

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#1

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - Mars 2022

TEMA

see ONE
do ONE
teach ONE?



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,
Sara Bromander
- 8 Kommande temanummer
- 14 Bokrecension: Schibboleteffekten. Ledarskap, konsten och människans ansvar
Björn Wrangsjö
- 23 Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott
Matilda Naesström
- 29 Krönika enligt Tiger
Mikael Tiger
- 52 SFÄP: Äldrepsykiatri är en psykiatrisk specialitet i den mening som avses i 39 § LPT och 23 § LRV och specialister i äldrepsykiatri kan ges chöl-delegation att sköta LPT, **Robert Sigström**
- 72 Bokrecension: Cultural activities and health Singer, patient, and health care staff perspectives. From feelings to biology
Björn Wrangsjö
- 73 Bokrecension: Behandling av trauma och traumatisk sorg hos barn och ungdomar, **Björn Wrangsjö**
- 74 Bokrecension: När små barn far illa. Fysiskt våld - Sexuella övergrepp - Försummelse, **Björn Wrangsjö**
- 77 Bokrecension: Borta bra... Om hemmasitteri
Daniel Frydman
- 78 Bokrecension: Överlista smärtan. Programmera om din hjärna och få livet tillbaka,
Lars Farde
- 79 Kalendarium

Rapporter från möten

- 58 IOC World Conference on Prevention of Injury & Illness in Sport, Monaco, Reseberättelse och reflektioner
Moa Jederström
- 62 Värmande stämning gav inspiration till etik och vetenskap, SPF-styrelsens decemberkonferens, **Martin Hultén, Maria Larsson**
- 66 Erfarenheter från London. En Cullbergstipendiat berättar
Ana Rita Vieira Monteiro
- 70 I pandemins tidsålder, Anders Hansen på Cirkus och Mental Health Evening på Kulturhuset70
Martin Schalling, Maria Larsson

Tema:

- 10 Det goda ledarskapet
Hanna Edberg
- 11 Att tänka annorlunda
Maiken Fjelkegård
- 12 Chocken som uteblev
Alessandra Hedlund
- 14 Schibboleteffekten. Ledarskap, konsten och människans ansvar
Björn Wrangsjö
- 15 "Löftet"
Anna Hillerberg
- 16 Nydisputerad kollega vill lyfta handledarna
Alessandra Hedlund
- 18 Jag lärde mig att vara läkare...
Lioudmila Mendoza
- 20 Du får väl göra en bedömning och fatta ett beslut
Tove Gunnarsson
- 21 Kandidatsvansen
Daniel Frydman
- 22 Pedagogiska synpunkter på examination
Per Gustafsson

Psykiatriska nyheter:

- 38 Aktuella avhandlingar från BUP 2021
Per Gustafsson
- 38 Adolescent mental health - time trends and validity of self-report measures, **Ida Blomqvist, Umeå universitet**
- 40 Physical Comorbidity in Twins with ASD or ADHD,
Pei-Yin Pan, Karolinska Institutet
- 42 Long-term Outcome of Cognitive and Emotional Functioning in Young People with ADHD
Pia Tallberg, Lunds universitet
- 44 Characterization and long-term follow-up of Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome (PANS)
Caroline De Visscher, Karolinska Institutet
- 46 Adulthood Outcomes of Child and Adolescent Depression - From Mental Health to Social Functioning
Iman Alaie, Uppsala universitet
- 48 Internet-based support and coaching - Exploring the feasibility of an intervention for young people with ADHD and autism spectrum disorder, **Helena Schlin, Göteborgs universitet, licentiatavhandling**
- 50 Får kvinnor med schizofreni felaktig läkemedelsbehandling?
Åsa Konradsson-Geuken, Ylva Wächter
- 52 Äldrepsykiatri är en psykiatrisk specialitet i den mening som avses i 39 § LPT och 23 § LRV och specialister i äldrepsykiatri kan ges chöl-delegation att sköta LPT, **Robert Sigström**

Innehållsförteckning:

Debatt:

- 30 Utredning – ett villospår i vuxenpsykiatri?
Lena Nylander

Övrigt:

- 24 Dags att nominera till Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne
SPF:s styrelse
- 24 SPF planerar gruppresan till ECNP-kongressen i Wien!
Tarmo Kariis, SPF:s styrelse
- 26 STP-konferensen 2022
Styrelsen, STP
- 28 STP:s ordförande tittar tillbaka på 2021 och tackar för sig
Johanna Hanson
- 32 Så minns vi Göran Sedvall
Henrik Nybäck, Lars Farde
- 34 Ser du mig? Vem är jag?
Nils Lindefors
- 36 Utställare vid SPK 2022
- 55 Janssen och Lif bjuder in till seminarium på Svenska Psykiatrikongressen 2022
- 56 Prioriterade behov av kunskap och utveckling inom BUP heldygnsvård – ett samverkansprojekt mellan SBU och Socialstyrelsen, **Susanne Buchmayer, Karin Rydin, Nathalie Sundberg**
- 60 Synpunkter efterlyses på delbetänkande från "Samsjuklighetsutredningen", **Maria Larsson**
- 61 Tips inför SPK 2022
- 64 ADHD – behandling för bra för att vara sann, **Olle Hollertz**
- 75 Barnfridsbrott, **Anna Hillerberg**
- 76 Barn utsätts för människohandel för sexuella ändamål i Sverige. Vad vet vi och vad gör vi? **Maria Unenge Hallerbäck**

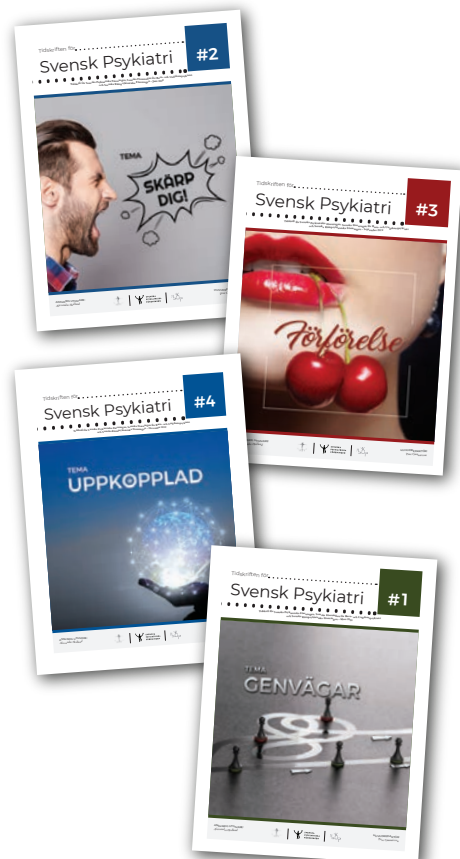
Covid:

- 29 Oxveckor, Krönika enligt Tiger
Mikael Tiger

Tidskriften för Svensk Psykiatri

DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: 18/05
TEMA: *Gammal*



Tidskriften för Svensk Psykiatri



Orostider...

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/metamorworks

INTERNET

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se

... det är krig i Europa och coronaviruset härjar ännu runt om i världen. Vi får göra vad vi kan för våra medmänniskor och oss själva men det vanliga livet måste få fortgå parallellt. Trots allt så har tillvaron den senaste tiden alltmer återgått till det normala och invanda. Ett tecken på detta är att vi äntligen kommer att kunna ses fysiskt på Svenska Psykiatrikongressen och STP-konferensen igen. Och våren är på intågande! Min förstaklasslärare, fröken Pettersson, lärde oss att våren börjar 1 mars och då är det så. Även om snön ligger djup.

Nästa nummer...

... har temat *Gammal*.

Självklart tänker vi oss ett visst fokus på äldrepsykiatri men som alltid kan vårt tema ses utifrån olika infallsvinklar.

En del psykiatrer fortsätter att arbeta långt efter 65-årsdagen och det finns forskare som aldrig slutar forska. Medan andra pensionerar sig i förtid. Vad styr dessa val?

Gamla synsätt och föräldrade metoder kan det också handla om... Ja, du kanske kommer på mer?

Skriv gärna om annat också.

Bidragen till temat i detta nummer, "See one, do one, teach one?", handlar alla om utbildning och lärande, på ett eller annat sätt. Kanske får du inspiration att skriva om egna erfarenheter?

Eller är det något av alla bidrag som får dig att vilja skriva en replik?

Har du varit på en konferens som du vill rapportera om?

Händer det något spännande i din verksamhet som andra kan ha glädje av att få ta del av?

Så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

PS Deadline till nästa nummer är den 18 maj och författarinstruktioner hittar du på sidan 8.

Med is i magen

Hur planerar och förbereder man för en stor kongress mitt i en pågående pandemi?

Svaret handlar dels om att kunna ha mycket *is i magen*, att leva med små marginaler och vara optimistiskt lagd samt säkra upp med pandemianpassade avtal.

Arbetet inför varje SPK inleds med preliminärbokningar redan 2–3 år i förväg. Förberedelserna tar sedan verklig fart året innan, med avtalsskrivning och allteftersom intensivt arbete med själva kongressprogrammet samt med alla praktiska ting runt hela arrangemanget.

Under rådande omständigheter fick SPF under sommaren 2021 skriva bindande kongressavtal med en sorts pandemiklausul eller covid-19-fallskärm om man så vill. Denna kunde utlösas under vissa omständigheter fram till senast 30 dagar innan kongressen, dock inte helt utan risk eftersom det självklart var förenat med olika villkor såsom tidsgränsen och vissa avgifter som gick utanför det gällande "pandemiavtalet".

Prognosen för pandemins utveckling sommaren 2021 talade för en avmattning av pandemin till våren 2022 men ingen visste ju egentligen vad som skulle ske. När sedan smittläget förbättrades och restriktionerna lättades under hösten 2021 fick vi starkt hopp om att kongressen skulle kunna genomföras helt enligt ordinarie plan och förberedelserna fick en ny energi framåt.

Sen kom då december och den tredje covid-19-vågen. Några i styrelsen blev själva sjuka och ett efterlängtat styrelsemöte IRL inför juledigheten blev decimerat och mötet fick hållas digifysiskt.

Med nya virusvarianten omikron över årsskiftet såg vi en närmast explosiv smittspridning. Tunga restriktioner återinfördes och styrelsen som precis andats ut under senhösten fick återigen hålla andan och ha mycket *is i magen*. Skulle vi flytta på kongressen redan nu? Kunde vi det? Vi lusläste avtal och regler för att sätta oss in i förutsättningarna för ett SPK i enlighet med de gällande och ganska omfattande restriktionerna. I januari blev det därför flertalet avstämningar och strategiska beslut för hur vi skulle hantera rådande situation. Mailväxlingen gick varm. Beslutet blev att fortsätta med ännu mer *is i magen* och en nu något pressad optimism i sinnet. Planeringen fortlöpte för kongress i enlighet med alla gällande restriktioner för allmän sammankomst vilket innebar flera begränsande regler och ett kvävande deltagartak. Kunde det bli värre undrade vi?

