

Tidskriften för

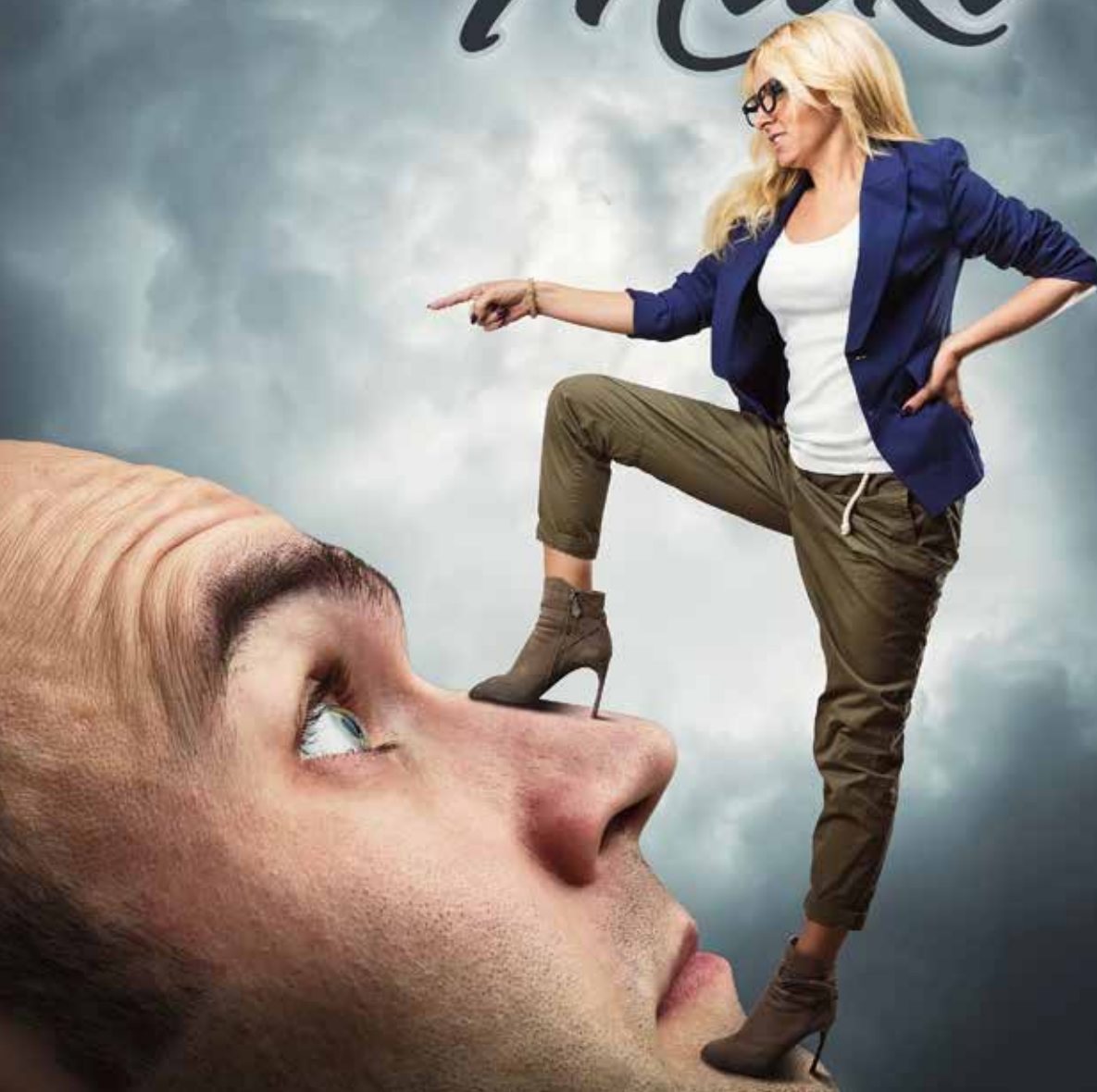
Svensk Psykiatri

#3

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - September 2021

Tema

Makt



ANSVARIG UTGIVARE:
Martin Hultén



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



HUVUDREDAKTÖR:
Tove Gunnarsson

Innehållsförteckning:

Alltid i Svensk Psykiatri:

- 4 Redaktionsruta
- 4 Redaktionell ledare,
Tove Gunnarsson
- 5 SPF styrelseruta, ledare,
Martin Hultén
- 6 SFBUP styrelseruta, ledare,
Susanne Buchmayer
- 7 SRPF styrelseruta, ledare,
Per-Axel Karlsson
- 8 Kommande temanummer
- 12 Senast nytt från SPF:s Utbildningsutskott
Matilda Naesström
- 14 Bokrecension: Kris i forskningsfrågan eller vad FAN får vi för pengarna. Vem ska ha makt över forskningen?
Lars Farde
- 17 Krönika enligt Tiger
Mikael Tiger
- 26 10 frågor - Susanne Buchmayer
Stina Djurberg
- 30 Bokrecension: Makt och privilegier i psykoterapi
Björn Wrangsjö
- 48 Bokrecension: Schizofreni. Livet med en psykosjukdom
Anna Hillerberg
- 48 Bokrecension: Barnen på Hidden Valley Road
Anna Hillerberg
- 50 Bokrecension: Jag är visst någonting. En berättelse om Hassela
Jörgen Herlofson
- 51 Bokrecension: Suicidala patienter. En klinisk handbok för bedömning och behandling
Daniel Frydman
- 52 Bokrecension: Fysisk aktivitet och hjärnhälsa - en bok för skolan
Björn Wrangsjö
- 54 Bokrecension: Vad gör skillnad? Eftertankar från en själsdoktor
Björn Wrangsjö
- 56 Sex och lögn
Anna Hillerberg
- 58 Bokrecension: 12 verktyg i KBT. Från teori till färdighet
Björn Wrangsjö
- 63 Kalendarium

Tema:

- 10 Omsorgska
Karin Barron
- 13 Pengar. Maktmedel som blivit en egenmakt?
Jerker Hanson
- 14 Bokrecension: Kris i forskningsfrågan eller vad FAN får vi för pengarna. Vem ska ha makt över forskningen?
Lars Farde
- 16 Makt bor i språket
Nils Lindefors
- 17 Maktgalen och maktlös
Mikael Tiger
- 18 Avdelning
Lioudmila Mendoza
- 20 Kärnvapen eller inte.
En fråga om vem som ska ha makten
Carin Odhner
- 24 Självhjälp ökar egenmakten
Åsa Palmkron Ragnar
- 28 Maktfördelning i patient-läkarrelationen inom psykiatri.
Några reflexioner kring utvecklingen
Astrid Lindstrand
- 30 Bokrecension:
Makt och privilegier i psykoterapi
Björn Wrangsjö
- 32 Maktspråk? Reflektion
Thomas Silfving
- 33 Tankar om doktors och patientens makt och matlöshet
Alexander Wilczek

Psykiatriska nyheter:

- 41 Kliniska riktlinjer Beroendemedicin i öppenvård
Dan Gothefors

Covid-19

- 40 Från att släcka bränder till digital excellens - Metis som modell
Lise-Lotte Risö Bergerlind, Karolina Sörman, Rajna Knez, Sarantos Stasinakis, Gunnel Svedmyr, Lisa Härdelin-Lenerius

Innehållsförteckning:

Debatt:

- 34 Hjälp! Presidenten är galen
Alessandra Hedlund
- 35 Den psykiska ohälsan kan inte behandlas bort men effektiv behandling kan förebygga mycken ohälsa. Vad kan psykiatrin göra i förebyggandet av psykisk ohälsa?
Lars Jacobsson

Övrigt:

- 22 Dags att nominera till Utmärkelsen för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne
SPF:s styrelse
- 22 Två psykiatrer bland radions sommarvärdar 2021
Tove Gunnarsson
- 23 Dags att nominera hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen
SPF:s styrelse
- 36 STP-konferensen 2022
Styrelsen, STP
- 37 BUP-föreläsningar 2021/2022
SFBUP:s styrelse
- 38 Välkommen till SPK 2022
Styrelsen, SPF
- 39 Inbjudan att skicka in kongressbidrag (Call for abstracts)
- 42 Stiftelsen Natur & Kulturs Cullbergstipendiater 2021
Tove Gunnarsson
- 44 Program till SSBS Höstmöte 2021 eller Varför svänger det?
Styrelsen för SSBS
- 46 Så minns vi Filipe Costa
Bengt Malmgren

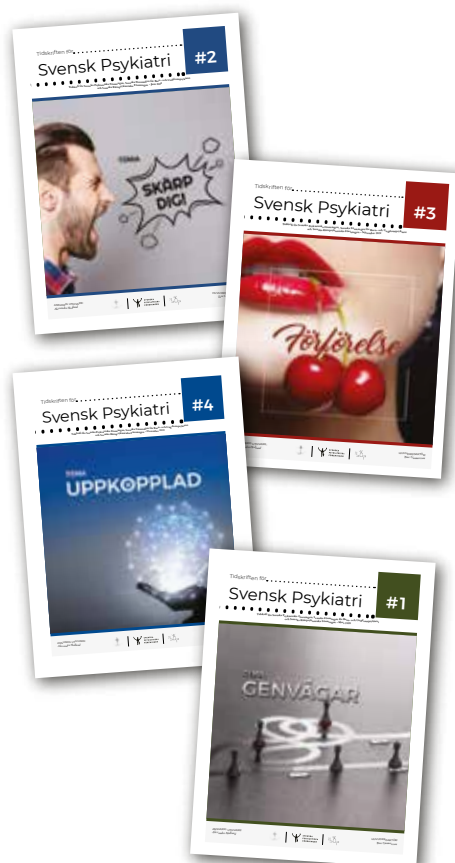
Rapporter från möten

- 60 Rapport från Nordic Congress of Psychiatry 2021
Jonas Eberhard
- 61 Den krokiga vägen upp till ättestupan. Rapport från ett seminarium om dödshjälp
Tarmo Kariis

Tidskriften för Svensk Psykiatri

DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: **17/11**
TEMA: Tillit



Tidskriften för Svensk Psykiatri



SVENSK PSYKIATRI

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

ANSVARIG UTGIVARE
Martin Hultén

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)

Alessandra Hedlund
(alessandra.hedlund@sll.se)

Anna Hillerberg
(anna.hillerberg@rmv.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
Shutterstock/Nomad_Soul

INTERNET
www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till
annonser@svenskpsykiatri.se

"Makt korrumpierar..."

... och absolut makt korrumpierar absolut." Det var ett av min fars favoritcitater, ursprungligen yttrat av den engelske historikern och politikern Lord Acton (1834–1902). Om man har makt måste man ge akt på sig själv så att den inte drar iväg med en åt fel håll. Det är något att tänka på även för en läkare/psykiater som väl alltid befinner sig i ett överläge i förhållande till patienten. Flera av bidragen på temat Makt belyser just detta. Andra avhandlar den makt som finns i ord, pengar och politiska beslut.

Detaljer om våra förenings konferenser och möten nästa år börjar klarna något även om det fortfarande finns en del osäkerhet med anledning av pandemin och hur den ska utveckla sig framöver. Information om vad som för närvarande är planerat hittar du här i tidskriften och på respektive förenings hemsida.

Nästa nummer...

... har temat *Tillit*. SAOL definierar ordet som "förtroende, förtröstan". Något som är centralt för all vård, inte minst psykiatri. Nämnas kan att redan några av detta nummers bidrag på temat Makt också anspelar på vikten av att patienten känner tillit. Men hur mycket tillit kan man känna som patient vid ständiga kontinuitetsavbrott som byten av läkare, mottagning eller avdelning?

Å andra sidan kan man ju säga att även det omvända måste råda, att doktorn känner tillit till sin patient. Att patienten säger som det är och följer ordinationer men även att det är patienten själv som bäst vet hur just hans eller hennes liv ska levas.

Sen är det ju bra om man känner tillit till sina kolleger, sin chef, den organisation man verkar i, riktlinjer, forskningsresultat och politiska beslut.

Tillitsbaserat ledarskap och tillitsbaserad styrning är aktuella begrepp som också kan belysas.

En annan fråga är var gränsen går mellan att vara tillitsfull och att vara naiv?

Ja, det var bara några förslag om vad nästa nummers temabidrag kan handla om.

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

PS Deadline till nästa nummer är den 17 november och författarinstruktioner hittar du på sidan 8.

Makt och maktlöshet

Makt är ett starkt ord med många dimensioner, det känns verkligen tydligt redan när man uttalar det. Tankarna går till kraft att påverka, styra och, beroende på vem eller vad som innehar makt, gott eller ont. Omvänt så berör ordet maktlöshet lika mycket och det ordet förknippas istället med svaghet, kontrollförlust och utsatthet samt inte sällan förtvivlan och hopplöshet. Något som särskilt våra psykiatriska patienter tyvärr ofta känner och upplever. Utsattheten och maktlösheten en människa som blir svårt sjuk upplever är ofta synnerligen påtaglig.

Just därför är maktfördelning i möjligaste mån så oerhört betydelsefullt i mötet med våra patienter och mina tankar går öskt till Patientlagen från 2015. Sorgligt nog alltför ofta en "lag utan genomslag" som en uppföljande utredning skrev i sitt omdöme om hur vården lyckats implementera den lagen.

Att ge våra patienter tillbaka makten över sig själva gör vi inte bara genom att vårda, behandla och bota på klassiskt vis. Vi behöver i vården mer aktivt än vad vi redan gör idag utveckla vårt sätt att bemöta, lyssna och involvera samt ge patienter aktivt inflytande så långt det är möjligt och lämpligt från det allra första mötet med patienten. Det är ju dessutom lag på det. Vi behöver även utveckla samarbetet med närstående. Fortfarande lämnas närstående i stor utsträckning utanför vården när deras närvaro, kunskap och information hade kunnat hjälpa vården framåt. Följderna av denna brist ser jag tyvärr alldeles för ofta i internutredningar av allvarliga händelser inför ställningstagande till Lex Maria. Genom bättre kontakt med och med mer inflytande från närstående kan allvarliga händelser förebyggas samtidigt som vårdkvaliteten ökar. Ger vi dessutom patienterna mer makt att påverka sin egen behandling och situation genom till exempel adekvat fast vårdkontakt och bättre vårdplanering i verkligt samråd med patienterna, så kan annars bristfälliga vårdförlopp förändras till det bättre i vilka patienterna erhåller en ökad grad av egenkontroll och känsla av sammanhang.

Detta handlar dock som det så ofta gör till stor del om resurser. Vi har ont om tid för att vi är för få samtidigt som patienterna blir fler och fler. I sammanhanget är det viktigt att nämna att psykiatrins kostnadsutveckling dessutom har stått still i flera år nu och detta trots synnerligen tydliga tecken på att psykiatrisk sjuklighet i samhället ökar.

Det sägs återkommande från politikens håll att man satsar på psykiatrin. – Hur kan det stämma frågar jag mig då? – eftersom psykiatrins andel av den totala sjukvårdsbudgeten successivt sjunkit senaste tjugo åren från runt 12 % till nuvarande ca 8 %, och



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

MARTIN HULTÉN

Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen



SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Martin Hultén
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

VICE ORDFÖRANDE: Maria Larsson
(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

SEKRETERARE: Linda Martinik
(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

SKATTMÄSTARE: Denada Aiff
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

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

FAKTLIG SEKRETERARE: Matilda Naesström
(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: Johanna Hanson
(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

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

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

historiskt sett hade psykiatrin därtill hela 20 % och mer av sjukvårdsbudgeten. Visst, det beror mycket på att somatisk vård har utvecklats enormt på ett medicinskt högteknologiskt plan som kostar mycket pengar, samtidigt som den institutionaliserade psykiatrin avvecklades men något skaver ändå när vi ser hur stora behoven nu är inom den svenska psykiatrin.

Vi arbetar i en politiskt styrd organisation och det är således ytterst hög tid att den politiska makten ser den nödvändiga resursförskjutning som krävs för att skapa mindre maktlöshet i samhället!

Martin Hultén
Ordförande SPF

Makt

Som barnpsykiatriker träffar vi många gånger de som är mest maktlösa av alla. Barnen och ungdomarna saknar de juridiska rättigheter som kommer med ålder, många med funktionshinder och i grunden bristande förmågor att uttrycka känslor och behov – till detta kommer ofta svåra psykiatriska tillstånd. Förutom egen utsatthet så har våra barnpsykiatriska patienter dessutom ofta föräldrar med egna svårigheter som gör det svårt för dem att fungera fullt ut som stöd för sina barn.

Vi som möter dem har makten. Makten att bestämma över insatser och fördela resurser. Makten att bestämma vem som ska få vad. Jag tänker att med den makten kommer också ett ansvar. Ansvar att försöka fatta kloka, bra och rättvisa beslut. Ansvar att försöka se, lyssna och höra – kanske även det som inte syns eller sägs högt.

För att kunna göra det krävs kunskap. Vi måste kunna vår barnpsykiatri, kunna skilja sjukt från friskt, kunna veta vad som tillhör normal utveckling och vad som inte gör det. Se varningssignaler och våga ställa svåra frågor samt visa att vi klarar av att ta emot svaren. I en värld där man kan googla symtom och komma till vården med tydliga krav är det än viktigare att vi kan vår diagnostik och vet vilka behandlingar och insatser som är evidensbaserade. Men vi måste också våga ompröva, säga att vi ibland hade fel från början, tänka om, pröva nytt. För barn utvecklas och symtombilder förändras med ålder.

Just nu pågår ett nationellt arbete med att hitta former både för en utbyggnad av första linjens psykiatri för barn och unga samt en översyn av elevhälsans organisation. I flera delar av landet överförs också utredningsansvaret för ADHD från andra aktörer tillbaka till BUP. Det här arbetet är nödvändigt och väldigt viktigt! Vi behöver nivåindela den barnpsykiatriska vården precis som vi har gjort med all annan vård.

Detta kommer ställa stora krav på våra organisationer. Vi behöver kunna sortera, hitta de barn och ungdomar med svåra psykiatriska tillstånd som verkligen behöver komma till BUP. Vi behöver se till att de snabbt får den behandling och det stöd de behöver. För det är vårt viktigaste uppdrag – att ta hand om de svårast sjuka, de med störst behov.

Vidare kommer det ställa krav på samarbete. Vi måste inom våra organisationer vara överens om vilka patienter som ska gå hos oss och vilka insatser de ska ha, men vi måste även kunna samarbeta med andra vårdinstanser i högre grad då patienter sannolikt kommer röra sig mer mellan olika organisationer beroende på svårighetsgrad av sjukdom.

Det kommer inte minst krävas tillit till varandras förmåga. Vi kan inte i varje enskilt fall börja om från början, göra en ny bedömning och överpröva andra. Vi kommer behöva lita på andras bedömningar och ge insatser utifrån dessa. Det här är lättare sagt än gjort!

Kanske måste vi i den här processen släppa lite av vår makt? Kanske vinner vi då något annat? Det finns en stor potential i den här omorganisationen och jag tänker att vi går en spännande tid tillmötes! Vi kommer ha möjlighet att lära oss massor i vårt samarbete med våra vårdgrannar. Och de av oss. För vi kan en massa och det ska vi vara stolta över och dela med oss av. Barnpsykiatrisk



SUSANNE BUCHMAYER

Ordförande Svenska Föreningen för
barn- och ungdomspsykiatri



SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Susanne Buchmayer

(Susanne.buchmayer@gmail.com)

VICE ORDFÖRANDE: Carl-Magnus Forslund

(carl-magnus.forslund@skane.se)

FACKLIG SEKRETERARE: Beata Bäckström

(beata.backstrom@skane.se)

KASSÖR: Shiler Hussami

(shiler.hussami@norrbottnen.se)

VETENSKAPLIG SEKRETERARE:

Maria Unenge Hallerbäck

(Maria.Unenge.Hallerback@regionvarmland.se)

MEDLEMSANSVARIG: Cecilia Gordan

(cecilia.gordan@sll.se)

LEDAMOT: Anne-Katrin Kantzer

(anne-katrin.kantzer@vgregion.se)

LEDAMOT: Cecilia Månsson

(cecilia.mansson@sll.se)

LEDAMOT: Jonas Nilsson

(jonas.o.nilsson@regionostergotland.se)

ST-REPRESENTANT: Thomas Zizala

(thomas.zizala@vgregion.se)

SFBUP:s hemsida: www.sfbup.se

Foto: Elvira Buchmayer-Jarås

kunskap behöver komma in i större utsträckning redan på läkarutbildningen och inom flera specialistutbildningar.

Men det kommer också vara en svår tid. Vi kommer sannolikt möta än mer frustrerade patienter och anhöriga som ska navigera i en mer komplex vård. Så var jag tillbaka lite där jag började, det där med makt. Och hur var det med våra utsatta patienter? Min största oro i den här nya organisationen är att våra mest utsatta och maktlösa patienter inte blir sedda och lyssnade på. För i en mer komplext organiserad vård med fler aktörer ökar risken att just de mest behövande faller mellan stolarna. Troligen blir det därför framöver än viktigare med vår barnpsykiatriska kunskap – att vi kan skilja mellan vem som skriker högst och vem som verkligen är sjuk! Ibland sammanfaller de två, men långt ifrån alltid...

