

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#4

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

Tema

Tiilit



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
- 11 Senast nytt från SPF:s Utbildningsutskott
Matilda Naesström
- 18 Bokrecension: Förtjänar forskningen vår tillit?
Lars Farde
- 21 Krönika enligt Tiger
Mikael Tiger
- 32 10 frågor – Maria Larsson
Stina Djurberg
- 64 Bokrecension: ACT helt enkelt. En introduktion till Acceptance and Commitment Therapy
Björn Wrangsjö
- 66 Bokrecension: Kroppen håller räkningen. Hjärna, sinne och kropp vid läkning efter psykiskt trauma
Björn Wrangsjö
- 68 Bokrecension: Att testa barn och ungdomar. Om testmetoder i psykologiska utredningar
Björn Wrangsjö
- 71 Kalendarium

Rapporter från möten

- 50 Att behandla den sköra, äldrepsykiatriska patienten
Rapport från SFÄP:s årliga symposium
Robert Sigström
- 54 Rapport från UEMS-BUP digitalmöte maj 2021 om utbildning och handledning
Hanna Essner, Gunnar Brodd
- 56 Planering och utveckling vid havet. SPF:s styrelses oktoberkonferens
Martin Hultén, Maria Larsson
- 60 Sammanfattning av arbetet i UEMS-CAP 2021 (BUP-sektionen)
Gunnel Svedmyr
- 62 Från bipolärfronten massa nytt
Johanna Bargholtz

Tema:

- 10 Hur blir man psykiater?
Alessandra Hedlund
- 11 Senast nytt från SPF:s Utbildningsutskott
Matilda Naesström
- 12 Några reflektioner om tillit
Björn Wrangsjö
- 13 TILLIT – i vått och torrt
Nils Lindefors
- 14 Tryggaré kan ingen vara...?
Jerker Hanson
- 15 Mellan Skylla och Karybdis
Daniel Frydman
- 18 Bokrecension: Förtjänar forskningen vår tillit?
Lars Farde
- 19 En utmärkt övning
Tove Gunnarsson
- 20 Tillitsbaserad vård
Cecilia Gotby
- 21 Tillit
Mikael Tiger
- 22 Klockan
Lioudmila Mendoza
- 25 Tillit till vården, till behandlingen och till sig själv
Åsa Palmkron Ragnar
- 26 Tillit
Maiken Fjelkegård
- 28 Litar patienten på dig, lyckas din behandling bättre
Lars Albinsson

Psykiatriska nyheter:

- 49 Reglerad fortbildning av psykiatrer
Denada Aïff, Antonio Gonzales

Debatt:

- 36 Psykoterapi – behövs det i den specialiserade psykiatrin?
Lars Jacobsson

Innehållsförteckning:

Övrigt:

- 24 Kallelse och dagordning till årsmöte i Svenska Psykiatriska Föreningen
SPF:s styrelse
- 30 Dags att nominera till Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne
SPF:s styrelse
- 30 Save the date! SPF:s gruppresan till ECNP-kongress i Wien
Tarmo Kariis, SPF:s styrelse
- 33 Dags att nominera hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen
SPF:s styrelse
- 34 STP-konferensen 2022
Styrelsen, STP
- 37 Vilken politisk fråga anser du vara viktigast för svensk psykiatri? Valårsspecial under Svenska Psykiatrikongressen 2022
SPF:s styrelse
- 37 Välkommen till SPK 2022 – det preliminära programmet presenteras
Styrelsen, SPF
- 45 Tio år efter missbruksutredningen. Intervju med Gerhard Larsson
Maria Larsson
- 47 Till minne: Johan Beck-Friis
Lennart Wetterberg
- 48 Janssen och Lif bjuder in till seminarium på Svenska Psykiatrikongressen 2022
- 52 Psykiatrin – en värld i förändring
Olle Hollertz

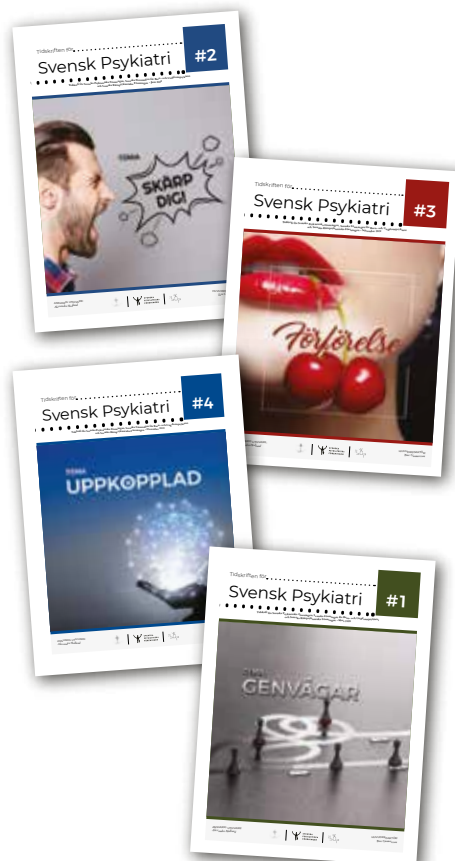
Tidskriften för Svensk Psykiatri

DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: 09/02

TEMA:

See one. Do one. Teach one?



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@regionstockholm.se)

Daniel Frydman

(daniel.frydman@icloud.com)

Per Gustafsson

(per.a.gustafsson@liu.se)

Alessandra Hedlund

(alessandra.hedlund@regionstockholm.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/David Carillet

INTERNET

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

TOVE GUNNARSSON

Redaktionell ledare



"Hur känns det att vara försökskanin?"...

... frågade skötaren en kvinna som just skulle sövas inför ECT. Det var en sommardag för många år sedan, ECT-verksamhetens ordinarie personal inklusive läkare hade semester. Vi som skulle ta hand om proceduren var väl en smula ringrostiga men inte inkompetenta, allt gick som det skulle. Men händelsen har etsat sig fast i minnet som ett skräckexempel på vad man INTE kan säga till en patient om man vill behålla något av tillit. Temat Tillit har lockat många att skriva bidrag och flera av dem handlar just om brist på sådan – till vård, forskning, organisation och politisk styrning.

På sidorna 37–44 presenterar vi det preliminära programmet för Svenska Psykiatrikongressen som ska gå av stapeln på Münchenbryggeriet i Stockholm den 16–18 mars nästa år. Missa inte det!

Nästa nummer...

... har temat *See one. Do one. Teach one?* Detta klassiska koncept (som vi valt att förse med ett avslutande frågetecken) handlar om en form av kliniskt lärande där man först får observera en medicinsk åtgärd en gång, sedan utföra den själv och därefter vara redo att själv lära ut den till andra. En sådan pedagogisk metod är sällan optimal; den utsätter patienten för risk och doktorn för stress. Ändå är det nog många av oss som känner igen detta, hur vi med bristande förberedelser kastats ut på djupt vatten och förtvivlat försökt hålla oss flytande.

På läkarutbildningen ingår inte särskilt mycket undervisning i pedagogik men ändå förväntas vi kunna lära ut det vi kan, även när vi är alldeles nya och gröna. Dessutom, att vara en bra läkare betyder – som vi alla vet – inte självklart att man är en bra lärare eller handledare.

Här finns således en del förbättringsutrymme att fundera över.

Så tänk till och skriv till oss!

Redaktionen hoppas att ni alla får möjlighet till avkoppling och återhämtning under stundande helger. Och att 2022 blir ett fint år då vi alla kan mötas på riktigt igen!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

PS Deadline till nästa nummer är den 9 februari och författarinstruktioner hittar du på sidan 8.

Normalisering?

Efter andra vågen i pandemin och efter att pandemirestriktionerna lyftes nu i höst så pågår vad som på flera håll kallas en normaliseringsprocess, en återgång till det normala. Men hur normalt hade vi det innan pandemin egentligen? Och hur önskvärd är en återgång till pre-pandemiska förhållanden? Hur normalt var det tempo många rusade fram i utan att stanna upp för eftertanke och hur verklighetsförankrat var det att vår krisberedskap var så eftersatt i Sverige? Därtill hanterades mycket av centrala behov "just in time". Pandemin bromsade upp vår framfart något och har inneburit ett stegvis uppvaknande.

Begreppet normalisering stämmer förstås avseende en del av våra vardagliga aktiviteter som vi kunnat återuppta men inte till den grad som åsyftades när projekt och arbetsgrupper startades för att hantera återgången till det normala...

Istället ser vi nu hur samhället redan snabbt förändrats på flera genomgripande sätt och hur fort anpassning sker till helt nya omständigheter som vår omvärld och situation kräver av oss. Det nya normala är redan här och vi befinner oss i tydlig rörelse mot nya mål.

Inslaget av digitala lösningar och kontakter ökar i snabb takt katalyserat av pandemin.

Nu blir dessutom mångas hem samtidigt arbetsplatser och arbetsplatser blir till nya bostäder eller till mer flexibla mötesplatser.

I sjukvården ställer vi om och digitaliseras i allt högre grad där insikten växer om att en väldigt stor del av sjukvårdsapparaten faktiskt med fördel kan skötas digitalt och på distans. Till vilken grad är dock frågan, innan förlusten av det mellanmänniska blir alltför stor och bristen i detta samtidigt patientsäker, ineffektiv och även skadlig ur ett arbetsmiljöperspektiv. Det som nu sker är till stor del på oprövd mark och mycket pionjärbete har vi framför oss. Det kräver samarbete och tillit till varandra och utvecklingsprocessen.

Samtidigt pågår i samhället i stort en fysisk och mental uppbyggnad avseende krisberedskap och vi ser nya beredskapslager byggas upp liksom att säkerheten mot yttre hot stärks i både lag och hur vi organiserar oss och hanterar känslig information. Alldeles nyligen har vi dessutom fått en ny myndighet för psykologiskt försvar som skall stärka befolkningens psykologiska motståndskraft och försvarsvilja.



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)

FACKLIG 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

Det känns inte riktigt som att det pågår en normalisering.

Vi lever snarare i en tid av omfattande förändring på flera plan och då har jag ännu inte ens berört pågående klimatförändringar och den omställning vi nu alla bör göra för att klara nödvändiga klimatmål.

Att eftersträva en normalisering i kris är normalt men det vi verkligen behöver nu är ett ganska omvälvande förändringsarbete.

Martin Hultén
Ordförande SPF

Tillit - ett litet ord av mycket stor betydelse

Gunnar Aronsson, professor i arbets- och organisationspsykologi skriver "Att uppleva tillit betyder att världen blir mera förutsägbar vilket reducerar osäkerhet och därmed minskar upplevelsen av stress. Den psykologiska kärnan i tillit är att människor och ting är pålitliga. Därigenom stabiliseras mänsklig identitet och den sociala världen blir mera förutsägbar och hanterbar. Tillit reducerar risken för upplevelse av kaos."

Tillit gör det lättare för oss människor att handskas med det sociala livets osäkerheter och risker.

Hur uppstår då tillit? Jag tänker att det handlar om transparens och tydlighet. Vi känner oss trygga med människor som är tydliga och transparenta i sina tankar och vars handlingar avspeglas av samma tankegångar som de förmedlar. Det gör världen begriplig och skapar en grund för en känsla av tillit.

När vi tänker på tillit går tankarna oftast till privata relationer: nära kärleksrelationer, vänskap. Eller relationen mellan det lilla barnet och föräldrarna. Tillitsfulla relationer är något många strävar efter, något de flesta av oss mår bra av att vara i. I dessa relationer minskar mängden stress och vi kan slappna av.

Men tillit är även basen för god vård. Då menar jag inte bara behandlaren förmåga att skapa en god allians till sin patient, vilket kanske är den enklaste formen av tillit, utan även medborgarnas tillit till vårdsystemet. Hur lyckas vi skapa den tilliten? Vad är basen för den? Jag tänker att den "lilla" nivån, mötet mellan patienten och behandlaren, även avspeglar sig i den "stora" nivån, behandlaren möte med organisationen och organisationens möte med samhället. Och på alla dessa nivåer så handlar det om samma principer för tillit; transparenta tankar och handlingar som uttrycker samma tankegångar i praktiken.

När patienten och anhöriga kommer till vården och möter en behandlare så har de ofta väntat länge med att söka vård, är frustrerade, oroliga och utsatta. Kanske har de läst på om symtom, diagnoser och har en uppfattning om behandlingar. I princip alltid kommer de med någon form av förväntningar. Vi som möter dem måste kunna inge tillit, möta frustration och förväntningar, fastän vi oftast inte kan uppfylla dem. Måste kunna förklara vad vi kan erbjuda och samtidigt behålla patientens och anhörigas tillit. Det här är inte lätt!

Vad behöver då den enskilda behandlaren för att kunna förmedla detta? Jag tänker att de behöver kunna känna tillit. Tillit till sig själva och sin egen förmåga, men även tillit till den organisation som de verkar i. Det ligger nära tillhands att tänka att det vore bra med en organisation som förmedlar "vi litar på att du som enskild behandlare gör rätt". Men nej, så tror jag inte det fungerar. För de flesta av oss skapar det bara oro. Tvärtom tror jag att man, för att förmedla tillit i en organisation, precis som i en nära relation, behöver vara tydlig och transparent. I tankar och i handling. Det är viktigt att vara tydlig med vilken vård som ska bedrivas och vilka förutsättningar som finns. När vårdens syfte, innehåll och förutsättningar är tydliga blir de också lättare att förhålla sig till som medar-



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@norrboten.se)

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

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

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

LEDAMOT: Cecilia Månsson
(cecilia.mansson@regionstockholm.se)

LEDAMOT: Jonas Nilsson
(jonas.o.nilsson@regionostergotland.se)

ST-REPRESENTANT: Thomas Zizala
(thomas.zizala@vgregion.se)

SFBUP:s hemsida: www.sfbup.se

betare och även som patient. Jag tror det minskar stress hos personalen och skapar en mer tillitsfull organisation. Och det ger bättre förutsättningar för den enskilda behandlaren att förmedla tydlighet och trygghet till patienten. Vilket både skapar en bas för patientens tillit till behandlaren, men även för patientens tillit till systemet.

Det här är svårt men inte ogörligt. Och framför allt tänker jag att det är otroligt viktigt att vi närmar oss och resonerar kring detta – för det är på detta fundament vårt samhälle vilar. Individens tillit till systemet.

Vi lever i ett samhälle där vi inte längre bara är beroende av vår familj och dem som lever närmast oss. Vårt samhälle är byggt på samhällsinstitutioner – skolor, sjukvård, myndigheter – och vår tillit till dessa. Deras förmåga att existera bygger på att medborgarna röstar och betalar skatt. Tilliten till systemet måste finnas i tillräckligt stor utsträckning för att motivera till fortsatt engagemang, annars kommer fundamentet krackelera och i värsta fall kollapsar systemet.

Så om vi vill ha vården kvar som den är så är det nog dags att på allvar fundera kring och jobba på, tilliten....

Susanne Buchmayer
Ordförande SFBUP

Fred på jorden

Nu är det dags igen.
Denna gång handlar det om tillit.

Jag strävar efter att nå detta tillstånd med mina patienter, ett tillstånd då de litar på mig och förhoppningsvis lyssnar till mina råd. Jag försöker hitta en gemensam nämnare och en samsyn, men det går ju inte alltid – så fort. Emellertid har jag sett att framgång föder framgång och det är viktigt att försöka hitta framgång i behandlingen, en samsyn, en överenskommelse, en gemensam väg att gå.

Om man inte hittar denna gemensamma väg att gå så har man tredubbelt jobb framför sig.

Vi arbetar med patienter som inte vill vara hos oss, de vill inte heller samarbeta med oss förrän vi hittat ett gemensamt mål.

Utskrivning, åtminstone till öppen rättspsykiatrisk vård med villkor, kan vara ett gemensamt delmål, vilket är en bra lösning.

Begreppet utvecklades i USA för många år sedan, och det har vandrat vindlande vägar till dagens rättspsykiatriska vård. Även LPT har denna möjlighet men det kan vara svårare att hitta rätt i LPT-situationen. Ska man bedöma nuläget eller historien? Scenariot ett eller två? Ofta ger oss historiken ett gott alternativ. Långsamt ökar antalet fall med framgångsrik öppen LPT.

Tilliten måste även finnas gentemot förvaltningsrätten och gentemot sakkunnig, som faktiskt kan sabotera hela processen. Lyckligtvis händer detta allt mer sällan, systemet har börjat komma i balans.

Jag – en paternalist – tycker öppen tvångsvård är en bra kompromiss i gränslandet mellan egen vilja och följsamhet till ett förhoppningsvis bättre liv. I min hemregion Norrbotten har vi en integrerad öppenvård, efter utslussning blir det dags för öppenvårdspersonalen att göra hembesök. Man är två personer per distrikt, bilburna, som besöker patienterna i deras egna bostäder, det kan vara även i gruppboenden och skapar en bra kontakt inte bara med patienten utan även den lokala personal som finns kring patienten. Detta skapar tillit.

Jag kommer att åka hem till patienterna denna jul, ett hembesök med present, det brukar faktiskt bli choklad, "nyttighetspresenter" är ofta inte lyckade. Det som är fantastiskt är patienternas förväntan och längtan till detta hembesök. Det är goodwill och jag får möjlighet att träffa patienten. *Detta besök ökar samarbetet.*

Samarbete föder tillit och det startar på individnivå. Tänk om det gick att höja samarbete och tillit mellan olika huvudmän?

Det kanske inte är så stor skillnad på paternalism och maternalism i alla fall, eftersom det syftar till något bättre.



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)

FACKLIG 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

Det pågår just nu en rörelse som ska förstärka möjligheten att ingripa mot missbruk. Man talar om att utöka målgruppen för LPT till att innefatta även missbruk, som såklart redan nu har en stor andel i den psykiatriska patientpopulationen. Måhända är det en respons på att LVM inte har fungerat så bra annat än i ett fåtal fall, men jag ser också att det har varit svårt att hitta samarbete i denna grupp. Faktiskt har vi skrikit åt varandra och ofta sagt att "detta är ert bord". Även detta har blivit mindre förekommande senaste åren. Vi har börjat komma i balans. Men patienterna har fortfarande inte lyckade LVM i de flesta fallen.

Här behövs en åtgärd. Man skulle behöva försöka med öppen LPT även för missbrukare.

Kanske tilliten kan expandera som framgångsfaktor, att få brev från IVO med tillitskänsla istället för obehag. Just nu sjunker väl läkarkårens förtroende för IVO, det kan få en ände med förskräckelse, dock hoppas jag det ska ändras med tiden.

Fred på jorden behöver inte vara en utopi om vi börjar där vi står. Här, med dem vi har omkring oss.

Per-Axel Karlsson
Ordförande SRPF

SVENSK PSYKIATRI

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **09/02**

Tema:
See one. Do one. Teach one?



Utgivning 2022

NUMMER 1 2022

Tema: *See one. Do one. Teach one?*

Deadline 9 februari

Utkommer vecka 10

NUMMER 3 2022

Tema: *Meddelas senare*

Deadline 31 augusti

Utkommer vecka 38

NUMMER 2 2022

Tema: *Meddelas senare*

Deadline 18 maj

Utkommer vecka 23

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



Hur blir man psykiater?

"Han heter Mowgli och han ska föras tillbaka till människoby, nu med detsamma." – "Till människoby? Har du fått spader? Där blir han en människa ju!"

Det var julklassikern "Djungeboken" jag tänkte på, när ST-läkaren lade fram sin osäkerhet på mitt bord. "Jag är tveksam om jag ska fullfölja min ST. Då blir jag en *psykiater* ju! Är det verkligen *psykiater* jag vill bli?" Sättet som han sa det på påminde mig om filmens replik, rak och ärlig, men också fylld av uppriktig oro. En replik så djup i all sin enkelhet, som sätter fingret på livets svåra frågor; hur blir man den man vill bli? Hur mycket väljer man själv och hur mycket beror på miljön man befinner sig i? I vilken utsträckning ska man anpassa sig till miljön? Och omvänt, är det överhuvudtaget möjligt att vilja någonting annat än det som ens miljö vill med en? Jag tror inte att ST-läkaren som satt på mitt rum är ensam om att känna så.

En lärarkollega har sagt att en av grunderna till lärande och utveckling är psykologisk trygghet. Grovt förenklat, om jag känner mig trygg med att våga göra fel så vågar jag även utvecklas. På något vis handlar det också om tillit.

Så vad gjorde vi? Tillsammans undersökte vi hans situation och grunden för hans tveksamhet. Varför valde du psykiatri en gång i tiden? Tycker du att patienterna är spännande? Orkar du dela deras lidande? Tycker du att psykiska sjukdomar är intressanta? Javisst, inga bekymmer där. Det var andra saker som gödde ST-läkarens osäkerhet, mer specifikt två. Den ena var brist på förebilder; han ville inte bli som många specialister han mött. Den andra hade med vårdens styrning och organisation att göra; han tyckte att vissa arbetssätt i praktiken inte blir meningsfulla för patienterna, samtidigt som de försämrar personalens arbetsmiljö.

Mötet gav många insikter och jag vet inte hur det kommer att sluta. Det spelar ingen roll. Jag visste precis vad han talade om. Det var inte svårt att känna empati och bekräfta hans upplevelse, snarare fick jag lust att skrika "byt inte bana nu, snälla, psykiatri behöver människor som du!" Det var en solig sommar dag men vi hade ett åskmoln i rummet. Ett minne dök upp hos mig.

En lika solig, men kylig vårvinterdag. En annan tid, en annan situation, en annan handledare, samma osäkerhet. Jag glömmer aldrig det hon sa, därför sa jag det till ST-läkaren på mitt rum och nu vill jag säga det till alla unga läkare som någon gång tvekar över sitt val av yrkesbana. *Se ditt specialistbevis som ett körkort*. Det betyder inte att du kan allt, men det ger dig mandat att välja riktning och förändra det du idag inte tycker om. Det ger dig möjlighet att vara den förebild som du själv saknat. Att bidra till att skapa de där arbetssätten som du idag tycker saknas. Att leda ett team på det sätt du vill, pröva, utvärdera, börja om. Du blir aldrig färdig, det är läskigt, men det är just där möjligheterna bor. Om du kan acceptera en viss grad av osäkerhet kommer du att hitta nya utmaningar, stora som små, hela tiden. Du kommer aldrig sluta utvecklas.

Åskmolnet skingrades. Jag vet inte hur det kommer att sluta och det spelar ingen roll. ST-läkaren hörde av sig några veckor senare, var tacksam och peppad. Själv skulle jag aldrig glömma vårt samtal. Kanske handlar detta om tillit – tillit till sig själv. Det är det viktigaste vi specialister kan ge till nästa generation.

Alessandra Hedlund
Psykiater
Stockholm



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott

Ett ämne som lyfts senaste tiden inom utbildningsutskottet, SPF och STP är om det finns ett behov av specialistexamen för psykiatri. Denna fråga är inte ny och det har tidigare gjorts försök att göra en frivillig nationell ST-examination, som dock inte fick genomslagskraft. Frågan blev nu åter aktuell efter att vi mottagit en enkät från Läkartidningen om det tillämpas en frivillig specialistexamen inom vår specialitet.

Frågan är komplex och en vattendelare både bland ST-läkare och specialister. Till *farhågorna* hör de resurser och den tid som skulle krävas för att utveckla, genomföra och uppdatera en specialistexamen av god kvalitet. Samt vilket incitament som skulle uppmuntra att genomföra en frivillig examination. *Fördelar* med en specialistexamen skulle vara en möjlighet att säkerställa en viss standard för kunskaperna inom psykiatri vid specialistlegitimation och motverka skillnader i lokal behandlingstradition. För att säkerställa att personer med psykiska sjukdomar och tillstånd får en mer likvärdig vård nationellt.

