerar det sorgprocessen. Svenska kyrkan finns på alla sjukhus, men

det finns andra trosinriktningar där man kanske har speciella ritualer kring människors bortgång som nu inte kan genomföras fullt ut på grund av dödsorsaken. Det påverkar såklart hälsan.

Alessandra Hedlund tror också att personal som har vårdat svårt sjuka patienter kan behöva stöd ett tag efter att krisen har lagt sig.

– Det behöver inte vara så att de råkar ut för svår psykiatrisk sjukdom som blir kronisk, snarare handlar det om att man behöver hjälp och stöd en tid för att bearbeta vad man har varit med om.

– Ur ett psykologiskt perspektiv vet vi att människor reagerar olika på kriser. Och vi ser hela mångfalden av det just nu i både media, på sociala medier och i fikarum runt om i landet. Vissa blir extremt oroliga och en del nästan förnekar faran överhuvudtaget. Det är välkända psykologiska mekanismer som är en del i traumabearbetning och hör till det normala. Men det är också viktigt att veta att det är faser som går över i varandra.

Eftersom situationen vi just nu upplever är unik finns det ingen forskning som behandlar den här typen av kriser. Forskning kring PTSD rör snarare konsekvenser av naturkatastrofer, krig eller grova brott, enligt Alessandra Hedlund. Hur coronakrisen kommer att påverka människors, som inte har kronisk problematik, psykiska mående är därför svårt att sätta om.

– Men man behöver ta det här på allvar och det kommer att vara många människor som har upplevt sorg och förlust efter det här. Det kommer också vara människor som får en svår ekonomisk situation. Även de som har en kroppslig sjukdom som skulle ha behandlats, men som nu får vänta av förklarliga skäl, kan påverkas.

Anna-Sofia Dahl
Reporter Sjukhusläkaren

En förkortad version av denna artikel har publicerats på Sjukhusläkarens hemsida.





Stödlista för psykisk hälsa i kristid

Med anledning av coronapandemin har Sveriges Kommuner och Regioner tagit initiativ till en stödlista med tips på olika former av aktiviteter i kristid. Tillsammans med ett hundratal aktörer – kommuner, regioner, myndigheter och frivilligorganisationer – har man tagit fram råd och länkar till olika former av stöd.

Det finns fyra listor: för barn upp till 12 år, för ungdomar 12–25 år, för vuxna och för äldre.

Varje lista är indelad i områden såsom oro och ångest, social gemenskap, meningsfull sysselsättning på dagarna, tips på bra rutiner (mat, sömn, fysisk aktivitet), hopp och framtidstro för livet och samhället, stöd vid våld och sexuella övergrepp, undvika alkohol/droger/läkemedel/spel m.m.

För varje område finns *Råd om vad man själv kan göra* samt *Länkar till stöd och resurser*.

Informationen är tänkt att användas av personal inom kommuner och regioner för att informera personer de möter i sina verksamheter. Det framhålls att det går bra att kopiera texter och länkar för att kommunicera om ämnet på andra webbplatser eller i andra kanaler.

Se <https://skr.se/halsasjukvard/psykiskhalsa/stodlistaforpsykisk-halsaikristid>

Tove Gunnarsson
SPF:s styrelse

Covid-19-läkemedel och interaktion med psykofarmaka

På SPF:s hemsida www.svenskpsykiatri.se finns dokumentet **Psykofarmaka hos patienter med covid-19 – Praktiska indikationer**.

Texten är ursprungligen skriven av italienska kollegor men har översatts till svenska och anpassats till svenska förhållanden av Marzia Dellepiane med redaktionellt stöd av Karl Lundblad, SPF:s styrelse.

Dokumentet går igenom psykofarmakas interaktioner med de vanligaste (off-label) använda läkemedlen för behandling av covid-19 som hittills använts på sjukhus. Det är tänkt att t.ex. kunna vara ett stöd vid psykiatrisk konsultation på somatisk klinik.

För SPF:s styrelse
Tove Gunnarsson

Barn kan bli en riskgrupp under covid-19-pandemin



Foto: FamVeld/Shutterstock

Kris- och nödlägen är kända riskfaktorer för barns hälsa och välmående, inklusive risk för våldsutsatthet. För att motverka detta behövs en konsekvensanalys som klarlägger risker och fastställer förebyggande åtgärder från ett barnperspektiv.

Covid-19 är klassad som en pandemi av WHO, och Sverige befinner sig i en potentiellt mycket allvarlig krissituation. Det är viktigt att inse att i det rådande läget kan på sikt alla barn räknas som riskgrupp. Barn med funktionsvariationer och barn utsatta för våld är redan kända sårbara grupper. För redan socioekonomiskt utsatta familjer kan det bli svårt, speciellt om olika former av utbetalningar försenas. Men även andra grupper av barn och unga kan snabbt komma att tillhöra de sårbara. Till exempel kan familjer som drabbas av varsel och uppsägning plötsligt hamna i en pressad situation.

En djupare ekonomisk recession till följd av pandemin utgör också en ansenlig risk för barnens hälsa och välmående. Detta har tydligt påvisats bland annat i finska studier av barn som

växte upp under 1990-talets ekonomiska depression som präglades av stora nedskärningar i verksamheter och förmåner som är viktiga för barnfamiljer. Nästan en tredjedel av de barn som växte upp då hade haft psykiska problem före 25 års ålder.

Ett barns risk för utsatthet hänger ihop med vårdnadshavarnas mående och deras tillgång till egna nätverkets och samhällets stöd. Yrkesarbetande föräldrar inom samhällskritiska sektorer kommer att utsättas för stor belastning med risk för utmattning och psykiska påfrestningar. Utdragen karantän med isolering i hemmen, om vi får sådan i Sverige, kan även leda till ökat våld och övergrepp på barn. Isolering med få utomstående kontakter gör att barns utsatthet inte nödvändigtvis kommer att uppmärksammas på samma sätt.

Riskerna för barns utsatthet kan förebyggas med åtgärder som samhället kan vidta nu. Barnperspektiv och barns bästa bör beaktas i alla beslut som rör barn i enlighet med att barnkonventionen nu är svensk lag.



Det är viktigt att socialtjänsten och sjukvården fortsätter sitt arbete med barn och familjer så ostört som möjligt under covid-19. Samtidigt måste proaktiva förebyggande insatser initieras för att motverka risken för ökat våld mot barn och att barns psykiska ohälsa ökar.

Den pågående covid-19-pandemin kommer sannolikt att blottlägga påtagliga brister och svagheter i våra nuvarande samhällsstrukturer. Men krisen ger oss också viktiga möjligheter till strategisk förnyelse inom bland annat vården och att inta ett förhållningssätt som uttryckligen beaktar barnperspektivet inom den offentliga förvaltningen. Detta förutsätter att samhället tydligt skärper och tydliggör betydelsen av barnkonventionen som lag.

Konsekvenserna av covid-19-krisen kan komma att få långtgående konsekvenser för barns framtid. God framförhållning, planering och konsekvensanalys ur ett barnperspektiv är därför nödvändiga. Utmaningarna är flera, men kloka beslut tagna nu ger möjlighet till en bättre framtid när denna pandemi väl klingar av.

Man har aldrig tidigare testat sårbarheten under en så omfattande pandemi som den pågående. Således kan utsattheten vara stor även i andra, i nuläget icke-identifierade, grupper av barn och ungdomar.

Faktaruta: Barnkonventionen

Barnkonvention är svensk lag sedan den 1 januari 2020. Utifrån barnkonventionen har varje barn sina individuella rättigheter och vid alla beslut som rör barn ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa. Barn ska skyddas mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, inklusive sexuella övergrepp. Barn har även rätt till bästa möjliga hälsa, tillgång till hälso- och sjukvård samt till rehabilitering. Barn har rätt till social trygghet samt till statligt stöd ifall föräldrar eller annan vårdnadshavare saknar tillräckliga resurser. Vidare har alla barn rätt till utbildning.

Faktaruta: De mest utsatta grupperna av barn

Speciell utsatthet hos barn kan uppstå på grund av barns svårigheter och/eller vårdnadshavarens och det egna skyddsnätverkets bristande kapacitet att ta hand om barnet och eller få tillgång till allmänt och riktat stöd från samhället. Således kan det enskilda barnets och familjs behov av samhällets stöd variera över tid, och beslut om stöd måste alltid baseras på aktuell information.

Barnrelaterade riskfaktorer för utsatthet och sårbarhet

- Yngre barn samt oavsett ålder de som utifrån sina begränsningar saknar förmåga att ta hand om sig själva i det basala och själv initiera kontakt med myndigheter.
- Psykiska och somatiska tillstånd som medför en funktionsnedsättning.
- Tidigare våldsutsatthet eller traumatisering.

Faktorer hos vårdnadshavare och familjer som kan öka risken för försummelse och våldsutsatthet hos barn

- Begränsade ekonomiska förhållanden där skollunchen kan vara ett sätt att säkerställa att man får mat varje dag.
- Vårdnadshavare med akut eller kronisk psykisk eller somatisk sjukdom, beroendesjukdom eller intellektuell funktionsnedsättning.
- Vårdnadshavare med känd våldsbenägenhet, skadligt bruk av berusningsmedel eller utmattning.
- Ensamstående föräldrar (även i praktisk betydelse), som saknar stödstrukturer.
- Nyanlända m.fl. som inte har samma tillgång till information och/eller stödstrukturer.
- Familjer med många barn.
- Trångboddhet, i synnerhet om man överväger förbud mot utevistelse eller ifall karantäntiden blir långvarig.
- Arbetslöshet, fattigdom och annan typ av akut eller långvarig ekonomisk utsatthet.
- Tidigare våldsutsatthet eller traumatisering.

Laura Korhonen

Professor BUP och Barnafriid

Erica Mattelin

Leg. psykolog Barnafriid

Linköping

Texten baseras på en debattartikel i Dagens Samhälle 3/4 2020: <https://www.dagenssamhalle.se/debatt/lat-barnkonventionen-bli-vagledande-under-pandemin-32150>

Covid-19 i Skåne

En lägesrapport 15 maj 2020

I Psykiatri Skåne har vi endast haft enstaka bekräftade fall av covid-19 som behövt vårdas inom psykiatrisk slutenvård. Fler misstänkta fall har dock förekommit som då provtagits men visat sig vara negativa, dvs. de har inte haft covid-19. I skrivande stund vårdas ingen patient med bekräftad covid-19 inlagd i psykiatrin. Skåne har dessutom överlag hittills varit förskonade från den stora volym smittade och svårt sjuka som vi sett i Stockholmsområdet. Antal IVA-vårdade har med god marginal kunnat hanteras och de högre stegen i eskaleringsplanen har inte behövt aktiveras.

Stegvis ökad covid-19-kapacitet inom psykiatrin

Både misstänkta och bekräftade covid-19-fall med milda-måttliga infektionssymtom men svårare psykiatrisk sjukdom som kräver inläggande psykiatrisk vård kan i Skåne vårdas kvar inom psykiatrisk enhet men får då barriärvårdas för att skydda medpatienter och vårdpersonal.

Kapaciteten bedömdes viktig ur patientsäkerhetssynpunkt och som en viktig kugge i att avlasta den redan svårt belastade infektionskliniken. Regionala riktlinjer från smittskydd och vårdhygien bevakas och följs noggrant. Särskild krisledning i förvaltningsstaben har samlat alla verksamhetschefer regelbundet (inledningsvis dagligen) för korta, exekutiva avstämningar. Eskaleringsplan togs fram i tidigt skede och stämde av mot regionens medicinska katastrofledningsgrupp.

Vi har i förvaltning Psykiatri och habilitering på rekordtid tagit fram egna nya covid-19-riktlinjer anpassade både för öppen och slutna psykiatrisk vård samt för förstås LPT/LRV.

Våra psykiatriska akutmottagningar står sedan flera veckor väl rustade för att ta emot patienter med covid-19 (misstänkt eller bekräftad) om så skulle behövas. Förstärkt skyddsutrustning har även ordnats (skyddsmask 90) för att öka säkerheten vid eventuellt våldsamma situationer.

En av våra ambulanshallar har justerats för att kunna hantera ett eventuellt större inflöde av patienter med covid-19-symtom. Tält för covidtriagering har även använts för att skapa buffertzon där lokalen så krävt det.

Planering och förberedelser är genomförda för kohortvård på utvalda "epidemiavdelningar" i samtliga psykiatriska verksamhetsområden om behovet skulle uppstå. Även klart för om-



prioritering av personalresurser i förvaltningen från öppen- till slutenvård och personal har utbildats för att kunna ta nya arbetsuppgifter. Intresset och hjälpsamheten hos personal för att underlätta planering och förberedelser i detta har varit stort och mycket betydelsefullt i denna unika omställning vi gått igenom senaste veckorna. Den annars delvis tröga digitala omställningen har parallellt tagit ett rejält kliv framåt. Känslan av att dra åt samma håll har varit stärkande i en annars svår tid.

Påverkan generellt

All verksamhetsledning har verkligen fått erfarenhet av skarp krisledning under flera veckor nu och detta har ökat vår sammanhållning och flexibilitet på flera plan. Anpassningen till en ny verklighet pågår fortlöpande.