Susanne Buchmayer

Ordförande SFBUP

Tankar inför framtiden

Som många andra har jag tittat på olika reportage om pandemiernas historiska framfart över världen och insett att denna *corona* är blott en krusning på ytan om man jämför med till exempel spanska sjukan, som effektivt spreds över två kontinenter med transporter av sjuka hit och dit.

Man visste ju inte bättre.

Det blev också uppenbart att de flesta regeringar försökte tona ned att det pågick en pandemi av stor magnitud, det var bara Spanien som rapporterade sanningen, troligen var det därför denna influensa fick öknamnet "Spanska sjukan".

Vad man kan förundras över är att samhället/människan kunde "studsas tillbaka" så snabbt och att det i många samhällen senare blev en *förbättring* av den sociala situationen efter pandemin.

Vill kåsera litet om vad jag, om given **MAKT**, skulle vilja förbättra inom rättspsykiatri om mänskligheten "studsas tillbaka" bara litet grann.

SRPF ska fortsätta med möten och bidra till det rättspsykiatriska plattformsarbetet som initierades av Märta Wallinius och Peter Andiné m.fl. och alla kliniker i landet som har rättspsykiatrisk vård. SBU:s kritik om att det saknas evidens för behandling inom rättspsykiatri är korrekt. Däremot finns evidens för de tillstånd som behandlas, exempelvis rätt medicinering för schizofrenipatienter. Vi kan bygga upp erfarenhet genom utbyte för saknad evidens genom att sätta tyngdpunkten på begreppet *vetenskap och beprövad erfarenhet*.

Det behövs erfarenhet även inom behandling av önskad sexualitet, impulskontrollstörningar, personlighetsstörningar, intellektuell dysfunktion (ID) m.m. SRPF kan bidra genom att hålla seminarium om

1. utvecklingsstörning – ID – inom rättspsykiatri
2. behandling av patienter med parafili – de nämns ej på sexologikurserna!

Det har föreslagits ett **nationellt rättspsykiatriskt höstmöte** då det nordiska mötet vilar. Ett sådant möte skulle kunna anordnas av SRPF med (eller utan) SKR och eller RMV och samla rättspsykiatriskt kliniskt verksamma i Sverige. Ett första mål vore att definiera svensk beprövad erfarenhet. Vilket kan utgöra grunden för att ta fram **nationella kliniska riktlinjer** för rättspsykiatrisk vård, genom frekvent utbyte av erfarenheter mellan de rättspsykiatriska verksamheterna. Vi bör även se till utomsvenska erfarenheter och kunskaper.

Vidare ska vårdenheterna uppmuntras till vetenskapligt arbete och själva stå för årlig genomgång av kvalitetsaspekter, etiska frågor, förbättringsarbeten både på individ- och organisationsnivå.

- Vi ska leva upp till rättspsykiatrisk samverkan.
- Vi ska hjälpa varandra med kollegiala revisioner.
- Vi ska ha en etisk diskussionsarena.
- Vi ska klura ut hur vi kan göra en bra förnyad medicinsk bedömning – 2nd opinion – där det behövs.



PER-AXEL KARLSSON

Ordförande Svenska Rättspsykiatriska Föreningen



SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

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

VICE ORDFÖRANDE: Kristina Sygel

SEKRETERARE: Hanna Edberg
(sekreteraren@srpf.se)

KASSÖR: Kosilla Pillay
(kassoren@srpf.se)

VETENSKAPLIG SEKRETERARE: 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

- Vi ska försöka jämna ut regionala olikheter vad gäller patientavgifter, läkemedelskostnader, hur öppenvården fungerar.

Tyvärr har det blivit väldigt lite "verkstad". Det behövs en nystart i arbetet. Vi behöver "studsas tillbaka".

Olika problem

En problematik är också att patienterna överlag blir kvar något för länge inom slutenvården istället för att gå vidare till den effektiva öppna rättspsykiatriska vården. Långa vårdtider kan ibland hänga ihop med att det saknas boenden och rätt stöd i hemkommunen. Man kan nästan höra kommuner som säger: "Den där personen känner vi igen, honom/ henne vill vi inte ha". **Rättspsykiatri skulle kunna vara innovativ på det här området med halvvägs- eller utslussningsboenden.** Visa att det fungerar för de tvivlande kommunerna och låt dem betala för färdigvårdade.

Vi har vårdgrannar.

En viktig del i behandlingen av lagöverträdare med psykiatriska problem sker på kriminalvårdsenheterna. Deras klientundersökning från 2012 visar att **drygt 70 % av de intagna angav beroendeproblematik och över 50 % även problem med den psykiska hälsan.** Det är nog inte mindre 2021...

Vi kan bara vi vill.

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

SVENSK PSYKIATRI

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **17/11**
Tema: Tillit



Utgivning 2021-2022

NUMMER 4 2021

Tema: *Tillit*

Deadline 17 november

Utkommer vecka 49

NUMMER 1 2022

Tema: *Meddelas senare*

Deadline 9 februari

Utkommer vecka 10

NUMMER 2 2022

Tema: *Meddelas senare*

Deadline 18 maj

Utkommer vecka 23

NUMMER 3 2022

Tema: *Meddelas senare*

Deadline 31 augusti

Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2022

Tema: *Meddelas senare*

Deadline 16 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 den oformatterade 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

ANNONS

Omsorgska

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd skulle jag inte ha ett hem utan **en LSS insats**

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd skulle jag inte vara en hyresgäst utan **en boende**

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd skulle jag inte ha ett arbete utan **en daglig verksamhet**

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd skulle jag inte ta ledigt från jobbet utan **ha en hemmadag**

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd skulle jag inte bli upprörd över att behandlas på ett kränkande sätt, utan **aggressivitet ingår i min handikappbild**

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd skulle jag inte enträget försöka bli förstådd utan ha **fastnat i ett negativt beteende**

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd skulle jag inte vara energisk utan **överaktiv**

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd skulle jag inte mina föräldrar älska mig, utan **överbeskydda mig**

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd skulle jag inte besluta mig för något utan **få för mig något**

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd skulle jag inte vara orolig och ledsen utan **stökig**

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd skulle jag inte spontant ändra vad jag vill göra utan **bryta en överenskommelse (t.ex. i form av en individuell plan)**

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd skulle jag inte ha sexuella behov, utan **problem med det sexuella**

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd skulle jag inte vara kunnig och kompetent utan **habiliterbar**

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd skulle jag inte bidra till andras välfärd utan vara **en omsorgstagare**

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd skulle jag inte vara en kreativ individualist utan **ha problem med gruppanpassning**

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd skulle jag inte vara uttråkad utan ha **dålig koncentrationsförmåga**

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd skulle jag inte åka buss utan **bussträna**

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd skulle jag inte tycka om Kalle och Eva utan vara **för beroende av personalen**

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd skulle jag inte vara en unik individ utan **en brukare**

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd skulle jag inte ha kul med mina vänner utan ha **social träning**

Foto: Shutterstock/ Marcos Mesa Sam

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd
skulle jag inte vara ung eller gammal, kvinna eller man utan just **utvecklings-**
störd

Om jag skulle kallas utvecklingsstörd
skulle jag inte ta avstånd från denna enda grupptillhörighet utan ha **dålig handi-**
kappinsikt

Karin Barron

*Professor emerita i sociologi och socialt arbete
Göteborgs Universitet*

Texten är publicerad tidigare och återges med författarens tillstånd





**SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN**

Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott

Den 1 juli 2021 trädde Socialstyrelsens nya föreskrifter för läkarnas specialiseringstjänstgöring och bastjänstgöring i kraft. Ett av huvudfokus för utbildningsutskottet den senaste tiden har därmed varit det spännande och värdefulla arbetet med att revidera och uppdatera SPF:s rekommendationer för den nya ST-utbildningen. Syftet med rekommendationerna är att förtydliga och komplettera Socialstyrelsens författning.

Då jag har ett stort intresse för utbildning är det helt fantastiskt att få diskutera hur man kan verka för att ge framtida psykiatriker goda teoretiska kunskaper och klinisk erfarenhet. För att på bästa sätt kunna förbereda framtida specialistkollegor att kunna verka i en bred och komplex specialitet. Här har till exempel utbildningsutskottet fått in tankar från kollegor kring hur man skulle kunna förtydliga rekommendationerna inom området neuropsykiatri. Där ett problem som tagits upp är att ST-läkare inte alltid får möjlighet att medverka i neuropsykiatriska utredningar eller att kliniskt hantera centralstimulerande läkemedel under sin utbildning.

Även rekommendationerna gällande kunskaper och klinisk erfarenhet inom psykiatri för bastjänstgöringen (BT) är ett aktuellt och viktigt arbete. Här har det till exempel framförts farhågor kring hur praktiska kunskaper om LPT-lagstiftningen och psyko-farmakologi kan komma att påverkas när nu AT-tjänstgöringen ersätts med BT. Då jag i min kliniska vardag arbetar inom akut-psykiatri har jag ofta kontakt och konsultationer med kollegor inom andra specialiteter. Detta väcker ofta tankar kring vad de behöver kunna för att patienter med psykiatriska sjukdomar eller symptom ska kunna få ett bra omhändertagande och behandling även inom andra specialiteter.

Vi är många som deltar i ST-utbildningen och vi i utbildningsutskottet tar tacksamt emot synpunkter och tankar från alla ni ST-läkare, handledare, studierektorer och andra som kommer



att göra praktik av de nya rekommendationerna. Socialstyrelsens nya föreskrifter går att finna på deras hemsida och SPF:s tidigare rekommendationer finns på vår hemsida. Så gå gärna in och kika på dessa och hör av dig till oss!
facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se

Matilda Naesström
Facklig sekreterare SPF
Ordförande UU

Pengar

Maktmedel som blivit en egenmakt?



Numer vet man i sjukvården att pengar är hårdvaluta. Pengarna kommer med registrerade åtgärder, "pinnar" så som avtal nu är skrivna, särskilt i Stockholmsregionen. Pinnarna speglar viktiga delar av vad som görs i sjukvården. Problemet är att de inte speglar allt som är viktigt i sjukvården t.ex. behov av personkontinuitet. Än mindre värderas någon helhet eller något värde i ett större perspektiv, t.ex. svårt sjuka personers behov av samordnade insatser. Pinnarnas makt är mycket tydligare än värderingen av andra åtgärder som vidtas i vården. Rationellt satsar en vårdgivare då starkast på pinnarna – på gott och ont.

Renässansfilosofen David Hume ansåg att "reason is the slave of passions". Han menade att det inte räcker med rationalitet som grund för en handling – det måste också till en vilja, grundad i värderingar. Immanuel Kant ansåg för sin del det räcka med rationalitet för att agera – frågan blir i så fall vad som verkligen är rationellt i vården, t.ex. att ha god medicinsk kvalitet.

Pengars makt skall tyglas och användas väl!

Jag tror att drivkraften att prestera något tydligt, gärna mätbart och särskilt något som kan uttryckas i pengar och ge pengar utgör ett av de starkaste incitamenten man har för att stimulera sjukvård. Man vet att pengar har ett konkret värde och vill ha pengar till sin verksamhet. Man kan inte frångå sig detta instrument men det måste användas försiktigt och på ett etiskt

väl övervägt sätt, i enlighet med goda värderingar och gällande prioriteringar. Instrumentet är så starkt att det sannolikt räcker med att åsätta en pinne kanske 1/10 av dess reella värde/kostnad för att det skall ge ett tillräckligt incitament på vårdgolvet. På så sätt undviks felstyrningseffekter i klinikers och mottagnings verksamhet.

Helhetssyn!

"Varje ineffektivt använd skattekrona är stöld från de fattiga" skall dåvarande socialministern Gustav Möller ha sagt men det är även stöld från de svårast sjuka. Hanne Kjöllér tydliggör bristen på helhetsansvar i en ledare i DN 210724

<https://www.dn.se/ledare/hanne-kjoller-konsten-att-fa-90-kronor-att-vaxa-till-4-000-pa-samma-dag/>

Tillgänglighet prioriteras över behov och över medicinsk kvalitet. Komplexa behov trängs undan – inte minst svårt psykiskt sjukas behov av samordnade insatser. Styrning av vård handlar inte i första hand om ekonomi utan om patienters behov och att möta dem mänskligt och professionellt. Ekonomin är bara ett hjälpmedel.

Jerker Hanson

Docent, pensionerad psykiater

Stockholm

jerker.hanson@telia.com



Kris i forskningsfrågan
eller: vad FAN får vi för pengarna?

Hanne Kjöllér

Fri tanke, 2020

Vem ska ha makt över forskningen?

Journalisten Hanne Kjöllér har skrivit en givande bok om vetenskapssamhällets villkor, dess finansiering och om svensk forskningspolitik. Hon konstaterar snabbt att det är "ett fält som visade sig vara lika stort och svårgenomträngligt som Amazonas djungler". För att orientera sig (och läsaren) i djungeln har Kjöllér därför intervjuat ett dussintal forskare, gått igenom utredningar och rapporter från svenska myndigheter och OECD samt läst en rad vetenskapliga artiklar. Framför allt artiklar inom området metavetenskap, dvs "forskning om forskning".

Viktigt att påpeka är att denna bok inte är ett uttryck för den generella forskningsfientlighet som under senare år dykt upp i vissa sammanhang. Kjöllér lyfter tvärtom fram forskningens oerhörda betydelse för mänsklighetens framåtskridande. Bokens kritiska inslag riktar sig framför allt mot ineffektiv eller meningslös forskning, vetenskapsmän som vill ha full frihet att göra vad de vill med allmänna skattemedel och den politiska klåfingrighet som medfört att Sverige förlorat sin ledande ställning ifrån 90-talet.

En forskares vetenskapliga kvalitet och framgång bedöms i stor utsträckning utifrån bibliometriska mått. Vanligen är det antalet artiklar i internationella tidskrifter och hur ofta artiklarna citeras av andra forskare. Särskilt fint är det att publicera i tidskrifter med hög "impact factor" (IF). Ett mått som bygger på hur ofta artiklar i just den tidskriften blir citerade. Kjöllér framhåller mycket riktigt att detta är grova indirekta mått på vetenskaplig kvalitet, att de kan manipuleras och att de även påverkas av tidskrifternas affärsmodell. Ett sensationellt resultat väcker helt enkelt uppmärksamhet och säljer bra även om studiens underliggande design och metod har brister. En tillspetsad slutsats blir att även om forskarens insats borde bedömas utifrån de insikter och kunskaper denne bidragit till så handlar det nu om hur mycket rubriker man kunnat dra till sig.

Sådana brister kan få allvarliga konsekvenser. Hanne Kjöllér har intervjuat John Ioannides, en välkänd amerikansk forskare som sysslar med metavetenskap. När han och hans medarbetare har försökt upprepa den forskning som publicerats i tidskrifter

med hög IF så kunde endast hälften av studierna replikeras. Speciellt bekymmersamt är det att replikeringsgraden var ännu lägre i de riktigt framstående tidskrifterna, dvs Science, Nature och Cell.

Detta problem är i sig inte något nytt inom forskarvärlden. Jag har genom åren varit med om många formella och informella sammanhang där replikeringskrisen diskuterats. Små steg har vidtagits för att till exempel med hjälp av internet förbättra publikationernas kvalitet. Det är nu möjligt att på nätet publicera såväl den experimentella metoddelen som den planerade statistiska bearbetningen innan studien genomförs. Och därmed undvika ett vanskligt jagande efter statistiska signifikanser i efterhand. Eller undvika att bara de studier som ger "lyckade resultat" blir ihopskrivna och publicerade medans övrigt göms i byråldorna. Men det är få forskare som utnyttjar dessa möjligheter och mycket mer måste göras. Bland djärva tankar finns förslag om att avskaffa tidskrifterna och hitta en fungerande internetbaserad form för publicering av de miljontals artiklar som genereras varje år. Lätt sagt men svårt att genomföra.

Även om replikeringskrisen och de ovan nämnda tveksamheterna kring bibliometriska mått är väl kända inom forskarvärlden så har problemen endast i begränsad omfattning presenterats för en bredare publik. Jag konstaterar att redan här så fyller Hanne Kjöllérs bok ett tomrum.

Nästa del av boken tar sin utgångspunkt ifrån att Sverige var en ledande forskningsnation i början av 90-talet. Sedan dess har forskningen av olika regeringar tillförts mer och mer resurser. Statsanslaget har närmast fördubblats. Liksom antalet professorer. Antalet lärosäten har till och med tredubblats. Men trots det har den svenska forskningens produktivitet ändå stagnerat. Kjöllér framhåller att länder som Danmark, Schweiz och Nederländerna inte bara hunnit ikapp utan även sprungit om oss. Hur har det kunnat bli så? Denna fråga är ett centralt tema i boken och behandlas ingående.

Kjöllérs genomgång visar att den politiska klåfingrigheten har varit omfattande och att god forskning inte längre är ett självklart mål i sig. Forskning har i olika politiska sammanhang blivit ett medel för att uppnå andra mål såsom jämställdhet mellan könen, regional självaktning, facklig delaktighet eller att förverkliga identitetspolitik. Här hittar vi också politiskt initierade forskningsämnen med en svag vetenskaplig grund såsom genusvetenskap, multikulturalism och postkolonialism.

Dessutom har politiken övergått från att styra genom mål till att peta i processer och rekrytering. Kjöllers konstaterar *"Makt, även i strikt akademiska frågor, har flyttats från lärosäten och forskningsfinansierare till ett regeringskansli utan mycket till egna akademiska meriter"*.

Ett exempel på den politiska klåfingrigheten är universitetsstyrelsernas sammansättning. Historiskt var de befolkade av professionen och rektor var ordförande. Numera ingår en majoritet av externa representanter. Något som kan vara bra men blir ett problem ifall de inte vet något om forskningsstrategiskt arbete. Eller har en extern ordförande som inte har mer än ett gymnasiebetyg i bakgrunden.

Hanne Kjöllers diskuterar universitetsstyrelsens kompetens i relation till den välkända Macchiarini-affären. I efterhand är det uppenbart att universitetsstyrelsen var flat och överslätande i den inledande hanteringen av denna forskningsskandal. Den fråga man ställer sig är: om de hade haft mer kompetens, hade de då varit lika flata?

Förtjänstfullt är att boken inte avslutas med hurtiga förslag på förändringar eller "quick-fixes". Kjöllers konstaterar att det är komplexa problem. *"Balansen mellan forskarnas önskan att fritt välja forskningsfrågor (och bli försörjda av det allmänna) och politikerna ansvar för att förvalta skattemedel på bästa sätt"* är ingen enkel balansakt.

Sammanfattningsvis noterar jag att Kjöllers har beskrivit delar av "Amazonas djungel" på knappt 200 sidor. Med nödvändighet blir den beskrivningen kompakt. Även om språket är lättsamt och tillgängligt så är innehållet rikligt. Personligen har jag erfärut att flera avsnitt förtjänat att smältas och läsas om igen. För mig har boken också en "terapeutisk funktion". Min forskarkarriär började på 80-talet då Sverige var en ledande nation. Med oro och bestörtning har jag sett hur framgångsmodellen har monterats ned. I detta sammanhang har Hanne Kjöllers genomgång av den politiska bakgrunden ett befriande förklaringsvärde. Även om bestörtningen ändå kvarstår. Vi skulle kunna göra mycket mer för pengarna om vi rensar ut de politiska larvigheterna. Och utvecklar ett djupare system än bibliometri för att värdera den enskilde forskarens vetenskapliga insatser.

Jag hoppas att boken blir en hörnsten som tjänar till orientering för unga, nya forskare. Jag hoppas också att boken läses av våra forskningsministrar. I jämförelse med många andra länder så har raden av svenska forskningsministrar en många gånger begränsad akademisk skolning. Och som Hanne Kjöllers framhåller i ett aktuellt exempel – till och med en ovilja att hålla ett anförande på engelska.

Lars Farde
Professor i psykiatri
Karolinska Institutet

Tidskriften för
Svensk Psykiatri

DEADLINE
för bidrag till
nästa nummer: **17/11**
TEMA: Tillit

Makt bor i språket

Jag har så länge jag kan minnas föreställt mig att språket och matematiken för individen innebär viktiga fundament för makt och är i så motto tillgängliga som maktredskap. Det är oklart hur jag kom fram till den slutsatsen. Maktutövningens uttryck varierar och så även användningen av nämnda maktredskap. Min tro är att den som behärskar ett språk väl med dess olika nyanser också lär sig att tänka klart. Den tänkande människan kan se sina vanor och därvid lättare vid behov försöka att frigöra sig från dessa och vid framgång i mindre grad låta sig styras av rädsla och osund eller missriktad hänsyn. Med matematiken och den närbesläktade logiken menar jag att det är på liknande sätt, men i en annan dimension av förståelse. Med matematik och logik kommer verktyg att ordna tanken, sortera intryck och observationer samt bedöma risker och möjligheter.