Skulle en specialistexamen vara genomförbar tror jag att det behöver vara ett obligatoriskt moment i ST-utbildningen, som administreras och sköts av en central enhet nationellt. Likt hur AT-provet är organiserat. Då skulle en specialistexaminering ha möjlighet att bidra och fungera som en nationell kunskapskalibrering. Dock är jag personligen av åsikten att det är viktigare med en genomgripande hög kvalitet på hela ST-utbildningen än en sluttentamen. Arbete med att standardisera och höja kvalitén på den teoretiska specialistutbildningen inom psykiatri har redan gjorts via satsningen med METIS – mer teori i ST. Det har varit ett lyckat koncept för att bidra till att skapa en mer sammanhållen specialistutbildning för att få en jämlik vård över hela Sverige.



När det kommer till ämnet tillit så lägger personer som kommer i kontakt med psykiatriska specialistvården stor tillit till vår profession. Våra patienter förväntar sig ett professionellt bemötande och handläggning. Därmed anser jag att en mycket viktig fråga är hur vi säkerställer specialisters aktuella kunskaper och fortbildning. Våra patienter ska kunna förvänta sig excellens. Så frågan är hur vi säkerställer detta för att förtjäna deras tillit?

Matilda Naesström
Facklig sekreterare SPF
Ordförande UU

Några reflektioner om tillit

Vad är tillit?

Enligt en definition innebär tillit att "världen blir mera förutsägbar vilket reducerar osäkerhet och därmed minskar upplevelsen av stress. Den psykologiska kärnan i tillit är att andra människor, man själv och ting är pålitliga. Därigenom stabiliseras mänsklig identitet och den sociala världen blir mera förutsägbar och hanterbar" (Tidningen Mind 2017-09-16). I en relation innebär tillit en kvalitet av potentiellt överlämnande och därmed sårbarhet, en föreställning om att inte bli sviken. Att visa tillit i handling innebär att ta risken att bli besviken eller utnyttjad. Tillit till, att lita på, har naturligtvis olika tyngd och omfattning beroende på sammanhanget. Man kan lita på, ha tillit till en person i ett avseende men inte i ett annat. Tilliten kan sträcka sig utöver den individuella, man kan känna tillit till sin grupp, sitt företag, sitt land. I vardagen använder vi sannolikt både vår förmåga till automatisk mentalisering och medveten utvärdering av tillförlitlighet och trovärdighet inte bara i förhållande till andra människor, utan även i relation till massmedia. Flödet av information i det moderna samhället är dock så stort att vår bedömningskapacitet ofta är otillräcklig. Vi orkar/hinner helt enkelt inte ta ställning till om informationen är tillförlitlig eller ej. Tillit som känsla har en komplex relation till kognitionen. Kognitionen hjälper till att utvärdera vad som är värt att ha tillit till. Men känslan och ett beroende av tilliten kan också "förvrider huvudet" på kognitionen. Det lilla barnet klamrar sig fast vid tilliten in i det sista till en destruktiv förälder och ifrågasätter hellre instinktivt sig själv än sin förälder.

Tillit ur utvecklingssynpunkt

Tillitens koppling till anknytning i Bowlbys mening tycks väl befäst. En trygg anknytning förefaller innebära en oreflekterad "good enough" tillit för att tala med Winnicott. Den otrygga anknytningen tycks villkorad och rymma störande element av misstro, medan den desorganiserade tycks innebära att barnet inte vet vad det ska tro. Tilliten har betydelse för utvecklingen av identiteten i tonåren. Den behöver enligt Erik Homburger Erikson bekräftas av en auktoritet som dels får stå som representant för samhället, dels är vald av den unga med en tillit till denna som förutsättning. Erikson lägger motsättningen mellan tillit och misstro som grund för sin epigenetiska utvecklingsmodell. Känslan av grundläggande tillit är enligt Erikson en allt behärskande attityd mot sig själv och mot världen. Tillit har sitt upphov i det första levnadsårets upplevelser och innebär en i grunden förtröstansfull inställning till andra liksom en fundamental känsla av egen tillförlitlighet. Enligt Erikson har tilliten flera bottenar, den går att bli medveten om och reflektera över, den kan iakttas då den avspeglas i beteenden och dessutom utgöra ett inre tillstånd som kan verifieras till exempel genom psykoanalytisk tolkning eller testning. Den primära

djupa misstron innebär enligt Erikson en själv- och världsbild präglad av i det närmaste totalt raseri. Man kan fundera på om den är släkt med Melanie Kleins schizo-paranoida utvecklingsposition där djupast tänkbara misstro dominerar hela upplevelsefältet. Om man går vidare och följer paranoia in på det psykiatriska området kanske man kan tänka att ett maniskt tillstånd präglas av en total självtillräcklighet och tillit till sitt eget omdöme medan djup depression snarare kännetecknas både av misstro mot sig själv och att en länk till världen saknas.

Tillit som vetenskap och faktum

På den existentiella nivån handlar tilliten om föreställningen om livet är värt att leva. På denna nivå finns också ett andligt perspektiv. Människor som har en djup tro sätter sin tillit till att gudomen styr allt till det bästa. Denna tillit sviktar inte för vissa även om de eller deras anhöriga är svårt drabbade. Det säger något om tillitens betydelse på den mest fundamentala nivån, den absoluta tilliten, den som inte är ifrågasättbar utan snarast axiomatisk. Tro och djup tillit är något som ligger bortom kognitionen. Jung lär ha sagt "jag tror inte på gud jag vet". Det vill säga denna visshet har en kvalitet som inte bara är kognitiv utan har också en orubblig emotionell djup mening. Betydelsen av tilliten till "doktor" är betydelsefull. Är jag svårt sjuk och maktlös får jag lägga allt i Guds händer och i denna stund i hans ställföreträdare doktors händer.

Misstrons livsviktighet och risker

Misstron kan på affektiv grundnivå te sig som ett absolut förkastande medan den på kognitiv nivå mer kan komma till uttryck i ifrågasättande och kritisk granskning, nödvändig för urskiljandet av det skadliga, opålitliga, förföriska. Blind godtrogenhet kan vara förödande om tilliten investeras i konspira-tionsföreställningar som på gruppnivå känslomässigt upprätthåller mening och samhörighet med likasinnade. Om misstron har denna grund på djupnivå visar erfarenheten att den är i det närmaste omöjlig att påverka med logiska argument eller vetenskaplig kunskap. Allt ifrågasättande tolkas som hot mot den egna grundläggande tryggheten vilket mer eller mindre tycks präglar sekter, vilket påminner om paranoians förutsättningar. Ett gott omdöme förutsätter en flexibel syntes av tillit och misstro baserad på såväl känsla som kognition.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

TILLIT - i vått och torrt



Foto: Shutterstock/Cristina Conti

Ordet tillit är en palindrom, vilket ju erbjuder en intressant symbolik. Palindrom, läser lika både bakåt och framåt. Känsla av tillit tänker jag mig som en dubbelriktad företeelse, för att utveckla tillit behöver vi stabila signaler från det objekt vi utvecklar tillit till. Stabila signaler i det här fallet borde nog vara av det slag som ger förutsägbart och utrymme för något slags trygghet.

Objekt för tillit kan vara av allehanda slag. Kanske tänker några i första hand på trygghetsskapande medmänniskor, såsom "nära och kära". Eller kanske det ammande barnets instinktiva tillit till det mättande bröstet. Andra kanske tänker på det goda samhället som förmodas fånga upp den som vacklar eller av andra skäl behöver stöd. Andra åter kanske i större enkelhet tänker konkret, som på det kollektiva färdmedel som kräver förutsägbara avgångstider för arbetsresor.

Kan man ha tillit till livet? I den fina webbplatsen mind.se finns ett forum för dem som vill skriva anonymt om sina förhållanden i livet, livsrelaterade känslor och vilja att leva. Kanske är det så att vi i allmänhet väljer livet för att vi bär på ett oersonligt hopp om ett bra liv? Ibland är grunden för känslomärta obegripligt svåra att härleda och andra gånger förefaller de synbarligen begripliga och rimliga i relation till erfarenheter och omständigheter.

En god vårdrelation är beroende av tillit och tillit kan, som jag ser saken, gynna såväl tillfrisknande för den sjuke som dennes förmåga att bära svårigheter. Förmåga att trösta förutsätter till-

lit. Kan vi inte annat så ska vi i allmänhet trösta och för att det ska fungera så behöver vi patientens tillit.

Synonym till tillit är förtroende. I allmän debatt och som referens till misstro används bristande förtroende som metod för kritik. Det förefaller lättare att vara misstroende eller kritisk genom att hota med att det egna förtroendet minskar för politiker, myndigheter, förlossningsvården eller vad vet jag, jämfört med att rikta saklig kritik till dessa. Den som ogillar sakernas tillstånd efterfrågas gärna av mediaaktörer om hur förtroendet påverkas. En problematisk konsekvens av att känslor ersätter saklighet i bedömning är att det dels blir oklart på vilken grund kritiken vilar och dels om den som uttalar bristande förtroende har någon konkret uppfattning om hur det föregivna missförhållandet på bästa sätt reds upp.

Tillit som modeord: Idén om Tillitsbaserat ledarskap är exempel på en begreppsmässig epidemi (pandemi?). Kurser och böcker om detta vägvinnande koncept finns att köpa i mängd för de kunskapssökande. SKR anammar tanken om tillitsbaserat ledarskap. På sin webbplats anför SKR: *"SKR är positiv till tillit i styrningskedjan och de sju vägledande principerna som är viktiga delar i en styrning. Allt tar sin utgångspunkt i brukarna och medborgarna – om deras behov, upplevelser och kunskap. Genom tillit skapas ökat handlingsutrymme för medarbetarna. Helhetssyn och samverkan präglar organisationen."* Fina ord! Det kan säkert kännas fint för medarbetare i regioner och kommuner att förespeglas ökat handlingsutrymme. SKR anför ett givet redskap för tillitsbaserat ledarskap: *"Delegera befogenheter och mandat"*. Gott så! Delegation är ofta bra. Fint att få bestämma lite mer om hur jobbet ska göras för den som har utbildning och ändamålsenlig erfarenhet. Dock har SKR en reservation: *"Prestationer måste alltid utvärderas, inte minst från den politiska huvudmannens sida. På så vis vet man om målen nås och att budgeten hålls. Tillit innebär inte att man ska sluta kontrollera, men däremot att man gör det mer selektivt och utifrån en närmare dialog med dem som ska rapportera."*

Från politiskt håll ser vi inom sjukvården inte sällan att viljan att prioritera och bestämma inte alltid åtföljs av vilja att ta ansvar för obehagliga konsekvenser. Tror läsaren kanske att Tillitsbaserat ledarskap emellanåt kan användas som redskap för att slippa ta ansvar för tokigheter, som kommer av politisk klåfingrighet; "skit rinner nedåt" så att säga? Kanske läser jag SKR som fan läser Bibeln, men misstankar skaver.

Nils Lindefors
Psykiater
Stockholm

Tryggaré kan ingen vara...?

Trygghet för en människa bygger i allmänhet mest på tillit till personer. Starka inre föreställningar av t.ex. religiös eller politisk art är också ofta viktiga, likaså materiella ting som ett hem eller naturen. Barnläkaren Donald W Winnicott lyfte fram betydelsen av "övergångsobjekt" för psykologisk utveckling. Många av oss har säkert sparat en sliten teddybjörn. Nuförtiden håller vi gärna också vår mobiltelefon i handen – den ger en kontakt med sådant som är viktigt för oss. Psykospsykiatern Harold F Searles skrev om betydelsen av "*nonhuman environment*" för att finna "consolation, strength, absorption-in-life, and above all a meaning in existence through the knowing that he is a once uniquely individual and indissolubly part of the universe" (1).

Vad gäller för en person med långvarig psykisk sjukdom?
Utan tillit ingen trygghet! Till vilka/vad kan rimligen en person med långvarig psykisk sjukdom ha tillit?

Personer? Gammal mor? Far? Psykiater som man träffar en gång per år och som inte ens alltid är samma person? Boendestödjare som man träffar några gånger per vecka, men som ofta är flera personer?

Organisationer? En mottagning? Kommunen? Politiker? Vårdentreprenörer? Vårdavtal?

Tillit till metoder eller arbetssätt? Åtgärder enligt manualer? Evidensbaserad?

Inre föreställningar? Religiösa, politiska, psykotiska? Läkarens magiska kraft?

Negativ tillit?

Rimligen ligger dåliga erfarenheter i en annan vågskål. Negativa upplevelser av t.ex. läkemedel i depåform som ger biverkningar och gör livet tråkigare, isolering, bältesläggning, oförstående personal, även läkare. Bedömning att man använder metoder som passar för andra men inte för mig.

Tillit som gruppfenomen

Utan en grupp är en människa inte mycket. Vilka grupper finns för ensamboende personer med långvarig psykisk sjukdom? Det räcker inte med individbaserat stöd!

Gruppgemenskap har också en baksida – där finns de som är utanför gruppen, ofta automatiskt stigmatiserade. Här hamnar tyvärr ofta "grupper" av personer med psykiatriska sjukdomar. Skyddat arbete, tillgång till träfflokal kan göra skillnad!

Text och foto:
Jerker Hanson

*Docent, pensionerad psykiater
Stockholm
jerker.hanson@telia.com*

Referenser

Searles, H. F. Countertransference and related subjects. p 44. International Universities Press, INC, New York 1979.



Mellan Skylla och Karybdis

I senaste Läkartidningen (46–47 2021) redovisas resultat från Läkarförbundets undersökning av medlemmarnas förtroende (Läkarnas tillitstermometer november 2021), dels för riksdagspartiernas vårdpolitik, dels för hemregionerna och Försäkringskassan. När det gäller partiernas vårdpolitik, så är det slående att inget parti gör ett förtroendeingivande intryck på kollegerna; mer än hälften av alla som svarat har låg eller mycket låg tillit till partiernas vårdpolitik. Socialdemokraterna får högst tillitssiffror – men ändå anser inte mer än en knapp fjärdedel att det partiet är att lita på (hög eller mycket hög tillit). Vad gäller Försäkringskassan och hemregionerna så anser bara cirka 40 % av de svarande att någon av verksamheterna är något att lita på.

Inte ens hälften av Sveriges läkare anser att regionerna eller det generella sjukförsäkringssystemet är något att lita på, ändå behöver alla förhålla sig till FK:s sätt att hantera läkarnas bedömningar av sjukdom och arbetsförmåga. Regionerna är arbetsgivare för den offentliga vården såväl som för de privata vårdgivare som är upphandlade. Regionernas arbete styrs av den lokala sjukvårdspolitiken och av riksdagens beslut. Alla som arbetar i vården är alltså beroende av institutioner som de flesta inte litar på. Det är minst sagt anmärkningsvärt, men inte förvånande.

2009 lämnade jag min egen anställning inom SLSO. Skälet var att min tillit till systemet hade minskat, efter att jag varit chef för en mottagning under några år. Under den tid jag hade ansvaret för mottagningen så ökade "produktivitetskraven" kontinuerligt. Även personalens stress ökade under denna tid, liksom personalens tillit till mottagningens ledning minskade. Att lämna befattningen framstod då som det enda möjliga beslutet, jag befann mig klämd mellan de krav som åligger en mellanchef och min lojalitet gentemot mottagningens vårdkvalitet och gentemot personalen och kunde inte hitta någon väg mellan Skylla och Karybdis. Det förefaller som att resvägen inte blivit tryggare under de senaste 12 åren.

Det är självklart att all verksamhet kräver styrning. Lika självklart är att allt som beslutas inte kommer att gillas av alla som omfattas av beslut och åtgärder. Det borde också vara självklart att personal inte lämnar den allmänna vården på grund av en styrning som ter sig verklighetsfrånvärd. Ett bra aktuellt exempel är förlossningsvården där åtskilliga barnmorskor under hösten sagt upp sig på grund av nerdragningar i bemanning och ohemul schemaläggning. Det har under en längre tid påtalats brister. Flera av barnmorskorna säger att de känner sorg över att lämna verksamheten för att de tycker att de överger patienterna, men att alternativet är att göra ett arbete som är hafsigt, stressigt och möjligen hälsofarligt.

Stockholms finanslandstingsråd har kommenterat det hela genom att tala om att man nu gör en stor satsning på verksamheten och att man satsar på ett sätt som "gör regionen till pionjär inom området". I en intervju den 3/11 i P1:s Studio säger hon att de åtgärder som behövs (egentligen) ska utformas av varje verksamhet, men lägger till att de förslag som nu kommer från regionen har tillkommit efter att man "har tillsatt en förlossningssamordnare med mycket gedigen egen erfarenhet som barnmorska och chef inom såna verksamheter".

Det sista är värt att beakta. Ett sedan länge känt problem försöker man (först) nu åtgärda med hjälp av en person som uppges ha erfarenhet av verksamheten. Det kan åtminstone läsas som att de som bestämmer i regionen fram till nu inte ansett sig behöva sakkunskapen som kommer med yrkeserfarenhet, utan att man klarar sig utan densamma. Det går också att läsa in en brist på tillit till dem som jobbar med sjukvård, de kanske i första hand har betraktats som det Bengt Dennis kallade ett "särintresse".

Vi lämnar förlossningsvården här men minns Läkarförbundets undersökning. Det är lätt att förstå att läkarna inte har någon särskild tillit till de organ som bestämmer över vården eftersom dessa organ inte visat tillit till läkarnas kompetens. Från Försäkringskassan har sagts att det inte är givet att läkare kan avgöra arbetsförmåga och att sjukdom inte är samma sak som arbetsoförmåga. Det ligger något litet i det sista, men den nedlåtenhet som läkarkåren bemötts med – och i synnerhet psykiatrer – gör sig påmind. "Objektiva" fynd är provtagningar, psykiatrisk bedömning av stämningsläge anses av personer utan relevant utbildning inte vara objektiv.

Regionens brist på konsistent styrning har varit uppenbar en längre tid. En petig styrning av hur vården ska gå till avspeglar en brist på tillit till vårdpersonalens omdöme och förmåga och bidrar nog till den bristande tillit som Läkarförbundets enkät också pekar på. Liksom flera av tematexterna i detta nummer pekar på, så krävs en reciprocitet i tillit för att en vårdallians ska bli stabil. Som Nils Lindefors så klokt påpekar i sitt bidrag så ligger det i själva ordets palindromiska natur. Det gäller inte bara relationen mellan doktorn och patienten, det gäller förstås lika mycket förhållandet mellan beställaren och utföraren. Med den bristande tilliten uppåt som bas så är det inte helt enkelt att förmedla tillit till de vårdprocesser som gynnar hälsa och som inte alltid går att manualisera. I slutändan måste vi låta bli att lyda direktiv som vi ser som dumma, eller så blir våra patienter de stora förlorarna.

Daniel Frydman

*Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm*

<https://slf.se/app/uploads/2021/11/Lakarnas-tillitstermometer-2021.pdf>



Foto: Shutterstock/Blazej Lyjak

A close-up photograph of a glass hourglass with blue sand. The sand is flowing from the top bulb to the bottom bulb. The hourglass is placed on a wooden surface.

Tidskriften för
Svensk Psykiatri

DEADLINE
för bidrag till
nästa nummer: **09/02**
TEMA:
See one. Do one. Teach one?

ANNONS



Fuskarna

Om Macchiarinis och andras svek mot vetenskapen

Kjell Asplund

Fri tanke, 2021

Förtjänar forskningen vår tillit?

Under många år har forskning och vetenskap allmänt mötts med tillit i vårt samhälle. I inledningen av sin bok "Fuskarna" nämner Kjell Asplund sin uppväxt i Västerbottens inland där "Hederlighet var en okränkbar dygd, Fusk var något oerhört, en synd i strid mot den strikta fromhet och moral som präglade byarna". Kjell Asplund berättar att det tog ganska många år innan han genom att vara med om att avslöja konkreta exempel på fusk började se att alla forskare inte är värda vår tillit.

Kjell Asplund är professor emeritus i invärtesmedicin vid Umeå universitet och har tidigare varit generaldirektör för Socialstyrelsen samt haft en rad andra myndighetsuppdrag. När Macchiariniaffären redan hade pågått i flera år fick han uppdraget att inleda en oberoende utredning av skandalen. Dessa erfarenheter och ett mångårigt intresse för forskningsfusk har Kjell Asplund nu sammanfattat i bokform. Boken innehåller inte bara en rad uppseendeväckande exempel på samtida internationella "storfuskare" utan diskuterar också historiska forskare som Ptolemaios, Mendel och Pasteur.

Några avsnitt är av speciellt psykiatriskt intresse. Kjell Asplund deltog i utredningen av Thomas Quick (Sture Bergwall) och mötte därvid den freudianskt inspirerade kulturen på Säterns sjukhus. I boken nämner han Frederick Crews, en amerikansk professor som samlat information om Sigmund Freud och hans verksamhet. Crews menar att Freuds fallberättelser till stora delar är påhittade. Det har till och med ifragasatts om någon enda av hans patienter blev hjälpt av behandlingarna.

En annan gigant är Hans Eysenck, en av de riktigt stora i psykologins 1900-talshistoria och verksam vid King's College i London. Eysenck och hans forskningskollega Grossarth-Maticek fick enorm uppmärksamhet för sina studier som visade att psykisk ohälsa orsakar cancer och att psykoterapi kan minska risken dramatiskt. Eysenck avled 1997 men redan på 90-talet intresserade sig Anthony Pelosi, psykiater i Glasgow, för den forskning som producerat så fantastiska resultat. Och krävde en utredning. Efter många år har Pelosi fått gehör och 2019 meddelade King's College att 26 artiklar var "osäkra". Processen att dra tillbaka artiklar fortgår.

Kjell Asplund är noga med att framhålla att boken inte ska "ses som en attack på forskningen" och "forskningsetablis-

manger". Han vill "värna forskningens integritet (och därför) behöver forskningfusket och kampen mot fusket exponeras". Han ägnar mycket riktigt ett betydande antal sidor åt att skildra det värdefulla arbete som utförs av "fuskjägare" runt om i världen samt betydelsen av en kultur som möter "visselblåsare" med respekt.

Sedan januari 2020 finns en ny lag i Sverige. Den avser oredlighet i forskning och anger vad som är fusk i lagens mening, vilket bidrar till rättssäkerhet för den enskilde forskaren. Men begreppet *oredlighet i forskning* används också i andra sammanhang. T.ex. inom Vetenskapsrådet där det även innefattar "avvikelser mot god forskningssed". Kjell Asplund utvecklar vad som menas genom exempel ifrån den europeiska kodexen för forskningens integritet, ett arbete som tagits fram gemensamt av femtio europeiska vetenskapliga akademier (All European Academies, ALLEA). Listan är ganska lång. Några exempel på avvikelser berör förfaranden vid publicering av vetenskapliga artiklar. Andra berör oviljan att publicera resultat som inte bekräftar hypotesen. Jag uppfattar det som att Kjell Asplund ser ALLEA:s arbete som ett viktigt bidrag i kampen mot forskningsfusk.

Vem är (blir) fuskare? Det är naturligtvis en intressant fråga. Inte minst ur psykiatrisk synpunkt. Samtidigt ligger det ju i sakens natur att det är svårt att genomföra systematiska studier av fuskare. Utifrån att ha gått igenom många "fallbeskrivningar" och även träffat storfuskare som Macchiarini är Kjell Asplunds intryck att flera fuskare har tydliga narcissistiska drag. Han påpekar att "många av fuskarna har haft en speciell förmåga att skapa tilltro inte bara till de vetenskapliga genombrott de rapporterat om utan också till sig själva som personer". Denna intressanta del av boken stimulerar till vidare diskussioner.

Boken innehåller mycket information men är ändå lättläst. Framställningen är resonerande och öppnar för vidare funderingar. I min mening bidrar boken till att öka tilliten. Detta genom att exponera inte bara forskningsfusket utan också kampen mot fusket.

Lars Farde

Professor i psykiatri
Karolinska Institutet

En utmärkt övning

Det är snart 40 år sedan nu, jag hade just påbörjat läkarprogrammets kurs i invärtesmedicin på Det Stora Sjukhuset och skulle gå min allra första "kandisjour". Medan jag trängde mig fram mellan dubbla rader av bårar med vändande, lidande människor kunde jag höra förtvivlade rop från ett av undersökningsrummen, rop som ekade över hela akutmottagningen.