I öppenvården har många mottagningsbesök ställts om till alternativa kontaktsätt såsom videomöten/telefonkontakt m.m. där så varit möjligt och medicinskt lämpligt och på så vis skryddat på önskvärd utveckling av digitala möten. Akutmottagningarna har under mars-april haft betydligt lägre antal vård-sökande – sannolikt relaterat till restriktionerna i samhället och rädslan för smitta. Vårdplatstillgången har därför varit bättre än under normala förhållanden. Vårdtyngden stegvis något högre dock då fler patienter väntar med att söka och då inkommer i ett sämre skick. Dock ser vi inga tecken till ökad suicidfrekvens – snarare tvärtom vad gäller de vårdnära suiciden. Under maj månad nu ser vi dock redan en successiv normalisering av antal vård-sökande och i vårdplatssituationen.

Med en allt högre andel smitta i befolkningen som det nya normala en längre tid framöver så förbereder vi även fler mottagningar, särskilt vissa psykosmottagningar, för att på ett säkert sätt kunna hantera smittade patienter på plats när det bedöms lämpligt och nödvändigt av medicinska skäl.

Martin Hultén

Chefläkare, Psykiatri Skåne

Vice ordförande SPF

Reflektioner från Region Stockholm – pandemi, psykiatri och krisomhändertagande



Rum för avsked vid Älvsjö sjukhus (Stockholmsmässan)

Vi kommer aldrig att glömma våren 2020. Även om pandemin inte är över och vi inte vet vad som väntar oss kan det vara bra att summera och reflektera över händelserna hittills.

7 februari tog Region Stockholm beslut om att starta regional särskild sjukvårdsledning (RSSL) på grund av ökad spridning av covid-19. Syftet med RSSL är att optimera sjukvårdsresurserna i förhållande till en extraordinär händelse. Det psykologiska omhändertagandet är en viktig del i det katastrofmedicinska arbetet som RSSL ansvarar för. I Stockholm bemannas krisstödsfunktionen av personal från RKK (Regionalt Kunskapscentrum Kris- och katastrofpsykologi) som är en del av Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO).

I början av året fanns det bara sporadiska "importfall" av covid-19 i Sverige. Fokus riktades främst mot Kina, Iran och Sydkorea, men i februari började det komma rapporter om samhällsspridning i norra Italien. Vecka 9 startade sportlovet i Stockholm. Många hade planerade skidresor bl.a. till de italienska alperna. Oron i samhället tilltog. Kommer Sverige att drabbas? Hur ska det bli när skolorna startar efter sportlovet? Hur klarar de redan belastade akutsjukhusen av att hantera en pandemi? Vissa tyckte att rapporterna var överdrivna medan andra tyckte att myndigheterna inte tog situationen på tillräckligt stort allvar.

27 februari skrevs den första covid-19-patienten in på ett av Stockholmssjukhusen. Folkhälsomyndigheten meddelade att det inte fanns tecken på samhällsspridning i Sverige. Medborgarna råddes att fullfölja sina aktiviteter som vanligt men att stanna hemma om man insjuknade med symtom på SARS-CoV-2. Telefonrådgivningen 1177 Vårdguiden belastades allt hårdare med många samtal från oroliga medborgare som var osäkra på hur de skulle agera. Telefonköerna blev längre med tung belastning på personalen på 1177 Vårdguiden. Även personalen på Smittskydd Stockholm arbetade för högtryck med smittspårning. RSSL tog då beslut om att Stockholms PKL-grupper skulle bemanna en telefonlinje dit 1177 kunde koppla samtal som rörde oro och krisstöd. PKL står för "psykologisk/psykiatrisk katastrofledning" och består av personer med utbildning i krisstöd och katastrofledning som kan kallas in vid extraordinära situationer för att avlasta ordinarie sjukvård. RSSL aktiverade en telefonmottagning som snabbt byggdes upp och driftsattes den 2 mars under ledning av RKK. PKL KS Solna fick ansvar för lokaler och bemanning i samverkan med Stockholms övriga PKL-grupper: Norrtälje sjukhus, Danderyds sjukhus, S:t Görans sjukhus, Södersjukhuset, KS Huddinge och Södertälje sjukhus. Under de två veckor som stödlinjen var i drift ringde flera hundratals oroliga medborgare.

Under mars lämnade Region Stockholm dagliga rapporter om att allt fler insjuknade i covid-19. Samhällsspridningen var ett faktum. Antalet sjukhusvårdade och intensivvårdade patienter

ökade snabbt. 11 mars avled den första patienten på sjukhus. Sjukvårdsresurserna behövde prioriteras om för att klara den ökande belastningen. Regionen, akutsjukhusen och SLSO gick upp i förstärkningsläge. Sjukvårdsdirektören Björn Eriksson talade om att "hoppas på det bästa, men planera för det värsta". Den 22 mars tog RSSL beslut om att börja bygga ett fältsjukhus på Stockholmsmässan i Älvsjö. Försvarsmakten, Älvsjömässan, sjukvårdspersonal samt företagare bidrog till att få sjukhuset uppbyggt. 6 april stod Älvsjö sjukhus driftklart för 600 patienter. Hårt arbete krävdes för att bygga upp lokalstrukturerna och för att säkerställa alla rutiner i sjukhusdriften. En projektgrupp med läkare från bl.a. KS ansvarade för uppdraget initialt. RSSL gav sedan SLSO i uppgift att bemanna sjukhuset. SLSO tog även över ansvaret för att säkerställa krisstödet på sjukhuset samt rutinerna kring avlidna i denna fas av arbetet med Älvsjö sjukhus.

Hela Stockholmsregionen arbetade för högttryck. Förutom Älvsjö sjukhus ansvarade SLSO även för att krisleda all när-sjukvård, geriatrik, psykiatri, ASIH och vissa särskilda boenden. Privata vårdgivare inordnade sig i strukturen med SLSO som ledning. Närsjukvården omorganiserade sig i geografiska "kluster" för att samordna insatserna. På akutsjukhusen byggdes vårdplatsantalet ut, avdelningar bytte inriktning till covidvård, personal fick byta arbetsplats och frivilliga kallades in. Stockholm har vanligtvis cirka 90 intensivvårdsplatser och dessa ökades snabbt till drygt 300. Trots hög belastning på alla akutsjukhus, geriatrisk vård, närsjukvård och särskilda boenden kunde man konstatera att den enorma insatsen som Stockholmssjukvården genomfört hade betalat sig i en stor mängd vårdplatser. Vårdplatstillgången efter påskhelgen var så pass god att det började stå klart att Älvsjö sjukhus inte behövde öppnas.

Krisstödsinsatserna i akutskedet har fokuserat på att stötta sjukvårdspersonal, anhöriga och allmänheten. Belastningen har varit särskilt tung på vårdpersonalen. Förändrade och periodvis otydliga arbetsrutiner har lett till osäkerhetskänsla och stress. Arbetsbelastningen har varit extrem på flera arbetsplatser. Många har känt en rädsla för att bli smittade eller smitta sina anhöriga. Svåra bedömningar med etisk stress har förekommit i högre omfattning än vanligt.

Ovissheten kring en pandemi påverkar starkt och gör att det är svårt att slappna av och återhämta sig. Denna typ av händelse går under benämningen CBRNE (= Chemical, Biological, Radiological, Nuclear, Explosives) och har i katastrofpsykologisk forskning visat sig vara särskilt benägen att leda till krisreaktioner och mer långvariga tillstånd som t.ex. PTSD.

Anhöriga till sjukhusvårdade patienter har också varit i behov av krisstöd. På grund av smittrisen har de inte kunnat träffa sina närstående under vårdtiden och kanske inte heller ta ett sista farväl vilket kan komplicera sorgeprocessen. Personalen har haft svårare att informera och trösta p.g.a. tidsbrist och skyddsutrustning. Sjukhuskyrkan har varit en viktig resurs som har kunnat bidra med stöd, samtal och ett stort kontaktnät.

Medan pandemin tog fart i den somatiska vården förändrades den psykiatriska vården snabbt. Inflödet på Länsakuten på S:t Görans sjukhus minskade. För att frigöra platser och minska risken för smittspridning i slutenvården överfördes slutenvårdade patienter till öppenvård om möjligt. En del patienter valde att skriva ut sig frivilligt. Permissioner och utskrivningsrutiner har förändrats för att minska risken för att föra in smitta på vårdavdelningen. Beläggningen inom den psykiatriska slutenvården i Stockholm varit ovanligt låg under mars-april. Det har funnits en oro för hur man ska hantera utåtagerande allvarligt psykiskt sjuka patienter som är covidpositiva. Enstaka sådana ärenden har förekommit men färre än befarat. Beslut togs om att ett par slutenvårdsavdelningar skulle ställa om till geriatrisk vård för att avlasta den hårt pressade äldreavdelningen. Behovet har dock varit mindre än förväntat. I den psykiatriska öppenvården har vissa gruppverksamheter fått skjutas upp. Omställningen till digitala lösningar har gått snabbt och videomöten med patienterna har blivit en del av mottagningsrutinerna. En del patienter har bokat av eller skjutit fram sina besök p.g.a. att de är i riskgrupp eller för rädsla att bli smittade. Möjligen har en del inte heller känt samma behov av vård. Vissa patienter har uttryckt oro på grund av coronapandemin men oväntat få verkar hittills ha försämrats i sin grundsjukdom eller sökt på grund av krisreaktioner. Några patienter har till och med uttryckt att pandemin inneburit en viss lättnad när alla befinner sig i samma svåra situation med hemkarantän och oro.

Långsamt har antalet sjukhusvårdade covidpatienter minskat och regionen börjar flytta fokus till "postcoronaperioden". Som biträdande PKL-ledare på KS Solna har vårterminen 2020 varit intensiv med insatser på KS Solna och SLSO, utöver ordinarie psykiatriskt arbete. Det har varit lärorikt att få en inblick i olika delar av sjukvården och det har känts meningsfullt att bidra i pandemiarbetet. Sjukvården har samverkat och mobiliserat på ett unikt sätt som man kanske inte trodde var möjligt. Vi ska alla vara stolta över vår insats för vården oberoende av var vi arbetar. Även om psykiatrin över lag har haft förhållandevis låg belastning under den akuta fasen är vårt bidrag viktigt för att minska risken att våra patienter försämrats i sin grundsjukdom. Nu behöver vi flytta fokus från den akuta fasen till de mer långsiktiga konsekvenserna av pandemin. Det är viktigt att vi tar hand om oss själva och värnar om våra kollegor så att vi får återhämtning och våra arbetsgivare måste ge oss förutsättningar för sammanhållen sommarsemester så att vi står redo när arbetsbördan ökar till hösten.

Text och foto:
Linda Martinik

*Sekreterare, Svenska Psykiatriska Föreningen
 Överläkare, specialist i psykiatri på Affektiva mottagningen,
 Psykiatri Nordväst, SLSO
 Biträdande PKL-ledare, KS Solna*



Sorg i orostider Reflektion

Förluster påverkar oss alla. Och nu i orostider är det förlusten av det normala som skapar ångest och frustration. Kanske lugnar det att tro på det "nya normala" när allt väl är över. Men vad innebär det?

Foto: Tomas Ragina/Shutterstock

Vår vardagliga rytm kommer ur balans då den störs, och vi blir vilsna. Rutiner rubbas och det som brukar rulla på som vanligt blir ansträngt. Tidigare tanke- och handlingsmönster upplevs plötsligt som ovidkommande, ur funktion. Otrygg och sårbar famlar man efter något för att kunna orientera sig i tillvaron. Utsattheten är både konkret och universell.

Sorgen och saknaden griper in med alla motstridiga känslor som väcks av förändringen på ett välbekant livsmönster som svåra förluster i vår vardag medför. Tiden är ur led och tillvaron i upplösning.

Några lägger skulden utanför sig själva. Släpper oombett ut sina konspirationstankar på grönbete. Det blir liksom enklast så. För andra är det som händer fullt begripligt. Oavsett vilket kommer ingen undan. Att inte veta är att erkänna sig till den oklarhet som råder. För det osannolika som inträffar är inte felaktigt. Ödmjukheten inför det gör oss alla osäkra och mänskliga.

Precis som i det ogripbara som händer finns i sorgen inga givna fakta och regler att hålla sig till. Inga konstruerade faser att fuska sig igenom. Den ena säger si och andra säger så, medan

det kanske säger sig självt. Man blir förvirrad, ängslig och uppgiven. Och sorgearbetet kan inte ens påbörjas eftersom inget slut kan skönjas. Börjar det om på nytt?! Släpps vi ut för fort? Har vi varit inne alldeles för lite?

Med det i åtanke kan vi fundera över sorgen. Vi kan anta att den har till uppgift att läka en djup saknad efter den värld (stabilitet) som övergivit oss, förlusten. Så småningom kommer vi förhoppningsvis acceptera att det vi tidigare tog för givet inte längre finns där till vår undsättning.

Vi får frigöra nya tankar och idéer under tiden sorgen orienterar sig i att anpassa oss till nya rutiner och relationer i livet. Mycket av det välbekanta finns ju inte längre.