Makt innebär ju bland annat att kunna få andra individer eller grupper att tänka och handla på sätt som de annars inte skulle ha gjort spontant. En ytterligare aspekt av makt är makt över sig själv, dvs egenmakt. Makt över andra står i motsatsförhållande till dessa andras egenmakt.

Med språket och matematiken i ordning och i beredskap tänker jag mig att man är mindre lättlurad, bättre skickad att se framåt och ordna det för sig på ett från början uttänkt sätt, om än flexibelt utifrån löpande erfarenheter. Jag antar att detta innebär egenmakt. Om karaktären så tillåter innebär dessa förutsättningar en bättre förmåga att visa hänsyn till andra och att sätta sig in i dessas situation och möjligheter. Olika individer skiljer sig förvisso i dessa avseenden.

Språkets kommunikativa egenskaper är helt beroende av hur orden sätts samman och hur mottagaren kan avkoda budskapet. Språket erbjuder en verktygslåda, men det kräver träning för att få bra resultat med budskap som tas emot enligt avsikt. Språket som redskap och individens förmåga att använda det är inte så enkelt att utvärdera. Enklare är det att värdera handfasta och enkelt jämförbara färdigheter. Försök att med hammare slå in en sextumspik i en tjock plank, så märker du om tillräcklig träning förelegat och färdighet förvärvats. Subtilare är det med språket och tankens klarhet. En enkel tumregel som tillskrivs dåvarande biskopen i Växjö och ledamoten i Svenska

Akademien Esaias Tegnér: "Det dunkelt sagda är det dunkelt tänkta".

Inom organisationer som de flesta av oss sjukvårdsaktiva verkar i regleras maktutövning med principen skriftlig delegationsordning. Detta blir särskilt viktigt vid myndighetsutövning. Därutöver finns en svåröverskådlig flora av lagar och regler som vi måste förhålla oss till.

I en professionell organisation är individens egenmakt och ansvar påtaglig, inom givna ramar. Ramarna består ofta i ett beting och vedertagna arbetssätt. Att arbetsleda i en sådan organisation ger makt med många förbehåll. Chefer där är lite som vallhundar i koppel och med munkorg. Man förespeglas bemanna och arbetsleda men är i praktiken tydligt kringskuren i utövning av delegerad makt. Makt kan i princip och med framgång utövas med system av incitament och belöningar, något som operativa chefer i vården sällan har goda möjligheter att tillämpa. Centrala förhandlingar och tydliga begränsande direktiv ger litet utrymme för individanpassad stimulans till ändamålsenligt beteende.

Avslutningsvis ett citat från *The Wizard of Id* av Brant Parker och Johnny Hart:

Kungen från en balkong: *Remember the golden rule!*

En röst från folket nedan balkongen: *What's that?*

En annan röst från folket svarar: *Whoever has the gold, makes the rules!*

Nils Lindefors

Psykiater
Stockholm



Maktgalen och maktlös



"It's good to be the king!" utbrister kungen i Mel Brooks film *Det våras för världshistorien*, del 1. Kungen är en parodi på maktmissbruk, där den självupptagne monarken i excess tillåts fri lejd och får ohämmat roffa åt sig det han vill ha, allt ifrån påtvingat sex till lerduveskytte med bönder som måltavla. Verklighetens Ludvig XV av Frankrike, som väl står förebild för Brooks oregerlige regent, lär själv ha sagt: efter mig, floden. Som om han förebådade det räfst- och rättarting som skulle komma med revolutionen en generation senare.

I Sverige av idag är makten sällan så uttalad, även om den maktmissbrukande kulturprofilen kommer ganska nära. Kungen har reducerats till en galjonsfigur som klipper band vid invigningar och vid högtidliga tillfällen styligt läser upp vad andra människor har skrivit åt honom. Likväl är mångt och mycket en fråga om makt, en makt som sällan är jämnt fördelad.

I psykiatri är makten som mest ojämnt fördelad i slutenvården. Grundpremisen för att vara inlagd inom psykiatri är att det av någon anledning inte går att vårda patienten i hemmet. Patienten som inte reder sig själv är då beroende av andra. De få gånger den upplevda makten hos den inlagda patienten är som högst är det faktiska inflytandet som lägst. Som hos den grandiose manikern som jämlik med ärkeänglarna tar djävulen vid hornen, samtidigt som han inte får gå ut och röka själv. Denne upplevt omnipotente patient störde sig på en medmaniker som frälste omgivningen på avdelningen. Den omnipotente sparkade helt sonika ned den salige konkurrenten, innan vi hann skilja de upphöjda patienterna åt.

I normalfallet inser dock den inskrivne patienten sin utsatthet. De flesta avdelningar är låsta och patienten har i varierande mån gjort avkall på sin frihet, eftersom ingen patient har nyckel till ytterdörren. På en lyhörd avdelning försöker man i möjligaste mån tillgodose patientens önskemål. Likväl behöver patienterna följa avdelningens rutiner. För att kunna få hjälp behöver patienten också anförtra läkaren sin berättelse, som blir granskad och bedömd. Mer än någon annanstans i vården får den psykiatriska patienten sitt psykologiska tillstånd värderat. Det behöver inte vara så dramatiskt när det rör sig om ett skov av en sjukdom, som en depressiv episod. När problemet snarare ligger i patientens grundläggande sätt att vara på kan det vara desto känsligare och psykiatern får gå varsamt fram, som om hen rörde sig i ett minfält. Det kan då hjälpa att minnas att varje person, även den mest personlighetsstörde, är unik

och till syvende och sist bäst kan beskrivas med sitt eget namn, X, som har diagnosen Y.

Behandlingarna är dock mer universella och även här får patienterna lita på att vi vet vad vi gör. Tröskeln för farmakologisk behandling av depression har minskat sedan jag började arbeta i psykiatri för två decennier sedan. Dock har elbehandling (ECT) bokstavligen behållit sin laddning. Det är ju i och för sig bra att elbehandling inte ges i onödan, men en del patienter som verkligen har nytta av behandlingen får den alldeles för sent, ofta på grund av en kombination av patient's and doctor's delay och ibland också relative's delay, med oroliga anhöriga som har Gökboet som enda referens för ECT. Vi hade en kvinna med en agiterad depression inlagd på min avdelning. Kvinnan hade en närmast episk oro, som fick hela avdelningen att svaja. Vi visste att hon tidigare hade blivit helt återställd med ECT. Kvinnan var inte säker på något annat än att allt var på väg att barka och att hon inte ville ha ECT. Våra försäkringar om att ECT skulle hjälpa mot hennes depression betydde platt intet. Turligt nog så lyssnade kvinnan på sin son, som i sin tur lyssnade på oss. Sonen var geografiskt långt borta och jag minns att vi till slut riggade ett trepartssamtal, med oss, patienten och sonen. Det slutade med att sonen bad kvinnan att säga efter honom: "härmed överlämnar jag mig i förtrostan åt er, mina mecenater". Kvinnan stod vid sitt ord och tog emot ECT. Efter en inte alltför lång serie var hon helt återställd och avdelningen slutade att skälva.

Sonen sammanfattade kärnan i den tillit som vården bygger på. Patientens förtroende ger oss makt att hjälpa dem och gör oss starka. Den som är stark behöver också vara snäll, som både Bamse och Pippi har konstaterat tidigare. När patienten är inlagd är vi som en styrman som håller i rodet. När patienten sedan har fått upp skutan på rätt köl bör vi så småningom om möjligt sträva efter att vara en lots, som varsamt pekar ut möjliga farvägar. I slutändan är det i regel patienten som bäst vet hur hen vill leva sitt liv.

Mikael Tiger
Psykiater
Stockholm

Avdelning



Det var en

Det var en avdelning på lilla sjukhus,
i stort och vackert gammalt hus.

Vid vattnets kant,
på kulle brant.

Det var en avdelning på lilla sjukhus.

Det var en avdelning med ljusa rum.
Utsikten mot vatten, fasaden brun.

Sjukdomens plats.
Med gråt och skratt.

Det var en avdelning med ljusa rum.

Det var en avdelning med folk som slet,
att ge patienterna all trygghet.

Asyl för själ.
En egen värld.

Det var en avdelning med folk som slet.

Det var en avdelning med folk i plastskydd.

Folk som ska ge dig vård och skydd.
Allt genom lins.
Bara ögon syns.

Det var en avdelning med folk i plastskydd.

Det var en avdelning med ångest och gråt.
Öppet hos patienter, hos personalen – dolt.

Att orka hålla om.
Att orka hålla ömt.

Det var en avdelning med ångest och gråt.

Det var en avdelning – smärtans borg.
Där var tillåtet att ha sin sorg.

Doktors tablett
ger dig biljett
att ta dig ut ur denna borg.

Det var en avdelning med väggar av skräck.
Med mänskligt lidande i ett sträck.

Med ångestens makt.
Med rädsor i pakt.

Det var en avdelning fylld av skräck.

Det var en avdelning fylld av hopp.
Hopp och förtvivlan i evigt lopp.

Själens tillflykt
på drömmar byggt.

Det var en avdelning fylld av hopp.

Detta är en dikt om min avdelning – en byggnad, en arbets-
plats, en asyl från lidandet, en plats där ångestens och sjukdo-
mens makt viker inför makten av hopp!

Lioudmila Mendoza

*Psykiater
Södertälje*

ANNONS

Svenska Läkare mot Kärnvapen 40 år

Kärnvapen eller inte

En fråga om vem som ska ha makten

Kärnvapenfrågan i backspegeln

Startskottet för Svenska Läkare mot Kärnvapen (SLMK) är när ett tiotal svenska läkare träffas i augusti 1981 i syfte att bilda en svensk läkarförening mot kärnvapen. En internationell sådan har då initierats under året av två hjärnläkare, amerikanen Bernhard Lown och den sovjetiske Evgeny Chazov, pga. den oroande kapprustningen mellan väst och öst. I samband med Riksstämman i november samma år bildas SLMK formellt och professor Lars Engstedt väljs till föreningens förste ordförande.

Under hela 1980-talet präglas föreningen av intensiv aktivitet som består av studiegrupper som bildas lokalt över hela landet och konferenser, såväl inhemska som internationella. Detta sker ofta tillsammans med andra yrkesgrupper än läkare, där varje yrkesgrupp bidrar med sin specifika kunskap kring kärnvapenfrågan. Konferenser och kunskapsutbyte sker också tillsammans med olika myndigheter, nationellt och internationellt. Det blir en global rörelse.

De psykologiska effekterna av ett kärnvapenkrig får tidigt en central plats i SLMK:s arbete. Boken *Kärnvapenkrig i psykologiskt perspektiv* ges ut. SIFO-undersökning om barns rädslor och brist på vuxna att prata med om dessa genomförs under flera år. WHO utkommer med en rapport som slår fast att kärnvapen utgör det största omedelbara hotet mot mänskligheten.

1985 tilldelas den internationella föreningen International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW) Nobels fredspris.

1986 undertecknar Reagan och Gorbatsjov som statschefer för de två stormakterna USA och Sovjetunionen INF-avtalet i Reykjavik. Detta är ett avtal om nedrustning av kort- och medeldistansrobotar som leder till att kärnvapnen minskar från ca 80 000 till drygt 14 000.

Maktbalans

Att en nation innehar kärnvapen som en del av sitt försvar kan ses som en väg till makt över andra nationer.

Nationalencyklopedin definierar makt enligt följande:

Enligt samhällsvetenskapen antingen en handling dvs. maktutövning eller en förmåga dvs. maktresurser. Makt utövas när en aktör A får en aktör B att handla enligt A:s vilja även om handlingen strider mot B:s vilja eller intressen.

Att skaffa kärnvapen blir ett sätt för en nation att förse sig med maktresurser och på så sätt öka sannolikheten att kunna utöva påtryckning på annan nation/part. Ett sätt för motparten att möta detta med motstånd har varit att skaffa sig samma typ av maktresurser, dvs. i detta fall kärnvapen. Idén är att man då skulle kunna uppnå en maktbalans. Att skapa rädsla hos människor genom att hota dem, blir ett sätt att försöka hålla dem i schack. Själva hotet om att vapnen ska komma att användas blir en maktresurs, eller förmåga, som utnyttjas för påtryckning. Om ingen av parterna avstår kärnvapen, kan konsekvensen bli en kapprustning och som följd av det ökad sannolikhet för en eskalering av konflikten.

SLMK:s strategi under 80- och 90-talen att möta denna logik om maktutövning genom hot, var att via information och kunskap baserad på fakta påverka beslutsfattare så att de skulle få en insikt om att ingen hade något att vinna på upprustningen av kärnvapen. Man organiserade sig internationellt med ett gemensamt mål, nämligen att få till en internationell nedrustning av kärnvapen. Att samla sig och bli många i samma kamp blev ett sätt för organisationen att skaffa sig en starkare röst. Att också informera medborgare blev viktigt då dessa, i demokratier, ger politiker legitimitet genom sin röst vid politiska val. Information om t.ex. kärnvapens medicinska konsekvenser för människor blev en väg till att skapa insikt om vapnens horribla effekter. Kampen mot kärnvapen genom faktabaserad kunskapsspridning, politiskt obundna diskussioner och information fick en effekt. När kunskapen om hur det egna folket, och också man själv som individ, kunde drabbas, blev synlig slöt Reagan och Gorbatsjov som ovan nämnts ett avtal om nedrustning.

Efter Sovjetunionens upplösning och INF-avtalets ikraftträdande 1987 kombinerat med en successiv minskning av antalet

kärnvapen till ca 14 000 i världen, kom andra problem under 1990-talet att stå i förgrunden. Föreningens medlemmar minskade successivt från 80-talets 10 000 till dagens drygt 2000.

Stormakterna visade som förväntat vid fortsatta Non Proliferation Treaty (NPT)-förhandlingar inga ytterligare tecken att vilja reducera kvarstående antal kärnvapen utan snarare en vilja att uppdatera och modernisera dem. INF-avtalet som slutits 1987 upphörde gälla 2019 och på Trumps initiativ omförhandlades det inte. Det sades därefter upp av Putin.

Kärnvapenfrågan åter på agendan

I början av 2000-talet inser man i IPPNW behovet av att bredda kampen för kärnvapenedrustning. Rörelsen International Campaign to Abolish Nuclear Weapons (ICAN) uppstår på initiativ av läkare i Australien och Nya Zeeland. ICAN presenteras första gången 2006 på IPPNW:s kongress i Helsingfors.

2017 tilldelas ICAN Nobels fredspris. Kärnvapenfrågan är åter på agendan och drivs bl.a. av ICAN:s generalsekreterare Beatrice Fihn från Göteborg.

2017 förhandlas i FN en förslagstext till en FN-konvention, Treaty of the Prohibition of Nuclear Weapons (TPNW). Sverige deltar i förhandlingarna och godkänner texten och Sveriges utrikesminister är närvarande. 119 länder godkänner konventionstexten.

Texten behöver därefter föreläggas varje regering för att signeras och sedan ratificeras av respektive lands parlament.

22 januari 2021 hade 3 månader passerat efter det att 50 stater signerat och ratificerat konventionen, vilket innebär att den vid detta datum vann laga kraft.

Vid dags dato 19 augusti 2021 har 55 stater både signerat och ratificerat. 89 stater har endast signerat. Av de övriga som godkände konventionstexten ursprungligen är det i nuläget flera som varken signerat eller ratificerat, däribland Sverige.

Varför signerar och ratificerar inte stater, däribland Sverige, TPNW?

Man kan utgå från att ingen människa vill bli utplånad av kärnvapen. Trots att detta kan förutsättas vara i varje individs största egenintresse har endast 55 länder både signerat och ratificerat FN-konventionen. Hur kommer det sig då att länders regeringar och parlament tycks tänka att deras befolkning är "tryggare" med "ett kärnvapenparaply" än med ett avtal? Dels finns där tanken om maktbalans men alla länder skaffar gudskelov inte kärnvapen för att skapa maktbalans. Sannolikt tror man att ett ratificerande av FN-konventionen kan komma att skada en på något annat sätt. Detta kan t.ex. vara att utsättas för handelssanktioner som Nya Zeeland fick utstå på 80-90-talen efter att ha vägrat släppa in Nato-fartyg i sina hamnar för att kontrollera om de bar kärnvapen.

Indirekta hot kan användas som en makthandling. När Sverige och Finland inte vill lova Nato tillgång till svensk mark vid eventuell konflikt, har sådana indirekta hot uttryckts. Tillgång till svenskfinnsk mark är ovärderlig vid en konflikt mellan öst och väst. Historien påminner om permissionstågen genom Sverige under 2:a världskriget, fortfarande en situation fylld av skam för Sverige.

Norge hade vid andra världskrigets utbrott en konstitution som inte förbjöd övertagande av den lagstiftande makten av främmande makt. Alltså kunde Quislingregeringen installeras och norska judar snabbt avlägsnas ur landet. I Danmark däremot fanns inskrivet i konstitutionen att den lagstiftande makten bara kunde utövas av den danska riksdagen och danskarna kunde i mycket högre utsträckning rädda sin judiska befolkning och också behålla regeringsmakten inom landet. Detta visar behovet av tydliga lagar för att skydda ett land i händelse av konflikt, t.ex. vid ockupation.

Dagens kärnvapenläge är bekymmersamt. Antalet kärnvapen är oförändrat sedan många år, men samtliga stormakter utom Frankrike meddelar inför kommande NPT-förhandlingar att de vill modernisera och utöka antalet stridsspetsar och därmed bryta mot NPT artikel 6.

All användning av kärnvapen kommer att drabba både närliggande och mer avlägsna områden pga. dess förödande konsekvenser. Detta gäller såväl akuta som mer långsiktiga verkningar gällande dödlighet, klimatpåverkan, strålskador och humanitära skador.

Kärnvapen är omoraliska, inhumana och de drabbar urskillningslöst. Kärnvapen är sedan januari 2021 definierade som olagliga. Sverige har tidigare alltid undertecknat internationella konventioner som är till skydd för människors hälsa och rättigheter. Men inte nu, trots att stormakterna är på väg att bryta mot NPT och skaffa både fler och "starkare" kärnvapen. Och är länders befolkningar i längden beredda betala för dyra vapen i stället för sjukvård och kampen för bättre klimat?

Det Sverige som tidigare kallades "Humanitär stormakt", vart tog det vägen?

Carin Odhner

Ed. överläkare BUP Stockholm

Leg. familjeterapeut

Mer information finns på www.slmk.org

Foto: Shutterstock/Romolo Tavani

Utmärkelse för
pedagogiska
insatser för psykiatrin till

Raffaella Björcks minne



Två psykiatrer bland radions sommарvårdar 2021

Radioprogrammet *Sommar i P1*, som sänds dagligen från midsommar till slutet av augusti, har varit älskat – och ibland omdebatterat – alltsedan starten 1959. Tillkännagivandet av vilka som valts till årets värdar brukar röna stor uppmärksamhet. I år fanns två psykiatrer bland dem, Ingmar Skoog och Ullakarin Nyberg.

Ingmar Skoog är professor i psykiatri och föreståndare för Age-Cap, Centrum för åldrande och hälsa vid Göteborgs universitet. Hans sommarprat den 2 augusti hade rubriken "Åldreforskaren om varför han anser att ålderismen hindrade pandemibekämpningen".

I sitt Sommar delade Ingmar med sig av 40 års erfarenhet av forskning om äldre och berättade om pandemiåret då ålderismen dominerade, hur 70 blivit det nya 20 och mycket annat intressant om äldre människors liv och villkor.

Ullakarin Nyberg är verksam i Stockholm som psykiater, överläkare, suicidforskare och författare. Hon har även varit ordförande i SPF.

Hennes sommarprat den 17 augusti hade rubriken "Självmoordsforskaren om hur vi kan rädda liv bara genom att lyssna". Ullakarin berättade om möten med människor som inte velat leva längre och hur man kan hjälpa bara genom att fråga, lyssna och finnas där. Hon delade även med sig av personliga erfarenheter som t.ex. hur omhändertagandet av en deprimerad mor och senare i livet egen cancersjukdom, har format henne.

Ingmars och Ullakarins program, liksom övriga sommarvärdars, finns tillgängliga på <https://sverigesradio.se/artikel/sommarvardar-2021-hela-listan>

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

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 2022.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till Svensk Psykiatri: raffaellapriset@svenskspsykiatri.se senast den 31/12 2021.

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

Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen

Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

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

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

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

Till hedersledamot kan även icke läkare väljas".