Därefter hände något i mitten, slutet av januari fortare än vad någon faktiskt förväntat sig. Smittläget började stabilisera sig och framförallt blev förhållandevis få egentligen svårt sjuka av omikronvarianten. Vaccinationskampanjen höll vad den lovade. Det rapporterades samtidigt att riktigt sjuka var nästan enbart de



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 33 Sundsvall
kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

ovaccinerade och oftast då med deltavarianten och den gruppen krympte successivt.

Hela bilden började förändra sig. Hur samhällsfarlig är covid-19 i nuläget frågade man sig? Grannlandet Danmark öppnade upp i början av februari och nu var det bara en tidsfråga om vi skulle få samma besked i Sverige, eller?

Morgonen den tredje februari kommer jag sent att glömma, när jag sitter i bilen på väg till jobbet och hör statsministern meddela att samtliga restriktioner lyfts bort redan 9/2. Det var knappt jag trodde mina öron, och både glädje, lättnad och ny energi fyllde mitt sinne. Nu kör vi tänkte jag och tryckte bokstavligen gasen i botten.

Isen smälte direkt.

Vi ses på SPK 2022!

Martin Hultén
Ordförande SPF

See one, do one, teach one...

Varför väljer man att bli läkare? De flesta som arbetar inom vården tänker nog att man vill göra gott. Man väljer inte yrket för prestige eller pengar utan för att det man gör känns meningsfullt.

See one, do one, teach one. Läkare skolas tidigt i att fatta beslut, även med liten erfarenhet. Läkarutbildningen är lång och till större delen praktisk – en yrkesutbildning. Därmed förväntas vi ganska omedelbart efter utbildningen kunna verka inom yrket. Till skillnad från många andra yrkesutbildningar förväntas vi som läkare dessutom ofta tidigt kunna ta ett stort, ibland till och med det yttersta, ansvaret för situationer som vi har begränsad eller ingen erfarenhet av. Det här bygger på att det finns en tydlig organisationshierarki och ansvarsfördelning med tillgång till erfarna specialister och bakjourer som hjälper, stöttar och vägleder.

Barn- och ungdomspsykiatri i Sverige är i kris. Verksamheterna vittnar om allt större svårigheter att behålla kompetent personal. Personalens främsta orsak till att inte stanna är att de saknar förutsättningar att göra ett bra jobb. Därmed känns arbetet inte längre lika meningsfullt.

Det går inte att prata barn och ungas mående utan att samtidigt prata om skolan, vilken utgör en stor och viktig del av deras vardag. Ett stort antal barn klarar inte skolan som den ser ut idag. Skolan behöver mer resurser, bli bättre på att tidigt identifiera barn som behöver stöd och individuella anpassningar och sedan ge detta i adekvat utsträckning – i många fall innan det går så långt att det behövs en barnpsykiatrisk bedömning och eventuell diagnos. Om detta har det senaste tiden gjorts flera bra reportage och granskningar i olika medier. Undersökningarna pekar på att dagens skolsystem är en av flera orsaker till att allt fler barn och ungdomar mår psykiskt dåligt och söker vård. Således bidrar detta till de långa vårdköerna.

När barnen och ungdomarna kommer till vården är det ofta med en komplex bild och lösningen inom barnpsykiatri är väldigt sällan bara ett läkemedel. Den komplexa problematiken kan ha uppstått eller förvärrats av lång väntan på vård, av att skolsituation och hemförhållanden är suboptimala och ibland rentav skadliga, av alltför lite sömn och fysisk aktivitet, av brist på meningsfulla aktiviteter och relationer. För att kunna förstå och hantera den komplexa patienten och se vägarna framåt krävs erfarenhet av både läkare och övriga vuxna. Det är med glädje jag i allt fler sammanhang ser att man lyfter frågan om att barns psykiska hälsa inte enbart är en fråga för BUP. Hur barn sover, äter, rör sig, hur de har det i skolan, på sociala medier, vad som är en rimlig skärmtid – det är samhällsfrågor snarare än sjukvårdsfrågor. Men när vi möter dem inom sjukvården behöver det finnas tillgång till erfarenhet och klokskap för att kunna sortera i komplexiteten.

Hur blir det då när man som ST-läkare eller ny i en specialitet får hantera alltför svåra problem? Och hur blir det att hantera dessa när övrig personal inte heller har erfarenheten och kunskapen? Det är inte svårt att förstå att det blir svårt att bedriva god vård. Och att folk slutar. Belastningen på dem som är kvar blir ännu större och förutsättningarna att göra ett bra jobb minskar, en negativ spiral.



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)

FAKLIG 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

För att behålla kompetent personal tror jag man behöver erbjuda individuella lösningar, exempelvis möjlighet till delade tjänster. Att arbeta heltid i psykiatrisk öppenvård är tungt. För att orka i längden behöver fler få möjlighet att kombinera arbetet med andra uppgifter.

Jag tror också det är viktigt att involvera specialistläkarna i utvecklingsarbete inom vården. Att bli lyssnad på och att känna att ens erfarenhet är värdefull och tas tillvara, ökar sannolikt benägenheten att stanna inom en verksamhet.

Det finns säkerligen fler sätt att vända spiralen på, mer eller mindre kostsamma.

Men om vi vill vända krisen i barnpsykiatri så behöver de barnpsykiatriska verksamheterna få förutsättningar att erbjuda konkurrenskraftiga arbetsvillkor till erfaren personal så att de som stannar kan bedriva god vård och känna att arbetet är meningsfullt. Så kan de i sin tur lära upp nya kollegor.

See one, do one, teach one. Tycka vad man vill om modellen men det är kunskapsöverföring den bygger på och det kräver god tillgång till erfarna och kloka kollegor!

Susanne Buchmayer
Ordförande SFBUP

See one, do one, teach one

Vi minns alla våra första nervösa samtal med en snäll patient, som gjorde sitt bästa för att inte visa hur unga hen tyckte att vi såg ut. Så småningom blev vi varma i kläderna vad gällde att hålla egna samtal (även om vi fortfarande såg väldigt unga ut) och tränade in det förtroendeingivande kroppsspråket och den trygga rösten. Sedan blev det vi som satt vid sidan om när en ny adept nervöst skulle fråga ut en patient, och såg till att utstråla "du kan lita på den här nybörjaren" till patienten och "jag litar på att du kan det här" till studenten.

Trots oerhörda framgångar och nya metoder inom medicinsk pedagogik så är läkaryrket fortfarande ett lärlingsyrke. Särskilt i specialiteter som psykiatri och rättspsykiatri där det, trots allt fler och oftast bättre checklistor och beslutsstöd, till slut handlar om rena bedömningsfrågor. Och när ska man släppa adepten fri i allt ökande grad? Vad gäller min verksamhet, rättspsykiatriska undersökningar, är de baserade på detaljerade lagar med förarbeten och föreskrifter, men också i hög grad beroende av verksamhets-specifik praxis och beprövad erfarenhet. Det är en utmaning för en blivande rättspsykiater att gå från vårdens tänk i diagnos och behandling till att göra rena juridiska bedömningar – är den här personen, på bas av sin psykiska problematik, att räkna som ett straffrättsligt undantag? Begreppet allvarlig psykisk störning är också olika i allmän- och rättspsykiatri, oavsett vad lagstiftaren hade för avsikt i början.

Inom den rättspsykiatriska utredningsverksamheten blir principen see one – do one – teach one nästan övertydlig: Du sitter med på undersökningar, sedan gör du dem själv, och när du är dubbelspecialist är det du som lär ut. Vi har till och med tydliga riktlinjer för hur många man ska göra – minst 20 rättspsykiatriska undersökningar och minst 20 §7-undersökningar. Genom att göra så pass många undersökningar under handledning tillägnar man sig en djupare förståelse för processen och tänkandet bakom. Det är viktigt att även läkare som ska arbeta inom den rättspsykiatriska vården får gå igenom en utbildning till dubbelspecialist, just för att kunna få denna djupare förståelse. Detta är lika viktigt som att den som ska ägna större delen av sitt yrkesliv åt att göra rättspsykiatriska undersökningar får en grundlig erfarenhet av vad som händer i vården, efter den rättspsykiatriska undersökningen.



SARA BROMANDER

T.f.ordförande Svenska Rättspsykiatriska Föreningen



SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

ORDFÖRANDE: Sara Bromander
(ordforanden@srpf.se)

VICE ORDFÖRANDE: Kristina Sygel

SEKRETERARE: Hanna Edberg
(sekreteraren@srpf.se)

KASSÖR: Cilla 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

LEDAMOT: Per-Axel Karlsson

HEMSIDEANSVARIG: Jonatan Adling

Hemsida: www.srpf.se

Vår verksamhet må vara en liten verksamhet, men vi har hand om dem som är mest utsatta, och som har lägst status av alla i samhället – personer som är drabbade av alla stigman man kan tänka sig. Personer som ofta har en psykosjukdom, ett blandberoende, svag begåvning, kriminell identitet och som fällts för ett våldsbrott.

Vi måste se till att vi, som vårdar dessa personer, har gott stöd och god handledning, och att vi får en så högkvalitativ utbildning som möjligt för vårt svåra jobb.

Sara Bromander
Ordförande SRPF

SVENSK PSYKIATRI

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **18/05**

Tema:
Gammal



Utgivning 2022

NUMMER 2 2022

Tema: *Gammal*

Deadline 18 maj

Utkommer vecka 23

NUMMER 3 2022

Tema: *Anmäll!*

Deadline 31 augusti

Utkommer vecka 38

NUMMER 4 2022

Tema: *Tabu*

Deadline 16 november

Utkommer vecka 49

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

Maila till redaktoren@svenskpsykiatri.se

SKRIV I SVENSK PSYKIATRI

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Författarinstruktioner för Svensk Psykiatri

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

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

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

Filformat: Skicka 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

Det goda ledarskapet

Häromdagen sågs jag och en vän över en kopp lattemachochfrappuccino på råpressad sojamjolk (fruktansvärtäckligt faktiskt. Vad hände med en slät kopp...?), och vi kom att tala om ledarskap. Min vän arbetar som verksamhetschef inom sjukvården, och är inte själv läkare. Jag förmedlades uppfattningen (såsom en absolut självklarhet) att läkare får utbildning i ledarskap.

Får vi det?

De flesta av oss handleder. Många av oss undervisar. Flera av oss har tjänster som innebär ledningsansvar. En del av oss är chefer.

När och hur lär vi oss ledarskap?

Läkarprogrammet innehåller ytterst lite formell utbildning om ledarskap. Under AT kan det hända att man får någon föreläsning på temat. I målbeskrivningen för en specialistläkare framgår att läkaren ska "kunna utöva ledarskap i det dagliga arbetet, inklusive leda ett vårdteam". För att bli godkänd på detta delmål ska man gå en kurs, en ledarskapsutbildning. Läkarförbundet anger att en ledarskapsutbildning "även kan läggas upp så att den behandlar hälso- och sjukvårdens organisation och administration samt hälso- och sjukvårdens olika ekonomiska styrsystem".