Thomas Silfving
Författare och psykolog



Foto: MT-R/Shutterstock

Använd termen fysisk distansering!

Termerna "fysisk distansering" och "emotionell närhet" bör användas och inte "social distansering" när covid-19-pandemin bekämpas.

Covid-19 drabbar länder världen över. Sociala restriktioner införs med syfte att försöka begränsa spridningen av coronaviruset och att rädda liv. Men den ofta använda termen "social distansering" är olycklig, eftersom den kan väcka associationer som att ta avstånd ifrån, bli bortstött och isolerad hos sårbara grupper. I stället bör den korrekta termen lyda "fysisk distansering", då avsikten är att förhindra att infektionen sprids för snabbt i populationen. På samma gång bör man betona betydelsen av empati och känslomässig närhet, vilket visas av så många runt om i världen, då ingen av oss är immun mot infektionen.

Thorp (2020) skriver bra om covid-19. Han nämner effekterna av de sociala restriktionerna. Många regeringar har drivit igenom "social distansering" genom lagstiftning (Nederländerna, Frankrike, Italien och Spanien) eller genom sociala handlingsprogram (Sverige, Storbritannien). Termen "social distansering" förknippas emellertid lätt med social och psykologisk uteslutning samt med negativa attityder. Det finns många grupper som har en stor sårbarhet för coronaviruset, i synnerhet de äldre. Det har även personer med psykiska och psykosociala problem, svåra somatiska sjukdomar liksom statslösa och hemlösa personer. Dessa grupper är extremt känsliga för vilket språkbruk som används liksom för attityder och resurser.

Vi har sett att stigmat under vissa omständigheter kan förstärkas av fördomar. I Storbritannien har coronakrisen lett till mobbning av kinesiska individer (Haynes 2020). Vi är över-

tygade om att pennan inte bara är vassare än svärdet, utan att ord kan döda (Barzilay 2017). Det är inte "social distansering" som kan minska spridningen av coronaviruset utan ett fysiskt avstånd på över 2 meter.

Att ändra ordvalet till "fysisk distansering" i stället för "social distansering" kan hjälpa till att motverka negativa attityder eller uppfattningar gentemot specifika grupper i samhället, vare sig det är frågan om sociala klasser, etniciteter eller individer med hög sårbarhet för en dödlig infektion. Social empati och känslomässig närhet gentemot alla individer måste upprätthållas och betonas under denna tid, eftersom det kan utgöra en enkel livlina. Att upprättligt bekräfta närvaron av en annan person samtidigt som man upprätthåller en fysisk distans kan bokstavligen rädda liv. Ingen står helt ensam (enligt John Donne i Devotions skriven 1600, No man is an island, entire of itself). Vi måste alla främja solidaritet i samhället, vi är alla delaktiga, ingen grupp är immun, så att känslor som att vara oönskad, oölskad och inte accepterad motarbetas och att ingen drivs till att ta ett drastiskt steg mot självutplåning. I detta har vi alla ett ansvar, även regeringar och media.

Danuta Wasserman

Senior professor och chef för NASP, Karolinska Institutet

Direktör för WHO samarbetscentrum

danuta.wasserman@ki.se

Publicerat som eLetter i Science under artikeln "Time to pull together". Wasserman Danuta, van der Gaag Rutger, Wise Jan.



Foto: Maria Vonotna/Shutterstock

Covid-19 Lärdomar och erfarenheter från Region Stockholm

Under pandemins första två månader hade chefsöverläkarna vid de psykiatriska klinikerna i Region Stockholm avstämning varje vecka. Erfarenheterna finns sammanställda nedan och kan förhoppningsvis bidra med kunskap till kollegor i andra regioner.

Smittskyddslagen vs. LPT

Endast smittskyddsläkare och Förvaltningsrätt får besluta om åtgärder enligt smittskyddslagen. Psykiatrisk tvångsvård får inte användas för att förhindra smittspridning. Däremot kan en person med en smittsam sjukdom behöva vård med hjälp av psykiatrisk tvångsvårdslagstiftning på grund av allvarlig psykisk störning.

Smittskyddsläkare informerar om att det sannolikt inte kommer att fattas beslut om isolering av covid-19-patienter som vårdas

i heldygnsvård. Misstänkt eller bekräftad covid-19-smitta hos psykiatrins inneliggande patienter hanteras utifrån befintlig lagstiftning (HSL och LPT). En stringent hållning gällande kriterier för avskiljning är viktig.

Psykiatriska kliniker inom Region Stockholm har rapporterat om fall där psykiatrik blivit ombedd att fatta beslut enligt LPT för att hindra patienter från att på oaksamt och/eller medvetet sätt sprida smitta. Detta inskräpper vikten av att noggrant bedöma huruvida patienten uppfyller kriterier för LPT, då smittspridning i sig (i avsaknad av allvarlig psykisk störning och/eller psykiatriskt heldygnsvårdsbehov) inte är ett sådant kriterium.

Hantering av icke samarbetsvillig psykiatrisk patient med misstänkt/bekräftad covid-19.

Inneliggande patient med lindriga symtom på covid-19 och psykiatriskt heldygnsvårdsbehov, patienten vägrar provtagning och/eller isolerad vistelse.

- Om patienten vårdas enligt LPT kan beslut om avskiljning fattas om patientens agerande allvarligt äventyrar vården av medpatienter. Dylika beslut kan även behöva förlängas i väntan på provsvar för att skydda medpatienter från allvarlig smitta.
- LPT medger inte provtagning med tvång av icke-akuta tillstånd.
- Om patienten vårdas enligt HSL, överväg utskrivning alternativt konvertering till LPT.

Inneliggande patient med mycket allvarliga och potentiellt livshotande symtom på covid-19 och psykiatriskt heldygnsvårdsbehov, patienten vägrar provtagning.

- Om en patient vårdas enligt LPT och lider av somatisk sjukdom som är akut och potentiellt livshotande, kan somatisk vård inklusive provtagning med stöd av LPT vara befogad.
- Om patientens somatiska sjukdom föranleder en allvarlig psykisk störning, kan somatisk vård inklusive provtagning ske inom ramen för LPT för att behandla den allvarliga psykiska störningen.

Personlig undersökning vid tvångsvård under pandemin

Gängse uppfattning inom Region Stockholm är att digital bedömning inte är en rättssäker metod för läkarundersökning/personlig undersökning vid beslut jml LPT (vårdintygsbedömning, 6b§-beslut, beslut om förlängda tvångsåtgärder). Skyddsutrustning vid personlig undersökning förordas.

Provtagning under pandemin

Några laboratorier har underlåtit att ta emot klopabinbehandlade patienter med ÖLI-symptom. Det är av yppersta vikt att patienter med pågående klopabinbehandling kan genomföra provtagning, framförallt vid infektionssymptom. Patienten behöver få tydlig information och labb behöver informeras om vikten av provtagning av dessa patienter.

Besök och permissioner

Offentlig psykiatrisk heldygnsvård kan inte ha ett formellt besöksförbud, såsom exempelvis somatiken, eftersom man bedriver tvångsvård och besöksinskränkningar vid tvångsvård regleras på individnivå enligt särskild ordning. Däremot kan

klinikerna försöka tillse att endast absolut nödvändiga besök tillåts.

Behandling av agiterade covid-19-positiva patienter

Ett PM angående läkemedelsbehandling vid agitation och covid-19 har tagits fram i Region Stockholm. Dokumentet är vägledande utifrån befintligt kunskapsläge och ska inte betraktas som en rutin/riktlinje.

Skyddsutrustning, aerosolgenererande procedur

Region Stockholm har tagit fram skriftliga rekommendationer rörande skyddsutrustning vid vissa psykiatriska behandlingsåtgärder, med avseende på om åtgärder medför risk för droppsmitta eller är ett aerosolbildande moment. Den högre graden av skyddsutrustning inklusive andningsskydd krävs vid aerosolbildande moment. Vid droppsmitta är vanlig skyddsutrustning (plastförkläde, heltäckande visir alt. skyddsglasögon och kirurgiskt munskydd IIR samt handskar) tillfyllest.

- *Tvångsåtgärder inklusive tvångssondning* – risk för droppsmitta, ej aerosolbildande moment
- *ECT med handventilering* – aerosolbildande moment

Överföring av covid-19-patient till somatisk vård

En covid-19-positiv patient som desaturerar och/eller blir andningspåverkad bör överföras till somatiken efter samråd med infektions-/medicinjour. Skyndsamhet bör iaktas då symptomutvecklingen har rapporterats kunnat gå relativt snabbt.

Hanna Edberg

*Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Chefsöverläkare
Stockholm*

Har våld mot barn ökat i Sverige under covid-19-pandemin?



Foto: Gargonia/Shutterstock

Under covid-19-pandemin har våld mot barn uppmärksamats. Brist på aktuell och vederhäftig statistik gör det svårt att säga om våld mot barn ökar eller minskar under pandemin med covid-19. Diskussionen har huvudsakligen handlat om risken för mer omfattande våldsutsatthet: risk att våld i nära relationer ökar när folk lever isolerade på grund av pandemin; risk att de redan utsatta barnen får det ännu värre; risk för flera sexuella övergrepp i nätet. Frågan om barns våldsutsatthet är relevant även för estimeringen av barn som kan vara i behov av psykiatrisk vård. Men finns det några vederhäftiga data som skulle bestyrka att det som befarats faktiskt skulle ha hänt?

En del hjälplinjer som riktar sig till barn rapporterade tidigt i pandemin ökade antal samtal, men inga exakta siffror eller jämförelser över tid har publicerats. I jämförelse har Nationellt Centrum för Kvinnofrids Kvinnofridslinje inte konstaterat ökat söktryck. Barn- och ungdomspsykiatri och barnmedicin tycks inte ha sett, åtminstone hittills, någon ökning av patienter. I TV4:s kartläggning (22/4 2020) (1) av 179 kommuner uppgav endast 20 att antalet orosanmälningar har ökat under covid-19-pandemin. Ingenting tyder å andra sidan på att antalet orosanmälningar skulle ha sjunkit, vilket hade varit oroande. Statistik över anmälda brott i mars och april visade ingen tydlig indikation på ökat våld mot barn. Om man vänder

blicken utåt till *lock-down*-länder så finns däremot rapporter om ökat våld och tyvärr även dödligt våld mot barn, fler brott i nära relationer samt minskning av orosanmälningar.

Har vi ett problem eller inte?

Ja, vi har ett problem i form av avsaknad av pålitlig aktuell statistik. På grund av detta är det omöjligt att säga om våld mot barn, eller psykiska problem för den delen, generellt har ökat med anledning av covid-19 eller inte. Som en följd av det famlar vi oundvikligen i dimman när vi ska ta ställning till prioriteringar. Besluten tas på basen av en förmodad risk och data från *lock-down*-länder appliceras till svenska *icke-lock-down*-förhållanden. Det blir en angelägen uppgift att framöver studera hur barns utsatthet och våldsproblematik skiljer sig mellan de olika länderna med de alternativa lösningarna. Men redan nu behövs en kvalificerad behovs- och konsekvensanalys i Sverige för att förstå hur systemet fungerar som helhet. För att kunna göra detta behövs pålitliga siffror, så kallad indikatordata.

Bristande statistiskt underlag för beslut kan leda till negativa systemeffekter såsom nedprioritering av icke-akuta fall i sjukvården och socialtjänsten i väntan på en anstormning av mer brådskande fall. Risk finns för undanträngningseffekter och köbildning, vilka i sig kan skapa kostnadskrävande problem längre fram. Särskilt viktigt blir välgrundat, databaserat be-

slutsfattande vid stundande ekonomisk recession till följd av pandemin. Begränsade resurser måste allokeras klokt och stöd säkras även till förebyggande arbete och till riktade insatser för samhällsgrupper som drabbas hårdare av pandemin än andra.

Bristen på indikatordata gällande våld mot barn är ingen nyhet, men pandemin har aktualiserat behovet tydligt. För att åtgärda denna brist bör nationella nyckelaktörer gemensamt definiera minimal indikator-set gällande barns våldsutsatthet med data från flera olika källor. Det vore också behjälpligt om hjälplinjer och chatter öppet redovisade sin statistik som är en viktig tidig indikator för stödbehovet och förskjutningar i detsamma. Indikatordata bör analyseras med expertstöd med beaktande av kända riskfaktorer för våld.

Vi har inte hela bilden klar gällande barns våldsutsatthet i Sverige under covid-19. Risk finns för mörkertal, underreportering och att systemet inte når dem som behöver hjälp. Ökat våld i vissa utsatta grupper kan också försvinna i statistiken. Men om våldet inte har ökat generellt så här långt i covid-19 – vad skulle förklaringen kunna vara?

Sverige som samhälle har arbetat långsiktigt med barnskyddsfrågor sedan början av 1900-talet. Det finns skäl att anta att man lyckats bygga upp ett system som kan stå sig väl under krisen. Framsynta extrasatsningar på bland annat hjälplinjer gjorda tidigt under pandemin kan också ha gett ett välgörande bidrag till systemet. Förutom detta är det värt att uppmärksamma förmågan och kompetensen hos alla vårdnadshavare och de som jobbar med barn, och den genuina viljan att hjälpa dem som behöver extra stöd. Därutöver har våra barn visat på en otrolig förmåga till anpassning, och klokt beteende som vi vuxna kan vara stolta över.