Väl framme vid receptionen presenterade jag mig för sjuksköterskan vid den tre meter långa disken som var fullständigt täckt av journaler i bruna pappmappar. Hon drog fram en journal i mittan och med en inte-helt-snäll glimt i ögonen sa hon:

"Du kan börja med den här."

Konstpaus.

"Det är han som ropar."

Med oro greppade jag journalen och letade mig fram till rätt rum. Jag ser det fortfarande framför mig. Mitt i rummet, med huvudändan mot den bortre kortväggen, stod en bår på vilken jag anade konturen av en mager gammal man. Han hade fyra gula sjukhusfilter över sig, draga upp till nästippen och på huvudet satt en blå mössa nerdragen till ögonbrynen.

"Jag fryyyseer" ropade han. Och så igen, nu med tonartshöjning "Jag fryyyseer". Och igen.

Jag närmade mig honom och berättade vem jag var.

"INTE KOMMA NÄRA!"

Flera försök att förklara att jag bara ville undersöka honom möttes av "Du kan inte hjälpa mig!!!" (Förmodligen sant, tänkte jag vid det här laget.)

Efter en längre stunds fruktlösa försök att skapa tillit genom (i alla fall i mitt tycke) lugnande förklaringar och försäkringar, gav jag upp. Jag lämnade rummet, ackompanjerad av "Jag fryyyseer" och sökte upp primärjouren., beskrev situationen och sa att det-här-går-ju-inte och förväntade mig förståelse. Men icke.

"UTMÄRRRKT!" utbrast jourläkaren entusiastiskt. "Det här blir en UTMÄRKT övning för dig. Din uppgift är att göra ett fullständigt status och få en fullständig anamnes!"

Jag tänkte fula tankar om denne "sadistpsykopat" men hade samtidigt klart för mig hur väldigt långt ner i näringskedjan jag befann mig. Så det var bara att le, titta och acceptera. (Och jo, jag förstod så småningom hur rätt han hade.)

Åter hos patienten kunde jag konstatera att situationen på intet vis hade förbättrats. Här krävdes påhittighet. Jag greppade en ficklampa, hoppade fram och lyste ner i munnen när han ropade. Där kunde jag bocka av en rad i status: Mun och svalg ua. Nytt utfall med lampan och jag kunde göra en nödortförlig bedömning av pupillerna. Stärkt av min framgång gjorde jag ett nytt framåthopp, denna gång mot fotändan där jag snabbt



Foto: Shutterstock/Ekaterina Zubal

lyfte på de fyra filtarna och gjorde en okulärbesiktning av fötter och vrister (HÖGLJUDDA protester).

Och så där höll vi på, den gamle mannen och jag, steg för steg, och allteftersom blev situationen lugnare, ropen avtog. Kanske hade han resignerat eller kanske hade han insett att jag ville honom väl. En gnutta tillit, rentav?

Anamnesen då? Att han frös var uppenbart men för övrigt sa han föga, komplettering behövdes. I journalen hittade jag ett telefonnummer som visade sig gå till hustrun som befann sig i hemmet. Med svag och skröplig stämma bidrog hon med viss information om än inte så mycket som jag hoppats. Men under Socialt kunde jag i alla fall skriva "Gift", alltid något.

Till slut kunde jag återvända till doktor Sadistpsykopaten med ett hyfsat status och dito anamnes. Patienten blev inlagd och jag var glad över det jag åstadkommit.

Så vad har denna historia med psykiatri att göra? För mig blev det en tidig insikt:

Utmaningen i att försöka skapa kontakt med någon som inte alls vill ha kontakt.

Och den där känslan när man ändå lyckas.

Den där känslan.

Tove Gunnarsson

Psykiater
Stockholm

Tillitsbaserad vård



Foto: Shutterstock/file 404

Tillitsbaserad styrning är inte en enhetlig styrmodell, utan kan snarare ses som ett förhållningssätt. En välfungerande styrning och ledning måste bygga på ordning och reda, det vill säga kontroll på ekonomi och kvalitet, men också med tillit till dem som utför vårdtjänsterna (SKR, publicerat 18 juni 2021).

BUP Stockholm omorganiserar igen och det är inte lätt att känna tillit till dem som återigen omorganiserar vården, men tilliten till arbetskamraters och min egen professionella förmåga finns än så länge kvar, vi som arbetar med så många barn, ungdomar och föräldrar med tillitsbrist.

På grundutbildningen i psykoterapi hade vi en föreläsning i samtalsmetodik. Som jag minns det – det är länge sedan nu – var det diskussion kring vad som var ett psykoterapeutiskt samtal och vad som skulle få det att bära vidare. Det måste ju ha handlat om att skapa en allians med patienten och ha förtroende och tillit till vår egen förmåga och till processen, att det psykoterapeutiska arbetet skulle bära frukt?

Vår föreläsare var psykoanalytiker och jag som jag tidigare hört honom föreläsa, hade tänkt att han hade en ganska tuff och arrogant framtoning, blev mycket förvånad när han till slut kokade ner samtalsmetodiken till budskapet "jag ser dig och jag älskar dig"!

Jag har burit med mig det genom åren.

På den legitimationsgrundande utbildningen hade jag en annan psykoanalytiker som handledare. Han sa inte mycket, men jag minns särskilt att han sa "om du inte har något att säga så var tyst" och "sitt still i stolen och invänta processen".

Men även han förvånade mig när han mot slutet av utbildningen konstaterade med enfaset att "man älskar ju sina patienter!".

Jag har burit med mig det genom åren.

Jag har också lärt mig att känna tillit till att tillsammans med arbetskamrater kan vi få patienter som vi träffar att känna att vi kan hjälpa dem.

Så sitter vi där, psykologen och jag, med vår nästan vuxna ungdom som blir 18 år om ett år och i samband med det börjat märka att han inte är som andra. Han har alltmör börjat jämföra sig med andra i hans ålder och undrar hur han ska klara sig själv. Han har ju inga kompisar, kan inte sköta sig själv med att hålla tider och strukturer, tvätta sig utan påminnelser, och kan inte laga mat. De negativa tankarna har nu tagit över helt och tvingar sig på hela tiden utan avbrott och har resulterat i känslor av att vara oduglig och värdelös, att allt är hopplöst och han kan lika gärna vara död. Han kommer akut med föräldrarna som är oroliga över att han ska ta sitt liv.

Det blir ett långt samtal, men genom att vi känner varandra sedan en tid, kan vi vända den nedåtgående spiralen och hämta upp honom ur hopplösheten och planera framåt. Vi pratar om att vi ska undersöka vad han är bra på och vad han behöver hjälp med, för att komma vidare och säger att vi finns där för honom. Efter hand har han vågat beskriva hur det känns och något av vad han tror han behöver och vi beslutar hur vi ska arbeta vidare med det.

När han går vinkar han och säger "vi ses nästa vecka".

Upp till bevis, tänker jag. Nu är det upp till bevis!

Tilliten: "Jag ser dig och jag älskar dig."

Cecilia Gotby
Överläkare BUP Stockholm
Leg. psykoterapeut

Tillit



Orfeus spelade så vackert att Hades, dödsrikets härskare, blidkades och lät honom få tillbaka sin hädangångna älskade Eurydike. Hon fick följa med honom upp bland de levande, men på ett villkor. Under färden uppåt fick han aldrig se sig om. Det blev Orfeus övermäktigt, han kunde inte låta bli att förvissa sig om att Eurydike följde honom i spåren. Denna brist på tillit gjorde att Orfeus förlorade sin Eurydike, i en grekisk tragedi.

Tillit, att sätta sin lit till, gentemot andra människor grundläggs tidigt. Vi är som spädbarn helt beroende av vår omgivning. Det gäller för oss att ty sig till dem som kan ta hand om oss. Avsaknad av någon som vi kan knyta an till under vår tidiga barndom kan sätta djupa spår. Sigmund Freud lär ha citerat ett indiskt ordspråk i stil med: visa mig hur det har varit under dina första sex levnadsår och jag ska säga hur ditt liv kommer att bli. Hur vi är tidigt beror dock också på vårt genetiska arv.

Sjukvården bygger på tillit. Det blev smärtsamt tydligt för mig när jag fick prova på rollen som patient, när jag lade min fot på ett operationsbord. Tiden före operationen hängde den över mig, som något som oroade mig och som jag förstod skulle påverka mig mycket. Det blev ett före och ett efter min operation. Jag tänkte på vad en av mina patienter sa: "nu överlämnar jag mig i förtrostan åt er, mina mecenater". Jag försökte följa hennes exempel, då jag insåg där på operationsbordet att det inte fanns något bättre förhållningssätt. Det utmanande med att opereras i klarvaket tillstånd är när man från andra sidan skynket får höra oroväckande detaljer som "där går en nerv, den ska vi se till att inte såga av".

Jag tänker på de patienter som har litat på oss, fastän de egentligen inte delat vår syn på sakernas tillstånd. Som mannen med schizofreni utan någon som helst sjukdomsinsikt, som tog sin medicin inte för att han trodde att den hjälpte honom, utan för att "dr Ring hade sagt honom att han skulle ta den". Vid depression känner patienten ofta att hen aldrig kommer att bli bra. Det är en del av det svarta hål som depressionen utgör, att patienten kan ha svårt att se över kanten på hålet. Här kan tillit rädda liv. Kan vi förmå patienten att se att det kommer att bli bättre, som vid behandling av depression i regel är fallet, kan vi hjälpa patienten att stå ut med sitt lidande. Vi kan vara patientens ställföreträdande hopp.

Vid psykologisk behandling av tillstånd som tvångssyndrom handlar det dessutom om att lära hjärnan att den kan lita på sig själv, vilket kan vara en utmaning för den som har benägenhet för tvivel. När frågan "stängde jag av spisen?" formuleras som

"stängde jag verkligen av spisen?" eller "hur mycket av kvartret kommer att brinna upp för att jag inte stängde av spisen?". I klassisk kognitiv beteendeterapi (exponering med responsprevention) får patienten utsätta sig för tvivlet och sedan avstå från tvångshandlingen. När patient slutar med det överdrivna kontrollerandet av spisen kan hens hjärna bättre lita på att hen kan bedöma vad hen har gjort. Patienterna mäter ofta framgången i hur mycket tid som har gått åt till kontrollerandet.

Den persekutoriska paranoian är tillitens motsats. Som när patienten inte äter eller dricker det som serveras av rädsla för att bli förgiftad. När jag sa till en närmast öppet psykotisk patient att vi ville hjälpa henne utropade hon: "Jaså, ni vill döda mig!" Hon litade dock mitt i konspirationens öga en liten smula på sin pappa. Vi lyckades under behandlingens gång tillsammans med fadern få patienten att lita också på oss. Hon tog sin antipsykotiska medicin, även om det inledningsvis var under tvång. Hon vårdades enligt LPT, så hon fick beskedet att hon skulle få medicin och att hon hade att välja på att ta den som tablett eller spruta. Taggheten utbyttes så småningom mot patientens vanliga vänliga värme och en god allians.

Besvärligt nog kan man dock inte alltid lita på sin omgivning. Josef Stalin, som sedermera kom att bli Sovjetunionens ledare, var misstänksam till sin natur. Det hjälpte honom sannolikt att överleva som bolsjevik i ett Ryssland där oppositionella riskerade att gripas av tsarens hemliga polis. Ironiskt nog blev Stalin lurad två av de gånger han valde att lita på någon, först av tsarens hemliga agent Roman Malinovskij och sedan av Adolf Hitler. Stalins misstänksamhet gjorde dock det svårt för honom att ha några nära relationer, även om han verkade ha haft ett verkligt band till sin första fru. När hon dog yttrade Stalin något i stil med att det i honom som ännu var mänskligt dog med henne.

Som behandlande läkare är hörnstenen vår allians med patienten. Vår verksamhet bygger på tillit. Detta är så uttalat för läkaryrket att det finns en ed att svära där vi förbinder oss att vara pålitliga i vårt värv. Allt vi gör handlar om att förtjäna patientens förtroende.

Mikael Tiger
Psykiater
Stockholm



Klockan

När vardag plötsligt fick avslut
försvann alla ytliga attribut.
Kläder och smycken gömdes.

Stannade länge i dammiga skåp.
Alla våra gamla inköp
hängdes undan och glömdes.

Klockor fick stanna i lådornas inre,
blev deras steg allt mindre och mindre
tills tiden stannat.

Stannat i lådor och våra liv.
Tysta livlösa klockor och vi
orkade inte med annat.

Nu ska saker plockas fram!
Fräschas upp och torkas av damm.
Klockor ska gå med stora kliv.

De ska få ett nytt batteri,
släppas i världen och göras fri.
Räkna minuter av vårt nya liv!

Här kommer mina tankar om tillit i de nya tiderna...

Nu ska vi tillbaka till våra liv, våra arbetsplatser. Undangömda kläder, smycken och klockor ska plockas fram och ersätta mera bekväma hemkläder. Kan det bli som förut igen? Litar vi på vår förmåga att hitta vägen tillbaka, att hitta rätt i det nya och den lite läskiga världen? Har vi tillit till att vår gamla klocka klarar av att starta om?

Text och foto:
Lioudmila Mendoza
Psykiater
Södertälje

ANNONS



Dagordning till årsmötet i Svenska Psykiatriska Föreningen

Tid: Torsdag den 17 mars 2022, klockan 17.15

Plats: Arkaden, Münchenbryggeriet, Stockholm

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

Martin Hultén
Ordförande i SPF

Obs! Ändringar och tillkommande ärenden uppdateras fortlöpande på hemsidan www.svenskpsykiatri.se.
Stadgeändringarna publiceras på hemsidan.

Tillit till vården, till behandlingen och till sig själv

Tillit

I synonymordboken hittar jag en enda synonym till tillit: *förtroende*. Ett ord som i sin tur har synonymer som *tillförsikt*, *förtrostan*, *goodwill* och *prestige*.

Psykiatri är en förtroendebransch, grundad på tillförsikt och förtrostan. Tillit på olika nivåer. Alliansen mellan patienten och behandlaren har med rätta alltid framhållits som viktig, men tilliten behövs på *fler* nivåer: till psykiatrin som vårdgivare, till den behandling som väljs och till den egna förmågan att genomföra den.

Över hela landet är det brist på psykiatriker och psykologer. Köerna växer, liksom frustrationen över *tillgängligheten* inom psykiatrin. Frustration är motsatsen till tillit. Här behövs förstås krafttag, resurser, från politikerna.

Tillförsikt

Men tillgängligheten är inte allt. *Tillförsikten* till behandlingen måste finnas hos både patienten och behandlaren. Nu börjar det bli krångligt. I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer om depression finns rekommendationer om en mängd behandlingar som ges *prestige* och *goodwill*, med synonymordbokens ord. *Evidens*, vetenskap och beprövad erfarenhet, med våra. Det finns en tillit till att behandlingarna har god effekt.

Man rekommenderar tillgång till somatisk utredning, kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell terapi (IPT), läkemedel, fysisk aktivitet, elektrokonvulsiv terapi (ECT), repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS), psykodynamisk korttids-terapi, mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBKT), och basal kroppskänedom.

ECT är nog den behandling som kräver störst tillit till själva metoden. Att överlämna sig, utan kontroll, i hopp om att världen ska förändras, från grå till normal, efter ett antal hjärnstimuleringar givna under narkos.

Är det någon som menar att behandlingsförslag som ges av läkare och psykologer är helt oberoende av deras egna preferenser och vårdinrättningens utbud?

Somatisk utredning och läkemedel har fördelen att finnas i hela landet, men så är det inte med psykoterapier. Där gäller det att bo på rätt ställe för att få tillgång till den terapi som man har störst tillit till. *Det informerade samtycket* kan bli en formalitet som inte bygger på tillit, utan på vad som erbjuds. Som när man väljer mat från menyn på en restaurang som bara serverar en enda maträtt.

I värsta fall kan det informerade samtycket användas som sköld för att försvara vårdkontakter som saknar evidens.

Tillit till sig själv

Jag läser i en bok av Kerstin Brismar och Harriet Wallberg om behandling av diabetes: "Du måste tro på dig själv och din förmåga att klara en förändring." Det är förstås inte mindre viktigt när det gäller behandling av psykiatriska sjukdomar som depression. Fast så svårt när det handlar om ett tillstånd som utmärks av bristande tillit till den egna förmågan att klara livsförändringar, nya insikter, nya vanor och aktiviteter.

Specifik träning av tillit finns inte i någon av de klassiska psykoterapierna, men däremot i nyare strömningar, som bygger på träning av *compassion*, medkänsla och självmedkänsla.

Tillit i compassion – medkänsla

Compassion-terapi, jag kallar dem så eftersom det finns olika inriktningar, har en biologisk, evolutionär ansats som dels bygger på Bowlbys anknytningsteori, dels på synen på hormonerna adrenalin, oxytocin och dopamin som drivkrafter i mänskliga motivationssystem. Ett tredje ben anknyter till mindfulnesstraditionens träning av mentala attityder som tillit och medkänsla. Paul Gilbert, Kristin Neff och Chris Germer är kända företrädare för terapier med compassion som utgångspunkt.

Man definierar tre olika *motivationssystem*, knutna till olika hormoner. *Hotsystemet*, som drivs av adrenalin, *trygghetssystemet* som drivs av oxytocin och *utforskandesystemet* som drivs av dopamin. Alla ångesttillstånd hör ihop med *hotsystemet*.

Tillit förknippas med trygghetssystemet och *oxytocin*, "amningshormonet" som först upptäcktes i mor-barn-relationen, men som finns hos både kvinnor och män och har med anknytning och trygghet att göra. Tillit.

Det aktiveras av *beröring*, *värme* och *vänlighet*. Tre skilda modaliteter som ingår i compassion-terapi. Vänlighet innebär träning av medkänsla med sig själv, med ett bejakande av att de svårigheter man lider av är allmänmänskliga och inte konstiga, och en stöttande attityd gentemot sig själv. Lätt beröring och att tala vänligt till sig själv, eventuellt i tredje person, bjuder in trygghetssystemet.

Tillit till den egna förmågan

Kanske är self-compassion den träning som behövs för att man ska orka ta till sig nödvändiga förändringar och *andra* behandlingar? Kan terapiresistens helt enkelt bero på bristande tilltro till den egna förmågan? Skulle träning av självmedkänsla och självtillit kunna öka effekten av evidensbaserade behandlingar? Inte ersätta dem, utan öka tilliten till den egna förmågan att bli hjälpt av dem.

Här finns mycket att beforska.

Du kan själv prova att ta kontakt med trygghetssystemet genom att lägga en, eller båda, händerna över hjärtat och säga några vänliga ord till dig själv. Hur känns det i kroppen? Som ett medkännande bejakande? Stöttande? Ljligt? Provocerande? Ingenting?

Hög flummighetsfaktor? Kanske, kanske inte. Det handlar inte om magi, utan om en systematisk träning. Mindfulnessbaserad kognitiv terapi för att förebygga depressioner finns i de Nationella riktlinjerna för vård av depression och ångestsyndrom. Skulle compassionträning kunna platsa i dem?

Vi får vänta och se.

Åsa Palmkron Ragnar
Överläkare, specialist i psykiatri
Arlöv, Lund

Tillit

Vård måste byggas på tillit. Detta är ett citat från regissören, dramatikern, författaren och samhällsdebattören Stina Oscarsons brevväxling med journalisten och ledarskribenten på Svenska Dagbladet Maria Ludvigsson, publicerad i SvD 24/10 2021.

Stina Oscarsson är tvångsinlagd på grund av anorexi. Hon säger sig ha gjort otaliga försök att komma ur det helvete som denna sjukdom är. Tvång fungerar inte, säger hon. Att låsa in en människa är att säga: vi litar inte på dig men kräver att du litar på oss. Tillit fungerar inte på det sättet, säger hon. Tillit måste byggas på maktbalans, vilket inte finns i en situation med tvångsinläggning.

Stina Oscarsson anser att vi har en moralisk plikt att rädda en medmänniska som vi ser far illa men att hon inte i något fall kan försvara tvångsvård. Inte ens om det räddar liv.

Maria Ludvigsson redogör för att hennes övertygelse är att en människa bara kan räddas av en annan människa, aldrig av regelverk och institutioner. Att låsa in och omyndigförklara är att ta rätten ifrån den personen att vara människa. Hon anser att varje människa är ett mål i sig och aldrig kan vara ett medel för någon annans mål, inte ens om målet är att rädda henne.

Detta låter tungt. Det måste i så fall betyda att bara "människor" kan rädda allvarligt psykiskt sjuka människor, dock inte sådana "människor" som arbetar inom psykiatriska vårdinstitutioner. För dem kan man inte lita på och de har en makt som de utnyttjar på ett negativt sätt.

Det måste betyda att det ska vara anhöriga eller goda vänner som ska rädda de allvarligast sjuka.

Hur ska de veta hur de ska göra och hur ska de orka?

Stina Oscarsons mamma citeras i artikeln för att ha sagt att "jag ser dig hellre dö i frihet än inlåst igen". Stina uppfattar det som ett uttryck för kärlek.

Sjukdomen har för hennes del varit långvarig och det låter som om omgivningen och kanske även Stina har givit upp.

Man kan uppfatta denna brevväxling på olika sätt. Jag hoppas att Maria Ludvigsson inte menar att man aldrig kan lita på någon som arbetar med vård av psykiskt sjuka och att behandlarna inte är empatiska och respektfulla. När journalister granskar vården, i detta fall psykiatrisk tvångsvård, bör de försöka göra en nyanserad och saklig bedömning, inte en känslomässig. Om patienter ska få förtroende för psykiatrisk vård måste även

journalister beskriva komplikationerna med denna vårdform – inte bara döma ut den.

Anorexi i sin mest allvarliga form innebär att det inte går att enbart lita på den sjuka. En svår anorexi får den sjuka till att vilja "ljuga och lova" för att slippa undan krav om förändring.

Man kan anse att det är en människas rättighet, om det nu är ett välöversvägt val, att vilja ha kvar sin sjukdom. Men om man har släppts in i en sådan persons "huvud", så vet man hur otroligt svårt det är att tänka när det bara finns tvångstankar som surrar runt och kraftig ångest. Då är det svårt att fatta kloka beslut och våga lita på någon.

Tillit kan nog skapas men det kräver en väldigt stor insats och erfarenhet av den som ska hjälpa. Inte bara ska man kunna förstå hela omfattningen av denna svåra sjukdom. Som behandlare behöver man, i ett samarbete med den sjuka och dennas anhöriga, arbeta fram en möjlighet att få lov att kontrollera och styra, att få motarbeta sjukdomen. Visa att man själv aldrig luras eller ljuger, att man är en person som det går att lita på.

För att få till stånd tillit måste man som behandlare finnas där och visa att man förstår – på riktigt, i så lång tid som det krävs, vilket kan vara väldigt lång tid. Det ställs stora krav både på anhöriga och behandlare.

Man kan knappast kräva att det alltid ska finnas möjlighet att skapa dessa förutsättningar. Journalister och allvarligt sjuka patienter måste inse det. Vården gör oftast så gott den kan. Men riktigt kroniskt allvarligt sjuka patienter kräver mera. Och det är inte alltid säkert att fler pengar till vården avhjälpel problemet.

Psykiatrin bör absolut ständigt arbeta för att förbättra möjligheten till individualiserad behandling med engagerade, välutbildade behandlare, skapa kontinuitet och en lugn arbetsmiljö. Videobaserad handledning kan vara ett sätt att bli mera medveten om det bemötande man ger patienten.

Men det är viktigt att vara ärlig. Alla kan inte hjälpas av olika anledningar.