Det är mig veterligen många ST-läkare som gått ledarskapsutbildningar som – även – omfattat organisation och styrsystem. Allt i ett, liksom. Max en vecka.

Tadaa! På glänsande silverfat serveras en färdigutbildad anförare. Redo att iklä sig ledartröja och utrustad med passare och kompass dirigera sjukvårdens komplexa organisation.

På en vecka.

Nääeee, så är det ju inte. Men hur går det till på riktigt? Hur lär vi oss ledarskap?

Under vår utbildning och tjänstgöring upplever vi olika typer av ledarskap som vi uppskattar mer eller mindre. Helt eller delvis beroende på hur vi är som personer. En del vill ha ett mentorskap med resonerande samtal, andra vill ha en tydlig auktoritär ledare som talar klarspråk och säger hur man ska göra. En del vill ha tät återkoppling, andra är glada om det sker så sällan som möjligt (no news is good news). En del ledare gillar vi för att de har en skön personlighet. Ett varmt leende och en öppen blick. Samma humor som oss, kanske. Andra ledare ogillar vi för att de har snörpig ton eller, av en eller annan anledning, påminner om någon annan person som vi har skäl att inte tycka om. Därtill påverkas vi starkt av åsikterna hos våra närmaste, vår ingrupp. Vi är så att säga offer för våra kognitiva genvägar.

De ledare som vi uppfattar som bra tar vi sedan med oss som "goda exempel" och försöker efterlikna så gott vi kan. See one, do one. Och plötsligt när vi minst anar det blir vi ombedda

att undervisa lite om ledarskap för blivande kollegor ("Du, schysta'rå, du var ju så uppskattad när du handledde den där kandidatgruppen i våras"). Vårt sköra ego kan ju förstås inte stå emot sådant överväldigande beröm, så vi samlar vi ihop några goda och några mindre goda exempel och snor ihop en powerpointpresentation. Om vi är avslappnade talare med lagom estradörpotential, har lyckats åstadkomma ett gäng snitsiga bilder med så litet text som möjligt, gärna ett filmklipp eller två och några moment med igenkänningsfaktor som genererar ett par skratt från publiken, så kommer vår föreläsning om ledarskap att uppskattas. Teach one. Cirkeln är sluten.

Så, tillbaka till ursprungsfrågan: Hur lär vi oss ledarskap?

Svaret är alltså mer eller mindre vår tidskrifts tema. See one, do one, teach one. Vi leder, eftersom det ingår i vårt jobb att göra det, och vi gör det bra eller dåligt beroende på vilka vi är som personer (eller snarare, hur de som vi leder uppfattar att vi är) och på hur våra föregångare lett oss. Vi upprätthåller befintligt ledarskap. Vi gör som de före oss gjorde.

Vi blir, helt enkelt, varken bättre eller sämre.

Följdfrågan blir förstås: KAN vi lära oss bra ledarskap? Kan vi bli bättre?

Även om riktigt stark evidens för att det är meningsfullt att utbilda personer i ledarskap saknas¹ så tror de flesta av oss nog ändå att det är möjligt. Det krävs dock att vi vågar lyfta ledarskapsfrågan och erkänna att det inte är något som sitter i läkares DNA, och inte heller något man kan träna sig bra på bara genom att göra det tusen gånger. Att utveckla ett ledarskap kräver självkännedom, mod, vilja och förmåga till retrospektion. Och si, dessa förmågor finns inte med i någon målbeskrivning, varken avseende sådant vi ska kunna, behärska eller ha kännedom om.

Läkarförbundet anser att fler chefer borde vara läkare². Jag tänker: Gärna det, men fokusera först och främst på att läkare blir goda ledare. Vi måste lära oss gå innan vi kan springa.

Hanna Edberg

*Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Medicinsk rådgivare Kriminalvården*

Referenser:

¹Till A, McKimm J, Swanwick T (2020) The Importance of Leadership Development in Medical Curricula: A UK Perspective (Stars are Aligning). *Journal of Healthcare Leadership* 12:19–25.

²Fler läkare som chefer borde vara självklart" | Dagens Medicin, 16 september 2020

Att tänka annorlunda

"man har levt ett långt liv med egen erfarenhet av problem som dyker upp i livet, man har lärt sig ett sätt och en metod att hantera det och man ger den hjälpen till andra som då kan få en egen kompetens. Något de i sin tur kan ge vidare till andra"

2020 kunde man i SvD läsa 3 artiklar av Agneta Lagercrantz om The Friendship Bench Project i Zimbabwe.

I artiklarna förtydligades att projektet var ett sätt att avhjälpa det stora behovet av psykiatriskt stöd till en befolkning som hade brist på psykiatriska vårdresurser. Det hade inte ambitionen att kunna ge "terapi". Det innebar möten, ofta på en parkbänk, där man fick berätta om det svåra man befann sig i, ge sin berättelse till någon som ville lyssna, någon som ville hjälpa med det den kunde utifrån den egna erfarenheten. I Zimbabwe var det "grandmothers" som hade fått en viss utbildning i form av lösningsfokuserad terapi som var stödpersoner, gav hjälp att analysera vad den som befann sig i en svår livssituation kunde behöva ta tag i först för att komma ur det svåraste. Ett fantastiskt initiativ för att förbättra psykisk hälsa som krävde få ekonomiska resurser.

Detta är, tycker jag, ett exempel på "see one, do one, teach one". Enkelt och konkret.

Den första kontakten innebär en bedömning, där man sorterar dem som bedöms som "psykiskt sjuka" vidare till psykiatrin. I Zimbabwe gjordes det med hjälp av ett frågeformulär.

Men sedan – man har levt ett långt liv med egen erfarenhet av problem som dyker upp i livet, man har lärt sig ett sätt och en metod att hantera det och man ger den hjälpen till andra som då kan få en egen kompetens. Något de i sin tur kan ge vidare till andra.

Så gör man förstås i det verkliga livet i kontakten med sin omgivning. Men kanske inte i så stor utsträckning. Psykisk ohälsa ökar, hör man ständigt, och den kan ofta omfatta "vanliga" problem som man inte får hjälp att lösa. Kanske vill man inte prata med någon om det, det är för komplicerat att kontakta vården eller man är för ensam, har ingen att prata med.

Självklart skulle man kunna tänka vidare om hur man kan göra något liknande på andra ställen i världen, till och med i Sverige. Att kunna hjälpa med en bas-screening för suicidalrisk, kanske på vårdcentralen, och därefter låta "grandmothers", alltså människor som inte arbetar inom sjukvården, arbeta vidare med dem vars problem till stor del handlar om ensamhet, arbetslöshet, relationsproblem. Hjälpa dem att hantera motgångar, missbruk, att hitta sin plats i livet.

Man skulle behöva utbilda dessa "grandmothers" i ett bemötande som innebär respekt och intresse för att förstå den person som de möter, hjälpa den att få till förändring i sitt liv utifrån dennes egna önskan med enkla lösningsfokuserade riktlinjer.

Olika åldersgrupper behöver sannolikt olika möten. Det skulle vara fördelaktigt, i den mån det går, att även kunna ta med sin familj och på det sätt möjliggöra ytterligare stöd från omgivningen. I beskrivningen av hur man jobbade i Zimbabwe ingick också att man, i en senare fas, träffades i grupp för att genom en gemensam sysselsättning hjälpas åt att komma ut ur sin ensamhet och inaktivitet. I dagens samhälle, där daglig kontakt med familj och grannar/vänner ofta är bristfällig, skulle detta kunna behövas.

När jag läste artiklarna blev jag fascinerad av detta naturliga sätt att hjälpa på. Jag kan inte riktigt släppa tanken på att det skulle kunna gå att göra samma här. Skulle detta vara möjligt att testa i Sverige, som ett projekt? Det är ingen vanlig sjukvård, det är medmänsklig klokhet. Ingen legitimation krävs. Kontroll saknas. Går det? Skulle någon kunna lita på ett sådant arrangemang? Vad skulle Socialstyrelsen säga? Skulle någon vilja delta? Var skulle man hålla till?

Det skulle kräva en rejäl attitydförändring. Att tro på att människor kan och vill bry sig om andra, se dem och lyssna på dem. Låta dem få möjlighet att göra det och på så sätt bidra till att förbättra människors livsvillkor i samhället.

Skapa en plattform som uppmuntrar till gemenskap, att prata, dela erfarenheter och lösa vanliga svårigheter i livet. Göra det till något normalt att få problem som man inte klarar av att lösa själv. Slippa skämmas.

Det finns många fördelar med att försöka ändra vår syn på vad som är sjukt och behöver benämnas som psykisk ohälsa. Dessutom skulle ett sådant projekt på ett snabbt, effektivt och ekonomiskt lönsamt sätt minska behovet av hjälp från psykiatrin som då kan ägna mer tid och resurser åt dem som är allvarligt sjuka.

Maiken Fjelkegård
Barn- och ungdomspsykiater, leg. psykoterapeut

Chocken som uteblev

Eller hur det är att göra ST i Sverige efter läkarutbildning i Italien

Läkarutbildningen

Bredvid katedern, i den amfiteaterlika föreläsningssalen, stod ett plastskelett i reell storlek. "Ni kommer att lära er om skelett och leder"... sade anatomiprofessorn, med sitt vanliga, tjuvroliga leende, och pekade på skelettet, "men ni kommer aldrig någonsin att träffa en patient som ser ut så här". Studenterna skrattade, och så jag med. 25 år senare minns jag episoden som igår. Tredje terminen tror jag att det var; vi skulle förstå att det var skillnad mellan teori och praktik.

Jag kan inte tala för alla utlandsutbildade, men jag skulle kunna skriva hur mycket som helst om min egen tid som student på Universitetet "La Sapienza" i Rom mellan 1995 och 2003. Tydligt var vi lyckligt lottade, som klarat intagningsprovet och skulle få vara med om den "moderna" läkarutbildningen, med integrerade kurser, valbara fallseminarier, riktiga patienter i såväl föreläsningssal som sjukhussängar på avdelningarna. Förmodligen ter sig detta skrattretande för någon som läser medicin på La Sapienza idag, men vi kände oss lyckligt lottade. En kompis storebror, 15 år äldre, läkare, avundades mig som "åtminstone skulle få se några patienter" under utbildningen. Det var inte många patienter, tyngdpunkten låg helt klart på teoretisk kunskap. De allra flesta tentorna var muntliga, ägde rum i stora salar där alla kunde höra allt, och beskrivs bäst som att bli grillad över öppen eld (italienska metaforer är ofta matrelaterade). Ofta räckte det inte med en examinator som förhörde en; var examinatorerna oense om betyget fick man fler frågor.