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

Självhjälp ökar egenmakten

Självhjälpböcker är inget nytt fenomen, de är i själva verket uråldriga. I alla fall om man räknar de otaliga uppbyggelseböcker som funnits i alla tider. Självvård var länge kyrkans expertisområde och en rik självhjälpplitteratur, med syfte att bygga upp själen, öka den psykiska stabiliteten, växte fram. Det gavs förklaringar till psykiskt illabefinnande och *metoder* för att må bättre. Även om vi idag kanske inte skulle omfamna *förklaringarna*, eller metoderna, är frågeställningarna fortfarande giltiga. *Hur kommer det sig att jag har drabbats av svårmod? Vad kan jag göra för att må bättre?*

När de kloka gummornas vänderot, valeriana, började användas fick de viss upprättelse och nu har den moderna läkemedstillverkningen tagit vid.

Allt gott och väl, kunskaper om läkemedel ger auktoritet.

Makt och maktlöshet

Men hur stort ska professionens tolkningsföreträdare i diagnosen vara?

För Freud och psykoanalysen var det självklart. Han behövde inte ens se på patienterna för att förstå vad de *egentligen* menade med sina fria associationer. Dag efter dag, år efter år, låg de på doktor Freuds schäslong för att han skulle nysta upp san-



Illustration: Philip Palmkron

Auktoritet

Själsoörjarna hade självklar auktoritet. De rätta svaren. Personer som inte höll med om auktoritetsförhållandena hamnade inte bara *utanför omhändertagandet* utan förföljdes, ibland på förfärliga sätt. Häxprocessernas syfte var att klargöra maktfördelningen.

Man får väl ändå förmoda att de flesta själsoörjarna ville sina konfidenters bästa. Psykiska sjukdomars orsaker var höljda i dunkel. Gudomligt straff eller Hippokrates förklaring om obalans i kroppsvätskorna var de främsta konkurrerande förklaringsmodellerna. Långt in i modern tid användes åderlätning och lavemang för att bota depression. Balansera kroppsvätskorna.

ningen, *tolka* problemet. Det är svårt att tänka sig en större maktlöshet än hans patienters.

Mycket vatten har flutit under broarna sedan dess. Ord som *psykoedukation*, *autonomi*, *informerat samtycke*, *eget ansvar* och *egenmakt* har smugit sig in i vården.

Stora samhällsomvandlingar på femtio- och sextiotalen luckrade upp århundradens givna ordning. Patienterna bjöds in i diskussionen om sina sjukdomars ursprung och behandling. *Delaktighet* och *informerat samtycke* skulle bli honnörssord.

Allt gott och väl, vården satt inne med sakkunskapen.

Egenmakt

Åttioalet var moget för ett nytt sätt att se på människors förmåga att själva styra sina liv och få svar på frågorna *Hur kommer det sig att jag har drabbats av svärmod? Vad kan jag göra för att må bättre?* Självhjälpsböckerna, som ville öka egenmakten, gjorde entré. Utgivningen skulle explodera på 2000-talet.

Det finns två typer. I den ena berättar författare om hur de själva övervunnit svårigheter och erbjuder läsaren verktyg för en liknande resa. De toppar försäljningslistorna för fackböcker.

Den andra typen är skrivna av professionen, läkare och psykologer, som vill förmedla fakta och föreslå beteendeförändringar.

Psykoedukation är nog självhjälpslitteraturens viktigaste bidrag. Patienter och närstående får möjlighet att utan tidbokens tickande tillägna sig kunskap om sjukdomstillstånd och behandlingsmöjligheter. Varsågod, säger självhjälpslitteraturen, här är fakta, gör vad du vill med den.

Allt gott och väl, även om maktförhållandet gungar lite när vem som helst kan skaffa kunskaper och insikter om problematik och behandlingsmöjligheter.

Autonomin och egenmakten ökar.

Risker

Baksidan? Självhjälpsböcker ger ofta en förenklad bild av komplex problematik. Enkla lösningar. Lycka presenteras som något som finns bakom kröken, om man bara tar sig dit. Är lycka ens något att sträva efter? Man kan fastna i självhjälpsprogram i stället för att söka professionell hjälp. Man har ingen som stöttar och peppar.

Fast en seriös självhjälpsbok lovar inte att vara den enda vägen, utan ett komplement till professionell hjälp.

Hippokrates ande svävar fortfarande över oss. Kroppsvätskor-na behöver inte längre balanseras, men däremot tarmfloran. Fokus i självhjälpsböckerna har de senaste åren flyttats från självförverkligande, insikter och relationer till betoning av kroppen som instrument för hälsa och psykiskt välmående. En tarmflora i balans är nyckeln.



Åsa Palmkron Ragnar

Överläkare, specialist i allmänpsykiatri

Författare till åtta självhjälpsböcker

Foto: Maria Palmkron

10 frågor

SUSANNE BUCHMAYER
Ordförande SFBUP

Född

1968 i Madrid, Spanien.

Bor

Enskede – och Gotland på sommaren.

Familj

Elvira 15, Josef 12, mamma, pappa, bror, svägerska, syskonbarn, vänner.

Arbetar

Oj... svår fråga... som allkonstnär känns det som just nu. Egen mottagning, SFBUP, forskning, konsultarbete och diverse välgörenhetsuppdrag...

Vad gör Du när Du INTE jobbar?

Som min jobbsituation är just nu så är jag både mer ledig och aldrig helt ledig.

Men på den lediga tiden tränar jag, läser en del, umgås med mina barn och med vänner och försöker få tid att fotografera... ett nygammalt intresse.

Är du troende?

Nej.

Vilken bok ligger just nu på ditt nattduksbord?

En hel hög – var tvungen att titta – 18 stycken faktiskt!

Bland annat Testamente, Klara och solen, Svälten, Ditt lilla mörker i ljuset, Dit du går följer jag, Om jag har en dålig dag kanske någon dör, Där kräftorna sjunger, Tystnaden – vissa lästa, andra på vänt.

Vem är din förebild i livet?

Har många förebilder i mina vänner, familj och även mina barn... tänker att det finns så många kloka personer att lära av i livet...





Vad gör Dig lycklig?

Att ha balans i livet tror jag. Känna att min kropp fungerar. Att sova bra. Har goda möten med människor. Att gå på en strand. Promenera i skogen. Äta en god middag och ta ett glas vin med vänner. Skratta med mina barn. Titta på en bra film. Kramas. Dricka en kopp kaffe i solen. De små sakerna i livet.

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

Det tycker jag är jättesvårt att säga något om. Det pågår ju ett arbete med att nivåindela barnpsykiatrin, det ska bli spännande att se var det landar.

Jag personligen skulle önska att det fanns en större barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens närmare där barn och unga befinner sig. Helst skulle jag se att elevhälsan fick en större roll i att iden-

tifiera barn i riskzon för psykisk sjukdom och med funktionshinder, så att det preventiva arbetet kunde få större plats. Jag tror det skulle finnas klara fördelar om barn och unga kunde utredas på skolan, i en miljö som känner både barnet och familjen och där man utvärderar vilka anpassningar som gjorts och kan behöva göras. Jag tror det skulle vara bättre för barnen. Då tror jag Bup:s roll tydligare skulle bli att ta hand om dem med svårare psykiatriska tillstånd och sjukdomar.

Stina Djurberg

Redaktionen, Svensk Psykiatri

Foto: Susanne Buchmayer

Maktfördelning i patient-läkarrelationen inom psykiatri

Några reflexioner kring utvecklingen

Här har mycket verkligen förändrats, bara under vår generation. Vi har idag en mycket mer jämställd relation. Patienten har ett betydligt större inflytande och kunskap kring sin vård.

Vi har nog alla upplevt, i början av vår karriär, hur överläkarna förr fattade vårdbeslut över patienternas huvud på ett auktoritärt sätt, utan någon form av dialog, och således utan så mycket samförstånd dem emellan. Ofta var dessa beslut delvis formade utifrån läkarens egen livssituation och utan tillräckligt inkännande av patientens aktuella livssituation. Det var då mer av hierarki och mindre av en jämlik relation som syftar till att patienten skulle få professionell hjälp i en dialog mellan två jämlika personer.

Idag finns brukarråd och brukarorganisationer som stöd, och massor av kunskap på nätet att ta del av – något som de flesta också gör. Du kan läsa din journal på nätet och du kan överklaga beslut.

Idag förstår vi alla inom vården så mycket mer om hur mycket ett bra bemötande betyder och vikten av att bli sedd. Att som patient känna tillit och trygghet till vårdgivaren. Vi lär oss under utbildningen och i arbetet att ha ett mer empatiskt förhållningssätt, där vi kan försöka leva oss in i patientens livssituation.

Att inte vara sin diagnos utan en människa med psykisk sjukdom eller psykisk ohälsa. Något som kan drabba oss alla.

Det finns ju också en annan ojämlikhet inom psykiatri, där vissa patienter får väldigt mycket insatser och andra betydligt mindre, det tror jag alla känner igen. Handlar det om maktstrukturer inom organisationen? Är det något kunskapsstyrning, genom riktlinjer och processkartor, skulle kunna minska? Målet med riktlinjer, vårdprogram och processkartor är väl att alla ska få lika bra vård, och en vård som det finns evidens eller konsensus bakom?

Vi är alla olika och många av psykiatrins patienter har fått sina psykiska problem därför att de har haft svårigheter med sin personliga utveckling. Detta kan bero av uppväxt eller arv eller en kombination. Det kan medföra svårigheter att hantera inre och yttre konflikter av olika slag. En del är mer resurssvaga, andra istället mer resursrika. Människor med mindre resurser och/eller brister i sin personlighetsutveckling kanske oftare hamnar i ett lidande, då de oftare kan ha svårare att hantera känslor och konflikter. Christian Rück beskriver detta mycket väl i sin bok *Olyckliga i paradiset* (Natur & Kultur, 2020).

För vissa finns idag psykoterapi i form av framför allt KBT. Utbudet av psykoterapi är dock mycket begränsat och räcker inte till åt alla som skulle behöva det. Att gå i psykoterapi privat kostar mycket och många som skulle behöva det har inte råd. Det man kan reflektera över, varför det är så, och om det är jämlikt. Sannolikt skulle psykoterapi, i olika former, kunna hjälpa många att växa och utvecklas och bli mer självständiga. De skulle då inte behöva psykiatri i samma omfattning.

Christian Rück beskriver den engelska modellen i sin bok, där psykoterapi görs tillgänglig i stor uträkning och till låg kostnad. Liknande varianter finns i Tyskland och Finland, där psykoterapin också har en helt annan position och är mycket mer tillgänglig och till lägre kostnad för patienten, så alla ska ha råd. Något för Sverige att ta efter, för att minska den psykiska ohälsan?

Detta är väl också ytterst en fråga om makt och jämlikhet. Att få möjlighet till att få mer makt över sitt eget liv, eller verktyg, som det heter. Att kunna mentalisera och ha tillgång till verktyg för konfliktlösning samt att lära sig att vid konflikt kunna vara mera flexibel och gå vidare i livet. Alla har inte fått med sig det hemifrån och har således dålig kunskap om hur man hanterar vanliga livsfrågor. De skulle behöva få hjälp att få denna kunskap för att kunna fungera bättre och ha ett mindre lidande. Detta blir också en fråga om olika maktpositioner mellan dem som har och dem som inte har.

Astrid Lindstrand
Pensionerad psykiater



BEHANDLINGSCHEMMET **EGEHM**

HVB med helhetslösning för flickor 13-22 år med psykiska problem, NP-diagnoser & följdproblem i socialt liv.

Lång erfarenhet av

- utökat och individuellt stöd och behandling vid självdestruktivitet och suicidtankar samt ätstörningar
- omplaceringar
- övergång från SiS och BUPslutenvård till HVB

Samlad Psykosocial vård & behandling, tät bemanning, uthållighet & lösningsfokuserat arbetssätt.

Psykiater psykolog sjuksköterska. DBT KBT traumaterapi & hästunderstödd terapi.



**RIKSINTAG INDIVIDUELL
BEHOVSBEDÖMNING**



Makt och privilegier i psykoterapi

Malin Fors

Studentlitteratur, 2020

Individ och samhälle

Synen på relationen mellan samhälle och individ förändrades genom 68-rörelsen. Bland annat kom ett samhälleligt maktperspektiv att påverka synen på hur psykoterapi borde bedrivas. Psykiska symtom och störningar sågs i ett samhälleligt klassperspektiv. Under en period fanns alternativa rådgivningsbyråer inom vilka terapeuter försökte att bistå patienter att se sina symtom i ett klassperspektiv. Framgången förefaller ha varit begränsad, kanske beroende på att patientens underprivilegiering var internaliserad och svår för patienter att problematisera och att andra aspekter av deras problematik (frustrerande nog för ambitiösa terapeuter) tycktes mer näraliggande.

Intersektionellt perspektiv

Ett modernt intersektionellt synsätt öppnar ett panorama av positioner vad gäller individuella privilegier av samhällelig/kulturell natur. I varje möte mellan två människor kommer dessa positioner att få betydelse beträffande hur de upplever varandra och sig själva. Detta faktum gäller också inom psykoterapi. Perspektivet har belysts inom psykoanalysen om än sparsamt men ännu har ingen sammanställt terapeuters kunskap om konsekvenser av relativa privilegier i den kliniska vardagen.

Psykologen och psykoanalytikern Malin Fors, verksam i Norge, har i boken *Makt och privilegier i psykoterapi* tagit ett brett grepp på temat. Hon pekar på en mängd mänskliga karaktäristika som kan vara relevanta i termer av över- eller underprivilegiering: manligt/kvinnligt, heterosexuellt/HBTQ, överklass/underklass, vit/färgad, välbärgad/fattig, ung/gammal, högutbildad/lågutbildad. Här döljer sig bland annat fördomar som rasism, homofobi, kvinnoförakt. Boken har tre informationskällor som delvis flätas i varandra: författarens personliga och professionella erfarenheter, psykoanalytiska studier av maktförhållanden i psykoanalys och intersektionellt relaterad psykologisk och social forskning framför allt vad gäller fördomar beträffande etnicitet, sexualitet, kön och kroppsideal.

En utgångspunkt är att privilegier och tolkningsföreträde – tidigare ofta uppfattade som gudasända – tycks vara en i det närmaste ofrånkomlig samhällsaspekt vilket också väcker frågor om terapeuters självinsikt vad gäller deras privilegier och fördomar vilket författaren penetrerar i detalj.

Komplicering av det terapeutiska mötet

När en terapeut och en patient möts bildar dessa aspekter i varierande grad förgrund och bakgrund till kontakten. Författaren presenterar en matris där parternas över- och underprivilegier i förhållande till varandra kan granskas ur ett intersektionellt synsätt. Utgångspunkten är att en terapeut har en privilegierad position i förhållande till sin patient. Det vanligaste är att en "majoritetsterapeut" behandlar en "minoritetspatient". Parterna kan för övrigt vara mer eller mindre jämbördiga i olika avseenden. För att spetsa till det: hur möts en ung, kvinnlig, lesbisk, färgad nyutbildad psykolog med studieskulder och en medelålders, vit, heterosexuell, manlig, framgångsrik företagare? Eller hur överlappar uppväxterfarenheter och aktuell livssituation som utgångspunkt för ömsesidig förståelse när en äldre välisiterad erfaren kvinnlig terapeut möter en färgad, nyanländ yngling från ett afrikanskt land?

Författaren går systematiskt igenom aspekter av terapeut- och patientrelationen i termer av privilegier. När patienten är mer privilegierad i jämförelse med terapeuten benämns relationen som omvänt läge. Det gäller att förhålla sig till två skilda privilegiedomäner, dels det som karaktäriserar terapeuten respektive patienten i deras uppväxt och deras aktuella livssituation, dels privilegiesituationen i den terapeutiska relationen. Bägge parter kan ju vara över- respektive underprivilegierade ur ett övergripande samhällsperspektiv!

Ingen vanlig bok

Så långt skulle man kunna tro att det rör sig om en "vanlig" angelägen bok på ett viktigt tema. Men så är inte fallet därför att boken på ett djupgående sätt handlar om "dig och mig"

oavsett psykoterapeutisk inriktning. Författaren påstår, väl underbyggt, att "det finns inte en psykoterapeut som inte har fördomar". Det är inte märkligt om vi inte haft erfarenheter som gett oss anledning till självreflektion eller redskap med detta fokus. Författaren menar att terapeutens medvetande om och distans till egna fördomar kan öka förståelsen för patienters dilemman. Författaren själv exponerar sin egen erfarenhet och utveckling med en sällsynt och berörande öppenhet avsedd att väcka fler frågor än svar. En av hennes smärtpunkter är utanförskapet under skoltiden, en annan är hennes process att ta till sig sin lesbiska läggning. Därtill ger hon talande och utförliga beskrivningar av egen och kollegors bristande medvetenhet om hur skillnader i privilegier styrt bemötande, samspel och tolkning i det terapeutiska arbetet med hopp om att påverka den kliniska blindheten för maktordningar inom psykoterapi. Vilken typ av privilegier eller brist på privilegier hos terapeut respektive patient kan, bör eller ska tas upp när i processen och på vilket sätt? Författaren ger inga råd men problematiserar frågeställningarna på ett fruktbart sätt.

Inte lättläst men outhärlig

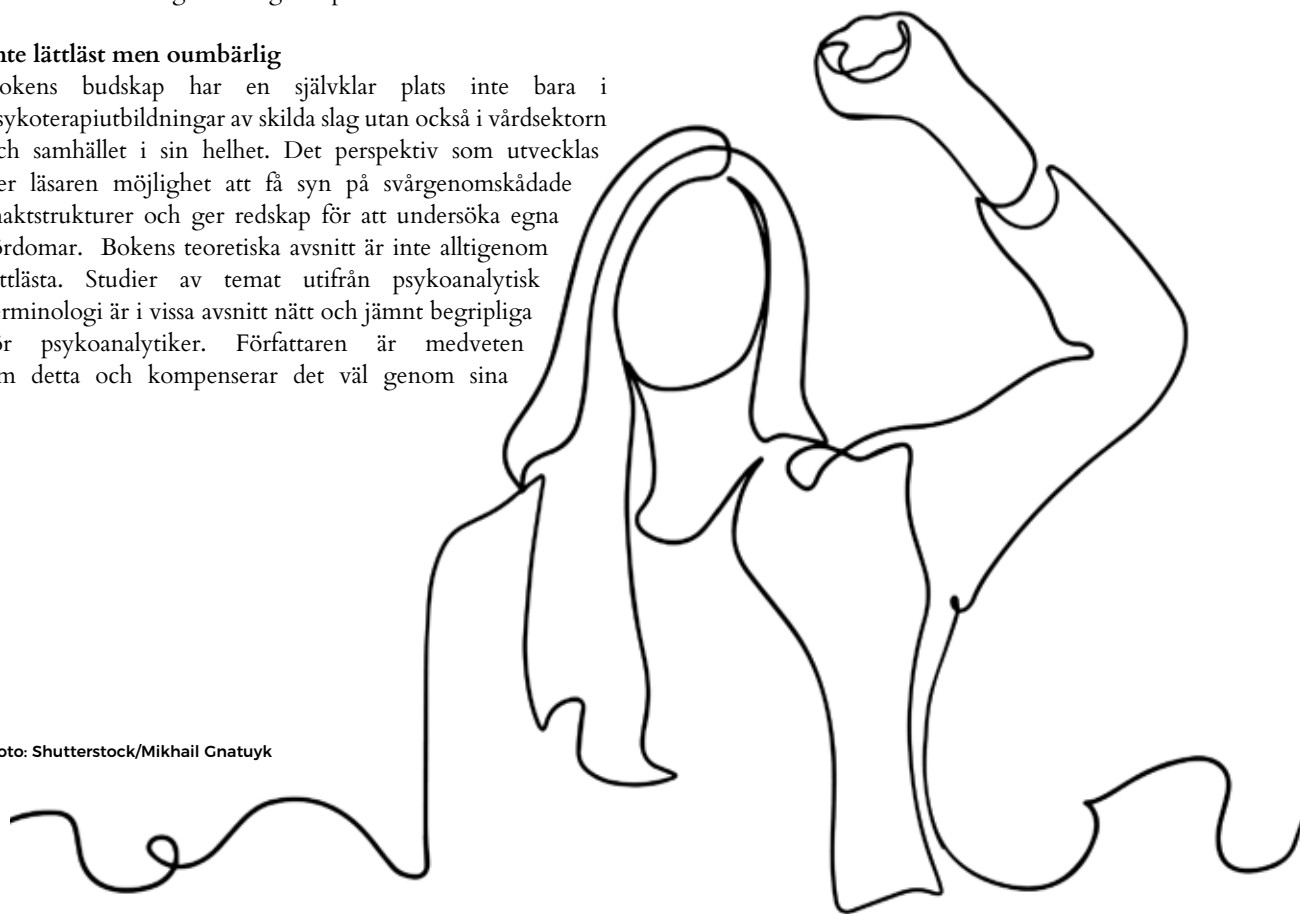
Bokens budskap har en självklar plats inte bara i psykoterapiutbildningar av skilda slag utan också i vårdsektorn och samhället i sin helhet. Det perspektiv som utvecklas ger läsaren möjlighet att få syn på svärgenomskådade maktstrukturer och ger redskap för att undersöka egna fördomar. Bokens teoretiska avsnitt är inte alltigenom lättlästa. Studier av temat utifrån psykoanalytisk terminologi är i vissa avsnitt nätt och jämnt begripliga för psykoanalytiker. Författaren är medveten om detta och kompenserar det väl genom sina

levande skildringar av den psykoterapeutiska vardagen. Jag tolkar det som ett sätt för författaren att demonstrera en hög kompetensnivå inom det psykoanalytiska området och därigenom öka sin trovärdighet. Sannolikt ett klokt och framgångsrikt drag! Det psykoanalytiska samfundet har givetvis som alla organisationer sina egna privilegiestrukturer.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*

Foto: Shutterstock/Mikhail Gnatuyk



Maktspråk?