Maiken Fjelkegård
Barn- och ungdomspsykiater, leg. psykoterapeut

ANNONS



Litar patienten på dig, lyckas din behandling bättre

Foto: Shutterstock/ ntonio Guillem

Att arbeta kliniskt i sjukvården med patienter är inte något teknokratiskt utan handlar om ett möte. Har du bra tid för mötet kan patienten lättare börja lita på dig och du kan använda din medicinska kunskap och lyckas bättre. Under alla år har jag som psykiater haft bra tid att möta patientens varierande behov utifrån biologiska, psykologiska, sociala och existentiella ramar. Nu som pensionär blir jag förskräckt när jag i media läser om hur hårt trängda alla som arbetar med patienter är, inte minst om neddragningar inom psykiatin. Min berättelse kan ses som lite nostalgisk från en pensionär. Jag har trivts fantastiskt bra i mitt yrke och det här är bara några exempel på hur jag kunde arbeta kliniskt. På slutet har jag synpunkter på varför jag hade så gott om tid att sitta ned med mina patienter.

För många år sedan när jag var en ung underläkare, var jag mörkhårig och hade helsvart skägg. Vid ett tillfälle hade jag blåa jeans och en röd skjorta. Jag tog emot en äldre major som blivit deprimerad. När jag hälsade på honom såg jag hur han stelnade till och förstod direkt hur han tänkte: *"Fan också vilken otur, när jag äntligen tog mod till mig att söka hjälp. Så kommer jag till en sån där skäggig vänsteridiot, säkert kommunist."*

Han satte sig dock ned och vi började prata. Han var rejält deprimerad och vi kom på att en start var att han gång på gång fått byta arbetsplatser, då det var en period när försvaret skulle minskas kraftigt. Sedan blev hans depression allt djupare. Hans hustru började ledsna på honom. Jag fick en bild av att han tyckte att jag trots vänsteridiot hade en del kunskaper.

"Har du börjat få funderingar på att ta livet av dig?"

"Nej inte än."

"Ni yrkesofficerare kan ju ha rätt att ha en pistol hemma. Har du det?"

"Nej, faktiskt inte" blev svaret.

Då upplevde jag att min tuffa fråga om pistol nu gjorde att han litade på mig. Vi tog varandra i hand på att han nu inte skulle ta livet av sig och han fick medicin och snabbt återbesök tillsammans med hustrun. Behandlingen fortsatte och han blev frisk och avslutningsvis hade vi en del existentiella samtal om livet. Nu förstod jag plötsligt vad som sker hos patienten då hon/han får första ögonkontakt med doktorn. Det första intrycket blixtrar till hos patienten som gör en bedömning. Efter det här besöket har jag alltid haft kavaj, en inte för ljus skjorta och vanliga byxor, på senare tid ibland ett par finare svarta jeans. Aldrig haft kostym och slips. Det har man bara på konferens i Tyskland eller England.

Om man är försenad går man ut och hälsar på patienten och ber om ursäkt att man kanske är 10–15 minuter försenad. Jag hälsar också alltid på medföljande. Särskilt när man arbetar med ungdomar är ofta en anhörig med. Då frågar jag patienten om det är ok när vi har pratat med varandra att *"Får din mor komma in fem minuter på slutet"*. Jag kan inte minnas att någon patient sagt nej. Någon gång har den anhörige trängt sig på och vill vara med från början. Då säger jag: *"Det är bra att du vill vara med, men först vill jag själv prata med din son för att förstå bättre. Sedan kallar vi in dig."* Det här har alltid fungerat riktigt bra. Vid en period då jag var enhetschef fick jag ett vackert arbetsrum med kakelugn men med dåliga stolar. Jag bad klinikchefen få bättre stolar, men efter en tid då inget

hände ledsnade jag och for till IKEA och köpte en enkel men fin soffgrupp. Vissa patienter kunde då de klev in i rummet bli lite blyga och stelna till. Jag tror de tänkte: *"Oj, har jag kommit till en sån höjdare."* Men när vi sedan satte oss ner i soffgruppen försvann patientens oro snart. En patient jag hade blev ibland allvarligt psykotisk. När hon började sjunga psalmer högt visste jag att det var dags för slutenvård, vilket hon vägrade. Då sa jag vid ett tillfälle: *"Lägg dig i soffan medan jag sitter vid skrivbordet och skriver vårdintyget."* Hon lade sig i soffan och sjöng. Till slut sa hon *"Är du inte klar snart?"*.

1. Tänk igenom hur du betar dig och hur du ser ut när du hälsar på patienten och hur besöksrummet ser ut.

För rätt många år sedan hade jag kontakt med en äldre kvinna med kraftiga inslag av ångest. Hon var väldigt artig och sa alltid *"doktor Albinsson"*. Jag kallade henne då *"fru Andersson"*. Till slut frågade jag henne om vi fick lägga bort titlarna? *"Jovisst"* sa hon. *"Det går bra."* Men när jag duade henne fortsatte hon hela tiden att säga *"doktor Albinsson"*. Till slut sa jag: *"Det här är ju inte rättvist. Om jag får säga du till dig skall väl du också säga du till mig?"* Hon skrattade och sedan hade vi en mycket bra kontakt. Jag tror hon såg mig som en doktor att lita på och inte bara en främmande yrkesperson.

När jag arbetat med traumatiserade flyktingar har jag först tydliggjort varför man får symtom på posttraumatiskt stressyndrom och hur livsfara och ångest också hänger med. Ibland brukar jag säga: *"Om du vore min doktor och jag hade varit med om dina hemska händelser, då hade jag också haft dina symtom."* Särskilt när jag jobbat med ungdomar har jag kanske på ett litet ovanligt sätt fått att de kan lita på mig. Här ett exempel. En ung ensamkommande afghansk flyktingpojke som hela tiden skulle utvisas fast han aldrig varit i det landet höll på att falla ihop. Förutom att hitta tillfälliga åtgärder att hantera stunden för dagen kom vi in på vikarierande hopp. Hur kan man hela tiden kämpa och ha hopp. Vi kom in på vad han ville göra om han fick uppehållstillstånd. Som så många andra flyktingungdomar ville han ha ett yrke att hjälpa andra människor. Han var duktig på svenska och jag frågade om han visste vad ordet hopp har för betydelser. Det visste han. *"När du behöver tänka på att fortsatt ha hopp, då skall du tänka på den där knäppa doktorn du träffat som hoppade"* sa jag och ställde mig upp och hoppade framför honom. Han skrattade men vi fick kontakt och till slut fick han uppehållstillstånd och nu är det dags för universitetsstudier.

2. Kan du hitta en punkt, där du kan möta patienten, kan patienten lättare få tillit.

Under en period då jag arbetade med psykotiska patienter, hade jag en ung man, som bl.a. kvällstid kände att man lyssnade av honom. Förutom försök med sociala åtgärder stod han på Trilafon. Patienten kom på besök efter besök men blev aldrig bättre. Han svarade på fråga, att han alltid tog medicinen. Då frågade jag: *"Har du kvar någon medicin?"*

"Nej, jag vet inte riktigt" sa han.

"Då ringer jag upp apoteket och hör."

Det visade sig att han aldrig tagit ut en enda medicin. Killen skämdes.

"Du behöver inte skämmas för mig, men det handlar om vad du kan försöka göra för att ditt liv kan bli bättre."

Vi hade sedan en lång och bra diskussion om försök med mediciner som en del i behandlingen. Han började nu ta medicin och blev långsamt mycket förbättrad. Till slut litade han nog på mig.

När jag under senare år ibland jobbade med unga vuxna, förstod jag snabbt att många ungdomar idag utifrån sin livssituation ofta har svårt att lita på en person. Ibland kom inte patienten på sitt första besök. Då ringde jag upp patienten.

"Hej. Du hade ju en tid hos mig idag, men då du inte kom blev jag orolig. Glömde du tiden?"

Jag upplevde att de ibland blev lite chockade.

"Bryr sig läkaren om mig?"

De fick en ny tid per telefon av mig inom några dagar och de kom. Jag tror det här kunde innebära en viss tillit

3. I ditt kliniska yrke är du på ett professionellt sätt med dina kunskaper till för patienten.

Avslutningsvis en kanske lite knäpp kommentar. En gång när jag var patient hos en husläkare satt han under hela samtalet och knappade på datorn. Frågade men tittade aldrig på mig. Då reste jag mig upp ovanför datorn och viftade med händerna. *"Här är jag, din patient!"* Han blev jättegenerad men jag tröstade honom om hur liten tid han hade och säkert för många patientbesök.

Jag tror att jag under hela min mångåriga kliniska verksamhet hade mer tid att sitta ned med mina patienter än vad dagens kollegor ofta har. Även när journalerna kom på nätet och jag skrev ut mediciner via datorn, så behövde jag aldrig sitta och knappa på datorn under besöket eller efteråt. Jag har alltid dikterat samtal och intyg m.m. och det tar inte många minuter. Under hela min kliniska tjänstgöring har jag haft fantastiskt bra och kunniga läkarsekreterare. Ibland kom de och sa: *"Nu tog du väl i lite för mycket i ditt intyg till Försäkringskassan. Blev du arg?"* Så kunde vi rätta till intyget. Patienter kunde hela dagarna ringa till våra mottagningar då läkarsekreterarna turades om att bevaka telefonen. Som klinikchef hade jag självklart en egen sekreterare på heltid.

Idag kanske patienttrycket på en mottagning är större. Men jag tror att psykiatrer idag får ägna för mycket tid åt administration och inte själva får styra sitt arbete med patienttider. Du behöver mer än en timme för ett nybesök, men fungerar behandlingen kan du göra snabba uppföljningar på en kvart. Vid allvarliga tillstånd behövs ett återbesök efter par dagar. Det vore intressant få synpunkter från dagens psykiatrer. Kan de själva styra sitt arbete?

Lars Albinsson
Med.dr., specialist i psykiatri

Utmärkelse för
pedagogiska
insatser för psykiatrin till

Raffaella Björcks minne



Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:

Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne.

Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 2022.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till Svensk Psykiatri: raffaellapriset@svenskpsykiatri.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

Save the date!

ECNP-kongress i Wien

15–18 oktober 2022



SPF planerar att arrangera en gruppresa till ECNP-kongressen i Wien den 15–18 oktober 2022.

Våra gemensamma kongressresor har varit mycket uppskattade. Senast var vi i Lissabon på WPA-kongressen 2019. Tyvärr blev resan till ECNP-kongressen 2020 inställd på grund av pandemin.

SPF planerar att erbjuda ett paket som inkluderar kongressdeltagande, flyg och transfer (valfritt), boende och gemensamma aktiviteter som återkopplingsseminarium och socialt program i trevligt sällskap med kollegor.

Det är dock fortfarande ett osäkert läge för resor och för stora sammankomster i Europa.

SPF:s styrelse lämnar besked om resans genomförande senast i mars 2022.

Ni får gärna lämna intresseanmälan redan nu till SPF, maila till kanslisten@svenskpsykiatri.se!

Tarmo Kariis
Styrelseledamot SPF



10frågor

MARIA LARSSON
Vice ordförande SPF

Född

1975 i Skellefteå.

Bor

Stockholm.

Familj

Modern. Stor. Brokig.

Arbetar

Norra Stockholms Psykiatri som MAL på affektiv mottagning och processägare för bipolär sjukdom.

Vad gör Du när Du INTE jobbar?

Är sjöscoutledare.

Är du troende?

Jag tror på kärlek.

Vilken bok ligger just nu på ditt nattduksbord?

Stormvakt av Kristina Ohlsson och Svenska Noveller från Almqvist till Stoor.

Vem är din förebild i livet?

Nog aldrig haft någon. Svårt att efterlikna någon annan. Försöker utvecklas till att bli en bättre version av mig själv med de förutsättningar jag fått. Går bättre vissa dagar än andra... Däremot beundrar jag och lär mig mycket av många människor varje dag. Kollegor, patienter, vänner, författare och människor med civilkurage som kämpar för en bättre värld. Förstår min familj. Om jag ska lyfta någon enskild måste det bli min son.



Vad gör Dig lycklig?

Positiv utveckling och lösningar på komplexa problem. När en patient som velat dö får vilja att leva. En tom administrationshög. Att skratta och gråta med människor jag älskar. Intressanta diskussioner med inspirerande människor. Att bada. Och så musik, alltid musik.

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

Inte fatalist eller siare men om man med tro menar hoppas och vill verka för, så tror jag att psykiatrisk verksamhet om 10 år i hela Sverige kommer vara världsledande och fortsätta vara i ständig utveckling. Tror att arbetet med fortsatt utveckling och regelbunden uppdatering av SPF:s Vision, mål och handlingsplansdokument kan bidra till att vi tillsammans når dit.

Stina Djurberg
Redaktionen, Svensk Psykiatri

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.

STP-konferensen 2022 ^{11 - 13e maj,} Yasuragi



ST-konferens 2022. Tre föreläsningsspår inom psykiatri, BUP, rättspsykiatri, äldrepsykiatri och beroende. Internatform med helpension likt tidigare.

Preliminärt schema finns på hemsidan!

Platserna släpps 2 februari.



Mer info: stpsykiatri.se

 @stpsyk

 @STP - ST-läkare i Psykiatri

ANNONS



Psykokoterapi – behövs det i den specialiserade psykiatrin!?

Psykiisk sjukdom/ohälsa ökar i samhället liksom efterfrågan på psykokoterapi för att möta den ökade ohälsan som framförallt handlar om stressrelaterad problematik. Samtidigt sjunker stadigt antalet legitimerade psykokoterapeuter enligt Socialstyrelsens senaste statistik över legitimerad vårdpersonal. Vad är det som pågår inom psykokoterapiområdet? Varför minskar antalet terapeuter? Behövs inte längre den kunskap som de legitimationsgrundande utbildningarna ger eller kan andra personalgrupper ersätta de legitimerade terapeuterna?

När det gäller utbildningsmöjligheterna har det skett stora förändringar under 2000-talet. Ett relativt mångfaldigt utbud av utbildningar har reducerats till ett fåtal privata utbildare och psykologinstitutioner vid universiteten i Stockholm, Uppsala, Lund, Göteborg, Linköping och Umeå. Kognitiv terapi har blivit den dominerande utbildningsmodellen även om det finns några institutioner som har psykodynamisk terapi på programmet. Antalet utbildningsplatser har minskat påtagligt och i huvudsak är det psykologer som är behöriga att söka även om psykiatrer och socionomer också kan söka. Sjuksköterskor och präster t.ex. göra sig icke längre besvär.

Arbetsgivarna inom vården tycks måttligt intresserade av att anställa legitimerade terapeuter och flera kliniker avvecklar de särskilda psykokoterapienheter man haft med motiveringen att man i stället integrerar psykokoterapeuterna i de subspecialitetsenheter man har. Flera verksamhetschefer menar att det räcker med kortare utbildningar på det som tidigare klassades som steg-1-nivå. Och även om man säger sig vilja ha legitimerade terapeuter är man inte beredd betala extra för den kompetensen vilket naturligtvis minskar motivationen att skaffa sig den. Utbildningen tar tid (ofta 6 terminer halvfart) och måste man betala själv kan det handla om stora belopp. De privata enheterna kostar 40–250 000 kronor. Många terapeuter har också slutat och gått över till privat verksamhet då man inte upplever att man kan arbeta på det sätt man vill i den offentliga vården.

Utbildningsgivarna är nu psykologinstitutioner med begränsad erfarenhet av kliniskt patientarbete och definitivt inte de

svårare psykiatriska sjukdomstillstånden. Detta innebär rimligtvis också med tiden att utbildningarna riktar sig mot mer normalpsykologiska tillstånd som lindrig/måttlig oro och ångest, sömnproblem, fobier, lättare depressioner och stress. Det finns förvisso ett stort behov av detta framförallt inom primärvården men frågan är om den specialiserade psykiatrin har nytta av det.

Forskningen inom området har också alltmer kommit att fokusera på dessa "lättare" tillstånd, oftast med KBT-inriktning och nätbaserade terapier – även detta definitivt värdefullt i det större folkhälsoperspektivet. Men igen, vilken psykokoterapiforskning bedrivs riktad mot de svårare tillstånden? Finns det kanske inte ett behov av psykokoterapi vid dessa eller handlar det där framförallt om farmaka och ECT...

Finns det en framtid för mera systematisk psykokoterapi inom specialistsykiatrin och hur skall den i så fall se ut?

Lars Jacobsson
*Professor emeritus, överläkare
 Psyk. klin, Norrlands universitetssjukhus, Umeå*

Kommentar

Vid Linköpings universitet ges legitimationsgrundande psykokoterapiutbildning med inriktning systemisk familjeterapi.

Per Gustafsson, SP redaktion



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.

Programmet uppdateras ständigt så håll utkik på www.svenskapsykiatrikongressen.se

Styrelsen för SPF

Vilken politisk fråga anser du vara viktigast för svensk psykiatri?

Valårsspecial under Svenska Psykiatrikongressen 2022

Inför stundande valår har vi i styrelsen beslutat att avsluta SPK med att bjuda in representanter från alla riksdagspartier för att svara på några väl valda frågor från medlemmar i SPF. För att vi verkligen ska ställa de mest aktuella och intressanta frågorna så ger vi er nu en möjlighet att påverka desamma.

Således, vilken anser du är den viktigaste politiska frågan för utveckling av svensk psykiatri? Skicka in frågan eller för den delen frågorna till oss på styrelsen@svenskapsykiatri.se för en än mer givande frågestund!

Vi ser fram emot att möta dig där så reservera fredagen den 18 mars kl. 12.10–13.00!

Vi vill gärna att du föranmäler dig till detta seminarium så att vi kan anpassa lokalen. Du gör det på anmälningsformuläret till kongressen. En enklare lunchpåse kommer att serveras till föranmälda deltagare.

Styrelsen Svenska Psykiatriska Föreningen



	Riddarsalen	Fogelström	Galleriet	Arkaden
09.00-09.45	Incheckning med kaffebuffé			
10.00-10.45	Välkommen <i>Martin Hultén</i> Inledningsanförande <i>Sofia Rydgren Stahle</i>			
11.00-11.45	Meddelas senare	Meddelas senare	Perinatal psykisk hälsa: Hur nordiska datakällor har bidragit - och pågående samarbete <i>Maria Karalexi</i>	Bättre psykiatrisk vård med kvalitetsregister? Bättre Beroendevård, PsykosR, SIBER, bipolär, ECT, och Riksät.
12.00-13.00	LUNCH			
13.00-13.45	Stockholm vs Göteborg - En TRIST megaanalys <i>Johan Lundberg, Alexander Lisinski</i>	Hyrläkarstoppet i Psykiatri Skåne <i>Katarina Hartman, Maria Holst</i> Moderator: Martin Hultén	Traumautsatthet som barn och senare psykiatriska tillstånd <i>Niklas Långström</i>	Det går bättre och bättre! Markörbaserad journalgranskning inom psykiatri och rättspsykiatri <i>Charlotta Brunner</i>
14.00-14.45	Psilocybin som behandling av depression - vad är detta för hype egentligen? <i>Hampus Yngwe</i> Ketamin mot depression - hur bra är det och hur fungerar det? Från provrör till patient <i>Johan Lundberg</i>	Prehospital psykiatri Region Skåne. Gott bemötande och god vård utanför vårdenheterna <i>Poul Kongstad, Peter Martinsson, Gunnar Moustgaard, Helena Masson Wahlborg</i>	BUP-online, stegvis utbud för digitalt infödda invånare och patienter <i>Annika Nilsson</i> Utbildningsmottagning inom barn- och ungdomspsykiatri: erfarenheter från Skåne <i>Elin Olsson</i>	Ny metod för utredning och lärande av vården vid suicid <i>Elin Fröding</i>
14.45-15.15	KAFFE			
15.15-16.00	Ketamin som behandling av depression - SoS underlag <i>Carl Johan Ekman</i> PETKET - en klinisk prövning av ketamindropp mot depression <i>Mikael Tiger</i>	Genusperspektiv på ADHD och autismspektrumtillstånd <i>David Eberhard</i>	For a better day <i>Klas Bergling, The Tim Bergling Foundation</i>	Choosing wisely - kliniska kloka val Presentation av Choosing wiselykonceptet <i>Herman Holm</i> Kliniska kloka val i svensk psykiatri <i>Herman Holm, Matilda Naesström</i>
16.15-17.00	Molekylära effekter av ketamin i djur och människa <i>Per Svenningsson</i> Moderator: 13.00 - 17.00 <i>Johan Lundberg</i>	D-vitamin, allvarlig psykisk sjukdom och covid-19. Hopp eller hype? <i>Ursula Werneke, Fiona Gaughran</i>	Digitala medier och ungas psykiska mående - hur når vi fram? <i>Sissela Nutley</i> Moderatorer, 13.00-17.00 Susanne Buchmayer, Maria Unenge Hallerbäck	Hur bidrar Nationellt programområde psykisk hälsa till arbetet i den kliniska vardagen? <i>Lise-Lotte Risö Bergerlind, Ola Götesson</i>
17.15 -	MINGEL I UTSTÄLLARHALLEN			



09.00-09.45	Milles	Tornet	Poseidon
		Incheckning med kaffebuffé	
11.00-11.45	Meddelas senare	Meddelas senare	Meddelas senare
12.00-13.00	LUNCH		
13.00-13.45	Personlighetssyndrom och självskadeproblematik, senaste nytt <i>Lise-Lotte Risö Bergerlind, Sophie Steijer</i> Forskning om personlighetssyndrom <i>Sophie Steijer</i> Svårbehandlat självskadebeteende som nationell högspecialiserad vård <i>Lena Löqvist, Kristina Wikner</i> Nat. Arbetsgrupp för självskadebeteende inom Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård <i>Aase Eriksson, Eva Klingberg</i>	Risikfaktorer och konsekvenser vid behandlingsresistent depression - resultat från svenska registerstudier <i>Johan Reutfors, Philip Brenner</i>	13.00 - 17.00 KURS Mötet med patienten som inte orkar leva - personcentrerad suicidprevention Måste föränmälas <i>Ullakarin Nyberg</i>
14.00-14.45	BT - vad är det? En praktisk genomgång av regelverk och exempel från Region Skåne och Stockholm <i>Gisela Larmark, Tove Mogren</i>	14.00-14.20 Serotoninsystemet förändras när depressionspatienten tillfrisknar <i>Jonas Svensson</i> 14.25-14.45 Vilken behandling får vi erbjuda terapiresistenta patienter? <i>Susanne Bejerot, Mats Humble</i>	KURS
14.45-15.15	KAFFE		
15.15-16.00	Difficult to Treat Depression, ECT and VNS (Vagal Nerve Stimulation) <i>Hamish McAllister-Williams</i> <i>Föreläsningen är på engelska</i>	Från släcka bränder till digital excellens – Metis som modell <i>Lise-Lotte Risö Bergerlind, Sarantos Stasinakis</i>	KURS
16.15-17.00	Difficult to Treat Depression, fortsätter	Hur god är samstämmigheten mellan psykiatriker vid bedömning av depression? <i>Jonas Geijer, Harald Aiff</i>	KURS
17.15 -	MINGEL I UTSTÄLLARHALLEN		