Men våld mot barn förekommer även idag och samhällssystemets motståndskraft ska inte tas för given. Tvärtom, den rådande situationen kräver att data följs upp och analyser görs konstant på ett logiskt och vetenskapligt sätt. Detta inte minst för det kommande arbetet med att bibehålla och förstärka skyddande samhällsstrukturer men också reformera dem ändamålsenligt.

Om Sverige lyckas att parera den förmodade ökningen av våld mot barn i den initiala krisen, blir detta *proof of concept* att proaktiva förebyggande insatser under en kris lönar sig. Det blir intressant att framöver se huruvida beslutet att hålla förskolor och skolor öppna kan ha varit en avgörande åtgärd för barnskyddet under covid-19. Detta vore också ett bevis för det som vi under presskonferenser hört Folkhälsomyndigheten beskriva för oss: Att hela folkhälsan finns i åtanke när beslut om olika åtgärder fattas.

Frågan om barns våldsutsatthet är viktig för samhället och bör ständigt ses över och stå högt uppe på agendan. För att möta kommande utmaningar bör gällande brister i tillgängligheten och uppföljningen av pålitliga och kunskapsbaserade data åtgärdas skyndsamt.

Vidare information om området våld mot barn finns på Barnafrids hemsida (www.barnafrid.se) och kunskapsbank (www.barnafrid.se/kunskapsbank). Även WHO tillhandahåller en webbsida "Violence info" som sammanfattar kunskapsläget för olika förebyggande insatser för att minska våld mot barn (2).

Laura Korhonen

Professor BUP och Barnafrid

Erica Mattelin

Leg. psykolog, Barnafrid

Linköping

Texten är baserad på en debattartikel i SvD 12/5 2020: <https://www.svd.se/har-vald-mot-barn-okat-under-pandemin>

Faktaruta: Strategier att förebygga våld mot barn

Det är ytterst viktigt att kommuner och regioner initierar förebyggande insatser för att motverka den ökade risken för våld under pandemin covid-19. Det globala partnerskapet End Violence Against Children har tagit fram omfattande utbildningsmaterial med implementeringsstöd kring de sju strategier som kan användas för att minska våld mot barn:

1. Lagstiftning
2. Normer och värderingar
3. Trygga omgivningar
4. Stöd till föräldrar och vårdnadshavare
5. Ekonomiskt stöd
6. Tidig upptäckt och stödinsatser
7. Utbildningsinsatser

Referenser

- 1) <https://www.tv4.se/nyheterna/klipp/okat-antal-orosanmalningar-under-coronakrisen-12581956>
- 2) <https://www.who.int/publications-detail/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children>



Ett nytt kulturklimat

Handikapp

Handikapp kan definieras som begränsningen i individens resurser i förhållande till tillvarons krav. Biologiska handikapp kompenseras med tekniska hjälpmedel, medicinska insatser. Vad vore vårt vardagsliv utan glasögon eller hörapparater, utan nya höft- eller knäleder. Vi är väl alla införstådda med att psykiska problem och svårigheter tar sig olika uttryck beroende på kulturella och sociala omständigheter och därför i vissa avseenden också kan ses som handikapp. Vi lever just nu i ett slags undantagsbubbla som naturligtvis upplevs olika beroende på situation, personlighet och hur mycket massmedialt man tar del av men som ändå har något gemensamt av kriskaraktär. Covid-19 involverar den somatiska vården på ett i det närmaste överkligt sätt. För den som genomgår en svår variant av sjukdomen väntar en mer eller mindre långvarig rehabilitering av såväl somatisk som psykisk karaktär. Pandemin kommer, genom att påverka ekonomi och försörjningsmöjligheter, också att få svåröverskådliga effekter på den psykiska hälsan med belastning på psykiatri i senare faser av samhällelig återhämtning.

Den "nya" psykiatri

Den vardagliga psykiatriska öppenvårdsverksamheten måste dock i dag upprätthållas även om det sker på andra villkor. Ansikte mot ansikte-möten byts i olika grad ut mot möten online via mobil eller video. Det senare ställer särskilda villkor på sekretess. I detta inlägg vill jag dela med mig av reflektioner jag fått som handledare inom psykiatri. De patienter som varit i kontakt med mottagningen redan innan pandemin bröt ut förefaller i stort inte ha blivit sämre. Få har verkat vara oroliga att gå till mottagningen av rädsla för att bli smittade. Behandlingsarbete tycks i stort kunnat upprätthållas, vissa patienter tycker att kontakten online inte är riktigt lika bra, andra att det fungerar minst lika bra. Många finner sig ganska väl till rätta i sin nya vardag och trivs med att tempot har sjunkit och att kraven har minskat. Behandlarna skilde sig dessutom åt i hur bekväma de kände sig i kontakten över nätet.

Vissa mår bättre

Det finns också patienter vars symtom har påverkats. Vissa patienter med social fobi mår bättre då de möter betydligt färre situationer som triggar deras symtom. Patienter med tunnelbanefobi kunde glädja sig åt att möjligheterna att träna och konfrontera sina svårigheter ökade betydligt då det var färre resenärer i vagnarna. Yngre personer med skolproblem sade sig vara nöjda med att mer av undervisningen gick över nätet och att de fick mer skolarbete gjort. Vissa patienter med tvångssymtom tycktes också må bättre när de nu levde i en situation med mer "tvång" utifrån genom den påbudna sociala regle-

ringen. Katastrofkänslorna hos vissa patienter förefaller minska när de lever i en yttre situation av viss katastrofkaraktär.

Symtompanorama över tid

Detta kan påminna oss om att vilka upplevelser och beteenden som ska betraktas som "normala" svårigheter och vad som ska karaktäriseras som "symtom" just varierar med det kulturella sammanhanget. Dyslexi var som bekant sällsynt på stenåldern! Situationen förtydligar också vikten av det transkulturella perspektivet inom psykiatri. Vanligen handlar det då om främmande kulturer. Vi kan ha fått en "mikrokultur" inom ramen för vår allmänna kultur att förhålla oss till. Denna "mikrokultur" delar vi med våra patienter.

Det finns också ett långtidsperspektiv vad gäller föränderligheten i symtompanoramata. Symtom och dess vanlighet kommer och går. Om det handlar om "faktiska förhållanden" eller förändringar i det diagnostiska rastret får vara osagt. Förr i världen, "på Freuds tid" och strax efter, var olika former av neuroser vanliga. Var finns de nu för tiden? En del har väl kommit att under andra beteckningar ingå i olika DSM-kategorier. Men det finns också ett annat perspektiv. Under ett antal decennier har åtminstone i västvärlden skett en gradvis minskning av strukturella och sociala hierarkier. Du-reformen är självklar och vi tilltalar till exempel både i telefon och per brev med våra förnamn även av personer vi inte känner. Yttre hierarki och strukturer, liksom sociala regelverk har tonats ner i många avseenden. Det finns en växelverkan mellan yttre och inre psykisk struktur. Vi vet att personer med låg grad av inre struktur ofta mår bra av en tydlig yttre. Genom symtomen i en neuros hålls starka inre krafter och affekter på plats genom samverkan mellan vår inre struktur och den yttre sociala "korsett" vi lever med.

När yttre struktur och hierarki avtar minskar det yttre stödet. De tidigare neurotikerna tycks då stegvis ha differentierats i två kategorier. De "svåra" neurotikerna ter sig som borderlinepersonligheter medan de lindrigare kan hänföras till en mer diffus grupp med bland annat olika ångest- och nedstämdhetstillstånd med känslor och impulser som belastar både deras och deras närståendes vardagsliv – en kamp med det mänskliga livets känslomässiga elände! Vi lever just nu i en bubbla med mer struktur och reglering, somliga mår bra just av det (inte av pandemin och oron i sig). Finns det något att lära för framtiden?

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*

Child safeguarding – principer för att driva verksamheter på ett barnsäkert sätt

Covid-19-pandemin är en risk att räkna med när det gäller barns hälsa och välmående, inklusive våldsutsatthet. Erfarenhet från tidigare kriser har visat att man lätt frångår rutiner när det råder akut brist på personal och volontärarbetet ökar. Samhället har en skyldighet att tillsammans med vårdnadshavare garantera barnens basala behov i enlighet med barnkonventionen. En av de mest grundläggande, och kritiska, behoven som barnen har är skydd mot alla former av våld.

Under covid-19 är det viktigt att beakta kända samhällsrelaterade faktorer som kan öka risken för barn i verksamheter:

- Avsaknad av riktlinjer.
- Bristfälliga handlingsplaner och implementering av dessa (policy).
- Brister i tidigt upptäckt och stöd (t.ex. personalens kompetens, tillgång till första linjens bedömningar).
- Bristande tillgång till behandling (t.ex. krisstöd, trauma-behandling, BUP-vård).
- Instabilitet i samhället såsom snabba förändringar som luckrar upp etablerade strukturer, rutiner och system för uppföljning.

Erfarenhet från tidigare kriser har visat att man lätt frångår rutiner när det finns akut brist på personal och volontärarbetet ökar. Riktlinjer för hur man arbetar med "child safeguarding" finns inom de flesta stora volontärorganisationerna men i rådande läge med covid-19-pandemin är det extra viktigt att säkerställa ett barnsäkert förfarande i alla verksamheter där barn deltar: förskolor, skolor, hälso- och sjukvård, socialtjänst, fritidsverksamhet, stöd- och chattlinjer med mera. Med ett barnsäkert förfarande menas att det bör finnas riktlinjer som fastställer hur verksamheten ska bedrivas på ett säkert sätt och skydda barnen vid sidan om de utdrag från belastningsregister som är standard inom de flesta myndigheter som möter barn.

För verksamheter som redan tillämpar sådana riktlinjer gäller det att följa dem extra noga i pågående kris. Där riktlinjer saknas är det angeläget att säkerställa att ett antal kriterier ändå uppfylls. Nationellt kunskapscentrum Barnafrid har sammanställt en lista som belyser prioriterade områden för organisationer som möter barn under rådande omständigheter:

- Se till att alla som i sin funktion möter barn har ett aktuellt utdrag ur belastningsregistret.
- Alla vuxna som jobbar med barn ska få en adekvat introduktion och handledning med genomgång av säkerhetsrutiner, hur man känner igen tecken på problem i barns

välmående, psykisk ohälsa och/eller våldsutsatthet, samt instruktioner för anmälningsplikten.

- Säkerställ att det finns tillräcklig bemanning för att bedriva verksamheten. Det behöver till exempel finnas ett tillräckligt antal vuxna för att ta hand om en barngrupp både utifrån barnens ålder och eventuella särskilda behov, och de planerade aktiviteterna.
- Se till att verksamheten inte gynnar eller missgynnar en viss grupp av barn. Alla barns behov ska beaktas.

För att förebygga våld mot barn generellt rekommenderas:

- Att barnets bästa är utgångspunkten och uttalad nolltolerans för våld mot barn genomsyrar verksamheten.
- Att all verksamhet bedrivs på ett patientsäkert sätt med minimering av risken för skada och lidande.
- Att varje verksamhet har tydliga riktlinjer för barnsäkrad verksamhet.
- Att dessa riktlinjer är kända för hela personalen samt redovisas öppet även för barn och familjer. Information bör vara barn- och tillgänglighetsanpassad och ges på svenska, officiella minoritetsspråk samt andra vanliga språk.
- Att verksamheten regelbundet övervakar att riktlinjer för barnsäkrad verksamhet uppföljs.

Även om krisen kräver omprioriteringar, bör ett långsiktigt strategiskt arbete fortgå. Detta är av yttersta vikt för att anpassa samhället till de omstruktureringar som kommer att behövas vid återbyggnaden efter krisen.

Erica Mattelin

Leg. psykolog, Barnafrid

Laura Korhonen

Professor BUP och Barnafrid

Linköping

Läs mer:

Keeping children safe: <https://www.keepingchildrensafe.global/wp/wp-content/uploads/2020/02/KCS-CS-Standards-ENG-200218.pdf>

Keeping children safe: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/standards_child_protection_kcsc_en_1.pdf

End violence against children: <https://www.end-violence.org/child-safeguarding>

Child SafeguardingRädda Barnen: <https://resourcecentre.savethechildren.net/our-thematic-areas/cross-thematic-areas/child-safeguarding>



Covid-situationen i Umeå, två klinikers betraktelser

Jag jobbar på Könsidentitetsmottagningen i Umeå, där vi tar emot patienter från hela landet, även om de flesta bor i norra regionen (Västerbotten, Norrbotten, Västernorrland och Jämtland/Härjedalen). När corona blev ett faktum växlade vi snabbt över till telefonåterbesök i hög utsträckning för alla resande patienter. Vi ville inte bidra till resande som inte var absolut nödvändigt och det var även många patienter som hörde av sig, om att de inte heller ville resa till oss. Nybesök kändes svårt att ha via telefonen och även vissa uppföljningar, varför dessa patienter blivit satta på väntelista, att prioriteras så snart det är möjligt.