Lärdomar och minnen

Förutom det specifika ämnet lärde man sig att hantera oro och ångest. Dock ska man ha i åtanke att det italienska skolsystemet på den tiden var sådant, redan från grundskolan; förhör och betyg var en självklarhet. Ändå påstod äldre att deras skolgång

minsann var tuff på riktigt, inte den lektuga som vi, enligt dem, ägnade oss åt. Jag tänker ofta på det när jag idag hör äldre kollegor raljera (förlåt) om sina utbildningar och vikariat, om taskiga förhållanden, obefintlig handledning, antal patienter hit och dit, den som har flest vinner. Nya sammanhang, nya generationer, nya länder, samma mönster. Människan är en och samma.

Sammanhållningen i studentgruppen var hög. Vi var varandras bästa fans och förebilder, vi hejade på varandra, hjälptes åt, gladdes åt varandras framgångar på riktigt. Den kollegialiteten har jag inte upplevt inom andra sammanhang, varken före eller efter, det är ett minne för livet. De få patienterna blev också minnen för livet. Några bidrog till att jag valde psykiatri, i mina tankar har jag tackat dem många gånger om. Handledarna och seminarieledarna var eldsjälar i ett system som var nytt även för dem. Detta förstod jag inte då, men det gör jag nu, när jag blivit lärare i ett system som är helt annorlunda än det jag själv blev undervisad i.

Den psykiatriska kliniken

Det gällde att komma in på den klinik där man ville skriva sitt examensarbete, och att göra det i tid. I samma hus där Cerletti och Bini 1938 genomförde sina första ECT-behandlingar

blev jag "praktikant" i psykiatri 1999, efter en sväng på reumatologen. Praktikantstatus innebar att man fick träffa patienter och vara med i olika sammanhang, som de lärorika ronderna och den årliga psykiatrikongressen. Avdelningen var liten så det krävdes vassa armbågar; inskrivningar, samtal, utskrivningar. Man tävlade om ST-läkarnas och patienternas uppmärksamhet. Hade man riktig tur fick man vara på mottagningen en förmiddag i veckan, tillsammans med en erfaren ST-läkare. Där fick man först öva på enklare samtal och skriva journaler, så småningom ta egna patienter.

Turen var på min sida, tisdag var min mottagningsdag, det glömmer jag aldrig. Verksamheten var slimmad och effektiv, tack vare gott samarbete med psykoterapienhet, primärvård och försäkringsmedicin. Dokumentationskraven var minimala vid uppföljningar, men desto större vid nybesök. Pappersjournalerna skulle skrivas med läsbar handstil, annars fick man skriva om dem. Alla nya patienter gick igenom på mottagningens stora rond varje torsdag. Dit var alla välkomna och ingen kurs jag gått under min ST har kunnat överträffa nivån på denna tillställning. När man själv skulle dra sitt nybesök granskades ens arbete in i sömmarna. Det var hårt men rättvist och definitivt inte värre än de tiotals tentor som man redan varit utsatt för. I samma linje var läkarexamen, då skulle man försvara sitt examensarbete. På torsdagsmötena fick man även höra anekdoter om allt och alla, bland andra en viss Raffaella som tydligen hade flyttat till Sverige. Flera år senare satt hon och jag på hennes kontor, sippandes på varsin espresso och blev nostalgiska över den psykiatriska kliniken, dess mottagning och torsdagsmötena.

Men allt var inte frid och fröjd, naturligtvis. Varför skulle jag annars ha provat mina vingar i ett nytt land och tillägnat mig ett nytt modersmål? Hierarkier var skrivna i sten, meriter var relativa, jobba fick man göra gratis i väntan på anställning, om man till slut fick jobb var anställningstryggheten närmast obefintlig. Så småningom var det dags att skriva intagningsprov för ST-tjänsterna. Vi var runt femtio som skrev för 6 platser. Jag kom sjua. Men först, AT.

En riktig doktor

Alla som tror att AT bara finns i Sverige räcker upp en hand! Jag vet att ni är många men faktum är att jag fick göra 12 månaders AT och ett omfattande AT-prov för att få legitimation i Italien. Då skulle man arbeta som doktor på riktigt, om än under handledning. Även provet utgick helt och hållet från riktiga patienter. Yrket var äntligen inom räckhåll.

Förutom psykiatriplaceringen gjorde jag det mesta av min AT på ett litet sjukhus bara 2 km från mitt hem, en otänkbar lyx i en storstad som Rom. Tiden delades upp mellan internmedicin, barn och obstetrik/gynekologi, med oförglömliga förebilder som lungläkaren Pietro, barnsjuksköterskan Franco, barnmorskan Paolo och barnläkaren Pierluigi (bara män, jag vet. Det är en annan artikel). Av en ren slump blev barnmedicinplaceringen längre än de andra och jag fick det stora förtroendet att ansvara för barndagvården när överläkaren hade semester. Naturligtvis med uppbackning, men det var första gången jag arbetade helt självständigt. Barnmedicin blev min spetskompetens och BVC platsen för mitt första vikariat. *Dottoressa Rossi* hette hon, sista gången vi pratade i telefon var jag i Sverige. "Vad bra" sa hon "du kommer att trivas där och bli kvar. Jag är glad för din skull även om det betyder att jag måste hitta en annan ersättare".

Tillbakablick på ST

Att få göra ST i Sverige var bland det bästa som kunde hända mig. Likaså att läsa medicin på *La Sapienza* i Rom. Hur ska man annars se på det? Jag känner inte till någon annan verklighet. När jag blev ST-läkare ville jag inget mer än att arbeta inom psykiatri, precis det jag fick göra i Sverige. Läkarrollen krävde varken vassa armbågar eller höga hästar, vilket passade mig alldeles utmärkt. Klart att jag blev ledsen när jag fick kommentarer om utlandsutbildades inkompetens eller fick syn på omotiverade lönegap. Jag var beredd på att det inte skulle bli en dans på rosor, att som invandrare få slå ur underläge och tvingas stå ut med folk som trodde att jag inte kunde sköta ett hem bara för att jag bott hos mina föräldrar fram tills jag flyttade hit. Åh nej, begreppet curlingföräldrar fanns inte där jag växte upp. Men det tråkiga balanserades upp av det positiva. Det gäller att se helheten, se ett högre mål längre bort, att offra något idag för att få något annat imorgon.

Till skillnad från kollegor som flyttar när de redan är färdiga specialister fick jag dessutom växa i läkarrollen under min ST, under svenska förhållanden. Något som jag i backspegeln ser som väldigt positivt. Det måste var mycket svårt att komma hit med ett utländskt specialistbevis och en lika utländsk läkarroll och börja där, börja hitta sin identitet som specialist, samtidigt som man anpassar sig till den svenska vården, samtidigt som kollegor, personal och patienter förväntar sig att man ska bete sig som en svensk läkare. Den startsträckan är enklare att navigera när man är ST och ens läkarroll fortfarande är ett frö, gör man fel så tänker folk att man är grön och kommer att utvecklas. Den nyblivna specialistens professionella identitet är skör och sårbar, som späda granskott, medan omgivningen bara ser ett starkt träd med djupa rötter och långa grenar (nu är jag svensk och metaforerna naturrelaterade).

Teori vs. praktik

Jag håller mig kvar i skogen för att formulera vad min teoritunga utbildning gett mig, som jag inte skulle vilja vara utan. "Är det inte svårt att se skogen för alla träd", frågar den välmenande, svenskutbildade kollegan. Jag funderar en stund för frågan är klok. Men svaret blir faktiskt nej. Snarare kan jag, tack vare min teoretiska utbildning, välja om jag vill se skogen, träden eller båda. Dessutom vet jag att hur många träd (patienter) jag än träffar kommer jag aldrig någonsin att kunna se allt det där som finns beskrivet i litteraturen. Den här insikten har i alla år utmanat min fantasi och föreställningsförmåga, samt hjälpt mig att hålla fötterna på jorden och lära genom andras erfarenheter, något som jag har haft stor nytta av även i andra områden i mitt liv.

Det sägs att verkligheten alltid överträffar dikten, kanske är det sant. Samtidigt är det inte heller så tokigt att ha läst dikten först. Det är som med litteratur och teater; där kan vi möta situationer som vi annars aldrig skulle möta, vilket i bästa fall kan bredda våra vyer, ge nya insikter och öka vår förmåga till empati.

Alessandra Hedlund
Psykiater, Stockholm

Fotnot

Redaktionen efterlyser flera historier. Har du något att berätta? Skriv till oss!



Människan bakom ledarrollen

Konsten kan som ingen annan mänsklig uttrycksform utgöra ett motstånd mot en stereotyp och reduktiv uppfattning om världen och människan. Utifrån detta credo utforskar Julia Romanowska, forskare, musiker och ledarkapsutvecklare i sin bok *Schibboleteffekten. Ledarskap, konsten och människans ansvar* människan bakom ledarskapet ur ett moraliskt och etiskt perspektiv. Gott ledarskap är en avgörande faktor, inte bara för en verksamhets produktion utan också för medarbetarnas psykiska hälsa. Hur är våra ledare beskaffade, vad har de för egenskaper och hur upprätthåller de sitt ledarskap? Ledarskapsutbildning är ett viktigt instrument för att främja ett gott ledarskap och omsätter globalt mellan 36 och 60 miljarder USA-dollar årligen.

Två väsenesskilda sätt att utveckla ledare

Romanowska disputerade 2014 på avhandlingen *Improving leadership through the power of words and music*, recenserad i Svensk Psykiatri. Effekterna av en konstnärligt upplagd ledarskapsutbildning jämfördes med en konventionell utbildning. Båda utbildningarna hade samma övergripande mål och löpte över ett år. Femtio kursdeltagare fick delta i en introduktionsutbildning i ledarskap varefter de matchades och randomiserades. Varje kursdeltagare fick välja ut fyra underställda medarbetare som skulle ingå i studien. Såväl kursdeltagares som medarbetares psykiska hälsa och förmåga till stresshantering bedömdes via validerade självsvartest. Katabola och anabola hormonnivåer bedömdes via kortisol och DHEA-S. Kursdeltagarna fick skatta självbild och egen tendens till Låt-gå (Laissez-faire)-beteende, den enligt forskningen mest destruktiva ledarstilen, präglad av oförmåga att ta nödvändiga beslut och passivitet i konfliktsituationer. Medarbetarna fick också skatta sin ledare i dessa avseenden före och efter utbildningen.

Utbildningarnas upplägg

Den konventionella utbildningen vilade på föreläsningar och litteratur vad gäller teorier om organisationer, grupper och individer, ledarskapsteori och beslutsfattande, metodik att hantera problemsituationer samt gruppdiskussioner med presentation av kursdeltagarnas egna ledarskapsdilemman. Kursdeltagarna fick en "verktygslåda" med kommunikationstekniker för problemlösning.

Schibboleteffekten
Ledarskap, konsten och människans ansvar
Julia Romanowska
Appell Förlag, 2021

Den konstnärliga kursens fundament utgjordes av en integration av konstnärliga, estetiska och etiska element. Skådespelare framförde kraftfulla presentationer av texter bestående av korta stycken av poesi, prosa eller dokumentär interfolierade av korta musikstycken som kunde matcha eller "motsäga" texterna – ett fragmenterat, snabbt skiftande flöde vad gällde såväl form som innehåll. Texterna hade ofta existentiell karaktär och speglade katastrofer, mänsklig destruktivitet och ondska såväl som mänsklig storhet och oegennytta. Efter presentationen följde ett gruppsamtal. Deltagarna skrev också "dagbok" under varje session.