	Nobelterrassen	Riddarsalen	Fogelström	Galleriet
09.00-09.45	Aktuellt om ketamin, rTMS och ECT Fullständigt program på sidan 8 Moderator 09.00-12.00 Axel Nordenskjöld	Får den som lider av psykisk sjukdom tillgång till vård på rätt nivå när den psykiska ohälsan i samhället ökar? <i>Jonas Eberhard, Anders Blanck, Per Einarsson, Margaretha Herthelius, Ing-Marie Wieselgren</i> Moderatorer: Anders Åkesson, Rud Pedersen	Bästa individuella behandling med antipsykosmedel – hur når vi dit? <i>Lars Farde, Svante Nyberg</i>	Nationella riktlinjer för ADHD och autism <i>Louise von Bahr</i> ADHD - en utmaning som kan hanteras genom det nationella vård- och insatsprogrammet <i>Gunilla Granholm</i>
09.45-10.15	KAFFE			
10.15-11.00	Aktuellt om ketamin, rTMS och ECT, forts. Fullständigt program på sidan 8	S:t Göransprojektet - vad vi lärt oss om sjukdomsförloppet vid bipolär sjukdom genom hjärnabbildning, kognitiv testning och neurokemiska analyser <i>Andreas Göteson, Benny Liberg, Carl Sellgren, Carl Johan Ekman, Timea Sparding</i>	Allvarlig psykisk störning och död i samband med covid-19-infektion. Vad har vi lärt oss hittills? <i>Ursula Werneke</i>	10.15-10.35 Autism - en vanlig försvårande omständighet i vuxenpsykiatri? <i>Johan Nyrenius</i> 10.40-11.00 Treårsuppföljning av kognitiva, exekutiva och emotionella funktioner vid ADHD hos barn och ungdomar: kliniska implikationer <i>Pia Tallberg</i>
11.15-12.00	Aktuellt om ketamin, rTMS och ECT, forts. Fullständigt program på sidan 8	S:t Göransprojektet - forts.	Narcissism - en het potatis i vården? <i>Peder Björling, Niki Sundström</i>	"Utomjordingar med lasersvård" - att prata om suicid när patienten har autism <i>Alessandra Hedlund, Maria Karlmark</i>
12.00-13.00	LUNCH			
13.00-13.45	Från fenomenologi till farmakologi vid schizofreni Schizofreni bortom DSM-kriterier <i>Johan Sahlsten</i> Rationell antipsykotisk behandling utifrån ett farmakologiskt perspektiv <i>Stephan Hjort</i>	SATELLITSYMPOSIUM - JANSSEN Egentlig depression – det är en tidsfråga Ett symposium om tidens betydelse för utvecklande och behandling av egentlig depression <i>Föreläsare meddelas senare</i>	Kultursjukdomar - några "svenska" exempel och hur skall vi förhålla oss? <i>Lars Jacobsson</i> Traditionella samiska föreställningar om psykisk sjukdom och traditionell samisk läkekonst <i>Lars Jacobsson</i>	Lång kö till medicininsättning efter utredning av ADHD i barnpsykiatri <i>Anna-Karin Gren, Kerstin Höfler</i>
14.00-14.45	Antipsykotisk läkemedelsbehandling utifrån ett fenomenologiskt perspektiv <i>Jose Rodriguez</i>	SATELLITSYMPOSIUM - JANSSEN, fortsätter	Prevention av psykisk sjukdom och ohälsa - hur kan detta ske? <i>Lars Jacobsson</i>	Neuropsykiatriska symtom i journalen genom tre olika specialiteters lins <i>Valdemar Landgren, Zohar Raanan Soltis</i>
14.45-15.15	KAFFE			
15.15-16.00	15.15-15.25 Prototypal bipolär sjukdom och genetik <i>Erik Smedler</i>	Forskning - vad FAN får vi för pengarna? Presentation av bok och samtal <i>Hanne Kjöllér, Lars Farde</i>	Varför en bra läkare måste vara slug - Tillsammans med våra patienter överlistar vi byråkratin <i>Mani Shutzberg</i>	Tonårsgraviditeter och obstetriska riskfaktorer hos flickor och unga kvinnor med ADHD <i>Lotta Borg Skoglund</i>
16.15-17.00	Beteende- och inlärningspsykologin krokas arm med medicinen - till gagn för oss och våra patienter <i>Åsa Kadowaki, Ann-Marie Skarstam</i>	Konsten att mötas - från mingelångest till vardagliga samtal <i>Kattis Ahlström, Stefan Einhorn, Ullakarin Nyberg</i>	Migration och globalisering – nya utmaningar för psykiatrisk grund- och vidareutbildning <i>Sofie Bäärnhielm, Marie Dahlin, Marie Leander, Steinn Steingrímsson</i>	Elefanten i rummet: betydelsen av kognitiv dysfunktion i psykiatri <i>Timea Sparding</i>
17.15				



	Arkaden	Milles	Tornet	Poseidon
09.00-09.45	Olyckliga i paradiset - bokpresentation <i>Christian Rück</i>	Risken med våldsriskbedömningar inom allmänpsykiatri <i>Hedvig Krona</i>	09.00-09.20 Riskfaktorer för suicid-långtidsuppföljning av individer som gjort suicid-försök <i>Sara Probert-Lindström</i> 09.25-09.45 <i>Meddelas senare</i>	09.00-09.20 Kardiovaskulär sjukdom hos patienter med schizofreni <i>Rubina Attar</i> 09.25-10.45 Distal radiusfrakturer och risk för neurokognitiv sjukdom <i>Jörgen Åstrand</i>
09.45-10.15	KAFFE			
10.15-11.00	Berätta aldrig det här. Samtal på scenen om konsekvenserna av suicid i familjen <i>Frida Boisen, Ullakarin Nyberg</i>	Att minska återfall bland sexualbrottsdömda. Vad och hur påverkar vi? <i>Niklas Långström, Mia Jörgensen</i>	10.15-10.35 Jag är visst någonting - bokpresentation <i>Ida Ali-Lindqvist</i> 10.40-11.00 Han är så bra på att ta egentid - jämställdhet i praktiken - bokpresentation <i>Maria Farm</i>	10.15-10.35 Digital psykiatri - det nya radi-kala eller redan passé? <i>Steinn Steingrímsson</i> 10.40-11.00 Digital+ i svensk psykiatri <i>Andreas Gremyr</i>
11.15-12.00	11.15-11.35 Det sista besöket hos distriktsläkare inom 30 dagar före suicid <i>Nina Palmqvist Öberg</i> 11.40-12.00 Användning av anti-depressiva och sömnläkemedel i Sverige, Norge och Danmark <i>Johan Reutfors, Rikke Wesselhöft</i>	Psykopatiska drag och psykiatri - risker, möjligheter och utvecklingsvägar <i>Marianne Kristiansson</i>	11.15-11.35 Svart bälte i föräldraskap - att lösa vardagen i npf-familjer <i>Lotta Borg Skoglund, Martina Nelson</i> 11.40-12.00 <i>Meddelas senare</i>	Kollegialt stöd - presentation av en webbaserad utbildning <i>Ullakarin Nyberg, Jenny Sazo, Marie Åsberg</i>
12.00-13.00	LUNCH			
13.00-13.45	Suicidprevention <i>Herman Holm</i> Presentation av arbetet med säkerhetsplaner i appen "Min livlina!" <i>Rickard Bracken</i>	Virtual reality-simulering i rättspsykiatri och angränsande kliniska områden <i>Kristina Sygel</i>	Suicidtankar och risken för död av "naturliga" orsaker: En epidemiologisk studie. <i>Mattias Jonson</i>	Fig: A Playtient Journey ett spel som ska hjälpa unga människor som lider av depression och bipolär sjukdom <i>Anders Rabbe</i>
14.00-14.45	Allvarligt talat: Hur står det till med psykiaterns självbild? <i>Tom Burns, Sophia Eberhard, Christian Rück, Alexander Wilczek</i>	Komplex PTSD, ny diagnos 2018 för uppväxtrauma <i>Svante Bäck</i>	Vad är iTBS? <i>Marcus Persson, Viktor Fabri</i>	Dataspelande under covid-19: en tvärsnittsstudie med fokus på unga och förändringar i spelbeteende <i>Emma Claesdotter-Knutsson, Frida André, Anders Håkansson</i>
14.45-15.15	KAFFE			
15.15-16.00	Allvarligt talat fortsätter Moderatorer 14.00-16.00: Jonas Eberhard, Martin Hultén	Vinklar på psykiatriska diagnoser/diagnostik Vem äger diagnosen? Diagnosens makt! <i>Lars Jacobsson</i> Avdiagnostisering <i>Lena Nylander</i> Individen och diagnosen! <i>Herman Holm, Jörgen Herlofson</i>	Farmakologisk behandling av huvudsymtomen vid anorexia nervosa <i>Elin Munke</i>	15.15-15.35 Psykiatri på distans - ett närmare patientarbete? <i>Yvonne Lowert, Jeanette Hjortsberg, Per Segerros</i> 15.40-16.00 Datadriven psykiatri - utopi eller verklighet? <i>Fabian Lenhard, Johan Skånberg</i>
16.15-17.00	Hedersledamotföreläsning <i>Bo Runeson</i>	Auditoriet och föreläsarna Gemensam diskussion	PAP= Psykoterapi-Ansva-rig Psykolog <i>Njördur Viborg</i>	Meddelas senare
17.15	SPF:s årsmöte			



	Riddarsalen	Fogelström	Galleriet	Arkaden
09.00-09.45	Cannabis, avkriminalisering och narkotikadödligheten <i>Susanne Bejerot, David Eberhard, Staffan Hübinette, Nils Littorin</i>	Kliniska riktlinjer konsultation-liaisonpsykiatri Introduktion <i>Lars Wahlström</i> 09.15-09.45 Psykiaterns roll vid cancer <i>Monika König, Lars Wahlström</i>	Galenskap: en bok om vetenskap Bokpresentation <i>Mikael Landén</i>	09.00-09.35 Effekter av toxiska litiumnivåer på EKG - resultat från LiSIE-projektet <i>Petra Truedson</i> 09.40-10.00 Förskrivning av sköldkörtelhormon hos patienter med bipolär eller schizoaffectiv sjukdom <i>Ingrid Lieber</i>
09.45-10.15	KAFFE			
10.15-11.00	Existentiella och filosofiska aspekter på utmattningssyndrom (UMS) Att sjukna i UMS <i>Alexander Wilczek</i> Acedia <i>Lennart Koskinen</i> Diskussion	10.15-10.45 Akut somatik för psykiatriker <i>Olof Lekholm</i> 10.50-11.20 Farmakologi för konsultation-liaisonpsykiatern <i>Myrto Sklivanioti Greenfield</i>	Rehabilitering av psykosjukdomar utifrån brukar-, anhörig- och evidensperspektiv <i>Åsa Höij, Lena Flyckt, Åsa Konradsson-Geuken</i>	Frontotemporal demens och differentdiagnostik visavi psykisk sjukdom - internationella riktlinjer <i>Alexander Santillo</i>
11.15-12.00	Existentiella och filosofiska aspekter forts... Psykisk energi <i>Simon Skau</i> Diagnosen <i>Jörgen Herlofson</i> Diskussion	Farmakologi fortsätter 11.25-12.00 Funktionella somatiska tillstånd <i>Carl Sjöström, Malin Ljungdahl, Sandra Hakkarainen</i> Moderatorer: Lars Wahlström, Monika König	Precisionsbehandling vid depression - var står forskningen? <i>Daniel Lindqvist, Hans Eriksson</i>	11.15-11.35 Immunologisk behandling av terapieresistent schizofreni och OCD <i>Susanne Bejerot, Mats Humble</i> 11.40-12.00 Riskfaktorer för långtidsanvändning av benzodiazepiner vid bipolär sjukdom <i>Louise Wingård</i>
12.10-13.00	Valårsspecial Moderatorerna Martin Hultén och Maria Larsson frågar inbjudna politiker, från alla riksdagspartierna, om deras åsikter i viktiga psykiatriska frågor			
	OBS! För att kunna planera lokal mm., vill vi att du föranmäler dig till detta. Görs på anmälningsformulär på hemsidan. Lunchpåse serveras till deltagare på detta seminarium.			



	Milles	Tornet	Poseidon
09.00-09.45	Självvald inläggning - En metod för krishantering och delaktighet vid psykisk sjukdom <i>Nitya Jayaram-Lindström, Emelie Al-lenius, Joachim Eckerström, Maria Smitmanis Lyle, Rose-Marie Lindkvist</i> Moderator: Lena Flyckt	09.00-09.35 Kan jag läsa min psykiatrijournal på nätet? Kartläggning över Sverige <i>Annika Bärkås</i> 09.40-10.00 Samtal om närståendestöd, samverkansprojekt <i>Ullakarin Nyberg, Björn Eklund</i>	Ett Barn - En Plan Samverkan BUP och Bou Kristianstad <i>Carina Gustafsson, Ann-Charlotte M La Fleur</i>
09.45-10.15	KAFFE		
10.15-11.00	10.15-10.35 Kan stöd till efterlevande verka preventivt för psykisk ohälsa? <i>Inger Händestam, Mikael Rostila</i> 10.40-11.00 Kultur online för livskraft och harmoni <i>Ulrika Lind, Betaniastiftelsen</i>	Kan man lita på forskningsresultat? <i>Robert Kelly</i>	Sjukvårdsregionalt programområde (RPO) tar initiativ för stärkt återhämtningsperspektiv. <i>Mikael Sandlund</i>
11.15-12.00	Samtal på scenen: Boken "Muren" - inifrånperspektiv på psykisk sjukdom och heldygnavård <i>Therese Moberg, Ullakarin Nyberg</i>	11.15-11.35 Akutlappar – ångesthantering genom delaktighet, reflektion och samarbete inom psykiatrisk heldygnavård <i>Linda Zetterström, Maria Linde</i> 11.40-12.00 Rökstoppet <i>Matz Larsson</i>	Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID) - ny ätstörning, nya utmaningar <i>Elisabet Wentz, Emma Svensson</i>

ANMÄLAN SENAST DEN 1 MARS!

KURS PÅ SPK 2022:

Deltagarantalet är begränsat och föränmälan måste ske när du anmäler dig till kongressen, www.svenskapsykiatrikongressen.se.

Medlemmar har företräde.

Suicidologi - Mötet med patienten som inte orkar leva - personcentrerad suicidprevention

Onsdag kl. 13.00-17.00

Lokal: Poseidon, 30 deltagare

Ullakarin Nyberg

Torsdag 17 mars

	Nobelterrassen
09.00-09.45	Aktuellt om ketamin, rTMS och ECT Ketamin som alternativ till ECT <i>Pouya Movahed</i> Hetaste nyheterna om rTMS <i>Robert Bodén</i> rTMS för vilka patienter? <i>Carl-Johan Ekman</i> rTMS i Sverige, användning och behandlingsresultat <i>Johan Lundberg</i>
09.45-10.15	KAFFE
10.15-11.00	Aktuellt om ketamin, rTMS och ECT, forts. För vilka patienter minskar ECT självmordsrisken och inläggningar vid depression? <i>Fredrik Nilsson</i> Påverkan av ECT på monoaminer <i>Mikael Tiger</i> ECT-respons efter läkemedelsresistens, <i>Adam Nygren</i>
11.15-12.00	Aktuellt om ketamin, rTMS och ECT, forts. Läkemedelsadjuvans efter ECT <i>Alexander Kronsell</i> Kan man dö av ECT? <i>Lovisa Lindblad</i> ECT i Sverige, förbättringar och förbättringsbehov <i>Axel Nordenskjöld</i> Nytt from GEMRIC - The Global ECT-MRI Research Collaboration <i>Pia Nordanskog</i> Behandling med ketamin och esketamin vid svår depression <i>Harald Aiff</i> Moderator 09.00-12.00: Axel Nordenskjöld

www.svenskapsykiatrikongressen.se

PRAKTISK INFORMATION

KOSTNAD:

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

KONGRESSMIDDAG

(föranmäls):
Torsdag den 17 mars,
kl. 19.30
Mälarsalen

MÅLTIDER:

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

Pris:

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

Du kan redan nu anmäla dig på
vår hemsida.

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

MINGEL (föranmäls):

Onsdag 16 mars.
kl. 17.15
Mälarsalen
Gratis

BLI MEDLEM:

- Reducerad avgift till SPK (5600:- istället för 7600:-)
- Möjlighet att gå på fortbildningsaktiviteter – tex. "SPF fortbildar"
- Möjlighet att åka med på kongressresor som SPF arrangerar
- Prenumeration på Svensk Psykiatri och The Nordic Psychiatrist (online)
- Besök SPF:s monter nu och bli medlem!

Genom att anmäla dig till SPK 2022 samtycker du till att följa de hälso- och säkerhetsåtgärder som gäller vid tidpunkten för evenemanget, vilket kan inkludera, men inte begränsas till, att bära ansiktsmask, uppvisa bevis på vaccinationsstatus. Uppdatera dig regelbundet på relevanta myndigheters hemsidor, så väl som på SPK:s hemsida eftersom restriktioner och riktlinjer kan komma att ändras.

Tio år efter missbruksutredningen

För över tio år sedan fick Gerhard Larsson regeringens uppdrag att se över missbruksvården i Sverige. Det utmynnande i den så kallade Missbruksutredningen SOU 2011:35. Att viktiga förslag från densamma inte realiserats aktualiserades av Uppdrag gransknings program om "Vem ska rädda Sanne" 2018. Jag fick, av något av en sinkadus, kontakt med Gerhard Larsson och passade på att fråga honom vad som hänt och vad han anser vi idag behöver göra för att få en tryggare och bättre vård av människor med beroendesjukdomar.

Vad har hänt med de förslag du lämnade i Missbruksutredningen?

Ett 35-tal förslag är genomförda. Bland annat är läkarspecialiteten beroendemedicin införd och beroendekunskap ingår i viktiga utbildningar som till allmänläkare, psykolog och socionom. Vidare så har läkemedelsassisterad behandling (LARO) blivit godkänd, liksom sprututbyte och uppbyggnad av fler beroendemottagnings- liksom särskilda ungdomsmottagnings- anläggningar. Emellertid är det några bärande förslag som fortfarande inte har realiserats av regeringen. Sådana är:

- Sjukvården får ett lagfäst samlat bedömnings- och behandlingsansvar vid beroende och samtidig dito vid samsjuklighet. Kommunerna har kvar ansvar för eventuellt behov av psykosocialt stöd, boendehjälp och försörjning.
- Att dagens behandlingsshem för personer med missbruk och beroende överförs från kommunerna till regionernas ansvar i utformning och betalning. System för auktorisation införs.
- Att vid samsjuklighet, när en individ kontaktar beroendemottagningen eller en psykiatrisk klinik, samtidig behandling inleds direkt vid behov.
- Att tvångsvården moderniseras och stärks kunskapsmässigt. Det kommunalt initierade tvånget upphör och sjukvården får ensamt ansvar genom omarbetad LPT för vård, där akut psykiatriska förhållanden eller beroende kan motivera detta för att inleda behandling.

Är du nöjd över resultatet?

Nej, så länge regeringen inte gått till riksdagen för att genomföra våra bärande reformer. Sverige har därför kvar splittrande och otydliga ansvar mellan kommunal socialtjänst och regioner och även mellan psykiatri och beroendemottagningar. Det leder fortfarande till alltför sena och ibland helt uteblivna behandlingar och vi har flera hundra tusen i dolt missbruk. För samsjukliga märks detta extra mycket liksom för dem med läkemedelsberoende



Foto: Örjan Leek

Efter Uppdrag gransknings reportage om "Vem ska rädda Sanne" för två år sedan initierade ju anhöriga till Sanne en hearing i socialutskottet februari 2019 kring frågan. Vet du hur långt socialutskottets fortsatta arbete kommit i frågan sedan dess?

Ett år senare, 2020, enades riksdagen att uppdra, genom ett så kallat tillkännagivande, åt regeringen att lägga fram konkret förslag till ansvar vid samsjuklighet och också se över förutsättningarna till gemensam tvångslagstiftning. Härvid refererades till att regeringen ännu inte i denna del tagit tag i mina förslag från Missbruksutredningen 2011. Det ledde till att en ny utredare fick i uppdrag att se över dessa frågor igen. Han ska lämna delrapport nu under senhösten och slutförslag i januari 2023.

Tycker du att man behövde göra en ny utredning?

Nej. En uppfräschning av förslagen, ja absolut, men det är något som kunde skett i Regeringskansliet. Men då det dröjt nio år tog riksdagen initiativ med sin beställning och utredningen 2020 ovan tillkom istället.

Om du fick bestämma, hur vill du att riksdagen med nuvarande och kommande regering ska driva frågan framåt idag?

Till minne: Johan Beck-Friis

1940-03-07 — 2021-10-17

Psykiater, pionjär, docent, hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen.

Docent Johan Beck-Friis, Drottningholm, har gått bort i en ålder av 81 år.

Närmast anhöriga är döttrarna Camilla och Lovisa med familjer. Johan Beck-Friis var änkeman efter balettdansare, koreograf och dansforskare Regina Beck-Friis (1940–2009) (1).

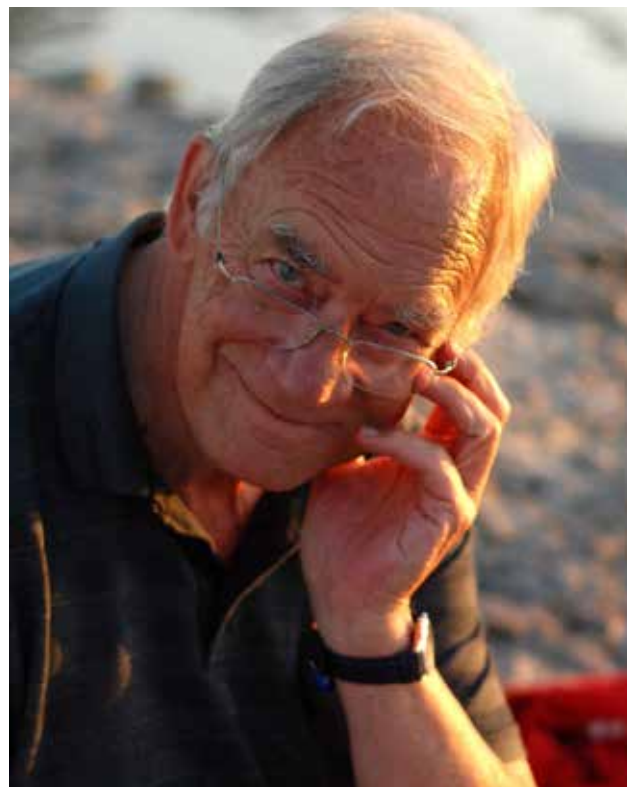
Johan Beck-Friis var docent i psykiatri vid Karolinska Institutet och klinisk lärare i psykiatri för medicinstudenter vid S:t Görans sjukhus i Stockholm. Han deltog bland annat i ett internationellt studentutbyte mellan Karolinska Institutet och UCLA 1978 (2).

Johan Beck-Friis föddes den 7 mars 1940. Han tog studenten på latinlinjen men insåg att han ville bli läkare och kompletterade reallinjens ämnen vilket gav honom en bred grundutbildning. Hans akademiska bana startade vid Karolinska Institutet där han tog läkarexamen. Johan Beck-Friis genuina intresse för människor gjorde att han inriktade sin specialistutbildning mot psykiatri. Han disputerade och blev docent i psykiatri samtidigt som han vidgade sin kunskap med egen psykoanalysutbildning.

Han blev under sin kliniska utbildning på S:t Görans sjukhus särskilt intresserad av sömnhormonet melatonin som bildas i tal-kottkörteln, vilken av filosofen René Descartes ansågs vara själens säte. Produktionen av melatonin styrs av ljus- och mörkerberoende nervimpulser från ögats näthinna. Johan Beck-Friis visade i sin avhandling att den nattliga melatonintoppen var låg hos de akut deprimerade patienterna som också hade hög stressnivå mätt med hormonet kortisol. Då den låga nivån av melatonin kvarstod sedan depressionen hävts och kortisolnivån normaliserats antogs den markera en disposition att insjukna i depression. En låg nattlig nivå av melatonin var relaterad till frånvaro av dygns- och årstidsvariationerna av depressionssymtomen och ett tillstånd med ett lågmelatoninssyndrom hos en undergrupp av deprimerade patienter formulerades.

Johan Beck-Friis disputerade 1983 om melatonin vid depression (3). Ytterligare ett tiotal artiklar utöver avhandlingen om depressionssjukdomen belönades med en docentur i psykiatri vid Karolinska Institutet. Som tecken på Johan Beck-Friis stilistiska talang och stringens fick han ett manuskript åter från en tidskrift med urlåtandet "Print as is".

I samband med 1980-talets stora omorganisation av psykiatri i Stockholm med många små regionala sektorer försvårades sammanhållen klinisk forskning och Johan Beck-Friis övergick till privatpraktik. Han bibehöll dock hela tiden sitt stora intresse för depressionssjukdomarnas orsaker och behandling. Johan Beck-Friis föreläste, som den humanist och konstnärligt skapande person han var, om depressionens väsen vid programkvällar, bland



annat på Läkarsällskapet, inramat med recitation och musik, gärna ur Glucks Orfeus och Eurydike.