I Umeå har regionen tidigare inte satsat särskilt mycket på teknik för digitala vårdmöten, men det blev plötsligt högaktuellt. Vi har som en mottagning på psykiatri fått möjlighet att vara med i ett pilotprojekt för detta. Vi har precis börjat med de första patientbesöken och det fungerar bra, vilket ju andra regioner vittnat om tidigare. Vi har länge önskat denna besöksform för uppföljningar, så nu har vi den och det är väldigt positivt, om än anledningen till det är tråkig. Personligen hör jag till kategorin som fått vara hemma allt för mycket pga. upprepade halsinfektioner. De flesta dagar hade jag i vanliga fall gått på jobbet, men med rådande situation får jag vara hemma. Kanske beror det på överaktiva tonsiller? Kanske beror det på att jag kramar mina barn för mycket? Oavsett så går det mycket tid åt att fundera över dilemmat, är jag smittsam? Jag har kommit fram till att jag inte vill riskera att bli en smittkälla på jobbet och att vi måste hjälpas åt att göra sjukhuset så säkert som möjligt. Patienter ska inte riskera att bli sjuka av att besöka sjukhuset.

Övriga psykiatriska mottagningar har också gjort en omställning till att i så hög grad som möjligt ha telefonbesök. Hur ser det då ut inom akutpsykiatri? Då jag bara ser en liten del i samband med jourer, så har jag intervjuat **överläkare Matilda Näsström, som jobbar på Akutpsykiatriska mottagningen i Umeå**. Hon berättar att det första hon upplevde av covid var, att man inte får ta folk i handen och det är något som hon saknar. Det tog henne 2 veckor att lära sig, men nu vinkar hon istället. Snabbt ställde personalen på akutteamet om till noggrannhet kring de basala hygienrutinerna, som man tidigare inte uppmärksammat lika tydligt. De första veckorna sågs färre patienter, som sökte akut, men det har nu normaliserats. Matilda upplever en ökning av patienter som söker pga. ångest, men att de sällan behöver läggas in. Hon upplever inte att de

som kommer akut är i sämre skick, men att de som har psykosymptom ofta har vanföreställningar färgade av covid.

Organisatoriskt fungerar akutsjukvården i Umeå så, att alla patienter som söker akut hänvisas till ett bedömningstält utanför akutmottagningen där man värderar covidrisk. Även psykiatriens akuta patienter hänvisas dit. "De som kommer till oss på psykiatri har bedömts som låg risk avseende covid och de kan vi då träffa som vanligt. De som bedöms som högrisk träffar vi istället i tältet iförda skyddsdräkt" förklarar Matilda. Polishandräckningar funderade man över hur det skulle kunna lösas på ett bra sätt, då patienter som kommer med polisen kan vara stökiga och samtidigt behöver man ta emot dem på ett smittsäkert sätt. Stökiga patienter i ett provisoriskt tält bedömdes inte vara ett särskilt bra alternativ. Istället har det ordnats ett speciellt, kallt mottagningsrum med två plaststolar som enda möblemang, på psykiatrien. Personalen använder då skyddsutrustning och rummet städas och torkas noggrant efter varje patient. Hela situationen upplevs mer ansträngd med mer distans till en orolig patient, men det har fungerat väsentligen väl. I det stora hela har det överlag fungerat bra. Matilda tycker att det varit extra positivt att personalen samarbetar engagerat för att lösa problem som uppstår. Även patienterna upplevs väldigt förstående och hjälpsamma.

Vi har fortfarande inte inom psykiatri haft någon inläggande patient med konstaterad smitta, men det finns en förberedelse för det. Det har lagts in patienter avskilt, som bedömts som högrisk, men ingen har i slutänden testats positiv. Allmänt så har Västerbotten varit relativt förskonat om man tittar till antal smittade och döda.

Lotta Sandström

Överläkare

Könsidentitetsmottagningen i Umeå

Stiftelsen Natur & Kulturs Cullbergstipendiater 2020



Foto: Appendix fotografi

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. Stipendiet finansieras av stiftelsen Natur & Kultur och är uppkallat efter initiativtagaren Johan Cullberg.

I år tilldelades fyra läkare totalt 140 000 kronor.



Foto: Privat

Likin Chin, ST-läkare vid Psykiatri Nordväst i Stockholm, ska auskultera vid the Institute of Mental Health i Singapore, för att studera hur stigmatisering av personer med psykisk sjukdom tar sig uttryck i ett samhälle präglad av ultrasnabb modernisering.



Foto: Privat

Daniela Enache, ST-läkare vid Psykiatri Sydväst i Stockholm, ska besöka den äldrepsykiatriska kliniken vid Rigshospitals- og Frederiksbergmatrikeln, Region Hovedstadens Psykiatri i Köpenhamn, för att studera läkares och andra hälsoprofessioners arbetsätt inom geropsykiatri.



Fotograf: Christian Ekstrand

Maria Hellman, barn- och ungdomspsykiater, Psykiatripartners i Östergötland, ska besöka det främst digitala men också Londonbaserade Children's e-hospital för att studera hur man där utreder, behandlar och strukturerat följer upp barn med PANS/PANDAS och hur man arbetar med konsultationer på distans.



Foto: Privat

Björn Wallén, ST-läkare vid Allmänpsykiatriska kliniken i Falun och Säter, ska vid universitetssjukhuset Charité i Berlin, Tyskland, studera behandlingsprinciper och omhändertagande av patienter med psykosjukdom i en slutenvård utan låsta dörrar.

Studiebesöken är tänkta att genomföras så snart läget i världen åter tillåter resande.

För stipendiekommittén
Tove Gunnarsson



Silverhjärta

Kai Bruno

Visto förlag, 2020

I februari kom psykiatrikern Kai Bruno ut med sin bok *Silverhjärta*, som avslutar en serie på tre delar. Den första, *Minnenas skuggor* (Calidris förlag, 2017), är en berättelse om en familj som splittras efter att den psykiskt sjuke sonen Jarl tar sitt liv under en semesterresa. Beskrivningarna av karaktärernas olika psykiatriska besvär blir ibland nästan som en diagnosmanual, där det är lätt att identifiera de olika tillstånden. Trots det får familjemedlemmarna också vara egna individer, vars önskningar kanske snarare kämpar emot sjukdomarnas särdrag än är uttryck för dem.

Del två, *Den blå safiren* (Visto förlag, 2018), är en ovanlig och svårbeskrivlig bok, där man följer Jarl, som ju försvann ur berättelsen redan innan första boken börjar, på hans resa genom en limbovärld efter döden. Blandningen av ångestfyllda upplevelser, saga och drömska inre processer skulle också kunna ses som en tolkning av ett psykotiskt tillstånd. Ibland får den vanliga världen bryta in, med minnen från Jarls korta och mörka liv, eller glimtar av det ljusa och vackra, som dock inte kunnat rädda honom. I vår tid blir fakta ofta svårvärderade i de berättelser media presenterar, och många gör karriär på att lägga fram en bild av sig själv som kan vara annorlunda mot verkligheten. Den moderna fysikens upptäckter har lett till teorier om parallella världar. Det är inte bara i Jarls psykotiska upplevelser det blir svårt att veta vilken version som är den rätta, utan det ligger också i verklighetens och minnets natur.

Silverhjärta fortsätter på samma tema, men denna gång en bit in i framtiden. År 2067 är Janina, familjens yngsta medlem, en gammal kvinna som snart ska dö. Hon lever i ett ordnat samhälle, som har övergått till miljövänlig teknologi och där människors hälsa, bland mycket annat, övervakas av artificiell intelligens. I sin badrumsspegel möter hon sig själv som ung kvinna, men vet inte riktigt om det är en drömsyn, en övernaturlig upplevelse eller ett AI-program som talar till henne. Janina är en kantig, oflexibel person som osäkert försöker hitta

vägar att passa in i samhället, men aldrig riktigt lyckas. Hennes utanförskap är likadant i vår tid som i framtidsvärlden. Men vad har lett fram till det kontrollerande samhälle hon lever i som gammal? Är det bara en naturlig fortsättning på den teknologiska utvecklingen, eller har extrema situationer tvingat mänskligheten till drastiska omprioriteringar? Och kan sådana situationer, där avvikarnas beteende kanske till och med efterfrågas, vara förklaringen till att våra vanliga psykiska sjukdomar fortsatt att finnas med oss? De psykiatriska problemen tvingar människorna i Kai Brunos böcker till att ställa frågor om livet, där svaren angår oss alla.

Evelina Rosenqvist

*ST-läkare, Akutsjukvård och Internmedicin
Uppsala*



Motiverande samtal och KBT Att kombinera metoder för att uppnå förändring

Sylvie Naar och Steven A. Safren
Natur & Kultur, 2019

Att förändra sig eller inte förändra sig det är frågan

Hur får man en människa att förändra sig, ändra beteende och eller tänkande? I en beroendesituation kan det te sig ganska enkelt. Med öppet eller dolt hot och med mutor kommer man ganska långt. Men i en relation, byggd på en ömsesidighet som i psykiatri möter man ibland klienter med avsevärda symtom som välvilligt ställer sig till förfogande för behandling men helst inte vill bli inblandade i denna process – ungefär som en kirurgisk operation – Du opererar, jag sover... Inom KBT är överenskommelsen med klienten om målet för det gemensamma terapeutiska arbetet en grundbult. Tillämpningen av KBT visar dock att klienter inte alltid är tillräckligt motiverade för att satsa på de väl utvecklade förändrande interventioner som KBT-metodiken vilar på: exponering, hemuppgifter mm. Inom MI, (Motivational Interviewing) som utformats speciellt för att arbeta med motivation finns god erfarenhet av att lotsa en tvehågsen klient fram till att mer helhjärtat vara beredd att arbeta för en förändring, medan metodens tillgångar på strategier och tekniker för att åstadkomma denna förändring och vidmakthålla den är mindre utvecklad.

Integrerad samverkan

De internationellt välrenommerade amerikanska forskarna Sylvie Naar och Steven Safren beskriver i sin bok *Motiverande samtal och KBT – att kombinera metoder för att uppnå förändring*, hur metoderna fruktbart kan kopplas samman, även om terapeuten av och till kan tvingas till ett val mellan dessa. Författarna ger en kort introduktion av MI med fokus på medkänsla, partnerskap, acceptans och framkallande av styrka och vilja till förändring. Det innebär att alltid respektera klientens autonomi, att hela tiden försäkra sig att ha klienten med sig och inte som expert "springa före". Vårdandet av samarbetsrelationen har hela tiden företräde, vilket kräver lyhördhet, följsamhet och prestigelöshet av terapeuten. De mer KBT-inriktade kapitlen är ganska "klassiskt" organiserade runt terapeutisk allians och motivation, bedömning och behandlingsplanering, kognitiva färdigheter, färdigheter i beteende- och emotionsreglering, hemuppgifter, deltagande i sessioner samt vidmakthållande av förändring. Varje kapitel är försett med klientformulär och mallar för behandlares egen träning. Författarna är generösa med fallbeskrivningar och fiktiva dialoger som tydliggör samspeletsprocesserna i detalj. Öppna frågor ska stimulera läsaren till att själv komma med förslag och reflektioner kring frågeställningar och terapeutiska interventioner.

Dilemman

Varje kapitel avslutas med ett avsnitt om dilemman vid integration av MI och KBT. I båda metoderna betonas följsamhet men med något olika tyngd. I MI är klientens kontinuerliga

delaktighet en nödvändighet på grund av ambivalensen. I KBT är villkoren för delaktighet mer komplex. Det generella största dilemmat vid integration av KBT och MI verkar vara att klienten inte är redo för det moment i KBT-behandlingen som terapeuten anser nödvändigt för att behandlingen ska kunna lyckas. Den MI-inspirerade metaforen är här "dansa istället för att brottas"! Om klienten till exempel avvisar en föreslagen exponering eller arbete med hemuppgifter kan terapeuten be klienten tänka över saken och återkomma. Terapeuten kan också än mer följsamt föreslå en väg som ligger inom KBT-metodiken, men inte bedöms som den bästa eller pröva en väg som klienten föreslår även om terapeuten är övertygad om att den knappast är verksam men hoppas på att klienten efter att ha konstaterat detta är mer villig att följa terapeutens förslag. Mest problematiskt blir det dock om den väg klienten föreslår bedöms av terapeuten inte bara vara verkningslös utan direkt kontraindicerad/skadlig.

Transdiagnostiskt tänkande

Författarna betonar inledningsvis i boken vikten av "common factors" och den terapeutiska relationens betydelse för behandlingsutfallet. De argumenterar också för en transdiagnostisk eller övergripande behandlingsmodell som innebär en tillämpning av samma underliggande behandlingsprincip vid alla tillstånd, men med individualisering av interventionerna under behandlingsplaneringen och genomförandet. Författarna menar att KBT kombinerat med MI skulle kunna vara en sådan övergripande modell vad gäller terapeutiskt arbete baserat på beteendeförändring och symtomremission. I slutet av boken presenteras en integrerad behandlingsmanual.