Övervägande delen av boken består av resonemang om Shibboleteprogrammet och hur författaren arbetat sig fram till denna metodik som snarast är en antipedagogik som med sina transformatoriska mekanismer aktiverar etiska, estetiska och filosofiska frågeställningar med individens ansvar i förhållande till nästan, den andre i centrum.

Utvärdering

Kursdeltagarna och deras medarbetare i den konstnärligt upplagda utbildningen hade signifikant lägre mental symtombelastning och stressnivå. Ledarnas bedömning av sig själva som ledare närmade sig deras anställdas bedömning av dem och ledarnas tendens till självöverskattning minskade.

Utvärderingen för kursdeltagare och deras medarbetare i den konventionella utbildningsgruppen gick åt motsatt håll. Deras symtom och stressnivå ökade liksom skillnaden mellan ledarnas självskattning och deras medarbetares skattning av dem. Mot detta kan då ställas kursdeltagarnas egen utvärdering av kursen som positiv och givande!

Analys

Ledarnas självbild och självförtroende i den konventionella utbildningen stärktes i ömsesidigt stödjande diskussioner liksom övertygelsen om de egna lösningarnas förtjänster. Författaren menar att detta stärkte överskattning av den egna förmågan och att tilltron till färdiga lösningar presenterad genom instrumentella tekniker kunde vara en förklaring till att ledaren skattar sig själv mer positivt efter utbildningen och medarbetarna skattar sin ledare mer negativt. Detta avstånd kan medföra ett arbetsklimat som befrämjar stress och mental ohälsa.

Medarbetarna i den konstnärliga utbildningen upplevde att deras ledare blev mindre självsäkra men mer ansvarstagande, modiga och beredda att "stå upp" i stressande situationer snarare än att förlita sig på "redskap". Förändringen kunde hänga

samman med att de föreställningar deltagarna bevittnade var starkt påfrestande, förvirrande, med djupgripande emotionell påverkan – det gick inte att ”komma undan”. Det kunde leda till eftertänksamhet och i många fall en radikal omprövning både av självbilden och synen på andra – ställda inför tillvarons storslagenhet och människans komplexitet. Det egna självet sattes i ett större sammanhang som manade till ödmjukhet inför ledarskapet med en förskjutning från utövande av makt till tagande av ansvar för sig själv, sina medarbetare och sitt företag. Ledarskapet kom mer att drivas av inre övertygelse av etisk karaktär än ”strategi” och ”hantering”.

Pedagogik och filosofi

Övervägande delen av boken består av resonemang om Shiboletprogrammet och hur författaren arbetat sig fram till denna metodik som snarast är en antipedagogik som med sina transformatoriska mekanismer aktiverar etiska, estetiska och filosofiska frågeställningar med individens ansvar i förhållande till nästan, den andre i centrum. Begreppet Estemetiskt förhållningssätt är centralt. Det syftar på att levandegörandet av något i fantasin genom konsten kan bli starkare och intensivare än en verklig händelse. Det förutsätter ett öppet, dynamiskt inlevande förhållningssätt, en förhöjd etisk medvetenhet och att våga en genomgripande inre beröring. Detta kopplar i sin tur till estetisk sensibilitet som innebär ett reaktivt svar på konstformen, öppenhet för det annorlunda, frihet i förhållande till det oanade samt associativ bearbetning. Författaren refererar till tankar hos filosofer som Aristoteles och Spinoza men framför allt till Lévinas perspektiv: att med ödmjukhet genomskåda att min bild av den andre övervägande baseras på den likhet jag finner och i stället acceptera annorlundaskapet och respektera den andre som Främling. Att våga vara en unik människa i varje ögonblick inför den unika andre innebär också att granska troheten mot sitt eget innersta. Har en ledare införlivat detta perspektiv styr det inte bara förhållandet till arbetsuppgiften utan också till medarbetarna.

Slutligen

Boken ställer bitvis stora krav på läsaren då vissa avsnitt är starkt berörande och andra tycks teckna en djupgående civilisationskritik. Den är unik och angelägen i utbildningsvärlden då utbildningsinnehåll inte står i fokus utan ”människan bakom”, ett försummat perspektiv som är relevant inte bara för ledare utan även viktigt inom människovårdande yrken där relationen till den Andre är central, särskilt i ett tidevarv där ”värdegrund” riskerar att bli ett tomt honnörsord och ”redskap” är honnörsordet i metodutvecklingen.

Björn Wrangsjö

*Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm*



”Löftet”

”Löftet” är en nyskriven svensk opera av Susanne Marko och kompositören Mats Larsson Gothe som för närvarande spelas på Kungliga Operan. Markos berättelse är baserad på hennes föräldrars historia. De gifte sig men skildes åt efter en månad av nazisterna för att föras till förintelslägren. Efter krigsslutet ledade Markos far oförtröttligt efter sin hustru. När han återfann henne var hon nära döden, men överlevde och de lyckades leva vidare och bilda familj. Operan tar upp lidande, övergivenhet, kärlek, skuld, skam, hopplöshet och hopp. Det, i mitt tycke, vackraste stycket i föreställningen är när två unga kvinnor kommer att tala om längtan efter sin mammas mat. En hel kör av mammor bistår i en storslagen hyllning till olika maträtter, som gestaltar allas vår önskan efter närhet, sammanhang, anhöriga och hemkänsla.

Samma dag som jag såg föreställningen hade Ryssland startat fullskaligt krig mot Ukraina. Innan ridån gick upp talade Kungliga Operans VD Birgitta Svendén. Hon var påtagligt skakad och gav ord till den rädsla och vämjelse Rysslands angrepp väckt hos oss alla, inte minst de medarbetare på Kungliga Operan som kommer från, eller har nära band till, Ukraina. Operaföreställningen beskriver ett fasansfullt historiskt skeende och försöker ge röst till alla dem som aldrig får glömmas för att inte historien ska upprepas. Att krig samma dag brutit ut igen talar emot att vi människor är kapabla till ”See one, do one, teach one”; vi verkar inte kunna lära av våra misstag ens efter att många gånger ha upprepat dem.

Anna Hillerberg

*Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm*

Nydisputerad kollega vill lyfta handledarna

Den 19 november 2021 disputerade Agnes Elmberger inom medicinsk pedagogik med en avhandling rubricerad *"Tying the knot between faculty development and educational change in clinical settings"*. Med tanke på temat för detta nummer kunde jag inte låta bli att intervjua henne. Det blev ett mycket inspirerande samtal och tiden gick alldeles för fort. Framtiden är ljus!

AH: Hej Agnes! Vad roligt att du ställer upp på den här intervjun! Vem är du och hur kommer det sig att du forskar på medicinsk pedagogik?

AE: Hej! Jag gör forskar-AT på Karolinska sjukhuset och just nu är jag på Psykiatri Sydväst, Huddinge, för min psykiatriplacering. Forskar-AT innebär att man varvar forskning med AT-tjänstgöring, vilket fångar väl in den jag är – nämligen både forskare och läkare. Jag har gjort lite mer än hälften och trivs väldigt bra med min AT.

Det är egentligen en ren slump att jag forskar inom medicinsk pedagogik. Inför projektterminen på läkarprogrammet försvann mitt tilltänkta projekt med kort varsel. Jag letade efter annat och fick kontakt med Klara Bolander Laksov (sociolog i grunden, professor i högskolepedagogik och medicinsk pedagogik vid Stockholms universitet, affilierad till LIME på KI, reds. anm.). Just då visste jag inte vad medicinsk pedagogik var för någonting, men hon hade ett projekt på gång som verkade intressant. Det visade sig att det var väldigt annorlunda än jag trodde att "forskning" skulle vara. Tills dess hade jag haft en ganska snäv föreställning om vad forskning är och hur det kan se ut.

På vilket sätt är det annorlunda?

Medicinsk pedagogik är ett hybridfält som samlar många olika professioner och infallsvinklar vilket är stimulerande och utvecklande. Den samhällsvetenskapliga ådran gör att man ser på vetenskap på ett helt annat sätt, allt är inte svart eller vitt som i övrig medicinsk forskning, där man strävar efter objektiva sanningar om saker och ting. Hela läkarprogrammet är faktspackat och väldigt inrutat, och jag tyckte att det var intressant och stimulerande att få nya perspektiv.

Det här sättet att se på vetenskap, har det påverkat din läkarroll på kliniken?

Absolut. Det har varit viktigt i patientkontakten, i mötet. Man förstår hur och varför man blir färgad av det man varit med om. Kanske hade jag kommit dit ändå förr eller senare, men det blev så himla tydligt inom forskningen. Olika sätt att se på kunskap kommer till nytta även i handledningen, oavsett om jag är handledare eller blir handledd. Inte minst nu inom psykiatri, där det inte bara finns ett rätt sätt och det är spän-

nande att se hur olika förkunskaper och erfarenheter innebär olika sätt att se på saker! Bara en sådan sak som att bedöma när en patient kan skrivas ut från avdelningen, överläkaren har en helt annan ingång än vad jag har.

Vad handlar din forskning om?

Grundfrågan är kring hur sjukvårdspersonal jobbar med förändringar och i synnerhet med förändringar som rör pedagogik och utbildning. Många som forskar på förändringsarbete fokuserar på kärnverksamheten, till exempel hur man utvecklar och implementerar vårdprocesser som ska leda till förbättringar av vården. Den forskningen visar att förändring är svårt och tar tid. Ett resultat som genomsyrar min avhandling är att det verkar ännu svårare att genomföra förändringar som gäller utbildning jämfört med förändringar som gäller vården av patienterna. Utbildningsuppdraget är inte vårdens kärnverksamhet och det märks.

Har du kunnat ringa in några framgångsfaktorer?

Arbetet kring att skapa ett brett engagemang för förändring på arbetsplatsen är jätteviktigt. Dessutom måste saker nötas in om och om igen. Att skapa nätverk är också viktigt, både inom och utanför arbetsplatsen, så att man får ett stöd i det man gör. Annars riskerar man att bli ensam i att utveckla utbildningen. Ledarskapet har också lyfts fram; många upplever att chefer ofta har en positiv inställning till utvecklingen, men denna inställning resulterar alltför sällan i att man får förutsättningar för sitt arbete i form av exempelvis tid och resurser.

Borde utbildningen anses som kärnverksamhet eller hur ska man komma tillrätta med det här?

Utbildningen är en otroligt viktig del. En stor majoritet av alla läkare handleder under sin karriär, många av oss handleder dessutom ganska mycket. Man säger att en universitetsklinik står på 3 ben, men forskningen visar att det finns en hierarki. Vården kommer först, sen kommer forskningen och på tredje platsen kommer utbildningen. Dels handlar det om finansiering, men också att många kan se nyttan med forskning i form av till exempel nya metoder. Kanske är det svårare att se nyttan med utbildningen, eventuellt för att tiden är ganska lång, från student till yrkesverksam tar det flera år.