Reflektion

Utan att ha blivit tillfrågad kan politiker ibland **trumpeta** ut vikten av att de, som på grund av svårt lidande och umbärande, tvingats lämna sitt land och hamnat här som flyktingar först måste lära sig att tala och uttrycka sig väl på svenska om de ska få stanna. Man talar om skärpta krav. Tror man inte att också de som kommer hit har den ambitionen som första prioritet? Och bör man inte ha sopat rent framför egen dörr först? Att vi urskillningslöst blandar in engelska uttryck i det svenska språket fast det tillhör de nordgermanska språken tycks alltså inte bekymra vissa folkvalda. Som om vi vore USA:s 51:a delstat. Skulle vara nice, va. Awesome!

Att detta **trumpetande** även kan fortgå med tanke på den egna språkurvattnings-tendensen (han baa, hon baa, hen baa, dem baa!) utgör inte bara en brist på takt och ton, utan är även exempel



på något som liknar maktspråk och härskarfasoner. Inga skärpta krav där inte. Vem bör gå på SFI: Svenska för Inrikesfödda?!

Och skaffa sig grundläggande kunskap om innebörden av att lära känna sig själv först och nyttan med grammatiken – ”att inte vara benägen att kritisera; att inte på ett förebrående sätt kritisera dem som bryter på ett främmande språk eller talar grammatiskt inkorrekt eller missljudande, utan i stället på ett taktfullt sätt använda det korrekta uttrycket i ett svar, ett bifall eller ett övervägande om själva saken, inte om uttrycket, eller upplysa om det på något annat lämpligt sätt.”
Citatet är hämtat ur Marcus Aurelius (romersk kejsare född år 121 e.Kr.) bok Självbetraktelser, sid 50.

Thomas Silfving
Psykolog

Tankar om doktors och patientens makt och maktlöshet

En patient är en utsatt medmänniska som ofta befinner sig i en situation som patienten inte reder ut på egen hand, patienten är då maktlös. När patienten kommer till mig efterfrågas min expertis. Med denna expertis följer den makt som alltid medföljer kunskap. Det blir nu min uppgift att utöva läkekonsten så att min kunskap ställs i patientens tjänst. Förutom fokus på patientens problem behöver jag också lyssna till vem denna medmänniska är som person och i vilket sammanhang i patientens liv som denna maktlöshet uppstått. Det handlar för mig om att aktivera ett oscillerande av min uppmärksamhet mellan inlevelse och observation. Detta är mitt kanske viktigaste redskap i mötet med en patient. Ett oscillerande som hjälper mig att framkalla en allt tydligare gestalt av människan framför mig. Ju mer denna gestalt kommer att överensstämja med människan desto lättare blir det att hjälpa patienten ur sin maktlöshet och att återta initiativet i sitt liv. Min makt kan ibland behöva bli repressiv, som när jag skriver ett vårdintyg, ibland anmoda mig till att tillsammans med patienten tålmodigt lyssna på patientens berättelse. Något som kanske gradvis gör att gestalten också blir tydlig för patienten, som då kan reparera sin integritet och återvinna sin autonomi och därmed återta makten över sin situation. Min makt används för att patienten ska återvinna sin.

För att doktors makt ska kunna användas konstruktivt krävs att vi har en arbetssituation som stödjer att detta blir möjligt, att den organisation inom vilken vi verkar skapat strukturer som är tillräckligt stödjande. Här kommer dock ett annat maktperspektiv in som hotar att göra oss maktlösa, vilket kan leda till att en maktlös expert möter en maktlös medmänniska på mottagningen.

Våra regionpolitiker har makt att med stöd av lagar, förordningar och myndigheter styra sjukvården i sin region. De ska också övertyga sina väljare om att de hushåller med skattemedel så att inte en krona används "fel". Till sin hjälp har politikerna ekonomiska modeller som har sina rötter i Milton Friedmans läror om den fria marknadens välsignelser. Honom belönade vi med ekonomipriset till Alfred Nobels minne 1976. Att vi med åren översatt hans idéer till områden som skola, omsorg och sjukvård kanske vi endast delvis kan belasta Friedman med. Argumentet mesta möjliga vård för minsta möjliga kostnad går hem. Vi begriper det och politikerna kan med patos hävda det som sitt mål. Det ekonomiska incitamentet är starkt för oss människor. Med alla dessa aspekter ska makten utövas så att

medborgarna håller sig friska och de som insjuknar återfår och behåller sin hälsa. Genidraget var att införa prestationsbaserad ersättning. Ju fler patientbesök desto mer inkomst till kliniken och i förlängningen mer lön till mig. Jag bidrar själv till att sätta kvantitet före kvalitet och föreställer mig att det ger mig makten över min inkomst. Men det rubbar den känsliga mellanmänniskliga balans som behövs för mitt möte med patienten och tar därmed makten över min professionalitet ifrån mig.

Väljarna vill få faktabaserade argument för att försäkra sig om att politiker håller vad de lovar. Då krävs en mängd data och en administrativ apparat som hanterar dessa. Data ska jag leverera själv. Min lön och anställning är beroende av att allt jag gör registreras med rätt koder. Det ekonomiska incitamentet kommer organisationen till hjälp och gör mig till den villige (?) rapportören. Min uppmärksamhet kommer nu inte bara oscillera mellan min inlevelse med och min observation av patienten utan också riktas mot min tid, checklistor och symptomskattningar som genererar olika åtgärds-koder, diagnos-koder, etc. Min patient och jag är inte längre ensamma med varandra i rummet, här finns nu förutom min verksamhetschef och controller också ansiktslösa administratörer och analytiker, som kommer att förse beställare och organisation med data på hur jag sköter, dvs registrerar, mig. Data som kommer att finnas med vid nästa lönesamtal. När jag på detta sätt tvingas att kompromissa med de av mina tankar och idéer som en gång ledde mig till psykiatrin, kan jag gilla läget, revoltera eller bli sjuk. Att gilla läget eller bli sjuk innebär maktlöshet.

Denna ordning är djupt problematisk och ställer enorma krav på våra verksamhetschefer. Dessa har att ta emot styrning från politiker och beställare, hårbärga den inom sig och förvandla den till ledning av verksamheten. Detta är svårt. Det är så lätt att styrningen sipprar igenom ner till golvet och tar ifrån oss vår professionella makt, den makt som vi behöver för att hjälpa våra patienter att återvinna sin.

Alexander Wilczek

Psykiater, psykoanalytiker och stressforskare



Hjälp!

Presidenten är galen

Personlighetsstörd! Narcissist! Borderline! Nej värre, det är vanföreställningssyndrom! Paranoid schizofreni!

Det tycks inte finnas någon gräns för vilka diagnoser man kan få som politiker. Ju större makt desto bredare differentialdiagnostik, verkar det som. Sträck på kriterierna litet till bara. Något för min metiskurs i diagnostik kanske? Usch nej. Eller jo, varför inte. För när vi kommenterar löpsedlarna eller (värre) uttalar oss om vederbörandes "symtom" balanserar vi på en linje som är tunnare än vi vet om. Jag menar att sådana uttalanden, även den minsta antydning, skadar våra patienter och utarmar förtroendet för vår profession. Är jag ensam om att se det så? Det får Svensk Psykiatri läsare bedöma.

Fenomenet jag talar om är inte detsamma som när en brittisk politiker för länge sedan "kom ut" med sin OCD-diagnos; ett välmenat, för den tiden modigt, försök att slå hål på stigma. Något som huvudpersonen själv gör på eget bevåg och med full insikt. Något som väcker omgivningens empati och får andra drabbade att känna sig lite mindre ensamma. Ett slags föregångare till kampanjen "jag är någon", som Fonden för Psykisk Hälsa initierat i modern tid. Det ska inte vara tabubelagt att lida av en psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning.

Just det: lidande och funktionsnedsättning. Jag hör mig själv tjata om de välkända, icke-förhandlingsbara villkoren för psykiatrisk diagnostik, när jag föreläser för studenter och unga läkare. Det måste vara DSM-systemets mest citerade mening och för studenterna den enklaste tentafrågan av alla. Likväl verkar det finnas namnkunniga kollegor världen över som är så erfarna att de förefaller ha glömt denna mest basala av diagnostikens hörnstenar.

Jag skulle kunna fortsätta agera diagnostikpolis och ifrågasätta diagnoserna en och en. Tänk till exempel på definitionen av vanföreställning; det får inte vara en åsikt eller uppfattning som delas av andra människor. Då ryker den hypotesen elegant. Listan kan göras lång men det är en annan aspekt jag vill rikta strålkastaren på, nämligen stigma.

Jo, stigma. För i mitt stilla sinne undrar jag; hur tänker man som psykiater/psykolog/journalist när man försöker förstå en offentlig persons beteende genom att resonera i termer av psykiatrisk diagnostik? Vad är man ute efter när man sätter en sådan diagnos på denna, ofta obekväma, människa? Tyvärr vill man bara en sak: smutskasta. Lyssna inte på honom. Rösta inte på honom. Han är en lögnare, ett svin. Opålitlig, oberäknelig, rent av galen. Så galen att till och med psykiaterkåren håller med.

Vänta nu; betyder det att våra patienter med likartade diagnoser också är lögnare, opålitliga, oberäkneliga, inte värda att bli lyssnade till? Smutskastar vi någon när vi gör vårt jobb och sätter diagnos? Är det så vi ser på våra patienter? Är det så vi vill att allmänheten ska se på våra patienter?

Det är kanske inte heller någon slump att det är personlighets- och psykosdiagnoserna som används mest. Emellertid tyder det på en tråkig syn på de drabbade; en människosyn som vi professionella aldrig skulle gå med på. Allmänheten får tycka vad den vill, men vi får inte agera vilseledande, bara för att få se vårt namn tryckt i någon tidning. Gud bevare oss för att missbruka vår kompetens och använda psykiatriska diagnoser som skällsord. Tror du inte på Gud? Kalla det "yrkesetik". Det ska jag visst ta upp på min nästa kurs.

Alessandra Hedlund

*Psykiater
Stockholm*

Den psykiska ohälsan kan inte behandlas bort men effektiv behandling kan förebygga mycken ohälsa

Vad kan psykiatrin göra i förebyggandet av psykisk ohälsa?

Den psykiska ohälsan drabbar brett. Till exempel är numera psykisk sjukdom/ohälsa den vanligaste orsaken till sjukskrivning. Det talas mycket om att den psykiska ohälsan inte kan behandlas bort utan att förebyggande insatser måste till, men hur!? Så länge vi inte känner till orsakssambanden bättre när det gäller alla de allvarliga sjukdomstillstånden kommer vi sannolikt inte heller hitta effektiva primärpreventiva åtgärder. Däremot är det mycket vi kan göra för att genom vårt behandlingsarbete förebygga försämringstillstånd och långtidseffekter av psykisk sjukdom, det som traditionellt kallats sekundär- och tertiärprevention. Det är intressant att notera det blygsamma intresset hos dagens psykiatri för preventionsaspekter. Exempelvis finns i *Herlofsons m.fl. Psykiatri*, senaste upplagan från 2020, inte längre något eget kapitel om prevention vilket funnits i de tidigare upplagorna. Prevention tas dock upp kortfattat i några av kapitlen t.ex. om självmord och stressrelaterade syndrom. *Ottosson* har i sin lärobok *Psykiatri* (senaste upplagan 2015) haft separata kapitel om prevention liksom *Cullberg* i sina upplagor av *Dynamisk psykiatri*.

Vad kan då den specialiserade psykiatrin (BUP såväl som vuxenpsykiatrin) göra vad gäller sekundär- och tertiärprevention om vi tills vidare använder det språkbruket? Här några förslag!

Tidig diagnostik och behandling av all slags psykisk ohälsa inom såväl primärvård som specialistpsykiatrin innebär inte bara en omedelbar hjälp utan förebygger i många fall återinsjuknanden och långsiktiga konsekvenser som t.ex. litium vid svåra affektiva sjukdomar. Det innebär bl.a. att vi måste satsa mycket mer på att få bort köerna till BUP och vuxenpsykiatrin. Det är en skam att barn och unga vuxna tvingas vänta i månader och år för ens en första kontakt när det gäller så viktiga saker som t.ex. att få hjälp att klara sin skolgång. Det kan vara en hel framtid för många barn och unga som står på spel.

Tidig diagnostik innebär också att vi måste förenkla den diagnostiska processen inom både BUP och vuxenpsykiatrin. Tydligast kanske detta är vid misstanke om en ADHD-problematik. I typfallen behövs inga 20–30 timmars utredningar för att kunna göra ett väl motiverat behandlingsförsök med de läkemedel vi vet kan ha dramatiska effekter. ADHD är en klinisk diagnos som framförallt bygger på patientens och närståendes berättelser. Här finns en mycket stor potential att använda våra personalresurser mycket mera effektivt i det fortsatta behandlingsutbudet som innebär mer av psykoterapeutiskt och psykosocialt stöd än som nu ofta erbjuds. Tidig diagnostik och behandling av ADHD kan också förebygga den stora risk för missbruk och kriminalitet som vi vet finns i dessa fall.

Vi måste utveckla det psykoterapeutiska behandlingsutbudet och begränsa läkemedelsanvändningen. Tyvärr leder bristen på psykoterapikompetens inom vården till att läkemedel, fr.a. antidepressiva, används i sannolikt onödigt stor omfattning för att åtminstone erbjuda något till en lidande patient. Likaså måste vi vara uppmärksamma på den polyfarmaci som ofta inträffar när vi inte får önskvärd effekt av vår medicinering. Här finns också en stor potential att vidareutveckla olika internetbehandlingsalternativ. Detta skulle underlätta för många att förmå sig till att söka hjälp hos psykiatrin och på så sätt skulle det också kunna ha en närmast primärpreventiv effekt genom att förhindra en allvarlig utveckling av en relativt lindrig problematik. En god psykoterapi kan också ha långtidseffekter på ett annat sätt än läkemedelsbehandling.

Vi borde också utveckla olika gruppbehandlingsalternativ. Det är visserligen inte alldeles lätt att åstadkomma lämpliga grupper, särskilt på mindre orter ute i landet, men inte heller omöjligt om man inte blir alltför dogmatisk och pretentiös i hur man ser på gruppbehandling. I gruppen får patienten dela sina erfarenheter med andra i liknande situation och bara det att få höra att man inte är ensam med sin problematik kan vara en viktig del i en rehabiliteringsprocess. Detta gäller kanske fr.a. ångesthantering och sömnproblematik. Här finns en stor utvecklingspotential med inslag av fysisk aktivitet och psyko-education. Det innebär också ett bättre utnyttjande av en begränsad personalresurs.

BUP och vuxenpsykiatrin måste hitta former för att samarbeta mycket mera än som nu sker. Tyvärr är det ofta nästintill vattentäta skott mellan våra discipliner, till stor skada för våra patienter och våra möjligheter att lära av varandra. Denna historiska animositet mellan våra specialiteter måste upphöra, något för våra specialistföreningar att ta tag i!

Vi kan som psykiatrer bidra till ökad kunskap om risk- och friskfaktorer vad gäller psykisk sjukdom/ohälsa vilket i sin tur kan bidra till att samhället i övrigt kan bli mer hälsofrämjande. Några av oss måste börja intressera sig för preventionsmöjligheterna när det gäller psykisk sjukdom. Socialpsykiatrin måste väckas till liv igen!

Lars Jacobsson
Professor emeritus, överläkare
Umeå

STP-konferensen 2022

Planering för ST-konferensen 2022 är i full gång! Med rådande läge kommer den inte ske i januari. Datum och plats kommer släppas på hemsidan under hösten.

Håll utkik!



Mer info: stpsykiatri.se

 @stpsyk

 @STP - ST-läkare i Psykiatri

BUP-föreläsningar 2021/2022

Vi har nu precis haft styrelsemöte i SFBUP och då beslutat att anordna en digital föreläsningseftermiddag för våra medlemmar den 16 november. Tema kommer vara internetbehandling. Mer information kommer att komma dels i medlemsbrev, dels i digitala medier.

Pga. det fortsatt osäkra läget kring pandemin så vågar vi fortfarande inte satsa på en fysisk kongress till våren 2022. Istället har vi beslutat erbjuda våra medlemmar en föreläsningsserie med fyra digitala föreläsningseftermiddagar under 2022, två på våren och två på hösten. Preliminärt tema för serien är den komplexa barnpsykiatriska patienten.

Så räknar vi med att kunna ses på en fysisk BUP-kongress 2023!

Varma hälsningar
SFBUP:s styrelse



Varmt välkomna till Svenska Psykiatrikongressen 2022, som kommer att gå av stapeln 16–18 mars på Münchenbryggeriet i Stockholm. Vi förväntar oss att kunna hålla kongressen under normala fysiska former men kommer naturligtvis att följa vid tidpunkten gällande riktlinjer och rekommendationer för allmänna sammankomster och vid behov modifiera mötesformen.

I slutet av oktober kommer ett preliminärt program att finnas på hemsidan www.svenskapsykiatrikongressen.se samt möjlighet att anmäla sig.

Styrelsen för SPF

SPK 2022 på Münchenbryggeriet – en ”teaser”

Vi kommer bjuda på ett brett och relevant program i postpandemisk anda.

Det ska handla om digital psykiatri, PTSD och elitidrottare som mår dåligt.

Vi ska ha symposier om svårbehandlad depression, spelberoende och fysisk träning vid psykiatriska besvär.

Vi ska lyssna på experter som lär oss sätta gränser för oss själva i vårt arbete och David Eberhard ska prata ADHD i ett genusperspektiv.

Det blir nyheter om patientsäkerhet och vi ska tala om psykiatrins och psykiaterns självbild.

Välkommen till SPK 2022!

Jonas Eberhard
Vetenskaplig sekreterare SPF

Vi ser fram emot en livlig konferens späckad med vetenskap, och kryddad med spännande debatter och samtal! Se även ”Call for abstracts”!



Inbjudan att skicka in kongressbidrag (call for abstracts)

Nu planerar vi för Svenska Psykiatrikongressen 2022 som kommer att gå av stapeln 16–18 mars på Münchenbryggeriet i Stockholm. Vi förväntar oss att kunna hålla kongressen under normala fysiska former men kommer naturligtvis att följa vid tidpunkten gällande riktlinjer och rekommendationer för allmänna sammankomster och vid behov modifiera mötesformen.

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 2022 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 2021**.

Företag/landsting som önskar ställa ut på SPK 2022 - ta kontakt med **Stina Djurberg**,
stina.djurberg@buf.se senast den **1 oktober 2021**.

Mer och efterhand uppdaterad information om kongressen finner du på vår hemsida
www.svenskpsykiatrikongressen.se.

Från att släcka bränder till digital excellens – Metis som modell

I artikeln "Utbildning satt på paus på obestämd tid" (1) diskuterar Madeleine Liljegren att en stor del av ST-läkarens utbildning och fortbildning påverkats negativt av en långsam omställning till digitalt format under pandemin. Vidare har Läkarsällskapet gjort en enkät som visat att en stor del av de ST-kurser som arrangerats av specialistförningarna fått skjutas fram under pandemin (2).

Hur hårt pandemin har slagit mot ST-utbildningar varierar givetvis mellan specialiteter. Metis (MER Teori I St-utbildningen) är ett nationellt nätverk för kvalitetssäkrade ST-kurser i psykiatri (3). Metis startade bl.a i brist på färdiga specialister inom psykiatri, få sökande till ST-block och ojämn kvalitet och behandlingsutbud inom den nationella psykiatriska vården. Med ett 60-tal kurser per år till ST inom psykiatri och tilläggspecialiteter är Metis landets största aktör på ST-kurser i psykiatri. Konceptet innefattar också ett antal specialistkurser. Metis består av ett centralt kansli, sex regionala kanslier för kurser i vuxenpsykiatri och ett nationellt kansli för kurser i barn- och ungdomspsykiatri.