Mycket för vissa något för alla

Boken är i grunden väl strukturerad men inte helt lättläst i sekvenserna av teoretisk text, reflektioner, illustrativa dialoger, skattningsformulär och komplexa övningsuppgifter om man inte är väl insatt i KBT och MI. Men framställningen ger användbara exempel både på hur man kan tänka och handla även utifrån andra referensramar. Vikten av väl avvägd följsamhet förefaller särskilt tillämpbar vad gäller patienter/klienter med långvarig och komplex psykiatrisk problematik. Det transdiagnostiska tänkandet är intressant i en tid av ganska ensidigt fokus på "kirurgisk" hantering av enskilda symtom och påminner om hur psykodynamiska, gestaltterapeutiska och existentiella psykoterapeutiska modeller är tänkta att fungera.

Björn Wrangsjö

Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



Den galna psykiatrin Om bristen på andlighet, samtal och psykoterapi

Johan Stiernstedt
Förlagshuset Siljans måsar, 2020

Det professionella ansvaret

Att verka inom en profession kan vara en lång resa. Man väljer en yrkesbana eller kanske återfinner sig på den utan att riktigt kunnat urskilja valet. Efter undervisning, examination och praktik börjar verksamheten under eget ansvar i offentlig eller privat regi. Erfarenheter samlas, förtrogenheten fördjupas och integreras med kunskaper via fortbildning. Efterhand kan det väckas ett behov av att inte bara ta in erfarenhet utan också att föra vidare till exempel som lärare, handledare, skribent, debattör eller forskare. Drivkrafterna kan vara många, personlig meritring, konkurrens, göra sig synlig inom professionen, men också ett sätt att ta ansvar för sina erfarenheter. Förr kunde erfarenheten fördjupas och struktureras i form av en avhandling, nu mer sällan. Att inte göra sin röst hörd kan kanske till och med kännas som ett svek mot meningen av den uppgift som man har att förvalta som en central aspekt av meningen med ens liv. Johan Stiernstedt som har arbetat nitton år inom landstingspsykiatris öppenvård som överläkare och de senaste tio åren som heltidspraktiserande psykodynamisk psykoterapeut i privat regi gör sin röst hörd i boken *Den galna psykiatrin. Om bristen på andlighet, samtal och psykoterapi*.

Psykiatrins framsida

Författaren betonar att boken är subjektiv i den mening att den grundar sig på egna erfarenheter och slutsatser och är provokativ utan anspråk på att leverera objektiva sanningar eller någon "rättvisa". Läsaren kan följa hans källor via noter och referenser. Författaren betonar inledningsvis positiva aspekter av psykiatrin: psykoterapi, gedigna psykologutredningar, arbetsterapi, sjukgymnastisk och kroppsterapi.

Det är hans erfarenhet att personalen arbetar engagerat för sina patienters bästa och försöker att inom de givna ramarna arbeta med kommunikation och reflektion baserat på patientens livshistoria och aktuella sociala situation. Han övergår sedan till att dels tydliggöra att han funnit brister inom psykiatrin vilka han betraktar som systemfel, dels beskriva perspektiv som han anser kan öppna mot förändring.

Psykiatrins baksida

Författaren problematiserar att sjukskrivningar för psykiatriska diagnoser under hela 2000-talet har ökat. Han är i och för sig inte emot psykofarmaka men ifrågasätter den förskrivning av psykofarmaka som sedan 1990-talet ökat mycket dramatiskt, i

synnerhet bland barn, ungdomar och unga vuxna och framhåller den ökande suicidfrekvensen i den sista gruppen. Samtidigt pekar han på att psykiatrin lider av en förödande brist på psykoteraeutiska resurser. Problemet, som författaren ser det, är att det för närvarande bara är en trosriktning som får styra inom psykiatrin, nämligen den strikt materiella/medicinska modell som kan passa inom kroppssjukvården, men som inom psykiatrin får förödande konsekvenser när den kombineras med New Public Management som administrativ modell. Läkarrollen har blivit krympt till att framför allt bli en förskrivare av recept och sjukskrivningar. Medicinering prioriteras på bekostnad av psykoterapi, samtalsstöd, och arbete med individens relationer, livshistoria samt omgivande miljö. Patienter som vill ha kontakt med psykiatrin hänvisas till en överbelastad primärvård. Bristen på behandlarkontinuitet ökar. Varken patienter eller personal trivs med psykiatrin. Personal av alla kategorier blir uttröttade, flyr sin anställning och kanske hyr ut sig istället genom bemanningsföretag. Författaren framför kritik mot DSM-systemet. Han pekar också på att biverkningar av elbehandling är underskattade samt är kritisk mot kopplingar mellan läkemedelsindustrin och medicinförskrivningen, inte minst till ungdomar. Han redovisar studier som antyder överdiagnostik av ADHD, Aspergers syndrom och bipolaritet. Han resonerar om betydelsen av placeboeffekter.

Existentiellt/andliga brister och möjligheter

Författaren menar att det är det angeläget att inte minst psykiatrin inte fastnar i en ensidigt materiell människosyn. En andlig verklighet går inte att bevisa, men sammantaget finns det många tecken som antyder att en enbart materiell världsbild kan ifrågasättas. Han ställer frågan om vad det skulle betyda om vi kollektivt rör oss mot en större öppenhet för det andliga. Hur skulle vår kultur påverkas på sikt? Författaren vill öppna upp för möjligheter som ligger bortom vad vi säkert kan veta om, ha respekt för allt som vi inte vet om vad en människa är. Han ställer frågor om själ, ande och medvetandets potentialer och "the hard question". Han lyfter fram kvantsammanflätningens mysterium, Jungs kollektivt omedvetna och människans intuitiva föreställning om "något större" och resonerar vidare om healing, medial förmåga och nära döden-upplevelser. Författaren betonar att mindfulness och yoga numera är accepterade företeelser. Meditation är på många sätt motsatsen till både stress och ångest och lämpar sig tillsammans med mind-



**CFT helt enkelt
Att bedriva
compassionfokuserad terapi
Russell L. Kolts
Natur & Kultur, 2019**

fulness mycket bra för integrering med psykoterapi, eller som en kompletterande behandling.

Starkt engagemang

Boken är lätt att läsa, den är rik på iakttagelser och frågeställningar samt avslutas med ett antal konkreta förslag till förändring och utveckling. Författarens närvaro och hans engagemang genomsyrar de tjugosju kapitlen, vart och ett som avslutas med en koncis sammanfattning. Han "lägger alla korten på bordet" när han redovisar sina erfarenheter och beskriver hur han tänker i denna debattbok. Detta är modigt eftersom han är medveten om att när vi konfronteras med synsätt som utmanar ett rådande paradigm så avfärdas ofta inte bara resonemang inom detta perspektiv utan detta avfärdande tenderar att "spilla över" också på övriga mindre utmanande synsätt och "barnet åker ut med badvattnet". Han sätter också av och till en kritisk läsare på prov genom vissa generaliseringar och svepande formuleringar i sin kritik. Boken är av intresse för en bred läsekrets och erbjuder läsaren tillfälle att tänka själv, jämföra med egna erfarenheter och reflektera över sin roll i det psykiatriska sammanhanget.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*

Frukostförsvaret

Medkänsla är en viktig känsla som håller oss människor samman. Men med vilka har vi medkänsla och vad avgör valet? I vardagen är valet vanligen omedvetet. Det har sina begränsningar. Vi slår upp morgontidningen till en kopp kaffe. Vår medkänsla kan väckas av en bild på en liten olycklig flicka som sitter i fönstret och spanar efter sin bortsprungna katt eller beskrivningen av en barnfamilj som ser på hur brandmän förgäves försöker rädda deras hem. Vi vänder blad. Tusen kinesiska gruvarbetare är instängda i en gruva efter ett ras. Vi vänder blad igen. Vår kollega Magnus Kihlbom myntade under en period av rädsla för kärnvapenkrig begreppet "Frukostförsvaret", en omedveten mekanism som slår av och på vår medkänsla för att tillvaron inte ska bli outhärdlig. Utan den mekanismen kan vi inte läsa en morgontidning! Att leva sig in i vårdorna hos en instängd gruvarbetare och hans familj – kanske – men tusen – omöjligt och outhärdligt.

Att möta lidande

Medkänsla spelar en viktig roll också i psykoterapeutiska sammanhang, men kan man bygga en psykoterapeutisk metod på och kring den? Absolut, menar den amerikanske psykologen och professorn i psykologi Russell L. Kolts i sin bok *CFT helt enkelt. Att bedriva compassionfokuserad terapi*. Medkänsla är ingen känsla menar han, utan motivationen att möta lidande och göra någonting gott. Det gäller inte bara andras lidande utan även det egna. Compassionfokuserad terapi är ett integrerat bygge bestående av komponenter från olika terapiformer som har god vetenskaplig evidens, sammanfogade till en helhet, vilken är något utöver summan av dessa komponenter. Framställningen vänder sig framför allt till terapeuter men även till klienter och andra intresserade och borde vara av intresse för en bred läsekrets. Även om referensramen hör hemma inom KBT och framför allt dess tredje våg är såväl förklaringsmodeller som tekniska tillvägagångssätt delvis tillämpliga inom en vidare krets av psykoterapeutiska metoder.

Sårbarhet och självkritik

Metoden baseras på fyndet att i psykisk problematik ofta döljer sig en skoningslös självkritik, en skamfylld sårbarhet samt en uppsättning strategier för att skydda denna sårbarhet ofta till priset av olika symtom. Om sårbarheten aktiveras i ett samspel med andra vänds ofta självkritiken till kritik mot dessa andra, vilket lätt leder till såväl inre som relationella onda cirklar. Om en klient i samverkan med sin terapeut kan uppöva villighet,



mod och styrka att våga utforska, se och uppleva sin sårbarhet och lära sig betrakta den med medkänsla istället för med kritik, kan inre symtomupprätthållande strategier, till exempel undvikande, minska.

Hjärnans "fel"

Behandlingsarbetet baseras på utgångspunkterna att såväl genetik som erfarenhet bildar basen för yttre och inre hot och rädslor. Dessa i sin tur ska bemästras genom yttre och inre säkerhetsstrategier vilka i sig kan orsaka problematiska oavsiktliga konsekvenser för individens relation till såväl andra som till sig själv. Genom en funktionell evolutionär analys får klienten hjälp att se känslor som rädsla, raseri, avsky i ett nytt perspektiv. Klienten kan inte "rå för" att savannens "gamla" däggdjurs-hjärna kan generera lika starka känslor av hot vid att stå inför en publik, som om vi vore hotade av skoningslösa predatorer. Den "nya" prefrontala delen av hjärnan skapar inre bilder, tankar och fantasier som kopplas tillbaka till den Gamla hjärnan som reagerar som om dessa vore verklighet, med en känslomässig intensitet som den prefrontala nya hjärnan inte förmår reglera. Den processen kan klienten "inte rå för" men kan lära sig att förstå och hantera. Känslor ses inom CFT som livsviktiga istället för som svagheter. Man arbetar med att identifiera hot och reaktioner på dessa för att kunna utveckla trygghet och förnöjsamhet och att nå viktiga formulerade livsmål.

Metod och teknik

Terapeutens trovärdighet både som behandlare och "vanlig människa", som genuint bryr sig är avgörande. Terapeutens förhållningssätt till klientens komplicerade ofta intensiva emotionella kaos, inte minst som rollmodell, är den bärande komponenten i terapin och kräver det medkännande självets kvaliteter: vänlighet, värme, beslutsamhet och uthållighet, både allvarsamhet och lekfullhet och förmåga till konfrontation, något utöver "common factors". Terapeutens redskap för förståelse är bland annat *sokratiska frågor* men också medvetandegörande och utforskande av klientens egna tankar och känslor. "Vad händer mellan oss just nu" utforskas och hanteras inte minst vad gäller undvikandereaktioner i terapin. Den baseras i stor utsträckning på olika sätt att utveckla och träna sin medkänsla genom övningar, inre visualisering, mindfulness-träning. Att "skådespela" även om man inte är i kontakt med känslan i sig är ett sätt. Genom arbete med en av terapeuten stödd dialog mellan stolar där klienten får förflytta sig mellan "Kritik"-, "Sårbarhets"- och "Medkänsla"-stolarna beroende på vilken känslomässig "version" av sig som klienten uttrycker, växer klientens förmåga att omfatta de andra "versionerna" av sitt själv med sin medkänsla.

Övergripande mål

Terapins målsättning sträcker sig utöver de flesta andra terapier, nämligen mot utvecklingen av en överordnad personlighetskvalitet, det medkännande Självet med dess existentiella infärgning av livs- och människosyn. Tanken förs till Jungs

Själv som en mogen vishetsarketyp och till den överordnade instansen i Internal family systems theory, "the Self", vilken genom Lugn, Nyfikenhet, Självförtroende, Mod, Översikt, Samhörighet, Kreativitet och inte minst Medkänsla håller samman övriga personlighetsaspekter som likt inre "barn" i olika åldrar genom sina konflikter kan fresta på den inre familjesom-helhet.

Läsvärt

Författaren är närvarande i sin text med ett direkt och sympatiskt tilltal. Läsaren får följa tillämpningen av teknikerna genom fylligt beskrivna terapeutiska dialoger i den terapeutiska processen med ett par klienter. Inte bara det verbala utbytet utan också icke-verbala kroppsliga reaktioner beskrivs.