Det tycker jag var väldigt klokt sagt. Vår hjärna är inte gjord för att i första hand prioritera långsiktiga mål.

Jämfört med ett antal år sedan har utbildning och handledning fått större uppmärksamhet vilket ju är väldigt positivt. Ändå lever det kvar att det är ett lärlingsyrke, att det räcker att befinna sig i en sjukhusmiljö för att lära sig. Det knyter an till ert tema "see one, do one, teach one?"



Precis. See one, do one, teach one, är det verkligen så enkelt?

Verkligen inte. Jag tror att många som handleder vet att det är svårare än så. Talesättet lever kvar fast vi vet att det inte gäller för mer komplexa saker, som samtalsmetodik, diagnostiskt resonemang och interprofessionellt samarbete. Det är ett tilltalande sätt att utbilda men det är en grov förenkling.

Samtidigt kan man som handledare känna att man saknar kunskap och verktyg för att vara handledare. Vi är oförberedda inför våra roller som lärare och handledare. Det finns lite på gång med till exempel pedagogisk AT, men alla skulle behöva något grundläggande, till exempel hur man ger feedback.

Verkligen. Borde det ingå i läkarutbildningen?

Det skulle vara ett sätt att se till att alla får med sig en grund.

Teach one, lär man sig någonting när man undervisar och handleder andra?

Här är jag lite dåligt inläst, men utifrån egen erfarenhet har det krävts mer kunskap av mig för att kunna lära ut till någon annan.

Varför är allt det här viktigt för kliniken?

Förhoppningen är att min forskning, och andras inom medicinsk pedagogik, ska bidra till bättre utbildning och fortsatt utveckling av läkarutbildningen, vilket i sin tur bidrar till väl förberedda och kunniga läkare som kan ge god vård till patienterna.

Ledande fråga: blir man en bättre läkare av att vara lärare?

En viktig del av att vara läkare är att utbilda patienten, om sjukdom och behandling, om vad patienten själv kan göra, och så vidare. Det är inte ovanligt att möta patienter som till exempel står på ett visst läkemedel utan att de vet varför, eller patienter som inte vet vilken effekt de kan förvänta sig av en behandling. Så absolut behöver vi läkare vara lärare i varje patientmöte för att säkerställa god vård och skapa förtroende hos patienterna.

Var tror du att vi står om 5 år? Vad har utvecklats, vilka är de viktigaste utmaningarna?

Det var en svår fråga! Jag vet inte. Mycket av forskning om förändring säger att det tar tid, det kan man lita på. Samtidigt är det viktigt att se de framsteg som faktiskt sker. Utbildning

och handledning är verkligen ett av våra viktigaste uppdrag och utbildning bör fortsätta komma upp på tapeten, för alla läkare. Det skulle vara bra om det kom något redan under grundutbildningen.

Vad har dina drivkrafter varit under forskarutbildningen och vad driver dig nu?

I början av forskarutbildningen drevs jag av en, ärligt talat, egoistisk nyfikenhet på området medicinsk pedagogik och på andra synsätt; samhällsvetenskapen, vetenskapsteori, filosofi, och så vidare. Bara för mig själv (ler, reds. anm.). Sedan har tanken kommit smygande, tänk om min forskning kan bidra till att förbättra utbildningen! Det har tagit över mer nu efter disputationen; jag vill skrida till verket. Jag vill fortsätta min läkarkarriär och fortsätta att forska parallellt. Kanske kommer jag att engagera mig i pedagogisk utveckling på KI? Just nu arbetar jag och några AT-kollegor för att se till så att alla som gör AT på KS ska få en halvdag om pedagogik och handledning.

Det är nästan dags att runda av och jag måste fråga om du har funderat på specialitet?

Här gör jag dig besviken! Har inte bestämt mig än. Det är så mycket som är roligt. Jag kommer även att titta på forskningsmöjligheter inom olika specialiteter, det känns viktigt.

Nu har vi bara pratat jobb och jag är nyfiken på vem du är privat. Vad tycker du om att göra, hur återhämtar du dig?

Det kan låta som en klyscha men jag tycker mycket om att vara ute i naturen. Jag har en stor hund som kräver mycket motion, så vi är mycket i skogen. Friluftsliv, vinterbad och träning, tidigare har jag tävlat i tyngdlyftning! Det hinner jag inte nu längre, men tränar gärna, synd att klinikens Braining-aktiviteter är inställda på grund av pandemin just nu.

Du får se till att arbeta på Huddinge framöver, så att du kan haka på när de börjar om! Vill du lägga till någonting innan vi avslutar?

Jag vill lyfta att det finns oerhört många kliniskt verksamma läkare som är duktiga handledare och pedagoger, som har ett stort intresse och gör betydande insatser, men inte får den uppmärksamhet de förtjänar. De förtjänar ett erkännande och det vill jag gärna lägga till.

Fint. I din avhandling ingår en kvalitativ studie där du intervjuar handledare i Sverige och i Sydafrika. Fann du några skillnader?

Det där är intressant! När vi planerade studien trodde vi att vi skulle hitta skillnader kring hur pedagogiskt förändringsarbete ser ut, men datan visade väldigt tydligt att det var mest likheter.

Spännande! Stort tack Agnes för din medverkan!

Tack själv!

Alessandra Hedlund
Psykiater, Stockholm
SP-redaktionen
Foto: Privat

Jag lärde mig att vara läkare...



*Jag lärde mig att vara läkare
genom att plöja igenom tjocka böcker på bibliotek.
Det var allvar och ingen lek.*

*Jag lärde mig att vara läkare
genom att tillbringa långa journätter på oändliga sjukhus.
Arbete som gav både skräck och rus.*

*Jag lärde mig att vara läkare
genom att härma duktiga handledare.
Men även "learning by doing" som vägledare.*

*Jag lärde mig symptom, tester, behandlingar.
Vad vi kan och inte kan.
Bota, lindra, trösta. Doktors spelplan.*

*Jag lärde mig vara läkare
av alla mina generösa patienter.
Som öppnade för mig sina djupaste hemligheter.*

*Men jag blev riktig doktor först när jag provade på
att vara patient och besvärlig anhängig.
Då blev jag på riktigt behörig!*

*Att uppleva förlorad kontroll, vänta på dröjande samtal från läkare
med skräck och rädsla
gjorde mig ödmjuk och gav medkänsla.*

*Jag LÄR mig att vara läkare
varje dag, av varje patient, av varje beslut.
Lärande om mig själv som aldrig tar slut...*

Att bli en läkare är att lära in enorm kunskap och fortsätta lära sig hela livet. Genom böcker, genom kliniskt arbete, från kollegor och från vår främsta källa – våra patienter som så generöst öppnar sig för oss – vildaste främlingar, deras djupaste hemligheter, kroppsliga och själsliga. Bara för att vi är läkare. Vilken förmån! Stor tacksamhet till dem!

Efter en tid av slit kan vi teori och praktik och klarar oss skapligt och kan t.o.m. tro att vi nu är fullärda. Det kan inte vara mera fel! Förstås behöver vi fortbilda oss, annars kommer vi inte kunna göra ett bra arbete för våra patienter. Men vi behöver även växa som människor. Det ultimata sättet är att uppleva patientens position. Otrygghet, rädsla, förlorad kontroll och totalt beroende av sin doktor. Eller att få vara en besvärlig anhängig som inte nöjer sig med det som erbjuds och vill det bästa för sin älskade familjemedlem. Har man varit där kommer man sluta se skiljelinjen mellan patienter och vårdpersonal. Detta lärande slutar aldrig. Och det är tur det!

Stort tack till alla patienter, kollegor, handledare, all personal som bjudit på tålmod och kunskap. Trots tidsbrist. Och stort tack till våra familjer som lär oss vara bättre människor och bättre läkare. Lärandet är oändligt!

Liudmila Mendoza
Psykiater
Södertälje

ANNONS

Du får väl göra en bedömning och fatta ett beslut

Dagens ST: 5 år, en rad olika tjänstgöringar, mål och delmål, handledning, kurser, dokumentation, intyg, blanketter... Så reglerat.

Det har inte alltid varit så.

I begynnelsen fanns FV

Före ST-systemets införande 1992 fanns Fortsatt Vidareutbildning (FV) med tidsbegränsade tjänster.

Jag ingick i den sista FV-kullen och gjorde min specialistutbildning parallellt med de första ST-läkarna. Det krävdes 4,5 års tjänstgöring men 6 månader före AT kunde tillgodoräknas. På så vis kunde jag räkna in tidigare vikariat på geriatriken och blev klar specialist på endast 4 år, vilket faktiskt känns litet pinsamt att erkänna.

De första två åren efter AT "gråblockade" jag mig fram på vikariat. Det var tillåtet och det var aldrig någon som kontrollerade om jag haft handledning under tiden. Med endast två år kvar av specialiserings-tjänstgöringen fick jag sedan min FV-tjänst. Vikariatet och det första året som FV-läkare gjorde jag på vårdavdelningar, dvs totalt 3 av 4 år. Det godkändes av Socialstyrelsen utan några som helst invändningar.

På egen hand i heldygnsvården

Avdelningarna var blandade, alla diagnoser förekom, intagningsindikationerna var betydligt vidare än nu och vårdtiderna var längre. Specialisterna hade många uppdrag, ansvaret för en viss avdelning var bara ett i mängden. Några dök ändå upp en stund mest varje dag medan andra kom ett par timmar i veckan, för storrrond och något enstaka patientsamtal. Vissa veckor inte alls. Mobiltelefoner fanns inte, de flesta hade personsökare men det kunde dröja lång tid innan man blev återuppringd. Med en överläkare hade jag ett system där jag la till en siffra till det telefonnummer jag knappade in, för att signalera brådskandegrad.

Patientosäkert? Nej, jag tror inte det, inte mer än idag. I väntan på överläkare tog man hjälp av andra underläkare, av omvårdnadspersonal (en del sjuksköterskor var enastående informella handledare både under AT och under FV) och paramedicinare.

Momentet "see one" hoppades ändå ofta över och man fick direkt ge sig i kast med "do one". Särskilt minnesvärt var när jag ringde upp en bakjour i ett svårt och komplicerat ärende och bara fick svaret "Du får väl göra en bedömning och fatta ett beslut".

Öppenvård – en ny värld

Efter tre års avdelningsarbete behövde jag få litet öppenvårdserfarenhet. Efter en kort tid på psykosmottagning blev det ett halvår med samtidigt arbete på en allmänpsykiatrisk mottagning och en alkoholmottagning. Handledningen var god men kulturen ovan. Första dagen blev jag inkallad till en

psykolog som ville ha sjukskrivning till en av sina patienter. Hen förklarade att hen redan skrivit intyget så det var bara för mig att sätta min signatur. Intyget hade rullats ihop så finurligt att endast raden för undertecknande syntes. Jag vek upp intyget och läste det vilket fick hen att upprört utbrista "På den här mottagningen litar vi på varandras bedömningar!". Det blev aldrig riktigt bra mellan mig och psykologen efter denna start.