Framgångsfaktorer i en snabb omställning

Metiskurserna är uppbyggda utifrån en pedagogisk modell som innefattar Fas I (instudering på distans), Fas II (fysiska kursmötesdagar) och Fas III (examination på distans). När pandemin slog till fick vi snabbt ställa om kursmötesdagarna till digitalt format. Under denna resa har vi identifierat några tydliga framgångsfaktorer:

- **Tät dialog mellan beslutsfattande organ och samarbetspartners:** Sedan april-20 har vi haft kontinuerliga extrainsatta möten i Metis styrgrupp och nätverksgrupp. Kunskapsutbytet har rört pedagogiska tips kring hur man lägger upp en digital kurs, utvärderingsfrågor för det digitala formatet samt strategiska frågor som att få till licenser för digitala plattformar. Det har också funnits en tät dialog med kursgivarna.
- **Skräddarsydda workshops och digitaliseringsutvecklare:** Det Centrala kansliet har sedan våren-20 erbjudit skräddarsydda workshops i digital pedagogik för Metis kursadministratörer, kursgivare och lärare. En digitaliseringsutvecklare tillsattes också som sedan hösten varit med under digitala kursmötesdagar runtom i landet och skött digital logistik och teknik.
- **Bygga stegvis:** Från nödvändiga insatser för att komma igång med det digitala formatet arbetar vi nu mer långsiktigt med siktet inställt på att förfina Metis kursmodell i två steg. En enkät har via STP skickats ut till samtliga ST-läkare med frågor om hur man har upplevt digital undervisning, där några frågor rörde Metis. En projektgrupp med medlemmar från Metis samt en professor inom pedagogik har också startat upp en forskningsstudie vid Karolinska Institutet. Studien är en onlinebaserad enkät som vänder sig till ST-läkare samt kursgivare och lärare med frågor om det digitala formatet samt hur deltagare tycker att Metis pedagogiska modell kan vidare-

utvecklas. Underlaget kommer att användas som bas för diskussioner under en heldagskonferens i oktober.

Recept för långsiktighet

Man kliver som bekant aldrig ner i samma å två gånger. Det verkar högst osannolikt att vi – när pandemin lägger sig – kommer återgå till att hålla utbildningar på precis samma sätt som innan pandemin. Det senaste årets digitalisering har fört med sig ny kunskap och nyfikenhet kring hur man kan vidareutveckla kursers pedagogik med interaktiva digitala inslag och tekniker som simulerade patienter. Inom Metis siktar vi nu på att komma förbi stadiet att släcka bränder och skapa snabblösningar för digital undervisning till mer givande arbete med långsiktig pedagogisk excellens för att säkra upp kunskapsinhämtning för landets blivande specialistläkare.

Lise-Lotte Risö Bergerlind

*Specialistläkare psykiatri, leg psykoterapeut
Styrgruppsordförande i Metis, Teamledare Kunskapsstöd för psykisk hälsa i VG
Ordförande Regionalt och Nationellt programområde psykisk hälsa*

Karolina Sörman

*Med dr
Enhetschef för Fortbildningen vid Centrum för psykiatriforskning, Stockholm
Chef för det centrala Metis-kansliet*

Rajna Knez

*Överläkare, specialist i psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri, docent vid Sahlgrenska Akademien
Studierektor för ST-psykiatri i VG-regionen*

Sarantos Stasinakis

*Överläkare och AT-studierektor Psykiatri Södra, Stockholm
Regional ST-studierektor för kurser samt Metis regionala kansli Stockholm och ST-stöd vid Centrum för psykiatriforskning*

Gunnel Svedmyr

*Specialistläkare barn- och ungdomspsykiatri
ST-studierektor BUP Sjukvårdsregion Mellansverige*

Lisa Härdelin-Lenerius

*Överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri
ST-studierektor inom BUP Stockholm, ordförande i Utbildningsutskottet i Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri*

Referenser finns på www.svenskpsykiatri.se/Tidskriften



Kliniska riktlinjer Beroendemedicin i öppenvården

Kära kollegor!

Ytterligare en av SPF:s kliniska riktlinjer finns nu tillgänglig på SPF:s hemsida som kostnadsfri pdf. Tipsa era kollegor!

Kliniska riktlinjer Beroendemedicin i öppenvården har arbetats fram av huvudförfattare Åsa Magnusson tillsammans med medlemmar i Svensk Förening för Beroendemedicin. Resultatet är praktiskt kliniskt tillämpbara riktlinjer med fokus på substansbrukssyndrom. Riktlinjen vänder sig i första hand till läkare inom psykiatrisk öppenvård och primärvård men kan med behållning även läsas av andra professionella aktörer med intresse för beroendemedicin.

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

Läs och låt er inspireras!

Hälsningar

Dan Gothefors

Svenska Psykiatriska Föreningens ansvarige för riktlinjearbeten



Du som möter barn och unga i vården kan träffa någon med tillstånd som påverkar könsutvecklingen: DSD och intersex.

På socialstyrelsen.se finns material för dig som vill veta mer.

Sökord: DSD



Forskningsanslag ur Fredrik och Ingrid Thuring's Stiftelse

Stiftelsen som administreras av SEB har till ändamål att dela ut anslag en gång om året till medicinsk forskning. Styrelsen har beslutat begränsa ändamålet till att avse psykiatrisk forskning, både med inriktning på barn och ungdomar och avseende vuxna. Klinisk forskning ges prioritet.

Stiftelsen delar ut cirka 3,5 miljoner kronor årligen. Anslagen ligger i storleksordningen 40 – 200 000 kronor.

Ansökan sker elektroniskt via thuringsstiftelse.com.

Ansökningsperioden är öppen mellan 15 september och 15 oktober.

Stiftelsen Natur & Kulturs Cullbergstipendiater 2021

Cullbergstipendiet är ett resestipendium för specialister och ST-läkare inom psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri eller rättspsykiatri. Det ska användas till resa, boende och levnadsomkostnader vid auskultation vid en psykiatrisk verksamhet utomlands under två till fyra veckor. Syftet är att stimulera till fördjupat kliniskt tänkande. Stipendiet finansieras av stiftelsen Natur & Kultur och är uppkallat efter initiativtagaren Johan Cullberg.

I år tilldelades två läkare totalt 85 000 kronor.

Ana Rita Monteiro, ST-läkare vid barn- och ungdomspsykiatri i Region Stockholm, ska besöka Birkbeck, University of London, Storbritannien, för att delta i en forskningsgrupps arbete med projektet "the Smart Gaming Campaign" som syftar till att främja oproblematiskt dataspelande hos ungdomar och vuxna.

Jennifer Sjödin, ST-läkare vid Norra Stockholms psykiatri, ska studera hur man vid Enheten för psykosomatik och konsultationspsykiatri på NewYork-Presbyterian Hospital vid Columbia University Irving Medical Center vårdar psykiatriska patienter med somatisk samsjuklighet eller som presenterar psykiska besvär som somatiska symtom.

Studiebesöken är tänkta att genomföras så snart pandemiläget tillåter resande.

Läs mer om stipendiet på <https://www.nok.se/priser-stipendier-stod/stipendier/cullbergstipendiet/>

För stipendiekommittén

Tove Gunnarsson

ANNONS

Program **SSBS** Höstmöte 2021

Eller:

Varför svänger det?

Fredag den 12 november på Medelhavsmuseet i Stockholm

- 09.30 Kaffe och smörgås**
- 10.00 Inledning**
Katrin Skogberg Wirén, överläkare och medicinskt ansvarig Affektiva Mottagningen, Psykiatri Sydvest, ordförande SSBS
- 10.15 Hormoner och humör**
Marie Bendix, Med. Dr. Karolinska Institutet och Umeå Universitet, överläkare Psykiatri Sydvest
- 10.45 För vem den cirkadiska klockan klämtar - kronoterapier vid bipolär sjukdom**
Michael Ioannou, doktorand och överläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- 11.15 Braining i pandemins spår – hur motivera patienter att träna smittsäkert?**
Åsa Anger, överläkare vid Affektiva och ångestprogrammet, Psykiatri Sydvest
- 11.30 Samsjuklighet mellan affektiv sjukdom och substansbrukssyndrom**
Åsa Magnusson, överläkare vid Beroendecentrum Stockholm, med dr Karolinska Institutet
- 12.00 Lunch**
- 13.15 Kultur till kaffet: Alfred Döblin – psykiater, Kassenarzt och författare**
Carl Lindgren, barnläkare och författare
- 13.45 Senaste nytt om hur hjärnan förändras med tiden vid bipolär sjukdom – men spelar det någon roll?**
Mikael Landén, Professor Göteborgs Universitet och registerhållare Bipolär
- 14.15 Neuroprotektiva effekter av litium**
Lina Martinsson, MD PhD, Verksamhetschef Psykiatri Sydvest
- 14.45 Paus**
- 15.15 Senaste nytt från Bipolär**
Kristina Lindwall Sundel, styrgruppsmedlem Bipolär och styrelsemedlem SSBS
- 15.45 Corona, katatoni och annat komplicerat - en fallöversikt om allvarliga psykotiska tillstånd i samband med Covid 19-infektion** Ursula Werneke, docent och överläkare Region Norrbotten, styrelsemedlem SSBS
- 16.15 Sammanfattning, framåtblick**
Styrelsen SSBS
- 17.00 Nu svänger det!**
Mat, musik och mera

SSBS höstmöte riktar sig till personer med yrkesmässigt intresse för bipolär sjukdom. Möte inklusive middag kostar 800 kr för medlemmar, 1500 kr för övriga. Anmälan görs senast den 22 oktober till Kristina Lindwall Sundel på kls@medicalresource.se.

SSBS är en subsektion till Svenska Psykiatriska Föreningen. Information om hur du blir medlem hittar du på hemsidan www.svenskpsykiatri.se. Medlemskap i SSBS kostar 350 kr per år.

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive hemsida läser Du alltid senaste nytt:

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

www.sfbup.se

ST-läkare i psykiatri:

www.stpsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:

www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:

www.srpf.se

A close-up portrait of Filipe Costa, a middle-aged man with grey hair and a beard, wearing glasses and a blue denim jacket over a red shirt. He is looking slightly to the right with a thoughtful expression. The background is blurred, showing warm, bokeh lights.

SÅ MINNS VI Filipe Costa

Filipe Costa har gått ur tiden den 29 juli. Han var min chef i Psykiatri Södra i Stockholm, och jag minns med värme och saknad de många år av samarbete vi fick uppleva.

Jag har under hela mitt yrkesverksamma liv arbetat i Stockholms Läns Landsting (numera Region Stockholm) och erfarit de metamorfoser den psykiatriska vården genomgått, från institutionaliserad mentalsjukhusvård till satsning på sektorisering, öppenvård och dynamisk psykiatri och socialpsykiatri och tillbaka till avsektorisering, medikalisering och subspecialisering efter diagnoser. Jag fick min utbildning i Nackaprojektet med Johan Cullberg som chef, därefter arbetade jag som överläkare inom Farsta-Vantör psykiatriska sektor under Jerker Hanson.



När avsektoriseringen tog vid och sektorerna Södermalm, Farsta-Vantör och Enskede-Skarpnäck skulle slås ihop till Psykiatri Södra hade Filipe Costa med sitt program för socialpsykiatri politikernas öra och fick förtroendet att bli klinikchef. Enskede-Skarpnäcksektorn där Filipe var chef låg i täten med avinstitutionaliseringen och var den första att helt avveckla sina avdelningar på Långbro sjukhus, och man byggde upp en patientnära socialpsykiatrisk rehabilitering med kooperativ, träfflokaler och små slutenvårdsenheter, Skarpa och Ekbacken, i upptagningsområdet.

Nackaprojektet hade sina fördelar genom att integrera den psykodynamiska dimensionen i behandling och erbjuda samtal och psykoterapi, inte bara läkemedel. Men det passade bäst för socialt välfungerande öppenvårdspatienter, man hade svårt att nå de mest sjuka patienterna som blev kvar i institutionsvård. Farsta-Vantörsektorn hade en pragmatisk grundhållning. Man erbjöd psykoterapi, men utvecklade också det socialpsykiatriska arbetet i samarbete med stadsdelsnämnderna.

Psykiatrireformen genomfördes 1995 och hade som syfte att psykiatrins patienter skulle integreras i samhället. Detta var vad Filipe Costa arbetat med under många år, och man kan tycka att det ytterligare skulle underlättas av en sådan reform. Men det visade sig inte vara så enkelt. Nu skulle det bli boskillnad mellan psykiatri som helt skulle ägna sig åt det medicinska, medan kommunen skulle ta hand om det socialpsykiatriska. Att två huvudmän skall samarbeta om samma patientgrupp är inte så okomplicerat. Det går bra om det finns ett engagemang från båda håll som sträcker sig längre än att spara in pengar, men många gånger riskerar patienten att bli Svarte Petter som ingen vill ta hand om. Kommunens insatser är behovsprövade och det kom att innefatta även tidigare öppna sociala verksamheter.

Samtidigt utvecklades psykiatri i en riktning mot ökad specialisering och medikalisering. Filipe Costa skrev 1990 skriften *Quo Vadis?* där han framförde skarp kritik mot Psykiatriska föreningen som han menade stod för en inriktning som helt stod i strid med hans socialpsykiatriska program.

Filipe och jag hade förmodligen olika politiska preferenser, men i ett avseende var vi helt på samma nivå, det var nog därför jag upplevde samarbetet med honom så fruktbart och berikande. Det handlar om hans sätt att hela tiden sätta patienten i centrum, att som läkare inte gömma sig bakom sin maktposition och betrakta patienten snarare som ett behandlingsobjekt än som person. Skall man kunna hjälpa patienten måste man kunna vara beredd att möta honom också i hans hemmiljö, och inte bara bakom sin vita rock i slutna rum. Betoningen av betydelsen av relationen medförde också att han ville engagera all personal som fanns runt patienten i behandlingsarbetet. Han hade tilltro till alla medarbetare och såg till att de fick vidareutbildning och handledning.

Som psykiatri utvecklats under senare år har alltmer fokus kommit på fragmentiserad subspecialisering och som kvalitetsindikator har införts hur ofta och snabbt patienten får träffa en läkare. Faktorer som kontinuitet, hur omvårdnadsteamet och samarbetet runt patienten fungerar har kommit i bakgrunden. Under de sista åren av sin tid som klinikchef var Filipe Costa alls inte så bekväm för politikerna att ha att göra med som då han tillträdde som chef för Psykiatri Södra, utan sågs snarare som en bromskloss för den riktning man ville omvandla psykiatri i.

Jag tror det Filipe stod för har framtiden för sig. När pendeln snart svänger igen i psykiatri står vi inte på ruta noll, utan har mycket erfarenhet att bygga på. En nypublicerad SBU-rapport fastslår läkarkontinuitetens betydelse för astmapatienter och patienter med allvarlig psykisk sjukdom. I båda fallen visade det sig att personlig kontinuitet hade klara positiva effekter i form av minskad risk att dö i förtid, mindre sjukhusinläggningar och minskat behov att söka akut.

Bara några månader innan han gick bort gjorde föreningen Equal en intervju med honom som finns tillgänglig på YouTube. Den speglar på ett fint sätt den livshållning som var hans. Det handlar inte bara om psykiatri, det handlar om en humanistisk grundhållning som är viktig för hela vår kultur. Filipe Costa är död men hans gärning lever kvar och må den bära frukt genom oss som förvaltar arvet efter honom.

Bengt Malmgren

*Psykiater
Stockholm*

Foto: Milena de Oliveira e Costa (dotter)



**Schizofreni
Livet med en psykosjukdom
Sten Friberg, Åsa Konradsson Geuken och
Ylva Wächter
Gothia Kompetens AB, 2021**

**Barnen på Hidden Valley Road
Robert Kolker
Albert Bonniers Förlag, 2021**

”Schizofreni – livet med en psykosjukdom” kan ses som ett slags guidebok för psykosjuka och anhöriga. Bokens främsta förtjänst är att den samlar information, inte bara om sjukdomen i sig, utan också tar upp så skilda saker som att bilda familj, kroppslig hälsa, kommunala stödinsatser och föreningar med målet att förbättra psykosvården. Kapitlen utgår från olika ämnen, t.ex. ”Arbete och sysselsättning – en del av återhämtningen” består av en översiktlig text, t.ex. om vad en sysselsättning kan innebära i form av struktur och socialt sammanhang, som illustreras med en liten personlig berättelse. I en faktaruta samlas och förklaras begrepp som sjukpenning, aktivitetsersättning och ekonomiskt bistånd. Strukturen gör det lätt att hitta den information man söker.

Trots bokens begränsade format, omkring 190 sidor med stor text och mycket bilder, rymmer den överraskande många matnyttiga sammanställningar. Den tar upp tunga och svåra ämnen men ger också en nyktert hoppfull bild av de möjligheter som finns att få en god livskvalitet. Man kan naturligtvis komma med invändningar, t.ex. att författarna förmedlar den gamla föreställningen om att risken för schizofreni ökar om man bor i storstad eller migrerar¹. Syftet – att skriva en bok som ska kunna förstås av många, med varierande utbildning och kognitiv förmåga – är mycket lovvärt. Att skriva enkel lättläst svenska är mycket svårt, liksom att reducera komplicerade medicinska resonemang till kortfattade begripligheter.

Den som klagar på boken får dock skriva en ny, för det här är en sammanställning som verkligen saknats! Boken ger en översiktlig skildring av vad psykosjukdom kan innebära och kan användas som uppslagsbok där psykiatriska begrepp, kommunala insatser, sekretess och lagstiftning förklaras utifrån svenska förhållanden. Min förhoppning är att den ska delas ut till nyinsjuknade, anhöriga, boendestödare med flera och finnas tillgänglig i väntrum och slutenvård.

Anna Hillerberg
Specialist i psykiatri och rättspsykiatri

¹ Elegant tillbakavisat av Amir Sariaslan i hans doktorsavhandling ”Exploring the causal nature of neighborhood influences on violent criminality, substance misuse and psychiatric morbidity”.

En delvis dokumentär bok (namnen är fingerade) om en familj med 12 barn, varav hälften utvecklar allvarlig psykisk sjukdom. De olika barnens uppväxt beskrivs utifrån deras egna och andras uppgifter, journaler med mera. Invävt i berättelsen finns beskrivningar av hur man sett på schizofreni under olika tidsperioder, olika forskningsprojekt rörande orsaker och behandlingar som prövats. Det kan konstateras att ett samhälle som bygger på att var och en ska klara sig själv, där vården är tillgänglig främst för den med sjukförsäkring, i detta fall innebär att alla familjemedlemmar farit väldigt illa. De två yngsta (flickor) har utsatts för våld och sexuella övergrepp av syskon. Alla i familjen har utsatts för våld. Utagerande sjuka syskon har skrämt grannskapet. Den hjälp olika familjemedlemmar fått har varit slumpmässigt utdelad. En hjälpsam katolsk präst som periodvis var en återkommande gäst och gärna tog med pojkarna ut på aktiviteter visade sig – årtal senare – ha utsatt dem för sexuella övergrepp.

Boken är en märklig blandning av biografi, populärvetenskap och roman. Den är ändå intressant; framför allt yngre kollegor har funnit de historiska tillbakablickarna givande – från att sjukdomen ansågs orsakad av ”den kalla modern”, över försöken att behandla schizofreni med samtalsterapi, till ankomsten av Hiberna. Rekommenderas till den intresserade.

Anna Hillerberg
Specialist i psykiatri och rättspsykiatri

ANNONS



BOKRECESSION

Jag är visst någonting
En berättelse om Hassela
Ida Ali-Lindqvist
Natur & Kultur, 2021

Hasselakollektivet, beläget i Hassela i norra Hälsingland, bildades 1969 av Ulla och K-A Westerberg. Verksamheten drevs ända fram till 2018 då den stängdes efter att IVO riktat kritik med anledning av missförhållanden. Kollektivet hade ett 60-tal platser för ungdomar mellan 16 och 21 år med sociala problem, kriminella beteenden och drogproblem. Hassela skapades som en kedja av verksamheter. Första anhalten var akut- och utredningshemmet Bäckaräng, åtföljt av själva Hasselakollektivet på Franshammars herrgård för att sedan i bästa fall följas av eget boende och möjligheter till studier i Sundsvall.

Hassela representerade en ny ideologi där fokus inte så mycket låg på själva drogbruket som på att bryta problembeteenden hos de intagna. Med krav och solidaritet som ledord var ambitionen att fostra skötsamma medborgare. Man använde sig av auktoritära metoder med strikta regler, kamratfostran och personkritik i storgrupp. Men i pedagogiken lade man också stor vikt vid systematisk arbets träning, social och politisk skolning och tydliga krav på vardagsdisciplin och allmän skötsamhet. Hasselakollektivet blev på flera sätt en framgångsrik verksamhet. Men vissa av de intagna för illa. Kanske var den hårdföra inriktningen på identitetsförändring orimligt svår för en del av dessa unga människor som hamnat på kant med samhället.