Beck-Friis gav 2005 ut boken "När Orfeus vände sig om – en bok om depression som förlorad självaktning" vilken handlade om samspelet mellan depressionens yttre och inre förutsättningar. Som författare hade han en unik dubbelkompetens utifrån att vara forskare med ett särskilt intresse för hormoner och biologiska rytmer, liksom kunskap om patientens inre liv, utifrån sina erfarenheter som praktiserande psykoanalytiker.

Johan Beck-Friis ansåg att frågan om självaktning var avgörande för att förstå de depressiva tillstånden. Genom att fokusera på självaktningen kunde man skilja depressionen från andra närliggande tillstånd, som sorgen och den asteniska utmattningen, till exempel den som ofta förekommer vid Parkinsons sjukdom med dopaminsvikt och melatoninbrist. Han arbetade in i det sista ytterligare en bok där han ville kombinera kunskapen om de biologiska effekterna av melatonin med psykoanalytiska hypoteser.

Tron på människans egna inre läkande krafter och möjligheter till personlig utveckling speglade Johan Beck-Friis värderingar och arbete. Hans öppenhet och värme och hans lätthet och vänlighet i kommunikationen är omvittnad av många patienter. Han var en läkare som uppskattades för sina kunskaper och sin omsorg om patienterna med ett personligt engagemang.

Johan Beck-Friis avled 17 oktober 2021 i sviterna efter en fallolycka. Den vackra begravningen i S:t Birgitta kyrka den 11.11 avslutades med Glucks Dans på de saligas ängder.

Lennart Wetterberg
Professor emeritus i psykiatri vid Karolinska Institutet
Foto: Privat

Referenser: www.svenskpsykiatri.se/tidskriften

Ställa krav på regeringen att lägga en proposition till riksdagen för beslut nu i vår och i den ta konsekvenserna av att beroende är en sjukdom, det vill säga en psykiatrisk diagnos, och att sjukvården därmed får ett i lag reglerat ansvar för behandling vid beroende och samtidig behandling vid samsjuklighet. I korthet att krav ställs redan nu i linje med Missbruksutredningens förslag. Ej avvakta till 2023 då en förnyad översyn av tvångslagstiftningen ska vara klar.

På vilket sätt tror du att vi kan vi hjälpas åt i svensk psykiatri för att förbättra missbruksvården idag?

Dels som opinionsbildare gentemot regeringen för lagreglering i den anda jag tecknat ovan, dels i avvaktan härpå ta initiativ i praktiskt utövande till att bryta barriär som bromsar samtidig behandling vid samsjuklighet.

Maria Larsson
Vice ordförande SPF



Reglerad fortbildning av psykiatrer

Är det, som specialtläkare i psykiatri, en *möjlighet* eller en *nödvändighet* att fortbilda sig? Har patienterna rätt att ställa krav på att få träffa en doktor som är uppdaterad med den senaste kunskapen och forskningen?

De första åren som läkare är hårt reglerade. Läkarutbildningen, AT-tjänstgöringen, BT-tjänstgöringen och specialistutbildningen är full av kunskapskrav, prov, handledning och kurser.

Sedan, när man väl har blivit specialist, tar det plötsligt stopp. Det finns helt plötsligt inga krav längre på vare sig fortbildning, kunskap eller handledning. Fortbildning gör man i bästa fall i mån av tid. Som specialtläkare arbetar vi sedan i 30–40 år. Det medicinska ansvaret ökar men i kontrast till detta saknas helt fortbildningskrav. I vissa dokument beskrivs fortbildning och forskning som förmåner som kan tas bort i samband med läkarbrist. Det finns inget lagstadgat krav att fortlöpande säkerställa specialtläkares kompetens. Ansvaret för vidareutbildning läggs på den enskilda specialtläkaren och arbetsgivaren.

I EU ser det dock annorlunda ut: Tyskland, Norge, Schweiz, Österrike och ytterligare sjutton medlemsländer har obligatorisk fortbildning. Det finns ofta ett poängsystem för att säkerställa att specialtläkaren fortsätter att utbilda sig för att upprätthålla både formell och reell kompetens.

Precis som alla specialiteter ställs psykiatrin inför utmaningen att ta till sig nya erfarenheter och rön från forskning och metodutveckling inom ett brett kunskapsfält. För att uppnå bästa möjliga kvalitet i arbetet måste alla specialtläkare få fortbildning och kompetensutveckling på ett sätt som stärker medarbetaren och ger bättre vård till patienten.

I Västra Götalandsregionen (VGR) bildades 2006 regionala fortbildningsrådet (RFR). RFR:s ansvar är att utforma fortbildning för specialtläkare. Det finns 17 regionala studierektorer för de större specialiteterna, bland annat psykiatri.

Som studierektorer för psykiatri har vi, tillsammans med duktiga kollegor anordnat tio fortbildningsdagar och 4–5 fördjupningskurser i psykiatri. Utbildningarna är populära och har fått bra respons. Specialister från hela regionen kommer för att fortbilda sig. Men vissa kollegor kommer inte alls på några utbildningsaktiviteter. Varför? Kanske får utbildning stryka på foten när man har full mottagning eller avdelning?

För att råda bot på detta ska vi genomföra ett pilotprojekt inom VGR. Tillsammans med anestesi, gynekologi, ÖNH och ortopedi ska vi testa reglering av fortbildning för specialtläkare.

Vi tänker dela upp fortbildningen i olika nivåer. Den lokala fortbildningen kommer ha fokus på bl.a. tvångsvård, mortalitet- och morbiditetskonferens och HLR. Den regionala kommer ha fortbildningsdagar med fokus på diagnostik, farmakologisk behandling och juridik. På nationell nivå och internationell nivå blir det konferenser och kongresser.

Varje specialtläkare ska ha 80 timmar fortbildning per år, där hälften av timmarna genomförs utanför den egna kliniken. Varje specialtläkare kommer att få tillgång till en specialistportfölj med utbildningsaktiviteter som kan användas som underlag i utvecklingssamtal.

Hur kan detta då implementeras på den enskilda kliniken? Ett exempel är Psykiatri Affektiva i VGR där man har en yrkesutvecklare för specialtläkarerna. Hen är rådgivare i verksamheten i frågor som rör kompetensutveckling, samarbetar med utbildningssamordnare, ingår i olika nätverk och följer kunskapsutvecklingen. Hen ansvarar också för utbildningar på lokal nivå.

Som specialist har man möjlighet att välja inriktning på sin fortbildning, exempelvis forskning, ledarskap, kliniska färdigheter och pedagogik. Alla specialtläkare ska ha en individuell fortbildningsplan som revideras årligen där man inventerar individens specifika behov av fortbildning.

Vårt svar på frågan är alltså att fortbildning är en nödvändighet och långsiktigt önskar vi oss en reglering av fortbildning i lag där arbetsgivarens ansvar och läkarnas ansvar för det livslånga lärandet tydliggörs.

Denada Aiff

Överläkare och regional studierektor för specialtläkare

Antonio Gonzales

Överläkare och medicinskt ledningsansvarig

Janssen och Lif bjuder in till seminarium på Svenska Psykiatrikongressen 2022

Får den som lider av psykisk sjukdom tillgång till vård på rätt nivå när den psykiska ohälsan i samhället ökar?

De som söker vård möter en ofta pressad primärvård med köer, tidsbrist och bristfällig uppföljning. Hur går vi vidare för att se till att rätt vård och stöd når rätt patient i rätt tid? Den ökade psykiska ohälsan diskuteras alltmer och regeringen har gett Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med ett tjugotal berörda myndigheter inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Men hur ser det ut idag? Hur säkrar vi den psykiatriska vårdens kompetensutveckling och införandet av mer personcentrerad vård? Vad går att, och vad vill vi på riktigt förändra i system och organisation för öka tillgänglighet till psykiatri för dem som behöver?

Medverkande

Ing-Marie Wieselgren, specialistläkare i psykiatri och projektchef vid Uppdrag psykisk hälsa, SKR

Margaretha Herthelius, ordförande i Schizofreniförbundet

Per Einarsson (KD), ordförande i psykiatriberedning i Region Skåne

Jonas Eberhard, psykiater och vetenskaplig sekreterare, Svenska Psykiatriska Föreningen

Anders Blanck, VD Lif – de forskande läkemedelsföretagen

Samtalsledare

Anders Åkesson och **Rud Pedersen**

Arrangör

Janssen och Lif

Tidpunkt

Torsdagen den 17 mars kl. 09:00 – 09:45

Att behandla den sköra, äldrepsykiatriska patienten

Rapport från SFÄP:s årliga symposium

SFÄP:s årliga symposium gick av stapeln den 29:e oktober, även i år digitalt via Zoom. Vi räknade till drygt 80 anslutna Zoom-konton, men flera hade ordnat lokala träffar där man kunde ta del av programmet tillsammans. Temat för årets symposium var skörhet.

Björn Westerlind, överläkare i geriatrik i Jönköping och universitetslektor i Linköping, introducerade begreppet skörhet: begreppet har fått flera definitioner men kännetecknas i grunden av en nedsatt kraft och ork, behov av stöd i dagliga aktiviteter, och en nedsatt reservkapacitet som medför ökad risk för olika negativa hälsoutfall. Kognitiv sjukdom är vanligt förekommande bland de allra sköraste och kognitiv svikt kan ses som en del av skörhet i sig.

Den sköra individen inträder ofta i en ond cirkel av minskad kraft och muskelmassa, nedsatt aptit och undernäring. Fysisk aktivitet är vad som visat sig mest effektivt för att bromsa den negativa spiralen, då sådan bevarar muskulatur och matlust. Ett teamarbete kring patienten är viktigt då behoven och funktionsnedsättningen vid skörhet har många aspekter.

Skörhetsbegreppet är högrelevant för sjukvården då sköra äldre är kraftigt överrepresenterade som patienter, och behovet av att finna bra sätt att minska de negativa konsekvenserna av skörhet kommer öka med tanke på den demografiska utvecklingen med ett kraftigt ökat antal medborgare över 80 år under kommande decennier. En viktig sak att minnas är att sköra äldre utgör en liten minoritet av det totala antalet personer över 65.

För att kunna göra vad vi kan för att minska de negativa konsekvenserna av skörhet behöver patienterna identifieras av vården. Detta gäller inte minst när patienten kommer till sjukhus, där risken för t.ex. fallolyckor är extra hög. **Maria Holstad-Högborg**, med dr och överläkare i äldrepsykiatri i Uppsala, gick igenom olika sätt att skatta skörhet och hur dessa nu implementeras på olika håll i landet. För screening av skörhet på akuten eller vårdavdelningar kommer man långt med korta formulär, men även mer omfattande instrument finns.

Ingvar Karlsson, docent vid Göteborgs universitet, redogjorde för kunskapsläget kring sköra äldre och covid-19-infektion. Vid akut covid-19 är symptomatologin inte stort annorlunda hos äldre än hos yngre, men hos sköra individer och personer med kognitiv svikt kan delirium vara enda manifestation. För sköra äldre är covid-19 en allvarlig infektionssjukdom med relativt hög dödlighet och långdragen konvalescensperiod.

På temat behandling av den sköra patienten redogjorde **Jon Brännström**, med dr vid Umeå universitet och ST-läkare i Region Västerbotten, för sin forskning kring sambandet mellan höftfraktur och användning av antidepressiva respektive antipsykotiska läkemedel. Tidigare observationsstudier har

funnit ett statistiskt samband mellan dessa läkemedel och höftfraktur, men det har varit oklart om detta är ett orsakssamband.

Brännström med kollegor har genomfört studier baserade på svenska registerdata där man jämfört dem som fått antidepressiva och antipsykotika utskrivna med matchade kontrollpersoner som inte fått det. De kunde mycket riktigt visa att risken för höftfrakturer var högre året efter insättning av båda läkemedelsgrupperna, och risken var högst tiden direkt efter insättning. Men de kunde också visa att risken var ännu mer förhöjd året innan dessa läkemedel sattes in, och allra högst 2–4 veckor innan insättning. Dessa fynd talar emot ett orsakssamband mellan dessa läkemedel och höftfraktur. Det statistiska samband som ses efter insättning tycks bero på andra faktorer som förklarar både att man bryter höften och får dessa läkemedel förskrivna.

Behandlingstemat fortsatte när **Robert Sigström**, med dr och ST-läkare på Sahlgrenska, pratade om ECT till sköra äldre och potentiella risker med behandlingen. Äldre behandlas oftare med ECT än yngre och högre ålder är kopplat till bättre effekt av ECT vid depression. I stora datamaterial är dödsfall relaterade till ECT mycket ovanliga och risken för allvarliga medicinska händelser hos äldre som behandlas med ECT tycks snarast vara lägre än för jämförbara kontrollpersoner som sjukhusvårdats med depression utan att få ECT. Det senare är något svårtolkat då just komplikationsrisk kan vara ett skäl till att avstå från ECT. Den låga risken för allvarliga komplikationer vid ECT speglar således rådande praxis, där man antagligen är försiktig med ECT till personer med såväl akuta som kroniska livshotande kroppsliga sjukdomar.

Avslutningsvis berättade **Johanna Simmons**, ST-läkare i geriatrik och universitetslektor i Linköping, om övergrepp mot äldre. Utgångspunkten var forskningsprojektet Reagera som syftar till att vården ska bli bättre på att upptäcka och hjälpa utsatta äldre. Internationellt är det vanligaste att äldre utsätts för psykiska och finansiella övergrepp, medan fysiska och sexuella övergrepp är ovanligare. Äldre personer är ofta i beroendeställning till utövaren, t.ex. vårdpersonal eller vuxna barn. I forskning från andra länder ses att sköra äldre som bor på institution är särskilt utsatta för alla typer av övergrepp. Simmons forskning har också visat att äldre i Sverige som utsätts för övergrepp mer sällan än yngre har tillfrågats av vården om utsatthet. Enighet råder både bland utsatta, myndigheter och forskare om att det är viktigt att våga lyfta ämnet.

SFÄP:s styrelse

Vid pennan: Robert Sigström,
Vetenskaplig sekreterare i styrelsen

Ta del av våra remissvar!

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

Du kan läsa alla remissvar på våra hemsidor
www.svenskpsykiatri.se
www.sfbup.se
www.srpf.se

TOVE GUNNARSSON
Redaktör Svensk Psykiatri



Glöm inte våra hemsidor:

På respektive hemsida läser Du alltid senaste nytt:

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

Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se

ST-läkare i psykiatri:
www.stpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srpf.se

Psykiatern Olle Hollertz har nedtecknat sina erfarenheter och reflektioner från ett långt yrkesliv som psykiater i Oskarshamn under titeln **Adhd – från vaggan till graven**. Vi publicerar här den första delen av hans text.

Psykiatri – en värld i förändring

Foto: Shutterstock/ PHOTOCREO Michal Bednarek

Mitt liv har roterat runt adhd. Idag förstår jag att min pappa hade en allvarlig adhd och med tanke på mitt öde hade jag nog en passande barndom, men det är en annan historia. Jag startade mitt yrkesliv som bonde och kommer troligen att sluta min yrkeskarriär som bonde. Däremellan har jag studerat medicin i Umeå och arbetat som psykiater i Oskarshamn i 30 år. Huvudsakligen har jag arbetat i psykiatrisk öppenvård i en liten svensk landsortsstad belägen vid Kalmarsund. När jag inledde mitt yrkesliv som allmänpsykiater i början på 1990-talet dominerades mottagningen, liksom en stor del av Psykiatrisverige av en psykodynamisk grundsyn. Johan Cullberg och Barbro Sandin var kända namn, vilka präglade en humanistisk och själfull psykiatri. Idag upplever jag att psykiatri mestadels saknar en öppenhet mot det existentiella, den religiöst färgade dimensionen av livet och det okända.

Samtidigt pågick en långsam nedmontering av de gamla mentalsjukhusen och Psykiatireformen innebar att många svårt sjuka och märkta patienter överfördes till hemkommunerna. Mitt fokus som ung psykiater riktades mot dessa individer och vi tog till oss en arbetsform utvecklad av en nyzeeländsk psykiater, Ian Falloon, som kallades Integrerad Psykiatri. Den dominerande diagnosen var schizofreni och med hjälp av case-management, OPT (Optimal Treatment of Psychosis), tidiga interventioner och social psykiatri var målet att integrera patienterna i lokalsamhället. Utöver detta ingick det i arbetet att träffa alla typer av patienter, ofta med borderline-personlighetsstörning, antisocial personlighetsstörning och patienter med ospecifika ångestdiagnoser.

Öppenvård och teamarbete

Även om adhd varit ett centralt inslag i mitt yrkesliv i drygt 20 år, var schizofreni den diagnos som utmanade mig, efter att jag gjort AT. Under min specialisttjänstgöring, där hälften var förlagd till öppenvården i Oskarshamn, var jag en del i att utveckla psykosvården. Ambitionen vara att klara det mesta i öppenvård och inläggning på institution en sista utväg. Vi utvecklade teamarbetet, ett arbetssätt jag trivts med och funnit varit effektivt, varför även behandlingsarbetet med adhd och AST idag organiseras på samma sätt. Ian Falloon var vår huvudinspiratör, men i hans anda verkade också Ulf Malm, Lennart Lundin, Per Borell m.fl. I takt med att antalet nyinsjuknade i schizofreni minskat har andra delar av psykiatri ökat i omfattning, främst tänker jag på de neuropsykiatriska diagnoserna. Kvar från mina första år inom psykiatri finns tron på öppenvårdslösningar och arbetet med multiprofessionella team. Detta konkretiserades i bl.a. en socialpsykiatrisk behandlingsenhet, Nymålen, strax utanför Oskarshamn. Den har i år funnits i 26 år och har formen av en liten lantgård där hästar, kaniner, höns, m.fl. husdjur har en central terapeutisk plats. Många långvarigt, svårt sjuka individer har där under åren kunnat få rehabilitering och ett socialt sammanhang att finnas i. Jag är glad att jag tillsammans med mina medarbetare fått vara med om att starta denna verksamhet och varit med om att kämpa för att den fortfarande existerar. Här vill jag främst nämna min tidigare chef, Björn Grubbström, vars visioner varit bärande genom åren.

Konferensen i Falun

När jag tänker tillbaka på tiden före millennieskiftet framträder en konferens i Falun 1998 i ett speciellt skimmer. Det finns säkert

flera tolkningar av vad som hände i Lugnets Skidstadion under temat "Den psykotiska krisen". I efterhand känns det som alla var där och över konferensen svävade Barbro Sandins ande. Budskapet var att det går att bota schizofreni och rent konkret framfördes det av psykosteamet i Falun. Med några års egen erfarenhet i bagaget av så kallade kroniker, ofta med schizofrenidiagnos, ställde jag mig upp och frågade panelen, hur vi ska förhålla oss till de terapirefraktära. Johan Cullberg kände sig manad att svara och började med att säga att nackhåren reser sig när han hör dylika kommentarer och hans enkla svar var att man skulle byta terapeut. Bredvid i sportarenan satt en psykiater med höga administrativa ambitioner, som kommenterade min fråga så här, "vill du göra karriär inom psykiatri" kan du inte ställa sådana frågor. En annan episod som etsat sig fast i minnet var när Jakko Seikkula, psykolog från finska Lappland, fick frågan hur de lyckats genomföra nödvändiga organisationsförändringar och han svarade: "Vi bara bestämde oss." Han var känd inom psykosvården för att ha sagt till sina medarbetare, "den som träffar en nyinsjuknad i psykos måste inse att det är ett livstidsuppdrag". Detta något orealistiska krav rymmer kärnan i förhållningssättet gentemot schizofrena, likväl som autistiska patienter.

Många vittnade vid detta möte och många reste nog hem upplyfta. Själv blev jag mot alla odds rekryterad av Leif Lindström, som redaktör till medlemsbladet "Svensk Psykiatri", men det är en annan historia.

Ryska erfarenheter

Arbetsmodellen "Integrerad Psykiatri" kombinerat med mitt mångåriga intresse för Ryssland ledde senare till ett utbytesprojekt inom ramen för Östeuropakommitténs projekt gentemot Baltikum och nordvästra Ryssland. Det blev en mycket givande och spännande erfarenhet, att under nästan 10 år få möjligheten att lära känna ryska kollegor och rysk psykiatri. En kort summering av dessa erfarenheter är följande korta text som är ett utdrag från en kolumn jag skrev i lokaltidningen Barometern i Kalmar, med titeln "Ryssland – en livslång passion":

"Det som jag tror fascinerar oss i Ryssland är att denna mindre betoning av förnuftet och det logiska, mer än väl kompenseras av en exceptionell känslomässig kompetens. Vi teoretiserar och analyserar våra känslor hos psykologen eller psykoterapeuten, medan ryssarna lever och hanterar det känslomässiga området av livet, som en del av vardagen. Medvetenheten om överföringar och motöverföringar, populärt kallad personkemi, är generellt mycket hög hos ryssen, men det innebär inte att han vare sig är psykiskt friskare eller lyckligare än svensken. Däremot blir relationer viktiga, på gott och ont, vilket innebär att ryssen är en mycket mer social varelse än svensken. Svenskarna har i olika sammanhang, av bl.a. Fredrik Lindström, beskrivits som ett av världens mest individualistiska folk, vilket inte alltid är så bra för vår psykiska hälsa. Ryssarnas fokus på relationer tror jag förklarar mycket av det som vi har svårt att förstå i Ryssland. Det blir viktigare att följa gruppen eller den högsta maktens påbud än att hävda en egen avvikande ståndpunkt. Delvis beror detta på att det inte går att hänvisa till någon instans som har auktoritet eller respekt utanför samhällskroppen, typ en okränkbar grundlag. Gud eller bara sunt förnuft. Allt blir istället underordnat idén om det heliga Ryssland, vars mission här i världen ingen ännu lyckats förklara på ett

begripligt sätt. Det heliga Ryssland blir istället ett känslomässigt begrepp fritt för tolkning."

Storinkvisitorn

Det går att hänföra många av mina ideer och slutsatser till erfarenheter från denna tid och Dostojevskij fick mig att fundera över kärnan i min yrkesutövning, vilket framgår av följande.

Överallt i alla tider har de styrande försökt att organisera, stimulera och beordra fram kreativitet och lysande idéer till gagn för nationen, men det har alltid slutat i ett misslyckande.

Det går inte att ta fel på viljan eller ambitionen, och syftet har varit gott. Här kan vi återgå till Dostojevskij och läsa "Legenden om Storinkvisitorn", enligt Albert Einstein det bästa som någonsin författats.

Storinkvisitorn hade insikt, intelligens, empati och ett gott syfte, men han respekterade inte tankens frihet. Han ville medvetet tygla den frihet som enligt honom endast ledde till olycka och lidande. Trots en övertygande argumentation från Storinkvisitorn blir tvivlet hängande i luften och Dostojevskij lämnar oss med känslan av att en viktig pusselbit i mänsklighetens historia fattas.

Den revolutionära kreativiteten

Hjärnan är en slumpgenerator, underordnad artens överlevnad, som också förmår att integrera ofullständiga sinnesintryck till helheter. Ibland blir det helt tokigt, men ibland blir det en snilleblix, och en kreativ lösning har sett dagens ljus. Kreativiteten är revolutionär och omkullkastar gamla sanningar, utmanar det trygga och etablerade, men är nödvändig för vår överlevnad.

Kreativiteten kräver dock tankens och fantasins frihet, vilka idag är hotade från olika håll, inte minst av en alltmer likriktad global mediakultur. Jag skulle vilja gå så långt som att hävda att globaliseringen innebär enfald och massproduktion, samtidigt som den hotar mångfald och originalitet.

Ur detta perspektiv så vill jag se den förmodade återuppståndne Jesus i Storinkvisitorns fängelsehåla, inte främst som godheten personifierad, utan Han som med sin orubbliga tystnad försvarar tankens frihet. Med tanke på alla de utmaningar mänskligheten står inför idag, miljöförstörelse, energikris, sociala konflikter, ojämн fördelning av nyttigheter, är jag övertygad om att en av våra viktigaste uppgifter, som psykiater, är att försöka bidra till att kreativitetens låga brinner så stark och klar som möjligt.