Hematologiska erfarenheter

Tjänstgöring inom neurologi eller BUP var inget krav. Jag "randade" på internmedicin det sista halvåret. Säkert fanns det mål för denna placering men i praktiken placerades man där man behövdes. Jag tjänstgjorde en del på hematologen där jag lärde mig ordinera cytostatikakurer, något som varit av begränsat värde under mitt fortsatta yrkesliv.

Handledningsförsök och några kurser

Huvudhandledare förekom inte. Men vi var en grupp FV-läkare som fick veta att våra ST-kolleger hade sådana, det ville vi också ha vilket framfördes till verksamhetschefen. Som svar på denna önskan fick vi i grupp träffa en senior psykolog. Hen ville att vi skulle prata om hur bra det är med teamspsykiatri så det gjorde vi i en timme. Det här var väl inte riktigt vad vi trott att handledning skulle gå ut på och jag minns inte om det blev så värst många fler träffar.

Det var krav på 6 veckolånga kurser men för en blivande psykiater skulle en av dessa bytas ut mot grundläggande psykioterapiutbildning. För övrigt har jag inget minne av att någon överordnad hade några synpunkter på vilka kurser jag valde. Många var dessutom svåra att komma in på och man fick ta det man fick. Då som nu baserades intagningen på tjänstgöringstid. En populär kurs i grundläggande diagnostik var legendär, den gick liksom inte att komma in på. Fortfarande efter flera års arbete kunde man få ett tresiffrigt reservplatsnummer och det var först under de allra sista veckorna av specialistutbildningen som några få utvalda antogs. Så dags då.

Var det så dåligt?

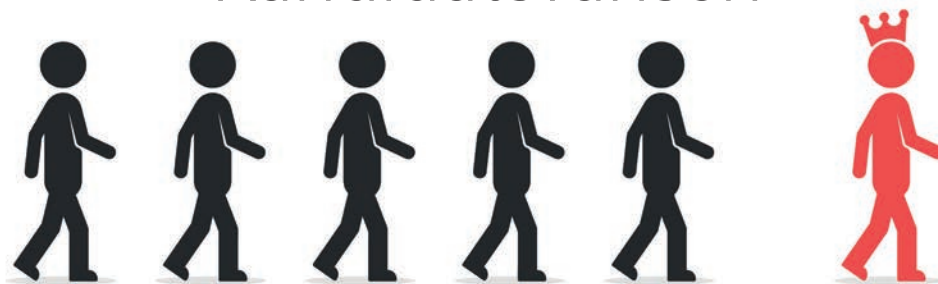
Få placeringar, få kurser, osäker tillgång till handledning, otydliga mål, ingen ledarskapsutbildning...

Men vi träffade många patienter, alldeles kolossalt och oändligt många och vi kunde följa dem under lång tid utan avbrott. Och precis som andra skriver i detta nummer så är de våra bästa lärare. Det blev nog folk av oss också.

Det gamla systemet är inget att önska sig tillbaka till men har något gått förlorat med dagens så reglerade system?

Tove Gunnarsson
Pensionerad psykiater
Stockholm

Kandidatsvansen



Vid tillfället jobbade jag som sjukvårdsbiträde på kirurgkliniken vid Södersjukhuset. Ett slitigt jobb med bäcken, tvättfat, bäddningar, matbrickor och små stunder av samtal med olika patienter. Vi biträden gjorde det viktiga jobbet. Läkarronden var mest ett störmoment som hindrade arbetet på salen. Skärmar fälldes ut så att doktorn fick någon sorts avskildhet, eller om det var patienten som fick vara ifred en liten stund. Alla på rummet visste ändå allt om varandras öden och kroppar.

När kandidaterna var med på rondon fanns inget utrymme för avskildhet. Vid den vanliga rondon var det ändå många deltagare; flera läkare och sköterskan med sin vagn, alla trängdes de vid kanten av skärmen. Men när kandidaterna kom så fanns det inte nog med plats. Integriteten och förtroligheten fick stå tillbaka för undervisningen.

En patient var inlagd för en bräckoperation. När kandidatronden kommit till hans säng så talade kirurgen om för patienten att de yngre kolleger som var med honom den dagen behövde lära sig och att patienten därmed gjorde framtida patienter en stor tjänst. Sedan uppmanades patienten att ställa sig bredvid sängen och dra ner byxorna. Mannen var lite rundlagd och stod med byxorna vid fotknölnarna med en stor pung hängande. Jag tyckte han såg lite generad ut, eller snarare väldigt besvärad. Läkaren förevisade patienten, förhörde en kandidat om relevant anatomi och berättade om var och hur man skulle söka bräckportar. Han sa "hosta" till patienten och patienten hostade, läkaren sa nöjt att det var ett typiskt fynd han kände. Sen var det kandidaternas tur att försöka hitta bräckporten och känna tarmen bukta vid hostning. Den ena efter den andra.

Det är mycket troligt att jag försummade någon biträdesuppgift men jag blev som fastfrusen inför den föreställning som tog plats inför mina ögon. Doktorn som utan att tveka använde patienten som en docka för studenterna att öva på. När alla kandidater hade undersökt honom och sedan gått ut ur salen och mannen klätt på sig, frågade jag honom hur det kändes. Jag sa att jag tyckte att han blivit respektlöst bemött. Han svarade med ett skratt att han inte tyckte att hans gubbkropp var så mycket att yvas över, den var varken något att vara stolt eller generad över. Dessutom, sa han, hade överläkaren redan dagen innan vid inskrivningen mycket vänligt frågat patienten om han skulle kunna tänka sig att låta en grupp kandidater träffa honom, eftersom hans bräck var så lätt att känna och att det kunde vara till stor hjälp. Patienten la också till att han utgick från att det var svårt att lära sig till läkare utan att få öva på riktiga människor och att han gärna stod till tjänst. Jag kände mig

lite konstnerad, jag hade ju uppfattat rondsituationen som ett "överfall", så visade det sig ha varit något helt annat.

Ungefär 100 år tidigare visade neurologen Charcot upp sina patienter i teatern på sjukhuset La Salpêtrière. Damer som dånade och beskrevs ha hysteriska anfall. Studenterna/åskådarna kunde betrakta uppvisningen för att lära sig något, eller som underhållning. Ingen som var med fick öva på dessa patienter på det sätt som kandidaterna på 1970-talet fick känna på bräckporten. Steget till övning gick i stället direkt till vissa läkares egen praktik. Pedagogiken har alltså gått framåt. Patienten jag såg visas upp på SÖS hade samtyckt till att låta studenterna känna på honom, han sa sig vara medveten om att de behövde öva och han hade verkligen rätt i det.

Vi behöver så mycket övning, behöver träffa många patienter och gärna väldigt många med samma diagnos, så att vi lär oss att det kan se väldigt olika ut. Bräck kan bukta på olika sätt, depressionen yttrar sig olika hos olika individer, vissa personer med en paranoid schizofreni uttrycker sig kraftfullt och andra så diskret att man måste söka mer noggrant för att hitta tecknen, trots att svårigheterna hos dem alla berövat dem vissa nödvändiga förmågor. Vi behöver många lärare som visar oss vad vi ska lära oss se, vi behöver göra det själva många gånger för att känna hur det är att möta de olika varianterna.

Att själv lära ut till andra är minst lika viktigt för att vi ska utveckla vårt kunnande. Genom försöken att beskriva och förklara anstränger vi oss för att göra begreppen klarare för oss själva. Ibland är det först när vi förklarar och berättar som vi själva hör vad vi kan – och vad vi inte kan. Förhoppningsvis märker vi också själva om vi klarar av att förklara för andra, eller om det är för svårt.

Tempot i frasen "see one do one teach one" kan vara för högt eftersom vi kanske inte har underlag för att kunna förklara ännu, men det kan faktiskt också vara just när vi måste berätta vad vi tror att vi kan som vi växer som mest. Kan formeln som står som tema för numret då möjligen bytas ut mot: Fake it 'til you make it?

Den bäste läraren i min berättelse var förstås patienten. Så brukar det vara.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Pedagogiska synpunkter på examination

Inom pedagogiken har man tidigare inte tillräckligt uppmärksammat examinationens/examinationsformens betydelse för inläring. Inom modern pedagogik har detta fått en central plats och hur examinationsformer som stöder inläring för livet och inte för stunden ska utformas diskuteras flitigt. Ur denna diskussion/forskning framkommer en hel del ny kunskap om examensutformning:

Examinationer tenderar att utvärdera sådant som är lätt att mäta eftersom det kräver mycket mer arbete att göra examinationer som mäter mer sammansatta kunskaper. Detta leder till alltför mycket emfas på minnesförmåga och enkla typer av färdigheter.

Studenter fokuserar på sådant de uppfattar (vilket kan vara något annat än vad examinatorn uppfattar) kommer att finnas med på tentamen på bekostnad av annat.

Examinationens form och uppläggning påverkar inlärningsstrategier – om tentamen premierar detaljerad kunskap tenderar studerande att bortse från större sammanhang.

God problemlösningsförmåga är bra att ha men det räcker inte. Man måste också ha goda kunskaper inom det aktuella området för att kunna lösa kliniska problem.

Hur man löser en typ av problem säger tyvärr inte så mycket om hur man löser andra typer av problem. Dvs en god examination måste helst omfatta 10–20 problem.

"Autentiska" situationer (som t.ex. bygger på autentiska fall) är inte automatiskt bättre än konstruerade (som kan göras så att de belyser problem ur flera aspekter). Ett test ska alltid värderas utifrån sina empiriska meriter (att det har fungerat i en praktisk tentamenssituation på ett önskvärt sätt), inte på om man tycker att det verkar bra.

Formatet är mindre viktigt än innehållet. Alltså – multiple choice-frågor är inte sämre än essayfrågor per se. Det är svårt att formulera bra multiple choice-frågor, det är sant. Men de har fördelen av att vara lätta att rätta och rättvisa.

Studenter är uppmärksamma på "cues" från lärare om vad som kan förväntas komma upp på tentamen och studerar i första hand sådana aspekter av det aktuella ämnet.

Med andra ord: om det finns en examen och hur den är utformad påverkar de studerandes inlärningsstrategier! Det är viktigt att vara medveten om att examinationen och dess utformning kommunicerar intentioner. Det som efterfrågas kommer att uppfattas som viktigt och centralt av de studerande.

Det finns också en inbyggd motsättning mellan den formella examen, som leder till att man erhåller någon form av legitimation, och den "självevaluering" (har jag läst tillräckligt) som ingår i studierna. Ur inlärningsynpunkt är ju kunskapskontroll i bemärkelsen självbevärdering önskvärd för den studerande för att upptäcka luckor, där man behöver förkovra sig ytterligare. Medan man vid den formella examen helst vill försöka dölja vad man inte kan för att få sin legitimation. Som en tredje aspekt av examination kan man se "programevalueringen" där kursledningen kan få feedback på kursens uppläggning från examensresultatet.