Ida Ali-Lindqvist är från Östersund. Hon var redan i tonåren en lovande fotbollsspelare som tycktes ha framtiden för sig. Men allt gick trots allt inte på räls för henne. I sin bok "Jag är visst någonting – en berättelse om Hassela" skildrar hon sina upplevelser som intagen på Hassela under två perioder under sammanlagt två års tid. Men hur kom det sig egentligen att hon placerades där?

I boken beskriver Ida Ali-Lindqvist sig själv som något av en outsider under uppväxten. Brunhyllt och mörkhårig och adopterad tidigt i livet växte hon upp med föräldrar som i boken beskrivs som rejäla människor, varma och ordentliga och med rötter i Jämtland sen generationer.

Studiebegåvad, viljestark, stor i käften och med ett exotiskt utseende och en passion för fotboll stack hon onekligen ut i mängden. Hon hade förebilder som hon beundrade, både offentliga personer som Pia Sundhage och bland kamraterna. Men Ida var också trotsig och ville gå sina egna vägar. Det ledde i tonåren till ett festande där alkoholen tog för stor plats.

Östersund är en rätt liten stad. Som duktig fotbollsspelare förväntades hon vara en förebild för andra ungdomar och en god representant för klubben. Festandet skapade problem och fotbollskarriären kom av sig. Föräldrarna oroades. Socialtjänsten fick ögonen på henne. Frivillig vård på Hassela skulle hjälpa Ida att få rätsida på tillvaron igen.

Ida Ali-Lindqvists bok är först och främst en personlig berättelse där hon beskriver sina egna upplevelser av vistelserna på Hassela. Läsaren bör tänka sig att det är verkligheten skildrad genom ett temperament. Men det framstår ändå som en trovärdig beskrivning av en ideologiskt präglad verksamhet som tillkom som en reaktion mot "flummig" frivilligvård.

Konflikten mellan frivillighet och tvång som alternativa bärande principer vid omhändertagande och vård av personer med svåra sociala problem, kriminell livsstil, drogproblem eller för den delen även svår psykisk sjukdom är i högsta grad aktuell än i dag.

Ali-Lindqvist har klarat sig bra i livet efter Hassela. Hon arbetar som journalist, samhällsdebattör och samtalsterapeut och är vad man kallar en skötsam medborgare. Har det blivit så tack vare vistelserna på Hassela, eller är det trots den erfarenheten?

I boken får man intrycket av att det var lite både och för hennes del. Det som lyser igenom är emellertid en skarp kritik av ett flertal inslag i den dagliga pedagogiken på Hassela.

Boken är uppbyggd som ett stort antal korta vinjetter. Som mest ett par sidor långa. Stilen är personlig och journalistiskt välskriven med skildringar av miljöer, andra människor och händelser blandat med egna funderingar och återgivna samtal. Men någon sammanhängande analys står inte att finna. Det finns samtidigt en känslomässig kraft i det personliga tilltalet. Pendlingen mellan förtvivlan och något slags spirande hopp går rakt in i läsaren.

Författaren ger knappast någon förskönad bild av den egna personen. Hon kastas mellan längtan efter närhet som inte tilläts komma till uttryck och vrede mot personer som hon upplever som falska och svekfulla. Boken skildrar en verksamhet som till stora delar bygger på en kollektiv gemenskap där individualitet inte efterfrågas i nämnvärd utsträckning.

De av oss som upplevt det sena 1960-talet känner igen konflikten. Det var marxist-leninistiska idéer om "folkets intresse" versus liberalismens frihetsideologi. Plikt, disciplin och solidaritet med kollektivet ställdes mot individens tanke- och handlingsfrihet.

Jag läser boken som det personliga insiderdokument som författaren avser att den ska vara. Andra intagna skulle säkert ge andra perspektiv. Men det bestående budskapet är ändå en tänkvärd varning för hur lätt det är att goda avsikter kantraras över till auktoritär okänslighet när ideologier får alltför stor plats i sociala verksamheter.

Jörgen Herlofson
Psykiater, leg psykoterapeut, handledare



O o o så användbart!

Suicidforskning är ett fält där det publiceras åtskilliga studier, väldigt många av dem fokuserar på riskfaktorer. Listan på tänkbara riskfaktorer blir längre för varje år som går, men det är tveksamt på vilket sätt patienterna egentligen blir hjälpta av att vi förstår att ett visst tillstånd eller en viss sorts erfarenhet utgör en ökad risk för självmord. Vi känner till att det finns olika riskfaktorer precis som vi känner till att det inte finns några valida instrument för att hitta de patienter som har den största risken att dö av självmord. Samtidigt som detta är känt, finns ett säkerhetstänkande som fokuserar på olika åtgärder för att minska patientens tendens att göra självdestruktiva handlingar.

Detta är till ett synes stort dilemma – vi vet att det är svårt att avgöra suicidrisken såväl på kort sikt som på lång. Det skenbara dilemmat kanske mer har att göra med en yrkesmässig omnipotens, där vi både från oss själva och från omvärlden förväntas kunna se in i framtiden fast det inte går. Det finns kolleger som anser att suicidaliteten försvinner om man tar bort ”grundsjukdomen” – depressionen, ångesten, beroendesjukdomen eller vilket tillstånd det än gäller. Naturligtvis behöver patientens sjukdomar adekvat behandling, men självmordsfrågan är mer komplex än att bara handla om en orsakande sjukdom, i synnerhet som endast en liten andel av patienter med en given psykiatrisk sjukdom dör av självmord. Säkerhetstänkandet leder till ett stort fokus på patientens suicidala beteenden, med olika begränsningar av patientens autonomi som följd. Istället för att tänka att suicidaliteten är en konsekvens av psykiatriska sjukdomar, föreslås att vi alltid behandlar suicidaliteten som ett tillstånd som i sig behöver relevant behandling.

John A Chiles m.fl. *Suicidala patienter* närmar sig frågan genom att peka på att patientens lidande ofta är det som driver de suicidala processerna. Det är ett fruktbart perspektiv, väl förenligt med tanken att självmordsbeteenden inte har en enskild orsak utan är konsekvensen av en samlad börda som för patienten är övermäktig att bära. Självmordet har även av tidigare författare beskrivits som en (maladaptiv) problemlösningstrategi, den här boken framhäver att det är en approach som är gynnsam att utgå från.

Författarna pekar på att vi vet att många patienter lever med ett flertal statistiska riskfaktorer, samtidigt som det mest sannolika är att en suicidal patient inte kommer dö av självmord. Därför, säger de, är det inte till nytta för den suicidala patienten när behandlarens hållning till självmordsfrågan är restriktiv och riktar in sig på att minimera självmordsbeteenden. Istället uppmanas behandlare till att hjälpa patienten att hantera patientens upplevelse av lidande. Målet blir att personens känsla av autonomi

Suicidala patienter
En klinisk handbok för bedömning och behandling
Andra utgåvan

John A Chiles, Kirk D Strosahl och Laura Weiss Roberts
Natur & Kultur, 2020

kan öka vilket kan bidra till en större möjlighet för patienten att hitta andra, mer funktionella vägar än självmordet.

De **tre o:n** som står som i rubriken är centrala. Det handlar om vad som händer när någons psykiska smärta upplevs som *outhärdlig*, *ofrånkomlig* och *oändlig*. Dessa tre aspekter av smärtan kommer tillsammans vara det nav kring vilket patientens försök till problemlösning roterar. Den outhärdliga smärtan kan man vilja bli av med till vilket pris som helst, även döden. Oförankomligheten har med patientens uppgivenhet att göra, som att alla sätt att göra sig av med smärtan är prövade och att man är dömd till att lida även fortsättningsvis. Med den perspektivförlust som följer kommer det upplevas som att plågan är oändlig.

Bokens upplägg är praktiskt. Efter inledande kapitel där frågan om lidandet och sjukdomar och personlighetsdrag diskuteras, så ges i olika kapitel beskrivningar av hur man kan hantera självmordsfrågan hos patienter som vi möter bland annat i öppenvård och slutenvård, i akuta lägen och hos patienter med kronisk repetitiv suicidalitet. Alla olika områden har sina egna svårigheter och i kapitlet finns beskrivningar av samtal med fokus på att använda kriser för att nå positiva, mer livsbejakande sätt att hantera svårigheter.

När jag träffar patienter som har starkt livstvivels och en till synes stor beslutsamhet, så har jag flera gånger mött den paradox som innebär att patientens önskan att dö minskar när patientens ambivalens åter ökar. Det är smärtsamt att vara ambivalent men med respekt och uppmuntran kan smärtan bättre uthärdas och livsönskan komma att övertrumfa dödsönskan.

Det var länge sedan jag läste en bok som på samma sätt som *Suicidala patienter* bidragit med nya, kliniskt relevanta perspektiv. Jag rekommenderar den varmt till alla som arbetar med patienter som är självmordsnära – vilket alla patienter vi möter riskerar att bli. Fokus på lidandet och på vikten av att luckra upp patientens upplevelse av att stå inför ett outhärdligt, ofrånkomligt och oändligt öde är högst angeläget och kan hjälpa patienten att med större rörlighet våga tänka på lidandet utan att känna att den enda utvägen är definitivt.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm



Fysisk aktivitet och hjärnhälsa - en bok för skolan
 Maria Ekblom, Örjan Ekblom, Gisela Nyberg och
 Eva Norén Selinus
 Natur & Kultur, 2021

Inledning

Vi är genetiskt programmerade för att balansera mellan vila och fysisk aktivitet. I moderna samhällen tycks "lagom" fysisk aktivitet inte utgöra en naturlig del av den vakna tiden, utan måste mer eller mindre "konstrueras". Men balansen är svår. Det är lätt att fastna framför skärmen – "orkar inte" eller på gymmet – "måste"! Vuxna får ta eget ansvar för denna balans – springa, promenera, cykla, gå på gym. Men vem har ansvaret för barnens "konstruktion", barnen själva, föräldrarna, eller skolan? Det är inte lätt att få barn att göra sånt som är "bra för dem" om de inte själva vill.

Fysisk aktivitet och hjärnhälsa – en bok för skolan av Maria Ekblom, Örjan Ekblom, Gisela Nyberg & Eva Norén Selinus täcker professionerna barn- och ungdomspsykiatri, neurofysiologi, sjukgymnastik, lärare och forskare. De beskriver perspektiv på skolans ansvar, vad skolan kan och bör göra. I kapitel 1 avhandlas kroppen, evolutionen och samtiden. I kapitel 2 beskrivs bland annat det komplexa sambandet mellan fysisk kondition och skolprestation, fysisk aktivitet kontra stillasittande – det är faktiskt betydelsefullt vad man gör när man sitter still – samt myter om träning. Kapitel 3 fokuserar på fysisk och psykisk ohälsa inte minst vad gäller ADHD och autism. Fungerande insatser med fysisk aktivitet beträffande kognitiva funktioner, förbättrade skolprestationer och effekter på psykisk hälsa presenteras i kapitel 4. Kapitel 5 består av en översikt över forskningsmetoder beträffande urval och design.

Svårt forskningsområde

Författarna ger en översiktlig beskrivning av kvalitativ och kvantitativ forskningsmetodik och centrala problemställningar. Att kartlägga barns och ungdomars fysiska aktivitet är svårt. Att försöka mäta hur den fysiska aktiviteten förändras över tid är kanske ännu svårare. Urvalens representativitet i tvärsnittsstudier kan vara svårbedömda. Självrapportering från de unga via aktivitetsdagböcker eller indirekt via föräldrarna ger minnesbaserade skattningar. Stegräknare och accelerometrar som registrerar rörelse ger objektiva data, operationaliseringar som måste tolkas. RCT-studier kan påvisa skillnader men resultaten är ofta svåra att omsätta i den vardagliga skolmiljön. Longitudinella observationsstudier kräver lång uppföljningstid för att ge resultat med rimliga prediktionsmöjligheter inför framtiden.

Vilka funktioner påverkas av fysisk aktivitet?

WHO rekommenderar en timmes fysisk aktivitet med måttlig intensitet vad gäller puls- och andningspåverkan dagligen – god kondition och muskelstyrka har stark koppling till god hälsa. Muskel- och skelettstärkande aktiviteter bör genomföras minst tre gånger i veckan och stillasittande framför skärm begränsas. Majoriteten av unga, fr.a. flickor, möter inte dessa rekommendationer. Stegräknare visar att barn spontant rör sig mer på skol- än på fritid och allt mindre ju äldre de blir. Deras aktivitetsnivå är kopplad till föräldrarnas utbildningsnivå och



ekonomiska förutsättningar. Forskningen visar sammantaget på tydliga kopplingar, fr.a. för tonåringar, mellan fysisk aktivitet och ökad sannolikhet för välbefinnande och lägre risk för psykisk ohälsa. Liknande förhållande gäller för skärmtid som också kopplar till livskvalitet och förmåga till sociala kontakter, men det är oklart om det är skärmanvändningen eller stillasittandet i sig som är orsaken liksom om det är välbefinnande som ger en lust att röra sig/leka eller leken och rörelsen som ger välbefinnande. Det finns inget forskningsstöd för att vissa rörelser skulle vara mer effektiva än andra. Mental aktivitet under stillasittande minskar dess sänkning av skolprestationerna. Författarna betonar att man inte blir "jättefrisk" av att röra sig väldigt mycket. Stora skillnader i aktivitet behövs för att påverkan på välbefinnande ska bli praktiskt relevant.

Fysisk rörelse aktiverar dock nästan alla organ och system, inklusive hjärnan, men man blir knappast smartare genom att röra sig. Dock fungerar hjärnan bättre i avseenden som är viktiga för lärande, minne, uppmärksamhet och planering. Vad gäller ungdomar med psykisk ohälsa vilka har en tendens till låg fysisk aktivitet, t.ex. ångest och depression liksom vid ADD – ADHD utan hyperaktivitet, visar sig fysisk aktivitet minska såväl stress som symtombelastningen. Unga med påtagliga ADHD-symtom och barn och ungdomar med autism uppvisar – om än övergående – mindre stereotypier, bättre kognition, fokuseringsförmåga och funktion i klassrummet direkt efter fysisk aktivitet.

Svårhanterligt ansvar

Författarna lyckas väl levandegöra spänningsfältet mellan å ena sidan skolans ansvar för hur fysisk aktivitet struktureras och svårigheten att skapa ett skolsystem där tillräcklig sådan aktivitet är så självklart integrerad, uppbackad dels av alla vuxna i skolan och dels av barnens föräldrar, att aktiviteten blivit en vana som ingen ifrågasätter vare sig hemma eller i skolan. Såväl elevernas, föräldrarnas som personalens självbilder måste modifieras. En etablerad vana ställer inte så stora krav på motivation. Vanor grundlagda under skoltiden ska helst sträcka sig genom hela livscykeln.

Författarna ger en nyanserad och mångfacetterad bild av vad forskning på området visar och kunskap om hur barns och ungas motivation till ökad fysisk aktivitet ska kunna främjas. När det gäller den praktiska tillämpningen går de inte in på det sista steget i denna process utan lämnar elegant över den uppgiften till läsaren som inbjuds och uppmanas att formulera egna förslag utifrån sin egen erfarenhet och arbetssituation. Det är säkert klokt. Lösningar måste arbetas fram efter de lokala förutsättningarna.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*



Foto: Shutterstock/ Cherry-Merry



Vad gör skillnad?

Eftertankar från en själsdoktor

Håkan Andersson

Stenberg-Schentz Förlag, 2020

Inledning

Vid slutet av en professionell gärning kan det inte sällan vara av intresse att se tillbaka på sitt liv och formulera sig ur olika infallsvinklar. I en vanlig form för självbiografi flätar sig professionella och personliga erfarenheter samman med reflektioner och eftertankar beträffande yrkeserfarenheter och olika upplevelser och skeenden i privatlivet. Psykiatrikern Håkan Anderssons sammanfattning av livserfarenheter i boken *Vad gör skillnad? Eftertankar från en själsdoktor* har ett något annorlunda fokus. Hans bok bygger på samtal med människor, patienter, vars liv ställts på sin spets och samtalen cirklar inte sällan kring frågor som "vad gör jag här", "vad är det för mening att sträva och leva vidare". Han vill stimulera till livsmod i en värld utan kontroll och utan garantier. Hans utgångspunkter är "Något att leva av, någon att leva med och något att leva för".

Bakgrund

Författaren ger få detaljer om sin bakgrund och sitt yrkesliv men han beskriver erfarenheter från tjänstgöring i Kenya i en period då närmare hälften av landets befolkning led av aids-smitta, utbredd fattigdom och ett outvecklat sjukvårdssystem där även små insatser tycktes kunna göra stor skillnad. Han tyckte dock i motsats till en kollega att det inte var svårt att återvända till Sverige och svenskar med deras i jämförelse till synes banala problem. Ur psykologisk och existentiell synpunkt kunde dessas svårigheter att hantera sina relationer och frågor kring livets mening vara nog så plågsamt angelägna och svåra men meningsfulla att behandla.

Upplägg

Boken är indelad i korta avsnitt med olika fokus, till exempel: Uppmärksamheten, Döden, Tiden, Valfriheten, Orättvisan, Lyckan, Balansen, Medel och Självändamål, samt ett par längre: Att leva med sig själv, Hur har vi det med varandra, samt slutligen Samtalet.

Två typer av texter flätar sig i varandra. Dels korta berättelser där människors sätt att hantera sina problematiska liv står i fokus, ibland med korta vinjetter som klargör livsproblem. Dels texter av psykologisk, psykosocial, fysiologisk och medicinsk karaktär som paradigmatiskt sammanfattar hans förståelse av

och reflektioner över att vara människa i ett modernt samhälle. Författaren resonerar bland annat om balans mellan frihet och struktur, längtan och förnöjsamhet, förnuft och känsla, kontroll och osäkerhet, beroende och oberoende, förgänglighet och bestående värden. Han pekar på vikten av att förstå sitt liv och dess villkor samt att inte låta sig styras av omgivningens krav om vad vi ska göra med våra liv. Hans text går på tvären mot tidens krav på ett självupptaget identitetsskapande med en civilisationskritik i undertexten.

Några av författarens reflektioner

- När det gäller orättvisor vi tycker oss ha blivit utsatta för undrar vi ofta "varför drabbas just jag" men ställer det sällan emot de orättvisor andra blir utsatta för. Kanske ter sig den personliga orättvisan inte så orättvis om man breddar sitt perspektiv.
- Lyckokänslan kommer ofta som en biprodukt av att syssla med något annat än att försöka bli lycklig. Det är omöjligt att bli lycklig genom att sträva efter det. Tillfredsställelsen å andra sidan är resultatet av en medveten reflektion över om vi ägnar livet åt det som är viktigt för oss.
- Vikten av att försöka att släppa klockan i en tidsfixerad kultur som väg till en annan mentalitet. Vi erbjuds ändå bara en timma i taget, det är egentligen meningslöst att skynda sig. När man är i sitt esse, "flow", försvinner tidsaspekten – hellre göra färdigt än att låta klockan styra val av uppgifter: det vill säga vara "process- snarare än klockstyrd".
- Allt är som det måste vara, allt går inte att förstå. Egentligen är allting alltid lugnt – allt annat är ett missförstånd – (en intressant tanke!).
- Till detta kommer förmågan att nöja sig med det som är tillräckligt bra. Livet är som en vandring i en bärskog av möjligheter. När man plockat korgen full kan man aningen glädja sig åt det man lyckades plocka eller gräma sig över det man inte lyckades plocka.



- Att undvika sorg är att aldrig fästa sig vid något. Priset är ett liv utan kärlek. Sinnesfrid är upplevelsen av att inget behöver åtgärdas. Det finns inget att uppnå att sträva efter och inget att oro sig för – allt är som det ska.

Författaren avslutar boken genom ett par bilder av sin syn på livet dels som en dans, dels som en seglats. Man anar följsamhet, rörelse, närvaro, improvisation.

Ett personligt collage

Boken är innehållsmässigt rik med vardagligt språk och väl skriven. Den är i en mening lättläst men krävande om man låter sig beröras av texten, inte bara kognitivt utan även emotionellt. Författaren påpekar att boken inte handlar om arbete med psykisk sjukdom vilket avspeglas i att vissa tankar om konstruktiva förhållningssätt i problematiska situationer förefaller kräva resurser som inte står alla till buds vare sig individuellt eller i nätverket. För övrigt kan den vara vardagshjälpssam och läsas som underlag för reflektion över det egna livet eller med distans "så intressant – men dra inte in mig i detta". Valet är läsarens!

En reflektion

Många av oss har kanske när livet varit svårt haft svårt att hantera frågan "har jag som på många sätt har det så oerhört väl förspänt i ett fungerande samhälle verkligen rätt att klaga, borde jag inte kunna vara tacksam för allt som trots allt är bra?". Kanske har var och en rätt till sin egen känsla i nuet utan skam eller ifrågasättande, oavsett livsomständigheter.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*

Har du uppdaterat dina kontaktuppgifter på kansliet?