Några kommentarer

Författaren beskriver en intressant mångfacetterad terapeutroll. Arbetet med flera stolar med vars hjälp inre motsättningar hos klienten tydliggörs och bearbetas, pekar mot en rörlighet och kreativitet i terapeutrollen som för tankarna till epoken 60–80-tal när gestaltande moment i terapier utvecklades. Där fanns – förutom Fritz Perls "tomma stol" – Virginia Satirs arbete med familjeskulpturer och Parts party, iscensättningar inom psykodrama, de kroppsorienterade terapeuternas arbete med sina klienter stående, sittande eller liggande allt efter processens natur. Gradvis tycks det mig som om terapeuter sedan dess allt mer återgått till att "sitta i stolen och prata". Mycket av kreativiteten tycks ha kanaliserats in i manualiserad struktur med ett antal formulär som arbetsredskap. Det är i sig mycket välkommet. Det betänkliga är att det tycks ha skett på bekostnad av spännvidden i psykoterapeutrollen. Den finske professorn och terapeuten Jaakko Seikkula säger: "Det finns två sätt som terapeuter kan förhålla sig på under klientens våldiga försärd i sin terapiprocess – antingen guida från stranden eller hoppa i och simma bredvid". Det gäller att förstå när det ena eller andra sättet är att tillämpa. Den terapeutroll som författaren beskriver är ingenting för terapeuter som är rädda för att bli våta om fötterna!

Medkänsla är en kvalitet med en kulturell, evolutionär och psykologisk djupdimension som ställer den mänskliga existensen på sin spets. Och inte bara den mänskliga. När en liten hotad däggdjursunge sänder ut sina artspecifika "nödrop" spetsar även andra däggdjur av annan art öronen och beger sig i riktning mot den nödställda. Medkänslan som bas för handling för att lindra lidande är också det som styr anknytningen. Den skoningslösa självkritiken ställs i en speciell dager som hinder för en andlig/existentiell utveckling mot ett Själv, vars adelsmärke är förmågan till medkänsla.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*



Könstillhörighet Förklaringar, normer, betydelser

Eva Magnusson
Natur & Kultur, 2019

Pojke eller flicka eller...

Nog har vi väl alla åtminstone i den äldre generationen någon gång stannat till inför en ung person, "neutralt" klädd, kanske relativt kortklippt och spontant undrat "är det en pojke eller en flicka"? Numera börjar den tidigare otänkta tanken "kanske ingendera" smälta in men det kan ta tid innan ett val som ovan med flera alternativ än två känns lika naturligt.

Det kan vara svårt för många att veta hur de ska bemöta en person utan att känna till den personens könstillhörighet skriver Eva Magnusson, senior professor och genusforskare i förordet till sin bok *Könstillhörighet. Förklaringar, normer, betydelser*. I den sammanfattar hon sitt arbete att gå igenom vad könstillhörighet kan – och får betyda framför allt i hemmet, arbetslivet, vetenskapen och i politiken, Fokus är på innebörden av informella och outtalade regler som förklarar våra kulturella normer och påbud. Könstillhörighet handlar om hur man uppfattar sig själv – vad man känner sig som respektive vilket kön man tillskrivs. Författaren undersöker hållbarheten i vardagliga respektive vetenskapliga orsaksförklaringar av psykologisk och biologisk natur vad gäller traditionella könstypiska beteenden. Det är hennes förhoppning att boken ska kunna bidra till förändring och utveckling och ägnar därför ett kapitel åt hur man kan bemöta vilseledande argument i debatter om jämställdhet och könstillhörighetens betydelse.

Fyra delar

Boken har fyra delar: I den första delen resoneras om påbud om ispsättande av könstillhörigheter. Det handlar bland annat om påbud beträffande de rätta sätten att vara och behandla varandra utifrån könstillhörighet. I den andra delen presenteras principer för att förklara ispsättanden av könstillhörighet, bland annat genom en översikt över forskningens ansatser och fynd. I den tredje delen står kön i tal och tanke i fokus, inte minst beträffande föreställningar om och hanteringen av könsföreställningar i vardagen. Den fjärde delen tar upp verktyg i vardagen, särskilt vikten av att kunna betrakta sitt eget tänkande ur ett utifrånperspektiv. Detta är nödvändigt för att kunna ha en givande dialog med meningsmotståndare utan att

gå i försvar då grundläggande paradigmer på olika nivåer ställs mot varandra.

Av naturen givet

Under århundraden har det funnits principer, naturgivna "självklarheter" som styrt föreställningar om människor, kön, biologi, kultur, samhälle och makt. Dessa självklarheter avspeglas i mer eller mindre uttalade normer som påverkar den tillskrivna könstillhörigheten dess innebörd. Författaren visar väl underbyggt, i en närmast brutalt talande historisk översikt, hur individen i det närmaste ohjälpligt "är" sin kultur i olika avseenden. En föreställningsvärld kring manligt och kvinnligt präglad av självbeträffande sociala och psykologiska värderingar har gått hand i hand med samtida biologisk kunskap. Denna föreställningsvärld har ofta upprätthållits med maktpolitiska och kyrkliga, ofta moraliserande uttryck och medel. Att kvinnor "av naturen" var underlägsna män var för till exempel Aristoteles inte en värdering utan ett slags axiom, ett faktum att utgå ifrån. Kyrkans kvinnoideal, den oskuldsfulla ovetande flickan, den trogna självutplånande hustrun som offerar oberoende och egen utveckling för hemmet, hade samma bas av självklarhet. Motsatsen till detta kvinnoideal var fresterskan, den Eva, moraliskt undermålig och oemotståndlig som lockar Adam. Förklaringsprincipen bakom kvinnans underlägsenhet var hennes biologi. Författaren gör ett nedslag en senare epok, i debatten om kvinnlig rösträtt och förtydligar perspektivet och leder diskursen vidare till en uppföljning av hur påbud om olikheter i nutid har förändrats beträffande ojämlikhet vad gäller tillgång till makt mellan män och kvinnor.

Ordens betydelse

Författaren lyfter fram och granskar uttryck som används beträffande könstillhörighetens betydelser; till exempel kön, sexus, genus och olika könsövergripande benämningar. Hon diskuterar också distinktionen mellan naturliga och människoskapade kategorier vad gäller könstillhörighet och visar hur begreppet "det motsatta könet" leder och begränsar tanken, liksom hur tvåkönsmodellen i vilken mannen var prototypen för människan förstärks av att kvinnor i konsten har skildrats ge-



nom mannens ögon. Könsidentiteter bortom den traditionella tvåpersonersmodellen diskuteras klargörande och kortfattat.

Förstå och förklara

Forskning och debatt om könsbaserad ojämlikhet förs utifrån skilda referensramar till exempel biologiska orsaksförklaringar, psykologiska orsaksförklaringar, förklaringar grundade i samspel och kultur. Författaren sätter utförligt in dessa referensramars förklaring/förståelse i sina filosofiska och vetenskapsteoretiska sammanhang. "Orsak och verkan"-perspektivet kan kompletteras med individens egen tolkning och skäl för sina handlingar, vilket i sin tur inte kan skiljas från det kulturella sammanhanget. Hon karaktäriserar företrädarnas sätt att argumentera i den ofta känsliga debatten som att de närmar sig frågorna utifrån olika tankestilar. Ett klokt sätt att "runda" den motsättning som annars kan aktiveras mellan natur- och samhällsvetenskap/hermeneutik. Ett forskningsfynd är att skillnader mellan män och kvinnor snarare tycks röra sig om grader än om kategorier vilka baseras på att det inte finns någon överlappning mellan könen. En intressant aspekt är den riktning som historien tycks antyda mot en allt mer grundläggande jämlikhet mellan människor oavsett deras individuella olikheter.

Att resonera om saken

Debatten om könsbaserad ojämlikhet har stundtals varit stor, vilket har föranlett författaren att dela med sig av sina erfarenheter. Hon tar till exempel upp skillnaden mellan vetenskapliga aspekter angående orsak och verkan och egna erfarenheter och åsikter. I debatter kan den primära frågan vara om man är överens om att utgångspunkten är att undersöka argument och motargument för en eller flera teser. Är argumenten hållbara och relevanta? Är man enig om begreppens innebörd eller talar man förbi varandra? Används att något "är" på ett visst sätt "helt naturligt", av tradition, som ett argument för att det bör fortsätta på samma sätt? Vi kan erinra oss Aristoteles utgångspunkt angående kvinnans natur. Brist på sakargument hanteras inte sällan genom personangrepp på motparten. Man övergår från diskussion till maktkamp. Insinuationsargument är mer subtila och förs fram med antydningar, ofta också

med kroppsspråk. Ett skämtsamt argument med viss poäng är klockast att hålla med om. Karikatyrargument hanteras genom att åter igen förklara sin egen ståndpunkt. Ställ frågor istället för att gå i polemik.

Kulturell megaaspekt

Det material författaren presenterar har en spännvidd och en fylldhet som för mig för tanken till gediget "livsverk". Det spänner över ett spektrum från komplexa forskningsteoretiska aspekter till vardagens möten människor emellan, ibland på "minerad mark". Den revision av könsföreställningar som pågår är i en mening skakande, faktiskt "på liv och död" – ett slags genomgripande relationellt paradigmskifte med djupgående kulturella implikationer som uppenbarligen tar sin tid. Motståndet påminner mig om det som Freud mötte när han introducerade tanken att vi i stor utsträckning styrs av omedvetna avsikter, inte bara av rationellt tänkande, det vill säga inte var "herrar (eller för all del damer, eller...) i vårt eget hus". Även om författaren är föredömlig vad gäller att definiera och förtydliga begrepp och resonemang, innebär den komplexa väven av frågeställningar och aspekter att framställningen bitvis kan vara krävande att följa.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*



Depression - det är inte bara du Diagnos på ett omänskligt samhälle

Johann Hari

Översättning till svenska av Olov Hyllienmark
Bazar Förlag, 2019

Det finns böcker skrivna av personer som haft ett psykiatriskt lidande där de egna erfarenheterna står som fond för en större berättelse. Den amerikanske författaren Andrew Solomons bok "Depressionens demoner" från 2002 är ett exempel, där författaren mitt i en av hans mest framgångsrika perioder plötsligt blir så djupt deprimerad att han inte klarar av att ta hand om sig själv överhuvudtaget. Efter att ha blivit bättre så har han rest runt i världen och intervjuat en mängd människor. I hans bok växlar perspektiven mellan beskrivningar av hans egna erfarenheter och forskningsrön om behandlingar och andra människors och kulturers sätt att hantera frågan. Han fastnar inte i något perspektiv utan är tydlig med att det han kommer fram till har gjort att han förstår att såväl läkemedel som olika sorters bemötanden och behandlingar är till hjälp – olika för olika människor.

Ett mer enögt perspektiv ges av den brittiske författaren Johann Hari. Sedd som ett journalistiskt underbarn skrev han för The Independent men 2011 avslöjades att han upprepat använt andra journalisters texter och gjort anspråk på att de var hans. Denna plagiatkandal tvingade honom att lämna tidningen. Han har därefter skrivit en bok om narkotikapolitik och 2019 utkom boken "Depression – det är inte bara du". Undertiteln är "Diagnos på ett omänskligt samhälle" och tar avstamp i de depressiva besvär som han lidit av sedan tonåren, då han började med antidepressiv medicinering. Medicinen han får hjälper delvis men det krävs upprepade doshöjningar och han säger att han egentligen inte upplever att han är mindre deprimerad annat än periodvis. Han ställer under lång tid inga frågor om detta utan litar på läkarens ord om att han har "brist på serotonin" och därför behöver högre dos.

Haris föreställning om att läkarvärlden tror att serotoninbrist är grejen känner jag inte igen, men den återkommer genom texten som den ena polen i en dichotom världsbild där vården och diagnosen och teorin står på den ena sidan och de verk-

liga skälen till depressioner står på den andra. Han noterar att sorgen och depressionen kan kännas likadant och ställer sig därför frågan "Tänk om depressionen egentligen är ett slags sorg – över att vårt liv inte är som det borde vara?". Det är inte en dum fråga, och det är inte första gången frågan om depressioners orsak ställs. Den fråga Hari ställer är värd att tas på allvar, liksom många andra frågor om vad depression "är" och varifrån depressionen kommer.

I Haris bok ställer han de frågorna, eller snarare så gör han berättelser utifrån olika sorters frågor. Där läkarna säger att depression beror på fel i signalsystemen eller en dysfunktionell hjärna, hävdar Hari att depressionen beror på andra saker. Den kommer sig av att vi inte trivs med våra jobb, att vi inte känner att vi har en vettig kommunikation med andra människor. Han påpekar att många som är deprimerade har barndomstrauman och att dessa olösta trauman i efterhand påverkar genom att göra en person deprimerad eller får ångest eller något annat. Perspektiven är inte ointressanta, en person som har en svag KASAM (där känslan av sammanhang brister för att personen inte känner att den förstår varför livssituationen ser ut som den gör, att det inte känns meningsfullt med det man gör eller att ens egen möjlighet till påverkan är för svag), kommer definitivt kunna må psykiskt sämre. När det gäller trauman så tar han upp ett intressant exempel, där en forskare frågat personer med grav övervikt om vad som kan ha inträffat vid den tid i livet då övervikten började. Många personer nämnde då att de varit utsatta för sexuella övergrepp och börjat äta för att förövaren inte skulle vilja förgripa sig på personen igen. Så kunde övervikten ses som ett rimligt försvar mot angrepp, som varken personen eller behandlarna sett eller tänkt på.