Slutsatsen blir att vi som psykiatriker har som en huvuduppgift att påverka gränserna för normalitetsbegreppet, så att inte kreativa, men avvikande och ibland irriterande individer klassas som psykiskt sjuka.

Olle Hollertz

Psykiater

Öppenvårdsmott., Oskarshamn.

Rapport från UEMS-BUP digitalmöte maj 2021 om utbildning och handledning

Strax före klockan nio den 28 maj satte vi oss framför våra datorer för att koppla upp oss till *UEMS-CAP Seminar for CAP Trainers 2021*.

Det skulle egentligen ha hållits en konferens på temat i Utrecht under våren 2020 men precis dagarna innan mötet stängdes Europas gränser ner pga. covidpandemin. Nu skulle vi försöka oss på att ses digitalt. Något spända men framför allt förväntansfulla såg vi ansikte efter ansikte poppa upp på skärmen. Kolleger från olika länder i Europa.

Vad skulle vi lära av dem och vad skulle de lära sig av oss?

Vi var ca 50 deltagare, i vårt första europeiska digitala utbyte, som kom att bli både lärorikt och engagerande. På något sätt blev det fina möten i de mindre grupperna och bra genomgångar i storgrupp. Vi hade en tydlig agenda som följdes noga av de ansvariga i föreningen: Anna Sofie Hansen, Peter Deschamps och Brian Jacobs. Titeln var CAP (BUP) training across Europe, the 4th Pan European CAP Trainers Seminar.

Inför mötet hade vi alla ombetts inkomma med en kort presentation av oss själva och ens jobb samt kort besvara frågan "What is your most inspiring training lesson learned" ("vilken är din mest inspirerande handledarerfarenhet") samt bifoga ett foto av sig själv. Det blev en fin katalog på läkare inom barnpsykiatri i Europa med olika förutsättningar men mycket gemensamt i grunden och i själva uppdraget. Gunnar berättade om SFBUP:s handledarutbildning som han är med och leder sen flera år tillbaka, och hur det varje gång ger nya insikter om utbildning, grupprocesser och interaktion mellan människor. Hanna skrev om processen att få följa ST-läkarna på väg mot färdiga specialister, detta i de månatliga ST-seminarier som arrangeras och där se hur de växer och utvecklas som kliniker, enskilda individer men också som en grupp, som kolleger.

Vi fortsatte på ett liknande spår efter uppstart och introduktion av de ansvariga. Första uppgiften var att i mindre grupper presentera sig och dela sina erfarenheter av utbildning samt berätta något om sig själv som är mer personligt men som även påverkar dig i ditt jobb och dina utbildningsfärdigheter. För Gunnar var det lätt att associera ledarskap med att vara skeppare på sin båt och då både leda och lära ut speciella färdigheter. Hanna berättade om hur hennes erfarenheter av att ha bott utomlands på flera kontinenter hjälper henne i sitt arbete både som handledare och kliniker. Vi fick höra fina berättelser om hur trädgårdsarbete kan vara inspirerande eller skrivande om psykiatri. Men även om resilience och föräldraträning.

Att utveckla sig och sitt kunnande utanför jobbet är positivt, det ger inte bara inspiration utan även avkoppling och återhämtning för att orka med både yrkeslivet och vardag i stort.

Efter en kortare fikapaus började sedan första workshopen om *Life Long Learning: Models and how to apply them to CAP training*. Här gav Thorsten Schumann från Danmark oss en överblick av relevanta lärandetekniker och teorier att bygga på för att stötta ST-läkarna i deras lärandeprocess och utveckling under utbildningen och även framåt genom hela deras yrkesliv. Här krävs det inte bara engagemang utan ett helhetstänkande. Den långsiktiga lärandeplanen måste utvecklas med utgångspunkt i så väl den enskildes egna preferenser och behov av utveckling/lärande, som utifrån arbetsplatsens/organisationens behov. Planeringen måste bygga på prioriteringar, tydliga mål och utvärdering i en ständigt pågående interaktiv process, här fick vi bl.a. en mindmap som hjälp.

Dagens andra workshop handlade om att skapa bra MCQ-frågor som är allmängiltiga, dvs. skulle kunna fungera som bas till en gemensam europeisk specialistexamen för barn- och ungdomspsykiatri.

Under workshopen strax efter lunch, "*Old wisdom, new skills*", kom vi in på den intressanta frågan kring vad som lärs ut i ST-utbildningen i dagsläget och i framtiden. Är det vi lär ut i dagsläget gårdagens kunskaper? Om så, vad eller hur behöver vi förändra utbildningen för att de kunskaper och färdigheter som lärs ut ska vara anpassade till ett föränderligt samhälle och sjukvård. Hur skapar vi en utbildning som är relevant för en framtid som vi inte riktigt vet hur den kommer se ut? Hur kan vi i det praktiska lärandet ligga steget före? Ingen lätt fråga och därmed inga klara svar.

Avslutningsvis diskuterade vi hur vi inom professionen kan skapa oss ett gemensamt narrativ av hur vi hanterar kriser så som coronapandemin för att lära oss vem vi skulle vilja vara som barn- och ungdomspsykiater och handledare. Vad tar vi med oss för att hjälpa oss i andra svåra tider?

Hanna Essner
Barnpsykiater i Lund

Gunnar Brodd
Barnpsykiater i Uppsala



ANSLAG från L.J. Boëthius' stiftelse

Anslag från L.J. Boëthius' stiftelse

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

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

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

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

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

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

Ansökan skall ha kommit in senast tisdagen den 15 mars 2022. **(Särskilda ansökningsblanketter finns inte).**

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

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

Planering och utveckling vid havet

SPF:s styrelses oktoberkonferens



Efter 1½ år av digitala möten var det äntligen dags för ett möte i verkliga livet för SPF:s styrelse. För att vidga våra lokala anknytningar utanför Stockholms domäner har styrelsen framöver tänkt lägga fler möten i olika delar av landet. Just detta möte ägde rum i Lysekil på västkusten. Inspirerade av vacker utsikt över *det stora blå* arbetade styrelsen aktivt under två dagar i oktober med fokus på bästa utveckling av svensk psykiatri.

Rekordmånga abstracts till SPK

Stora delar av mötet gick åt till kongressplaneringen för SPK 2022 som äger rum på Münchenbryggeriet i Stockholm den 16–18 mars. Till vår stora glädje har det i år inkommit rekordmånga abstracts inför kongressen. Vi är stolta och glada över det preliminära programmet som presenteras i detta nummer på sidan 38, se även www.svenskapsykiatrikongressen.se

Förutom många intressanta vetenskapliga programpunkter har vi till nästa års SPK, med anledning av att det är valår, även planerat för debatt och interaktiva diskussionsinslag. Det blir paneldiskussioner med beslutsfattare och politiker kring svensk psykiatri med vissa interaktiva inslag för att driva debatten om utveckling av den svenska psykiatrin vidare bland deltagare på kongressen. Angående viktiga frågor ni vill att vi ska lyfta vid debatt, paneldiskussioner m.m. under dagarna så läs gärna mer om detta i notisen om vår valårsspecial och skicka in frågor till oss i styrelsen.

Konsultationspsykiatriska riktlinjer 2022

Under mötet hade vi även fokus på de kommande konsultationspsykiatriska riktlinjerna som kommer vara klara 2022 lagom till att SPK går av stapeln. Styrelsen konstaterar att författarna och alla medlemmar från Konsultationspsykiatriska föreningen som deltagit har gjort ett alldeles utmärkt riktlinjearbete.

Under mötet diskuterade vi på vilket sätt vi kan bidra till att så många som möjligt får ta del av dessa och framtida betydelsefulla riktlinjer. Särskilt viktigt då Gothia förlag förändrat en del villkor. Frågan har beretts av huvudansvarig för alla våra riktlinjer, Dan Gothefors, och utifrån detta tog styrelsen ett principiellt viktigt beslut att partiellt lämna den dyrare bokformen och primärt övergå till digital pdf-version och därmed även ge medlemmar direkt access till riktlinjen utan fördröjning efter publicering.

Remissernas möjlighet

Styrelsen gick som brukligt även igenom olika aktuella remisser som inkommit. Många frågor där våra åsikter som specialistförening efterfrågas. Ta gärna del av mer information via vår hemsida www.svenskpsykiatri.se och i artiklar i Svensk Psykiatri. I styrelsen ser vi arbetet med remisserna som en av de viktigaste delarna av vårt arbete, inte minst tack vare möjligheterna till den



påverkan som arbetet med remisser kan ge. Apropå arbetet med remisserna vill vi också passa på att säga att det kan komma in remisser där vi kontakter just dig för ytterligare input på områden där vi känner att vår egen kompetens behöver stärkas. Har du själv något område du kan extra mycket om eller är särskilt engagerad i så hör gärna av dig till styrelsen så har vi dig i åtanke om remisser kommer in på det område där du helst vill bidra till påverkan.

Digitala föreläsningar

Det har ju som vi alla vet varit en tid där fysiska möten varit sällsynta och vi i styrelsen är nu väldigt glada över att åter ha fått möjlighet att diskutera psykiatri utan en cyberspace emellan oss. Emellertid har åren med ökad digitalisering vid möten också öppnat ögonen för dess möjligheter till nya sätt att underlätta just möten och utbyten runt om i landet. Därför planerar SPF:s styrelse att även nästa år erbjuda digitala föreläsningar

som komplement för medlemmar, på olika aktuella ämnen, oavsett hur pandemin utvecklar sig.

Horisonten ger inspiration

Många andra frågor diskuterades också under dagarna uppkopplade i konferensrum, på promenad vid klippor och salta bad. Exempelvis påbörjades planeringen för en gemensam SPF Kongressresa till ECNP i Wien den 15–18 oktober nästa år. Se även särskild info i detta nummer och *set the date*.

Vi diskuterade även hur vi kan bidra till tillgänglig och kvalitativ psykiatrisk vård i hela landet i digitaliseringens tidevarv.

För styrelsen sker nästa möte i tidens anda på Zoom i november men därefter åter ett traditionellt fysiskt möte under årets sista månad. Hör gärna av dig om du har särskilda frågor du vill att styrelsen tar upp.

Stärkta och inspirerade av möte IRL igen på en oerhört naturskön plats så vill vi avslutningsvis önska er alla varmt välkomna till vad vi hoppas och tror är en ovanligt efterlängtat psykiatrikongress 2022. Vi håller tummarna för att inte nya pandemivågor sätter stopp för möjligheten att mötas, utbyta erfarenheter och kunskap i gott sällskap och i vår vackra huvudstad.

För Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse

Martin Hultén
Ordförande

Maria Larsson
Vice ordförande

Foto: Cave Sinai

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 länge existerar.

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

För säkerhets skull!

Samhälls- intresserade kollegor se hit!

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

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

Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen



God Jul
önskar Svenska
Psykiatriska Föreningen

ANNONS



Foto: Shutterstock/VH-Studio

Sammanfattning av arbetet i UEMS-CAP 2021 (BUP-sektionen)

Även 2021 års aktiviteter har för BUP-sektionens del fått hållas digitalt, det var för första gången ett "halvårsmöte" 5 mars via Zoom, detta för att ha en avstämning inför ETR-arbetet som skulle finaliseras på årsmötet i oktober. Detta med halvårsavstämning föll väl ut så planen är att det skall fortsätta även 2022 med ett digitalt möte i mars.

28 maj hölls nästa digitala event, det **handledarmöte** som var planerat till Utrecht våren 2020 men ställdes in pga pandemin blev nu genomfört via Zoom. Se separat sammanställning från deltagarna Gunnar Brodd och Hanna Essner. Mötets titel var "CAP training across Europe, the 4th Pan European CAP Trainers Seminar".

Arbetet med CAP-sektionens ETR (**European Training Requirements/Recommendations**), motsvarande vår svenska målbeskrivning, fört gick snabbt tack vare en innovativ process med arbete i en mindre grupp och utskick på remiss. Vi ombads dessutom att bjuda in brukarorganisationer till att svara på frågor om innehållet i CAP:s ETR och om de hade några synpunkter på om de skulle känna förtroende för en barn- och ungdomspsykiater som utbildats enligt ETR:en. Det var få externa svar som inkom men från Sverige skickade Attention in synpunkter. Arbetet startade på årsmötet i Ljubljana september 2019.

Efter stötande och blötande i gruppen under augusti om nivåer på kunskapsmål, hur noggranna neurologstatus en BUP-läkare behöver kunna göra och kring hur omfattande psykoterapeutiska

kunskaper som skall tillgodogöras under ST-utbildningen, så var produkten klar för att presenteras på årsmötet.

Årsmötet 2021 skulle hållits IRL i Sevilla (samma ort som var planerad 2020) men fick åter konverteras till ett digitalt Zoom-möte uppdelat på 2 dagar 1–2 oktober. Zooms finess med breakout rooms användes för både småprat med fika och diskussioner kring mötespunkterna. Klart att det varit trevligare att ses IRL men det blev ändå lite diskussionsmöjligheter. Deltagarantalet varierade mellan 25 och 29 under de olika delarna.

Efter diskussion om samma punkter som vi haft i arbetsgruppen så godkändes ETR:en och skall nu vidare i UEMS-organisationen där den skall studeras av kringliggande specialiteter som ska säga sitt. Den nu gällande ETR med loggbok är daterad till 2014 och enligt uppgift tog den 6 år att få fram!

Medeltiden i Europa för ST-utbildning ligger nu på 4,7 år och minimum är satt till 3 år i ETR. Det som kan variera är vad som räknas in i själva CAP-utbildningen och vad som sen behöver kompletteras med.

Spanien har i år fått CAP godkänt som egen specialitet efter många års kamp för frågan, den har hindrats av många olika orsaker, inbördeskrig, politisk paralis och administrativa problem i.o.m. att man har en lagstiftning att barn under 16 år bara får behandlas av pediatriker. Man kommer nu att arbeta fram en målbeskrivning på 5 år med en s.k. "common trunk" med VUP under de första 2 åren. En eftergift då VUP vill ha BUP:s ST-läkare som arbetskraft. För att få specialiteten CAP godkänd nu i övergångsperioden så kommer bl.a. psykiatrer som arbetat sammanlagt 4 år heltid med barn/ungdomar senaste 7 åren att godkännas och pediatriker som arbetat med BUP-frågor 8 år under de senaste 10 åren. Spanien har 17 autonoma regioner med läkarutbildning och bara i 4 av dessa har man nu BUP med i grundutbildningen.

På temat **"Life Long Learning"** så har jag gjort en liten pilotstudie med frågor angående delen BUP i läkares grundutbildning i Europa. Svar inkom från 9 länder och det visar sig att spridningen mellan länder och inom länder är uttalat stor. Så det finns ingen självklar nivå som det går att räkna med när en framtida BT/ST-läkare skall anställas. Det blir också uppenbart att det är svårt att räkna in vad som skall kallas för undervisning i specialiteten då det finns strimmor angående barnskydd, utveckling och diagnoser. En stor enighet finns dock att BUP/CAP måste ha starka företrädare när timplanerna skall sättas och fr.a. allt att BUP/CAP måste introduceras som egen specialitet till läkarstudenterna inför framtida rekrytering.

EFPT (ST-organisationen som samlar alla psykiatriska specialiteter) är en mycket aktiv organisation, de har nu aktivt sammanfört ESCAP (den vetenskapliga organisationen) med UEMS-CAP (den utbildningsinriktade organisationen) och som tidigare finns delade meningar om det skall ske en aktivare sammankoppling

eller ej. Vissa saker "sitter i väggarna" kan man förstå. Framtiden får utvisa hur det blir. EFPT är mycket måna om att en **europaisk examination** kommer till stånd. De anordnade en "Training day" i samband med ESCAP:s kongress i juni, digital förstås, och fick sätta stopp när de fått 200 deltagare från 31 olika länder. I.o.m. det digitala upplägget så var det även deltagare från utomeuropeiska länder som Egypten, Tunisien och Libyen. EFPT kommer i framtiden att erbjuda "associerat medlemskap" för utomeuropeiska länder som vill ta del av information och utbyte. Japan, Indien och Nigeria har visat intresse.

Angående **europaisk examination** så är det fortfarande en lång väg kvar, mycket diskussioner kring hur bra MCQ skall skrivas och kring kostnader för att få systemet att fungera. Svårt att få till en tillräckligt stor bank med frågor, de länder som har nationella examinationer med MCQ vill inte släppa sina frågor som skulle bli kända på förhand för ST-läkarna och vad skall det få kosta för den enskilde ST-läkaren. Pediatrika sektionen tar 500 € för europeer och 750 € för övriga. Och på vilket språk skall frågorna ställas och med vilken litteratur som bas? Vem ska i framtiden äga frågorna? Skall nationella sektioner kunna plocka ut frågor ur den gemensamma och använda dem i en nationell examen? Många frågor som söker svar!

Framtiden

Efter pilotstudien vill man nu sätta upp en Delphi-studie för att få en grund att stå på för framtida rekommendationer om vad och i vilken mängd som BUP/CAP skall tas in i läkares grundutbildning i Europa. Detta som del i UEMS "Life-Long-Learning"-uppdrag.

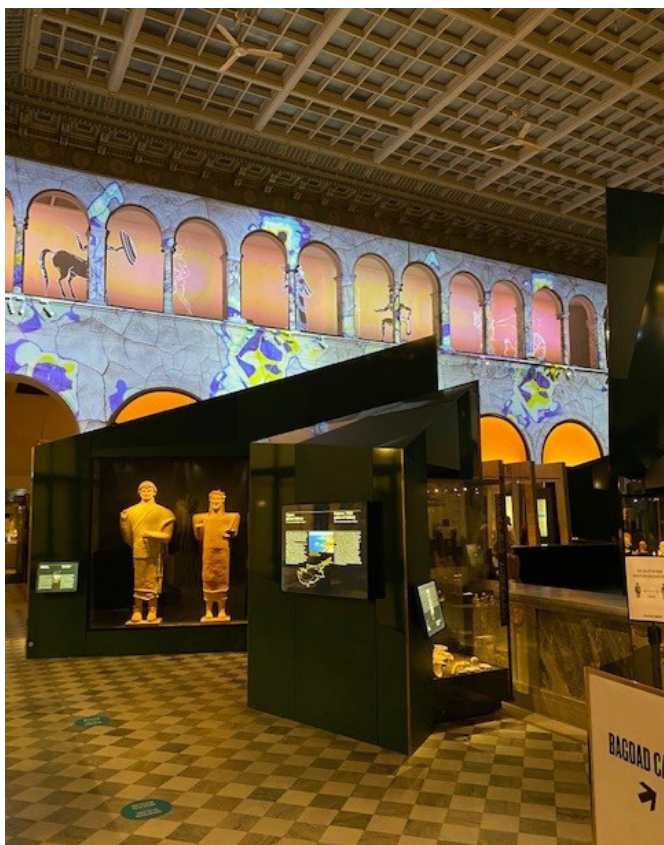
Lena Spak, f.d. regional BUP-studierektor VG-regionen, och jag, Gunnel Svedmyr, avslutar nu vår tid som UEMS-CAP-delegater från Sverige. Det har varit en intressant tid att få inblick i utbildningssituationen utanför det egna landets gränser.

Förhoppningsvis får våra efterträdare trevliga möten IRL med "UEMS-CAP-familjen" framöver när hälsoläget så tillåter.

Gunnel Svedmyr

Snart f.d. BUP-studierektor i sjukvårdsregion Mellansverige

Från bipolärfronten massa nytt



Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdoms höstmöte 2021 avhölls den 12 november på Medelhavsmuseet i Stockholm. Underrubriken för mötet var "Varför svänger det?" och många olika svar på den frågan presenterades under dagen.

65 deltagare ur olika yrkeskategorier och från olika landsändar möttes i de vackra lokalerna och vi njöt nog lika mycket av att äntligen kunna ses som av de intressanta föreläsningarna!

Dagen inleddes med att överläkare **Marie Bendix** pratade om hormonernas effekt på affektiva svängningar. Därefter påminde SSBS:s styrelsemedlem, överläkare **Michael Ioannou**, om dygnsrytmens och sömnens grundläggande funktion för den psykiska hälsan och beskrev de senaste fynden inom kronoterapi vid bipolär eller annan affektiv sjukdom. Överläkare och doktorand **Åsa Anger** berättade om hur man från Psykiatri Sydväst har arbetat för att hålla patienterna motiverade till träning under pandemin och deltagarna fick också delta i ett mycket inspirerande exempelpass! Överläkare **Åsa Magnusson** talade om substansbrukssyndromens höga samsjuklighet med affektiva sjukdomar och vikten av att

våga behandla flera saker samtidigt. Barnläkare **Carl Lindgrens** återkommande inslag Kultur till kaffet var som alltid uppskattat och handlade denna gång om den tyske läkaren och författaren Alfred Döblin. Medlemmar i sällskapet kommer att stöta på Calle i ännu ett sammanhang inom kort – håll utkik i brevlådan!

Professor **Mikael Landén** föreläste under rubriken "Senaste nytt om hur hjärnan förändras med tiden vid bipolär sjukdom – men spelar det någon roll?"; svaret kan kanske sammanfattas som ett "nja". Verksamhetschef **Lina Martinsson** pratade om litiums neuroprotektiva effekter – vi vet en del, kan ana mer och mycket återstår att ta reda på!

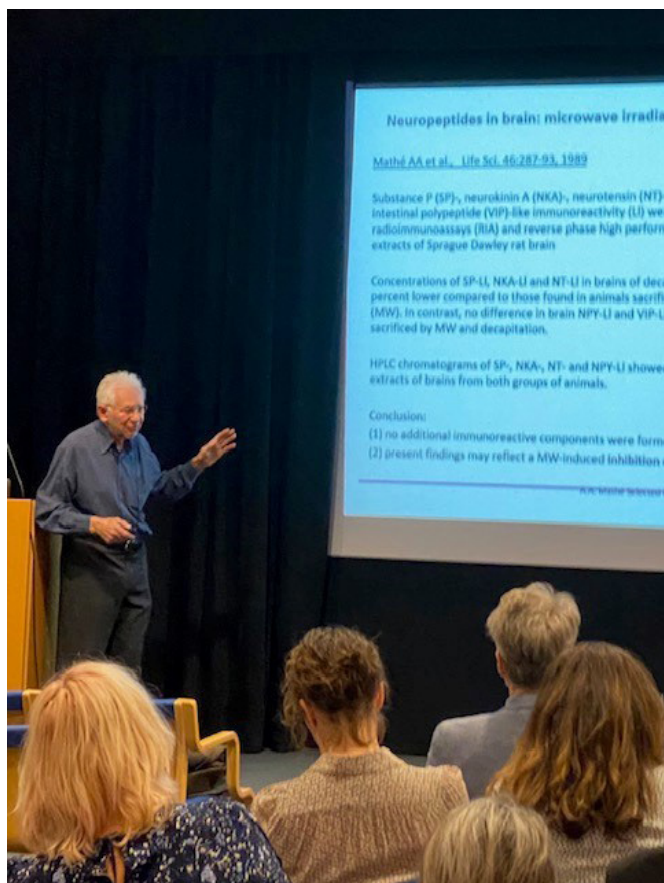
Pandemin har ju påverkat oss alla men kanske i ännu högre utsträckning våra patienter som löpt risk för ökad isolering, tyngre sjukdomsörda och mindre tillgänglig vård. Styrelsemedlem och docent **Ursula Werneke** presenterade fallbeskrivningar av patienter som insjuknat i psykos i anslutning till insjuknande i covid-19 – i vissa fall affektiva psykoser, men även ett fall av Cotards syndrom.

Avslutningstalade gjorde hedersmedlemmen i SSBS, professor **Aleksander Mathé**, som nyligen tilldelats det prestigefulla Colvin Prize för förnämliga insatser inom forskning kring affektiv sjukdom. Ämnet för föreläsningen var neuropeptid Y, som har varit fokus för en del av professor Mathés imponerande långa forskarkarriär.