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

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

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

För säkerhets skull!

Samhällsintresserade kollegor se hit!

Svenska Psykiatriska Föreningen får årligen en mängd remisser från bland annat Socialdepartementet, Svenska Läkarsällskapet 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



BOKRECESSION

Sex och lögner

Leïla Slimani

Natur & Kultur, 2018

En kort och lättillgänglig bok om sexuell dubbelmoral med utgångspunkt i den strängt kulturellt reglerade sexualiteten i Marocko.

Leïla Slimani, som är journalist och författare, har vuxit upp i Marocko men lever och arbetar i Paris. Hon återger samtal med marockanska kvinnor (och några män) som skildrar svårigheterna med att leva i ett samhälle där sexualitet inte är individens privata angelägenhet utan offentligt reglerad och tabu. Slimani visar hur liten del av detta som kan härledas ur religion och hur stor del som är ett nedärvt hederskulturellt mönster. Som exempel uppger hon att abort är tillåten fram till slutet av andra månaden enligt profetens tradition, men i stort sett helt förbjudet i Marocko. Slimani konstaterar att de som drabbas hårdast av hyckleriet kring sexualitet är kvinnor, homosexuella och fattiga. Den välbemedlade kan muta polisen och har tillgång till privata platser att ha sex på. Det är främst fattiga som sitter i fängelse för att ha ägnat sig åt olagligheter som att hålla hand på gatan, sex utanför äktenskapet, prostitution med mera. Slimani citerar Pierre Bourdies definition av socialt elände som inte bara inbegriper eländiga villkor utan också en eländig ställning i samhället. Ett exempel är att barn som inte erkänns av sina fäder måste ha namn innehållande "abd" som betyder tjänare.

Boken innehåller naturligtvis förfärliga skildringar av förtryck, våld och skam men handlar också om åtrå och kärlek. Den tar upp specifika problem ur marockansk synvinkel men innehåller också allmänmänskliga problemställningar och rekommenderas varmt till envar.

Anna Hillerberg

Specialist i psykiatri och rättspsykiatri

"Boken innehåller naturligtvis förfärliga skildringar av förtryck, våld och skam men handlar också om åtrå och kärlek."



Ta del av våra remissvar!

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





Inledning

För femtio–sextio år sedan fördes en het debatt om människosyn i psykiatrisk och psykoterapeutisk verksamhet. En humanistisk syn på människan som subjekt med avsikter ställdes mot en mekanistisk människosyn styrd av orsak och verkan. Psykodynamiska terapeuter hävdade det första synsättet och tillskrev beteendeterapeuterna – detta hände sig före KBT-eran – den mekanistiska människosynen. På den tiden hade beteendeterapeuterna föga intresse för människans inre värld med dess tankar och känslor i motsats till aktuell KBT, inte minst dess tredje våg.

En skillnad som dock kvarstår mellan KBT och PDT är fokus på tidig erfarenhet och utveckling respektive upprätthållande vad gäller symtom. Dessa aspekter aktualiseras för mig utifrån rubriken på Steven James Lintons och Ida Flinks bok *12 verktyg i KBT. Från teori till färdighet*. Metod, teknik, tillvägagångssätt är begrepp inom många psykoterapeutiska skolor men ”verktyg” för tanken ett steg längre, till mekanik i vidare mening. Jag tror nu inte att begreppet verktyg är särskilt kontroversiellt. Den vardagliga synen på människan har nog förskjutits så pass mycket under detta halvsekel att behandlingsrummet mycket väl kan kallas verkstad utan att någon höjer på ögonbrynen.

”Boken är väl genomtänkt och pedagogiskt strukturerad.”

12 verktyg

Boken är väl genomtänkt och pedagogiskt strukturerad. De verktyg författarna presenterar täcker hela terapiprocessen och har visat sig fungera i flertal studier, i skilda miljöer och med olika patientgrupper. Bortfall beroende på att klienter inte kunnat motiveras tillräckligt för att genomföra bärande men påfrestande moment i terapin, till exempel undvikande och exponering, har ibland varit en akilleshäla inom KBT. Författarna hanterar denna problematik vad gäller terapeutens följsamhet i relation till klienten genom att inkludera erfarenheter från MI, Motivational Interviewing.

En del av de tolv verktygen är av mer generell psykoterapeutisk natur: God kommunikation, Avslappning, Medveten närvaro, Psykoedukation och Problemlösning. Andra verktyg är mer KBT-specifika: Beteendeaaktivering, Beteendexperiment och Exponering. Vissa åter tycks mitt emellan: Mål utifrån värderingar, Hemuppgifter, Utvärdering och Återkoppling samt Vidmakthållande av framsteg.

Boken avslutas med ett avsnitt om terapeuters egen utveckling där författarna påpekar att dessa för sin utveckling inte sällan har samma behov som sina klienter vilket gör att det bland de beskrivna verktygen kan finnas uppslag för tillämpning i terapeutens egen utvecklingsprocess.

Pedagogiskt upplägg

Beskrivningen av varje verktyg rymmer följande moment: I *Vetenskapligt stöd* redovisas och diskuteras forskningsfynd som stöder tillämpningen. I *Användningsområden* beskrivs vid vilka problem och symtom ett verktyg har evidens. I *Instruktioner steg för steg* klargörs översiktligt hur användningen av verktyget är byggd och hur användningsprocessen genomförs. I *Tips när du använder verktyget* fördjupas de kliniska erfarenheterna av de centrala förutsättningarna och fallgroparna när det får optimal effekt mer i detalj. Varje kapitel avslutas dels med en *videodemonstration* på nätet, dels med förslag till *övning* där två terapeuter tillsammans kan träna användningen av verktyget i fråga genom ett klient/terapeut-rollspel efter en given fallbeskrivning och därefter tillsammans utvärdera processen.

Några nedslag

Författarna betonar vikten av att precisera mål, helst mätbara, så att det går att urskilja förändring. Mål ska hellre vara formulerade så att något ska uppnås snarare än undvikas. Att klienten engageras i skattning av förändring och får återkoppling på sitt handlande är helt centralt. Forskning visar att genomförande av hemuppgifterna tycks vara det mest bärande av verktygen – de ”är” terapin! Stora krav ställs därför på hur de formuleras tillsammans med klienten. Gärna hjärnstorma tillsammans med klienten för uppslag. Valet av uppgift kräver först och främst en väl genomförd beteendeanalys. Att motivera klienten att lära sig verktyget problemlösning, vilket i sig är något av universalverktyg, kan vara utmanande då det fordrar ett speciellt ”mind set”. Vissa människor tycks ha detta mind set ”gratis” – där många ser problem ser de utmaningar. Verkan av en handling uppfattas som den information som styr nästa handling,



Foto: Shutterstock/Ilike

snarare än som ett resultat i termer av lyckat /misslyckat. Lineärt tänkande ersätts av cirkulärt. För att motivera klienten kan ibland vardagspsykologin behöva inverteras. Den i sig logiska föreställningen "när jag mår bättre kommer jag att kunna träffa mina vänner" ska vändas i eller kompletteras med "när jag har träffat mina vänner kommer jag att må bättre". När klienten bryter inaktivitet får terapeuten vara observant på att detta inte sker bara genom fokus på "måste-aktiviteter" vilket ger negativ förstärkning.

Att vidmakthålla framsteg är ofta svårt när klienten efter avslutad terapi kommer i kontakt med alla de konsekvenser som tidigare upprätthöll problemen och terapeuten inte längre finns till hands. En plan för vidmakthållande kan innehålla en definition av riskfaktorer för återfall, utpekande av vilka delar av behandlingen som varit till störst hjälp och förtydligande av vad klienten lärt sig att göra annorlunda samt involvering av närstående som kan ge stöd.

Brett användningsområde

Bokens upplägg med fokus på verktyg möjliggör för terapeuter med annan utbildning än KBT och viss eklektisk inställning att införliva verktyget i fråga i sin behandlingsarsenal då stegen i tillämpningen är systematiska, väl definierade och begripliga. En tillämpning kan vara värdefull inte minst inom psykiatri där modifikationer ofta måste göras då det sällan är möjligt att konsekvent tillämpa en viss metodik. Boken kan därför rekommenderas till en vid läsekrets.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*



Rapport från Nordic Congress of Psychiatry 2021

Finlands psykiatriska förening, i samarbete med de nordiska psykiatriska föreningarna, anordnade den 17–18 juni 2021 den 33:e Nordiska psykiatriska kongressen, NCP2021.

NCP är en uppskattad internationell vetenskaplig psykiatrisk kongress som arrangeras vart tredje år i ett nordiskt eller baltiskt land. I år skulle mötet ha ägt rum i Helsingfors 16–19 juni men istället blev det ett virtuellt arrangemang med ett vetenskapligt program av hög kvalitet, med både plenumföreläsningar och symposier.

Kongressen samlar psykiatrer och forskare särskilt från de nordiska och baltiska länderna. Med sitt virtuella format blev kongressparollen "Connecting Minds" mer aktuell än någonsin.

Ett aktuellt tema som avhandlades i år handlade om utvecklingen av "digital psykiatri". Det är en global satsning med unika möjligheter på psykiatrins område. Bland många intressanta föredragshållare noterades särskilt professor Eduard Maron som tillsammans med ett internationellt team av experter, genetiska forskare och stödorganisationer har publicerat ett "Manifesto for an International Digital Mental Health Network" (IDMHN).

"På NCP presenterades IDMHN-konsortiets vision och strategi för vidareutveckling av digital psykisk hälsa."

På NCP presenterades IDMHN-konsortiets vision och strategi för vidareutveckling av digital psykisk hälsa. Psykiatrin vid Helsingfors universitetssjukhus (HUS) erbjuder modern internetbaserad psykiatrisk öppenvård och KBT i samverkan med den specialiserade slutenvården. Det är individualiserad "patientcentrerad" vård som använder sig av modern teknik för att hantera det ökande söktrycket. HUS har tillhandahållit internetbaserade behandlingar med kognitiv beteendeterapi (iCBT) sedan 2013.

Plenumföreläsningarna med många världsberömda talare täckte ett brett spektrum: från psykiatrisk genetik till kliniska prövningar; från neurobiologin bakom sociala interaktioner till framtidens psykoterapier, liksom barn- och ungdomspsykiatri och psykiska problem och folkhälsa relaterat till covid-19.

Jonas Eberhard
Vetenskaplig sekreterare SPF

Martin Hultén
Ordförande SPF



Den krokiga vägen upp till ättestupan

Rapport från ett seminarium om dödshjälp

I Kils område finns en vandringsstig upp till Rennstadsnippans naturreservats topp som ligger 253 m över havet och där kan man få en vacker utsikt över Värmlands skogar, dalar och sjöar. Folk i trakterna brukar kalla stället Ättestupan. Historiker och litteraturforskare påstår att det bara är en myt att gamla människor som var en belastning för sig själva eller samhället "hjälpdes" till döden från de branta klipporna. Men det finns platser överallt i Sverige som sägs ha fungerat som en så kallad ättestupa för länge sedan. Hur etiskt eller pragmatiskt försvarbart skulle ett sådant agerande ha varit?

Det är vanligt att människor i livets slutskede inte längre kan ta hand om sig själva, är beroende av omvårdnad dygnet runt och lider mycket såväl fysiskt som psykiskt. Inte sällan ber de om hjälp för att slippa detta. Läkarens uppgift är att bota eller lindra lidandet, men vad kan man göra mer om det inte längre går att lindra lidandet vid obotlig sjukdom, när alla resurser är uttömda?

I Sverige har man relativt nyligen börjat diskutera kring eutanasi och dödshjälp, både bland professionella och allmänhet. I flera andra länder finns redan lagar och föreskrifter för att reglera den här komplexa frågan. I vissa delar av världen finns etablerad praktik för eutanasi eller assisterat suicid. Många gånger anses psykiatern

vara den som har bäst kompetens att bedöma om individen är beslutskapabel, vid sina sinnens fulla bruk och förmögen att ta ett grundat ställningstagande. I kliniken hör man inte alltför sällan att någon önskar en "dödsspruta", hur kan man avgöra om detta är vad individen verkligen vill? Därför var det rätt i tiden att Svenska Psykiatriska Föreningens fortbildningsserie inkluderade webinarier "Dödshjälp – en angelägenhet för psykiatrer och filosofer!?" tillsammans med Svensk Förening för Filosofi och Psykiatri den 26 maj 2021.

Moderator var **Anne H Berman**, docent i klinisk psykologi vid Karolinska Institutet, som skickligt koordinerade en bred panel av experter och introducerade föreläsningar, diskussioner och frågor, med ödmjuk framtoning.

Alessandra Hedlund, före detta ordförande i SPF, välkomnade å föreningens vägnar och bistod i interaktiva moment i webbplattformen Zoom, som fungerade utmärkt förutom några enstaka ljudrundgångar.

Det intressanta temat lockade 46 deltagare som lyssnade och engagerade sig i den slutliga paneldiskussionen som hade kunnat pågå betydligt längre än den avsatta tiden. Även i chatten var dia-

logen livlig under hela seminariet och där delades även länkar till relevanta artiklar och olika informationskällor.

Ingemar Engström, affilierad professor i barn- och ungdomspsykiatri vid Örebro universitet, förklarade terminologi och definitioner för dödshjälp, eutanasi och assisterat suicid, samt gav en översikt över aktuellt läge i världen, olika lagstiftningar och praxis. Det finns två huvudsakliga modeller för dödshjälp, de så kallade Oregon- och Beneluxmodellerna. Oregonmodellen förekommer i Nordamerika där flera delstater i USA har avkriminaliserat läkarhjälp för suicid. Patienten i fråga skall vara i livets slutskede med förväntat döende inom kort på grund av obotlig sjukdom, där sjukvården inte kan erbjuda mer för att minska lidandet. Beneluxmodellen, som förekommer i Belgien, Holland och Luxemburg, tillåter aktiv eutanasi som hjälp mot outhärdligt lidande i obotlig sjukdom. Bägge modellerna förutsätter att personen är beslutskompetent.

Den accepterade och reglerade praktiken i den svenska sjukvården är beslut om att avstå från livsuppehållande behandling (så kallat 0 HLR-beslut) och palliativ sedering.

Slutligen delgav professor Engström sina egna perspektiv i frågan.

Rolf Ahlén, docent i medicinsk humaniora, allmänläkare verksam inom psykiatri i Karlstad, utvecklade etiska aspekter vidare och beskrev ytterligare skillnader mellan de två nämnda modellerna för dödshjälp. Samtliga modeller har blivit mycket omdiskuterade och det finns många perspektiv för och emot: humanistiska, läkaretiska, juridiska, religiösa, pragmatiska, ekonomiska. Han ställde även en provokativ och viktig fråga med hänvisning till föreningen "Suicide Zero" och deras kampanj; är alla suicid patologiska?

Anna Lindblad, specialist i psykiatri och äldrepsykiatri samt forskare vid Karolinska Institutet, presenterade data från egna och andras studier angående svenska läkares attityder till dödshjälp och hur de har förändrats över tid. Läkare verkar vara mindre positiva till dödshjälp jämfört med allmänheten. I en intressant studie hade man jämfört läkare med veterinärer, som på gruppnivå var mer positiva till dödshjälp jämfört med läkare.

Manne Sjöstrand, psykiater och forskare vid Karolinska Institutet, höll en presentation om beslutskompetens ur ett kliniskt psykiatriskt perspektiv.

Lars Wahlström, psykiater vid konsultenheten inom Psykiatri Sydväst, delade med sig av värdefulla erfarenheter från sin kliniska vardag, där det ingår att bedöma beslutskompetens hos patienter som önskar intyg på det för att ansöka om dödshjälp i Schweiz. Bland annat diskuterades juridiska aspekter kring önskan eller testamente om aktiv eutanasi, särskilt om patienten skrivit dessa innan hen har tappat sin autonomi och beslutsförmåga. Och hur ska man agera om en numera icke-beslutskompetent patient kraftigt motsätter sig eutanasi?

Seminariet avslutades med ett panelsamtal där debatten inleddes av **PC Jersild**, läkare och författare, som fokuserade på individens integritet och rätt att bestämma över sitt liv och sin död. Vad är mer etiskt och bättre för individen, att tillsammans med sina närstående ha möjlighet att bestämma om livets slut innan man helt tappar sin autonomi, eller förlora sin värdighet, lida i kronisk smärta och hjälplöst vänta på döden? Naturligtvis två extrema situationer med en verklighet däremellan, men själva ovissheten kan vara skräckinjagande för individen.

Ullakarin Nyberg, före detta ordförande för SPF, överläkare vid Norra Stockholm psykiatri och suicidforskare, argumenterade emot, särskilt med fokus på hur samhällsklimatet påverkar unga människor. Viktigt att samhället ställer upp på att visa att det finns hjälp och lindring i lidandet. Hon poängterade även riskerna med att väcka ambivalens hos människor som har fattat självdestruktiva beslut.

Anna Lindblad bidrog i diskussionen med reflektioner utifrån olika attityder hos läkare respektive allmänhet. Flera intressanta aspekter lyftes fram, bland annat från USA där många som får en dödlig dos läkemedel förskrivet inte använder det, samtidigt som man anser att det är en trygghet att ha tillgång till det. Kön fördelning och frågor om mångfald bland dem som får dödshjälp var också mycket intressanta; gruppen representerar inte samhället i stort, med viktiga reflektioner och tolkningar som följd.

Huruvida någon form av dödshjälp kommer att legaliseras i Sverige i framtiden är det svårt att sia om. En sak är säker, debatten kommer att fortsätta. Troligen kommer vi psykiatrer bli involverade i diskussioner och processer; det bör vi också se till att bli. Mer än någon annan specialitet har vi erfarenhet av människor som ser döden som enda utväg för att få slut på ett svårt lidande; det är ett unikt perspektiv som måste finnas med i debatten.

Tarmo Kariis

Överläkare, allmänpsykiatriska slutenvården Karlstad

Styrelsemedlem SPF

Foto: Tarmo Kariis

Med bidrag från Alessandra Hedlund

Överläkare i Stockholm och före detta styrelseordförande SPF



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: **17/11**

Tema: Tillit



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.

34th ECNP Congress Hybrid
2-5 oktober 2021, Lissabon, Portugal
<https://www.ecnp.eu/Congress2021/ECNPcongress>

21st WPA World Congress of Psychiatry
Virtuell kongress 18-21 oktober 2021
<https://wcp-congress.com/>

Svenska Psykiatrikongressen
16-18 mars 2022, Münchenbryggeriet, Stockholm
<http://svenskapsykiatrikongressen.se>

IACAPAP World Congress
19-25 mars 2022, Dubai, Förenade Arabemiraten
<https://iacapap.org/world-congresses/>

30th European Congress of Psychiatry
2-5 april 2022, Budapest, Ungern
<https://epa-congress.org/>

American Psychiatric Association Annual Meeting
21-25 maj 2022, New Orleans, USA
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/meetings/annual-meeting>

33rd CINP World Congress of Neuropsychopharmacology
9-12 juni 2022, Taipei, Taiwan
<https://www.cinp2022.org/>

ST-konferensen 2022 kommer inte att hållas i januari som planerat utan senareläggs. Information om datum och plats kommer under hösten. Håll utkik på stpsykiatri.se för information!

BUP-kongressen 2022 ersätts av fyra digitala föreläsningseftermiddagar, se information på sidan 37.



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

Cullbergstipendiet

Vill du bli inspirerad till nya arbetssätt genom att lära av kolleger utomlands? Välkommen att ansöka om resestipendier för ST-läkare och specialister i psykiatri senast den 1 februari. Stipendierna finansieras av Stiftelsen Natur & Kultur.

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

Det ska företrädesvis handla om att delta i kliniskt arbete eller metodutveckling. Forskning och deltagande i konferenser eller kurser kommer att ges lägre prioritet. Att vidareutveckla kunskaper om psykosociala och biologiska integrativa synsätt eller studera

förebyggande arbete och/eller behandlingsprojekt är några av de områden som kan omfattas. Maximalt 50 000 kr kan sökas. På nok.se/cullbergstipendiet kan du läsa mer om stipendiet och hur du ansöker.

Ansökan

Ansökan ska vara stipendienämnden tillhanda senast den 1 februari 2022. Stipendiernas namn tillkännages i mars.

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

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

Vid frågor kontakta kanslisten@svenskspsykiatri.se

Stipendiekommitté

Ansökningarna bedöms av professor Johan Cullberg, Tove Gunnarsson (Svensk Psykiatri), Hanna Edberg (rättspsykiater), Petra Truedson (ST-läkare i psykiatri), Jörgen Vennsten (barn- och ungdomspsykiater), Pauliina Victorsson (psykiater) och Annika Schildt (Natur & Kultur).