På samma sätt hittar Hari ytterligare flera orsaker till depression, som alla ligger i omvärlden eller omgivningen. När det gäller den egna biologin, så berättar han också om läkare och neuroforskare som bekräftar att hjärnan fungerar annorlunda när en person är deprimerad, men att det inte är en statisk



hjärnfunktion utan en del av ett dynamiskt förlopp. Den berörde forskaren får stå för den förnuftige läkaren, men Hari skriver också att "det är dumt att förneka en biologisk beståndsdel... men det vore lika dumt att säga att biologin är den enda orsaken." Han nämner den plasticitet som finns i hjärnan på ett sätt som får läsaren att tro att läkarvärlden i stort inte känner till den, eller inte bryr sig om den.

Författarens slutsats är, trots att han ändå medger att något händer även i kroppen hos den deprimerade, att depression är en kultursjukdom. Otvetydigt kommer varje tids kultur påverka de människor som lever i den, och otvetydigt kommer varje tids kultur innebära begränsningar som gör att de uttryck för lidande som finns hos människorna i den tiden är kopplade till den kulturen.

"Depression – det är inte bara du" är indelad i tre delar, där de första delarna har till syfte att lägga grund för tesen att i stort sett endast och uteslutande depression är en kultursjukdom, för att därefter ge starka bevis på att det finns kulturella vägar till läkning – istället för medicinering. Förmodligen är alla kolleger som läser Svensk Psykiatri väl medvetna om att det går att göra många olika saker som alla kan leda till att en persons depression går över. Såväl Socialstyrelsens råd, som de flesta verksamheters praxis, har andra behandlingar att erbjuda än medicinering. Det finns dock en föreställning om att den som blir deprimerad och går till vårdcentralen eller psykiatrin kommer mötas med ett recept på medicin och ett återbesök efter flera månader, och att det är allt. Den del av befolkningen som tror det, kommer få gott stöd för sina idéer genom den här boken. De kommer också möta flera fina berättelser om hur man gör i olika delar av världen. Ett exempel kommer från Kambodja, där Hari får veta att de personer som överlevde Pol Pots helvete och blev nedstämda och passiva fick en helt annan sorts hjälp av samhället. Istället för medicin, berättas det, så fick han istället stöd från omgivningen genom förståelse, en ko som kunde ge mjölk som han kunde sälja och därmed känna

sig nyttig i och för sitt samhälle. Hari lyfter fram risken för människor som bemöts alltför individualiserat och exemplet med den kambodjanske mjölkbonden syftar till att tala om att det gemensamma strävandet är det bästa för varje individ och att den sortens liv är att föredra. Ungefär.

Kanske kan det vara så, eller också är det just en av alla de lösningar som kan vara till nytta. En annan kan vara en förstående psykiatrisk behandling, som sannolikt inte bara hävdar "serotoninbrist" utan även försöker hjälpa patienten att stärka sin KASAM (även om termen inte används), eller på något annat sätt.

Boken är trots mina invändningar värd att läsa, dels för att boken är välskriven med en ypperlig översättning, dels för att det inte alls är otänkbart att vi kommer möta patienter som snappat upp Johann Haris namn på vägen och undrar om sådant som han skriver.

Befinner vi oss verkligen bara i ett omänskligt samhälle? Det vore förfärligt, vad ska vi då ta oss till?

Daniel Frydman

*Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm*



Självskadebeteende Upptäcka, förstå och behandla

Jonas Bjärehed och Johan Bjureberg
Natur & Kultur, 2019

Självskada?

Påståendet "de flesta självmord begås med kniv och gaffel" aktualiserar vår förmåga att undvika – eller acceptera – vad av betydelse för vår hälsa som vi kan och vill styra över. Vi utsätter oss ibland för indirekt självdestruktion, genom vanemässigt och kulturellt mer eller mindre sanktionerade företeelser som vi är medvetna om skadar vår hälsa på kort eller lång sikt. Vi kan utsätta vår kropp för olika typer av "smärtsam åverkan", tatuering, initiationsriter eller tillfogande av kroppslig smärta som del i sexualitet utan att detta i sig behöver ses som självskadebeteende. Ett sådant kräver att aktivt tillfoga sig själv skador på kroppen som led i att hantera psykologiska processer genom att till exempel rispa, skära, sticka eller bränna sig. Detta beteende kan provocera, uppröra, äckla eller bemötas med deltagande och tröstande.

Självskada!

Jonas Bjärehed och Johan Bjureberg, psykologer och forskare, tar sig an denna komplexa problematik i boken *Självskadebeteende. Upptäcka, förstå och behandla*. Boken har tre delar. Först redovisas forskningsresultat, teorier och erfarenheter där beteende också ses i ett övergripande samhällsligt perspektiv, därpå följer upplägg för behandling av såväl ungdomar som vuxna med centrala behandlingsinslag och interventioner samt slutligen beskriver författarna bland annat om hur anhöriga eller skolpersonal kan bemöta självskadebeteende.

Bedömning

I bedömning av självskadebeteende ingår att kartlägga allvarlighetsgraden utifrån tillvägagångssätt, konsekvenser, motiv och vanemässighet samt vilka belastningar patienten har till exempel beträffande samsjuklighet. Slutligen bedöms den totala livssituationen, förmågan att hantera sina svårigheter samt grad och stöd från nätverket. Det är av största vikt att kunna skilja mellan suicidalt och icke suicidalt självskadande även om det finns en viss överlappning. Självskadande beteende har större tendens att smitta än suicidalt. Avgörande för differentieringen är motivet, skadans omfattning, farlighetsgrad, skadebeteendets frekvens samt metod. Diagnosen Självskada visar betydande samsjuklighet framför allt med depression, paniksyndrom och PTSD. I borderlinesyndromet ingår även olika former av självdestruktiva beteenden.

Behandling

Självskadebeteendet kan påverkas dels genom att klienten får hjälp att identifiera och undvika risksituationer, dels genom hjälp att identifiera och engagera sig i alternativ: ersättningshandlingar eller distraktion, det vill säga avledning tillräckligt länge för att självskadeimpulsen ska klinga av. Nästa steg i behandlingsprocessen är att till exempel genom kedjeanalys tydliggöra kopplingen mellan triggers, skadebeteendet och olika känslor och inte minst undvikandet av de senare. Här finns flera intrapsykiska och interpersonella fokus. Dels att arbeta med att reducera undvikande av kontakten med sina primära och sekundära känslor, dels tydliggöra påverkan på andras känslor i sociala sammanhang, samt fördjupa arbete med generella katastroftankar om vissa känslor – till exempel "gråta ihjäl sig" eller aggressiva utbrott. Dynamiken härvidlag påminner om den vid åttstörningar. Klienten får sålunda lära sig att urskilja tankar, kroppssignaler och handlingsimpulser som ett led i att våga närma sig självskadeimpulsen, avstå från att handla på den som ett sätt att undvika känslorna.

Om självskada ingår i ett kluster av syndrom aktualiseras frågan om vad behandlingen ska fokuseras på. Om det föreligger PTSD bör man i första hand ta sig an självskadebeteendet, inte minst som ett led i den initiala psykologiska och sociala stabiliseringen. I behandlingen måste hänsyn tas inte bara till klientens ålder, utvecklingsmässiga mognad och allmänna livssituation utan också till eventuell neuropsykiatrisk funktionsvariation, till exempel färdighetsbrister vid ADHD. Vid autism tycks beteendet ofta bero på över- eller understimulering och kan bemötas med förändring av miljön och positiv förstärkning av önskat beteende. Författarna framhåller också vikten av att klienten får stöd i att formulera sina livsmål och tydliggöra dessa för att få kraft och motivation att ta upp kampen med sitt undvikande av de plågsamma känslorna. Här kan även ACT-sessioner bidra liksom stöd av en serie samtalskort som klienten kan använda för att få en systematik i utforskandet av vad som ger tillvaron en djupare mening.

Många engageras

Självskadehandlingar skakar inte bara klientens nära relationer utan även andra i den sociala sfären. Familjen är ofta starkt engagerad och behandlingen kan utvecklas genom samtal där alla familjemedlemmar kan få komma till tals till exempel i



samspels- och kedjeanalyser. För tonåringar är även skolan, lärarna och kamratkretsen ofta påverkade och involverade i dynamiken kring självskadan med känslor av, vrede, maktlöshet, oro, skuld. Dessutom finns viss risk för "smitta". Ansvar att "få hen att sluta" väcks lätt – även om skadan inte alltid behöver vara allvarlig. Skolan behöver upprätta en handlingsplan som fastställer roller, ansvar och stöd. I praktiken är icke-dömande bemötande och balanserade samtal om självskada viktiga. Avvägd psykoedukation och förmedlande av hopp kan vara av stor vikt för psykisk stabilisering.

Utmärkt bok i angeläget tema

Författarna vänder sig både till professionella och allmänt intresserade och har funnit en övertygande framställningsnivå i detta avseende. Boken håller läsaren intresserad, framställningen är bred, väl balanserad och lätt att ta till sig. Även om KBT-basen är tydlig borde innehållet vara värdefullt för terapeuter i allmänhet genom valet av terminologi, tydlighet och den väl avvägda abstraktionsnivån i såväl psykologiska resonemang som kliniska vinjetter och förslag till interventioner och hjälpmedel.

En reflektion beträffande olika vägar

Författarna rekommenderar att "gå i närkamp" med de primära känslorna bakom självskadebeteendet och att utveckla distans till de sekundära, det vill säga till "känslor om känslorna" och har goda argument för detta. I psykodynamisk teori å andra sidan anses just de sekundära känslorna vara viktiga då de kan koppla till individens upplevelse av hur viktiga andra, till exempel anknytningsobjekt, har bemött klientens uttryck av primära känslor genom invalidering, avvisande eller nonchalering vilket resulterat i en svårhanterlig inre känslomässig konflikt som undviks genom självskadebeteendet.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*



Foto: Evdokimov Maxim/Shutterstock



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: **26/8**

Tema: AI



Kalendarium

Pga. den rådande pandemin har kongresser ställts in, senarelagts eller omvandlats till virtuella möten. Nedanstående är en sammanställning av vad som är känt i dagsläget.

61st Annual Congress, Scandinavian College of Neuropsychopharmacology
Stockholm

Skulle ha ägt rum 28-29 maj 2020. Har skjutits upp till 3-4 juni 2021.

<https://scnp.org/annual-meeting/2020.html>

CINP (International College of Neuropsychopharmacology) World Congress 2020
Taipei, Taiwan

Skulle ha ägt rum 25-28 juni 2020. Har skjutits upp till 25-28 februari 2021.

<https://www.cinp2020.org/>

24th World Congress of IACAPAP
Singapore

Skulle ha ägt rum 20-23 juli 2020. Har skjutits upp, nytt datum ännu ej bestämt.

<https://www.iacapap2020.org/>

33rd ECNP Congress

Skulle ha ägt rum 12-15 september 2020 i Wien, Österrike. Omvandlat till virtuellt möte samma tid.

<https://www.ecnp.eu/Congress2020/ECNPcongress>

20th WPA World Congress of Psychiatry
14-17 oktober 2020, Bangkok, Thailand. För närvarande avser man att genomföra kongressen.

<https://wcp-congress.com/>

2nd CCITP Congress: Prevention of crisis and coercion
Rotterdam, Nederländerna

Skulle ha ägt rum 5-6 november 2020. Har skjutits upp till 4-5 mars 2021.

<https://ccitp.net/>

Fler kongresser hittar Du på

www.svenskpsykiatri.se

www.sfbup.se

www.srpff.se



Foto: Alones/Shutterstock

Tillsammans kan vi bromsa smittan!

Det är allas ansvar att hindra spridningen av sjukdomen covid-19.

Här kommer några viktiga saker som alla kan göra:

- Stanna hemma även om du bara känner dig lite förkyld.
 - Tvätta händerna ofta med tvål och vatten i minst 20 sekunder.
 - Håll avstånd till andra både inomhus och utomhus.
 - Håll avstånd till andra på bussen, tåget, tunnelbanan, spårvagnen och andra allmänna färdmedel.
 - Undvik större sociala sammanhang som fester, begravningar, dop, kalas eller bröllop.
 - Håll avstånd till andra på idrottsplatser, badhus och gym och undvik att byta om i allmänna omklädningsrum.
 - Res inte i rusningstid om du kan undvika det.
 - Avstå från onödiga resor.
 - Är du 70 år eller äldre är det extra viktigt att du begränsar dina sociala kontakter och undviker platser där människor samlas.
 - Folkhälsomyndigheten ansvarar för allmänna råd inom verksamhetsområdet smittskydd.
- Råden gäller fram till 31 december 2020.

Folkhälsomyndigheten