Efter föreläsningarna erbjöds diagnostisk tipsrunda bland Medelhavsmuseets konstverk och därefter vidtog mingel och gemensam middag. Under middagen fick vi också njuta av ett bejublat uppträdande av Psykiatri Sydvästs eget band The Affected och vi passade på att tacka av sällskapets tidigare ordförande Maria Larsson.

Sammanfattningsvis blev det en mycket lyckad dag och kväll som gav mersmak. SSBS kan konstatera en glädjande uppgång i medlemsantal och vi ser fram emot ett fortsatt gemensamt arbete för våra patienters bästa!

Johanna Bargholtz
Vice ordförande SSBS





ACT helt enkelt
En introduktion till Acceptance and Commitment
Therapy, andra utgåvan
Russ Harris
Natur & Kultur, 2020



Foto: Shutterstock/Bluryme

Inledning

Psykoterapifältet är under ständig utveckling. För att en metod ska få god evidens ställs allt större krav på forskningsresurser. För tillämpning i praktiken utvecklas nya perspektiv, till exempel behandling över internet, med eller utan genomarbetade block av hemuppgifter. Ny metodik utvecklas för skräddarsydd behandling av specifika symtom. Nya perspektiv på behandlarrollen är också under utveckling. Psykoterapeutisk metodik utövas under rubriken "psykologisk behandling". Omfattande, detaljerade självhjälpssystem utvecklas och genomförs med en terapeut som guide. I *En introduktion till Acceptance and Commitment Therapy* presenterar en av ACT-metodens förgrundsgestalter Russ Harris nya perspektiv på såväl metoden som behandlarrollen. Boken riktar sig till alla som vill lära sig ACT och börja arbeta kliniskt! De förutsätts dock behärska grundläggande relationsfärdigheter: att kunna lyssna, kompromissa, med förmåga till självhävdelse och konflikthantering.

Innehåll

Boken består av fyra delar. I den första presenteras ACT-modellen och dess bakomliggande teori. I den andra delen går författaren igenom grunderna för tillämpning: hur upplevelsebaserad terapi går till och hur sessionerna struktureras. I del tre introduceras sex kärnprocesser i ACT, med fokus på hur de enkelt och praktiskt kan användas inom olika kliniska problemområden. I del fyra diskuteras vanliga svårigheter i den praktiska tillämpningen, fördjupning av den terapeutiska relationen, överbryggande av hinder för förändring och synpunkter på hur ACT-terapeuten kan utvecklas. Hänvisning finns till fördjupningskurser på internet.

Ockupation av känslor och tankar

Symtom av skilda slag ligger ofta invälda i plågsamma, svåruthärdliga känslor och självkritiska tankar. I motsats till i kognitiv terapi värderas i ACT inte tankar i sig som funktionella eller dysfunktionella. Alla tankar och känslor är "välkomna", valideras och normaliseras. När man kämpar emot smärtsamma känslor och plågsamma tankar tenderar de inte sällan att öka i styrka – som när någon som inte blir hörd höjer rösten! Fokus



ligger istället på i vilken grad dessa tankar "ockuperar upplevelsefältet", en process som betecknas som fusion. Innehållet i tankar och känslor är sålunda inte huvudproblemet utan att vi hakar fast i dem. Det påminner om det kinesiska ordspråket "Du kan inte hindra sorgens fåglar att flyga över ditt huvud men du kan hindra dem att bygga sitt bo i ditt hår". Det primära syftet med defusionen, "avhakandet", är inte att må bättre eller att bli av med oönskade tankar utan att häva "ockupationen" för att möjliggöra mental närvaro samt kontakt både med sig själv och andra. Tankar, känslor och även beteenden värderas istället utifrån i vilken utsträckning de underlättar eller hindrar oss från att med full närvaro handla utifrån våra centrala värden. Tankar och känslor ska inte undvikas men heller inte styra våra handlingar eller dominera vår uppmärksamhet. Det spelar därför ingen roll om en tanke är rimlig eller saknar grund. Avgörande är på vilket sätt störande tankar och känslor styr beteendet. Om beteendet i sin tur bidrar till den typ av liv vi önskar på sikt värderas beteendet som "framkomligt". Ett beteende är ohjälpsamt om det hindrar ett rikt och meningsfullt liv. Plågsamma tankar kan i sig peka ut viktiga problem som behöver granskas och självkritiska tankar pekar ofta mot värden som vi har försakat.

Psykoedukation

Ett av syftena med psykoedukation är att presentera normaliserande perspektiv. Här ingår synen på hjärnan som i grunden skapt för att skydda oss mot yttre faror på savannen och mot att uteslutas ur gruppen. Att vissa känslor och tankar hakar i oss är begripliga utifrån hjärnans uppgift att skydda oss. Terapeuten kan själv vidgå samma "destruktiva" tankar och känslor som patienten har så länge dessa inte ockuperar förmågan till närvaro och värdestyrt handlande. "Visst kan jag också tycka gräsligt illa om mig själv ibland, eller få lust att klippa till någon". Här finns en potential för en expanderad fördjupad terapeutisk validering och följsamhet då skillnaden mellan terapeut och klient inte består i vilka känslor och tankar de har utan handlingsfriheten i förhållande till dem.

Behandlingsprocessen

Medveten närvaro har en central plats i ACT. Det innebär att kunna notera och fokusera på inre upplevelser och kroppsförnimmelser och relatera till omgivningen. Aktiveringen av medveten närvaro kallar författaren att "kasta ankar" vilket behövs när klienten är emotionellt överväldigad, agerar impulsivt eller dissocierar och har svårt att delta konstruktivt i sessionen. Aktivering av det betraktande jaget, självet, har en central ställning såväl i teori som praktik, inte minst som förutsättning för närvaro i nuet och benämning av upplevelser, tankar och känslor. "Benämning" är ett första steg i att kunna koppla tankar och känslor till dess styrning av beteenden. Om dessa beteenden inte stämmer med vad vi vill göra och vara som person kommer vi enligt författaren till ett Vägskal. Vi ställs

inför ett val. Låter vi tankar och känslor haka fast fjärrar vi oss ifrån våra värden. Kan vi haka loss öppnar sig möjligheten för närmandebeteenden vad gäller hur vi vill vara. En piltavla med dess cirklar kan användas för att markera hur nära man är sina mål, tavlans centrum. Författaren betonar skillnaden mellan mål som något som kan bockas av och värden som man kan sikta emot. Dessa handlar om vad man vill och önskar, inte vad man bör och måste och kan kräva en hel del arbete för att formuleras då de ofta snarare är "levda" än helt medvetna. Motivation hos tvehågsna kan genereras genom "kreativ hopplöshet" – en kombination av genomgång av alla misslyckade försök, den aktuella situationens svåruthärdlighet och terapeutens stöd för att pröva något nytt.

Kreativt, lekfullt tillvägagångssätt

Författaren beskriver ett antal olika sätt att närma sig och aktivera denna process av närvaro, uppöppnande och vägval beroende av på vilka sätt klienten värjer sig. Arbetsmodellen är flexibel, ingångarna är många vilket lämnar terapeuten stor frihet – långt ifrån klassisk KBT med dess steg-för-steg-metodik. Han uppmanar hela tiden läsaren/terapeuten att vara sig själv och använda egna formuleringar och metaforer i processens anda. Atmosfären kan få vara öppen, lekfull, djupt medkännande och mana till självmedkännande. Framställningen är fylld av fylliga beskrivningar av hur olika symtom och problem kan hanteras med hjälp av de redskap som tillhandahålls. Tankar och processer kan, förutom att verbaliseras, skrivas ner, döpas, textas, målas, dansas, skulpteras eller sjungas. Att sätta igång kroppen, att röra sig, bidrar dessutom i sig till att häva fasthakning.

Nyskapande

Boken är omfattande, femhundra sidor. Författaren är i ovanligt hög grad närvarande i ett avspänt samtal med läsaren. Modellen är processbaserad, inte teknikbaserad, vilket gör den brett tillämpbar, intressant då arbetssättet bryter med trenden att psykoterapeutisk teknik ska skraddarsys till de DSM-föreskrivna diagnoserna och dess symtomkriterier. Synen på tankar och känslor samt kreativiteten i de terapeutiska interventionerna kan skapa nya dimensioner i terapeut-klientrelationen. Framställningen har ett brett perspektiv och kan vara av värde för behandlare inom vårdsektorn, inte bara vad gäller klientförståelse och behandling utan också för " eget bruk".

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*



Kroppen håller räkningen
Hjärna, sinne och kropp vid läkning efter psykiskt trauma
Bessel van der Kolk
Akademius förlag, 2021



Foto: Shutterstock/Triff

Inledning

Psykoterapi och psykologisk behandling har av hävd bedrivits inom vissa övergripande begreppssystem: inlärningspsykologi, psykodynamisk psykologi, systemisk teori och humanistisk psykologi, numera kompletterat med neuropsykologiska perspektiv. Man kan fundera på om uppkomst och hantering av trauma, som visserligen har bryggor över till dessa synsätt, skulle vara betjänta av en egen domän, traumapsykologi. Dessa tankegångar är delvis föranledda av *Kroppen håller räkningen. Hjärna, sinne och kropp vid läkning efter psykiskt trauma*, en bok skriven av Bessel van der Kolk, en nestor inom traumafältet. Han tar med läsaren på en personligt hållen resa genom traumalandskapet med historiska, vetenskapliga och kliniska perspektiv. Även om boken skrevs för drygt ett decennium sedan är det av obestridligt värde att den nu finns översatt till svenska.

Innehåll

Boken har fem delar med tjugo kapitel. I den första delen beskrivs återupptäckten av det psykiska traumat. Det tar sin början på Salpêtrièresjukhuset i Paris där Janet och Charcot på 1800-talet formulerade en teori om effekter av övergrepp, går vidare över shell chock-reaktionerna i första världskriget till Vietnamkriget – där svårt traumatiserade soldater kunde ses som "svaga karaktärer", och vidare fram till neurovetenskapens fynd.

I den andra delen skildras hur traumatiska upplevelser påverkar hjärnan, utifrån "överlevnadens anatomi". EEG visar hos traumatiserade klienter ett mer löst koordinerat skapande av

mönster beträffande filtrering, koordinering och analys än i en normalgrupp, förhöjd aktivitet i höger temporallob – amygdala – och alltför mycket långvågig verksamhet i frontalloben. Det tycks föreligga en fundamental omorganisation av centrala nervsystemet.

Den tredje delen beskriver hur trauma påverkar tankar och känslor hos barn vad gäller anknytning, spegling, tillit, intoning till exempel i ett förnekande familjeklimat. Till en ursprunglig traumatisering tillkommer kränkningen att den ofta förnekas. Författaren betonar att hot och raseriutbrott hos barn och ungdomar hemma och i skolan kan ha traumatisering som grund vilket kräver krishantering baserat på omhändertagande och stabilisering snarare än "uppfostran".

I den fjärde delen redogörs för avtrycken från traumatisering, inte minst beträffande det traumatiska minnets outhärdliga tyngd i sig liksom ock bärandet av den ofta skambelagda hemligheten.

I den femte delen slutligen beskrivs fylligt författarens erfarenheter av och kunskap om vägar till återhämtning, så väl genom utvecklad behandlingsmetodik som genomtänkt livsföring i vardagen.

Varje kapitel är försett med utförliga noter och hänvisningar.

Trauma – händelse och upplevelse

Författaren presenterar pedagogiska, ofta djupt berörande skildringar av traumatisering: vietnamveteraners pendling



mellan flashbacks, mardrömmar, ohanterliga raseriutbrott, upplevelse av känslomässig avstängning – inre död, skräck för att tappa kontroll, skam, självförakt samt drogkonsumtion och sensationssökande för att tränga igenom känslan av avdomning, förtummelse av hot, rädsla för avvisande och familjehaveri samt hantering av inrotade mönster av underkastelse. Centra i hjärnan som styr vår självupplevelse visar sänkt aktivitet vid trauma vilket försvårar bedömningen av inre tillstånd och den personliga betydelsen av inkommen information liksom identitetsuppfattning och känslan av vem man är. Man kan känna sig som en annan kropp eller ingen kropp, berövad känslan av att ha makt över sig själv.

Motsättningar

Utvecklingen av den diagnostiska synen på trauma har inte varit fri från motsättningar. Under lång tid fokuserades DSM-diagnostiken på PTSD, karakteriserad av reaktion på väl avgränsade överväldigande händelser, medan det tagit tid innan komplex PTSD, kännetecknad av interpersonell traumatisering via repetitiva övergrepp eller grav övergivenhet, kunde behandlas med godkänd metodik. Då den diagnosen inte fanns fick symtombilden hänföras till depression, panikångest, bipolär sjukdom, borderline eller personlighetsstörning. Minnets ”hjälpplöshet” tycks ligga lagrad bakom muskelspänningar och känsla av desintegration i olika kroppsdelar som påverkas. Men då minnesförlust och fördröjt upplevande av traumatiska minnen inte kunde dokumenteras i laboratoriemiljö och falska minnen relativt lätt kunde inplanteras ansåg vissa kognitionsforskare att omedvetna minnen inte finns. En slutsats som rimmade illa med klinisk erfarenhet.

Behandling

Behandlingen av trauma syftar till att upprätta sitt ägarskap av sin kropp, sin tanke och sitt själv (lokaliserad till mediala prefrontalcortex). Författaren urskiljer tre nivåer. *Uppifrån*, genom hjälp att verbalisera och dela de traumatiska upplevelserna och därigenom återupprätta relationen till andra och bryta ensamheten kring traumat. Traumatiska händelser är nästan omöjliga att sätta ord på utan hjälp. *Nerifrån*, genom att underlätta upplevelser av kropps-förtummelser knutna till traumat som kan bilda bas för att lära sig att bättre hantera vrede, hjälpplöshet eller kollaps. Slutligen kan hjärnans missriktade alarmreaktioner påverkas genom *medicinering eller andra teknologier som neurofeedback* vilket kan förändra hjärnans sätt att organisera information.

Ett exempel

Ett behandlingsexempel kan tas från Internal Family Systems Theory, IFS. I den metodiken fokuseras två samverkande as-

pekter av självmedvetande. En som kontinuerligt registrerar nuet och en som samlar ihop och förbinder upplevelser till en sammanhängande berättelse. Terapeuten stöder Själv, som ofta varit dolt bakom försvar och symtom. Det kännetecknas av tillitsfullt, nyfiskt inre lugn. Terapeuten handleder detta Själv i dess konversation med de inre röster som till exempel ger uttryck för den inre konflikten mellan ”barnröst” som uttrycker det traumatiserade barnets plågor, känslor, anklagelser och krav och en inre föräldraröst som inte står ut med den ”odrägliga” ungens känslor och behov. Metoder som EMDR, IFS, traumanpassad yoga, neurofeedback med förstärkning av alfa- och theta vågor och psykomotorisk terapi och teater syftar alla till att återställa handlingskraft, engagemang och hängivenhet genom att personen tar sin egen kropp, sina kroppssensationer och sin själ i besittning. Erfarenheter och minnen kan aktiveras genom komplexa rollspel liksom genom roller gestaltade på en teaterscen. Detta kräver inlevelse i rollkaraktärers starka känslor och kroppsliga förhållningssätt vilka kan förlösas inom pjäsens hållandeform.

Stort värde

Författaren vänder sig till en bred läsekrets och har skapat en omfattande, medryckande, personligt hållen berättelse om synen på, förståelsen och behandlingen av traumatiska upplevelser. Författarens ”vandring” genom traumalandskapet är rik på berörande fallbeskrivningar och kortare vinjetter vad gäller olika typer av traumatiska upplevelser och reaktioner. Den rymmer såväl historik som vetenskapligt underbyggda utvecklingspsykologiska, ingående neurofysiologiska och neurologiska perspektiv samt ger en bred beskrivning av olika behandlingsmöjligheter. Boken kan betraktas som en hittills oöverträffad sammanfattning av ”the state of the art” beträffande traumatologi.

Kommentar: Enligt författarens exemplifiering av EMDR-processer lyckas klienten att upprätthålla fokus och reflektionsförmåga i granskandet av sina plågsamma erfarenheter, men annan erfarenhet visar att klienten inte sällan sugts tillbaka in i ”traumatid” och förlorar dessa förmågor och det krävs både erfarenhet och speciell metodik för att ”få tillbaka” klienten till nutid.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*



Att testa barn och ungdomar
Om testmetoder i psykologiska utredningar
Ann-Charlotte Smedler och Eva Tideman
Natur & Kultur, 2021



Foto: Shutterstock/Sergey Novikov

Inledning

Behandling av barns och ungdomars psykiska problem baseras dels på förståelse av vilka faktorer som samverkar till denna utveckling, dels på vilka faktorer som upprätthåller dem. Ramen för denna kartläggning är densamma som för somatiska sjukdomar – att komma fram till en diagnos som kan kopplas till en behandlingsåtgärd. Under 1970-talet väckte denna process ett visst motstånd både för att den innebar en objektivisering av de unga och för att de individuella symtomen inte tillräckligt sågs i ljuset av sin kontext, vanligen familjen. Därav begreppet "identifierad patient" vilket antydde komplexa samband. Detta perspektiv tillhör numera historien men kan ändå aktualiseras vid utredning och diagnostik. Psykologerna och forskarna Ann-Charlotte Smedler och Eva Tideman beskriver i *Att testa barn och ungdomar. Om testmetoder i psykologiska utredningar*, hur modernt psykologiskt utredningsarbete kan bedrivas. En förlaga publicerades för nästan trettio år sedan, uppdaterades för ett tiotal år sedan och har nu i en andra utgåva arbetats igenom och kompletterats.

Psykologernas utredningsvärld

Ett test erbjuder en standardiserad situation för att göra systematiska observationer med i förhand givna kriterier för hur dessa ska beskrivas och sammanfattas. Utredning och testning har inte till huvudsakligt syfte att leda fram till en diagnos. Formellt sett är diagnosställande en läkaruppgift även om psykologerna ofta genomför ett avgörande bakgrundsarbete. Därför har författarna inte haft anledning att fördjupa sig i DSM-diagnoser och diagnostikens dynamik utan kunnat koncentrera sig på beskrivning av de instrument som kommer till användning vid utredning och bedömning.

Boken inleds med frågeställningen om varför man ska testa barn och ungdomar och fortsätter med beskrivning av metodval samt av de psykometriska utmaningar som uppstår i arbete med färdighetstest, personlighetstest och skattningsskalor. Test kan fånga aspekter på såväl verbala som ickeverbala nivåer men också spegla mer omedvetna skikt i personligheten genom projektiva metoder till exempel CAT, vilka dock inte kan förväntas visa särskilt starka samband med självskattningsformu-



lär. Många test har prövats ut och modifierats över relativt lång tid, men även nya infallsvinklar har tillkommit då neurovetenskapen har påverkat testutvecklingen till exempel vad gäller förmåga till selektiv, bibehållen och spatial uppmärksamhet. Författarna väljer att inte presentera test som kräver omfattande specialistkunskap eller test som enbart finns i datoriserad form. Val av testmetod bör göras utifrån utredningens frågeställning men ibland avgör tillgången på behandling – helt legitimt – utredningens inriktning och därmed val av test.

Testsituation och tolkning

Författarna beskriver testsituationens praktiska moment och betonar att utveckling av den professionella kompetensen kräver övning på "vanliga barn" vilket även gäller erfarna psykologer när de ska arbeta med nya test. Det är avgörande för testningens tillförlitlighet att psykologen kan upprätta en tillräckligt god kontakt med barnet så att barnet kan göra sig själv rättvisa. Detta kan kräva fingertoppskänsla, stor följsamhet från psykologens sida och ibland ta tid. Svaren på testen är naturligtvis utgångspunkten för bedömning men observation av barnets förhållningssätt i testsituationen är nog så viktig. Testningen kan visa på svårigheter men det betyder inte alltid att man kan säga vad de beror på. Testresultat måste tolkas vilket förutsätter goda kunskaper i testteori i allmänhet och i det aktuella testet i synnerhet. Tolkning kan vara vanskelig. Att känna till ett instruments reliabilitet är nödvändigt för att förstå graden av precision i ett testresultat liksom att känna till på vilken grupp normeringen av testen gjorts. Författarna manar till vaksamhet vad gäller siffrornas "magi", statistisk signifikans innebär skillnad som inte nödvändigtvis har klinisk betydelse. Att intelligensbetyg är normalfördelade betyder till exempel inte att intelligens är det. Vid bedömning av testsvar måste "förmåga" som grundförutsättning skiljas från "prestation" som tillhör testsituationen. Särskilt mindre barn är påverkade av denna situation: relationen till psykologen, "dagsformen" och barnets engagemang har betydelse för testresultatet. Tolkningarna sätts på särskilda prov i minoritetskulturella sammanhang då inga test är kulturneutrala. Sociokulturella omständigheter är viktiga för tolkning av testresultat inte minst vad gäller nyanlända med låg språkförståelse. Föräldrarnas utbildningsbakgrund visar sig till exempel slå igenom vid de flesta kognitiva test framför allt vad gäller de verbala.

Återgivning

Författarna belyser såväl skrivande av utlåtande som återgivning av testresultat till barn, föräldrar och ibland även till andra parter. Återgivningen kan ställa stora prov på psykologens lyhördhet och förmåga att bibehålla en fungerande relation om

återgivningen visar sig vara problematisk. Det är viktigt att betona att test fångar barnet prestation här och nu och att dess prediktiva värde vanligen måste tolkas med försiktighet och att ingen familj får lämnas utan uppföljning efter testning. Boken avslutas med några illustrativa fallbeskrivningar, ett kort slutord och kompletteras med en översikt av ca 60 olika test och skattningsskalor beträffande användningsområde, referenser och kommentarer.

Välskriven inblick

Presentationen av utredningen av barn i olika åldrar och med olika frågeställningar ger en god och fördjupad förståelse av testprocessen. Som läsare får man respekt för den professionalitet som krävs för att genomföra testning av barn och ungdomar vad det gäller erfarenhet, kunskap, stringens i överväganden och anpassningsförmåga till såväl barn som föräldrar, såväl i relationsbyggande i testningens inledningsskede som i återgivning av testresultat. Fallbeskrivningarna ger god insikt i utvecklingen av kontakten, val av test och överväganden i tolkning. "Familjen" som riskfaktor förefaller beaktad även om familjedynamik i sig – hur det "går till" mellan familjemedlemmar sällan beskrivs, möjligen med undantag för bråk mellan syskon. De skulle varit intressant att ha fått mer insyn i hanteringen av återgivning av testresultaten till familjen, inte minst beträffande de lägen där avståndet mellan föräldrarnas och psykologens förståelse av problematiken avsevärt skiljer sig åt.

Även om boken övervägande vänder sig till psykologer är den av intresse för var och en som är involverad i klinisk verksamhet med barn och deras familjer.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



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@svenskpsykiatri.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).

nok.se/cullbergstipendiet



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: **09/02**

Tema:
See one. Do one. Teach one?



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.

Svenska Psykiatrikongressen
16–18 mars 2022, Münchenbryggeriet, Stockholm
www.svenskapsykiatrikongressen.se

30th European Congress of Psychiatry
2–5 april 2022, Budapest, Ungern
www.epa-congress.org/

STP-konferensen
11–13 maj 2022, Yasuragi
stpsykiatri.se/stp-konferensen.html

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

33rd CINP World Congress of Neuropsychopharmacology
9–12 juni 2022, Taipei, Taiwan
www.cinp2022.org/

19th International Congress of ESCAP
19–21 juni 2022, Maastricht, Nederländerna
www.escap.eu/events/maastricht-2022

35th ECNP Congress Hybrid
15–18 oktober 2022, Wien, Österrike
www.ecnp.eu/Congress2022/ECNPcongress

IACAPAP 25th World Congress
5–9 december 2022 (obs ändrade datum!), Dubai, Förenade Arabemiraten
www.iacapap2022.com/

ANNONS