Ur den formella aspekten bör en examen ha hög prediktiv förmåga (den som klarar t.ex. läkarexamen ska bli en bra läkare), den bör mäta sådant som är relevant (ha hög validitet) och den bör vara rättvis (hög reliabilitet). Ur inlärningsaspekten är i stället det viktiga att få detaljerad och nyanserad information om vad den studerande kan/inte kan, som kan göras till startpunkt för fortsatt studieplanering. För programevalueringen är det i stället viktigt att få reda på alla skavanker/problem i kursuppläggningen. Om någon student har missuppfattat något kan det vara tillräckligt skäl för att göra en förändring.

Är då dessa resonemang relevanta för ST-utbildning? Gäller det inte för utbildningar på mer grundläggande nivå? Den pedagogiska forskning som redovisats ovan gäller det som kallas för "högre studier", visserligen inte "post-graduate training" i första hand, men det kan vara en bra bakgrund för kliniska lärare. Till att börja med: ska vi ha någon specialistexamination? Vill vi ha ytterligare förhör? Nej, det vill vi nog inte, men om vi ser ST-tjänstgöringen som en utbildning och vet att alla utbildningar mår väl av att ha ett mål är det kanske inte så dumt med de krav som ingår i ST. Då kan ST-läkaren säga till sin chöl "Jag måste få tid avsatt i mitt tjänstgöringsschema så att jag hinner med mina ST-studier". Men, modern pedagogisk kunskap talar för att examinationsformen styr inlärningsprocessen, vi måste i så fall utforma en ST-utvärdering som påverkar ST-utbildningen i en riktning vi önskar.

Per Gustafsson
Professor emeritus BUP
Linköping



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott

Efter idogt arbete under förra året är vi i utbildningsutskottet nu klara med de nya rekommendationerna för ST och BT. Det återstår nu endast en sista genomgång av SPF:s styrelse och rekommendationerna kommer därefter att publiceras på hemsidan under våren. Det har varit ett mycket roligt och givande arbete med riktlinjerna och vi hoppas att det kommer att kunna vara ett stöd för ST- och BT-läkare och studierektorer ute i landet. En ST-utbildning av hög kvalitet är viktig för framtidens psykiatriker.

Något annat som är relevant för en ST-utbildning av hög kvalitet är SPUR-inspektioner. Det är roligt att det finns ett intresse i landet att få en genomgång av sin ST-utbildning för att kunna få tips om förbättringsområden. Det som dock är oroväckande är att det finns en brist på SPUR-inspektörer, särskilt från Mellansverige. Kanske är du vår nästa SPUR-inspektör med ett intresse för ST-utbildning och hur andra kliniker lägger upp sin utbildning? Hör i så fall av dig till oss i SPF:s styrelse!

Hoppas också att få träffa dig som medlem i SPF på kommande SPK och få diskutera utbildningsfrågor! Det späckade konferensprogrammet finns ute på hemsidan och några punkter som lyfter fram utbildning är bl.a.:

BT – vad är det? med Gisela Larmark och Tove Mogren.

Från släcka bränder till digital excellens – Metis som modell med Lise-Lotte Risö Bergerlind och Sarantos Stasinakis.

Migration och globalisering – nya utmaningar för psykiatrisk grund- och vidareutbildning med Sofie Bäärnhielm, Marie Dahlin m.fl.

Hoppas vi ses på SPK 16–18 mars!

Matilda Naesström
Facklig sekreterare SPF
Ordförande UU



Utmärkelse för
pedagogiska
insatser för psykiatri till

Raffaella Björcks minne



Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:

Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne.

Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 2023.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till Svensk Psykiatri: raffaellapriset@svenskpsykiatri.se senast den 31/12 2022.

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

**Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen**

SPF planerar gruppresa till ECNP-kongressen i Wien!



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 kongressdel-tagande, flyg och transfer (valfritt), boende och gemensamma aktiviteter som återkopplingsseminarium och socialt program i trevligt sällskap med kollegor.

I Europa är det fortfarande hög smittspridning och därför ett litet osäkert läge för resor och stora sammankomster, men restriktionerna börjar släppas. På vår hemsida kommer i mars månad an-nons och uppgifter om hur du anmäler dig. Håll utkik där!

Lämna gärna intresseanmälan redan nu till kanslisten@svenskpsykiatri.se.

Tarmo Kariis
Styrelseledamot SPF

ANNONS

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 8 februari.



Mer info: stpsykiatri.se

 @stpsyk

 @STP - ST-läkare i Psykiatri

An hourglass with blue sand is positioned on the right side of the image, resting on a wooden surface. The sand is flowing from the top bulb to the bottom bulb. The background is dark and out of focus.

Tidskriften för
Svensk Psykiatri

DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: **18/05**

TEMA:
Gammal

STP:s ordförande tittar tillbaka på 2021 och tackar för sig

Nu är det dags för mig att sammanfatta det gångna året med styrelsen för ST-läkare i Psykiatri (STP). För den som missat oss så är vi alltså en förening som verkar för Sveriges ST-läkare inom samtliga psykiatriska specialiteter. Vår största uppgift är att årligen i januari genomföra en ST-konferens som på senare år växlat mellan Stockholm och Göteborg. Vi kan stolt säga att konferensen är populär och alltid blir fullbokat. Därutöver representerar vi ST-läkarperspektivet i de psykiatriska moderföreningarnas styrelser samt METIS. Vi är också med i ett större europeiskt samarbete för de europeiska ländernas motsvarande STP – European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT) och där deltar vi bl.a. årligen på EFPT:s konferens. Det brukar vara väldigt trevligt och spännande att träffa ST-läkare från andra länder och jämföra våra utbildningar och arbetssätt!

Efter ytterligare ett år med pandemins restriktioner så är den korta sammanfattningen av vårt styrelseår att vi har torrsimmat! Men låt mig inte fastna i åltande om covid's förödande effekter på föreningar/möten/utbildningar och hur själadödande digitala zoom-möten är – där sitter vi ju alla i samma båt!

Personligen gillar jag inte förkortningar som man inte begriper men en mycket användbar term som jag tagit till mig under åren med covid är "FOMO" – fear of missing out. Japp, jag har det. Så vad kunde vara mer lägligt för min FOMO, under en tid av husrenovering och graviditet, än en pandemi som ställt in precis allting för alla? Jag tror inte jag är den enda som har kommit in i en andra andning där det så smått börjat kännas väldigt okej att inte göra så mycket eller uppleva mycket mer än en ny Netflix-serie. Och inte har jag behövt se andras fantastiska resor eller evenemang på Instagram under tiden heller.

I skrivande stund är det en dag kvar tills alla restriktioner i samhället hävs. Och jag kan glatt och stolt meddela som avgående ordförande för en fantastisk förening att vi må ha torrsimmat oss igenom styrelseåret, men vi har inte legat på latsidan. Vi har valt att hoppas. Med digitala, slitiga möten har vi planerat och förberett en hel nationell ST-konferens för samtliga specialiteter inom psykiatri. Idag när vi nervöst öppnat anmälan till årets framflyttade STP-konferens som går av stapeln i maj så har platserna fyllts till dryga 3/4 innan dagens slut! Vi är många som behöver ny inspiration och återknyta kontakten med varandra!

Vid STP:s årsmöte 4 februari valdes 5 nya styrelsemedlemmar in och endast en avgick och det talar för en taggad förening som längtar efter att engagera sig.

Som ST-läkare med FOMO så önskar jag alla kollegor i Sverige möjligheten att gå på konferens som jag kommer få göra, men hotellet har ju sina fysiska begränsningar och ännu en digital länk är inte att tänka på. Men jag hoppas att STP kan glädja och inspirera så många som möjligt, samt hoppas att vi kan genomföra en konferens enligt vår vanliga tradition även i början av 2023. Och jag hoppas framförallt att klinikerna runt om i vårt land lägger extra krut på utbildning/fysiska möten och samtal med varandra. Det har vi saknat, så mycket mer än vi glatts åt att slippa känna FOMO.



Foto: Amanda Björk

Johanna Hanson
ST-läkare i vuxenpsykiatri, Psykiatri Södra Stockholm
Sittande ledamot och f.d. ordförande i STP

Oxveckor

KRÖNIKA
Enligt
Tiger



Det må vara tigerns år i den kinesiska kalendern, men här i Sverige råder oxveckorna. Det är en del av året som sällan är besjunget, möjligtvis i Ted Ströms låt Vintersaga. Tidningarna inleder året med artiklar med rubriken: "Så överlever du oxveckorna". Detta sätter tonen på förväntningarna på årets första kvartal, som en säsongsmotsats till klackarna i taket.



Foto: Shutterstock/Amy Johansson

Jag skriver alltså detta när energidepåerna efter sommaren är tömda och det inte ännu är tillräckligt ljus för att fylla på nya, under de veckor av året när vi får slita som oxar. Det enda säsongen bjuder av firande är fettisdagen, när vi får äta en semla till tröst. Före covid-19 kunde man åtminstone ta barnen till trevliga inomhusaktiviteter, som att gå på museum eller bio. Nu under pandemin har merparten av all inomhusaktivitet skett med liv som insats. För den som händelsevis ägnar sig åt lite forskning tyngs oxveckorna också av deadlines för merparten av årets utlysningar av forskningsanslag.

Jag har ganska många patienter som tycker vinterhalvåret är en utmaning. Där jag arbetade tidigare bedrev vi ljusterapi, även om jag inte remitterade så många patienter till behandlingen. En av mina patienter klarar sig på låga litiumkoncentrationer under sommarhalvåret och trappan ned i kolkällaren skymtar först i oktober. Jag brukar inte ordinera dos efter säsong, men några av mina patienter sänker själva sina doser under sommaren och i många fall går det bra, åtminstone för de patienter som själva känner vad de behöver. För min nämnda litiumpatient är mönstret nu så pass tydligt att jag kan tänka mig att vi har en lägre dos för sommarhalvåret och vice versa en högre dos under den mörka tiden av året.

När du läser det här kanske solen har börjat värma igen och vintergäck och andra vårbloster tittar fram och i bästa fall har du hunnit uppleva lite vårkänslor. Kanske kan man ånyo se solsvultna svenskar vända ansiktet mot solen efter vinterns dvala, gärna i ett söderläge skyddat från kyliga vindar. Det där med att njutningsfullt blunda och vända sitt ansikte mot solen är ett fenomen som tycks begränsat till länderna nära polcirkeln. En vän till familjen växte upp i södra Kanada med svenska föräldrar. Hon skämdes alltid för att hennes mamma, till skillnad från alla andra föräldrar, blundade och lapade sol. När vi

bodde i Japan var mörkret aldrig ett problem, solen gick ned som tidigast kl 17 även under midvintern. Det kan förklara att vi till skillnad från Japan inte tillskriver solen någon betydande roll i vår mytologi.

Det finns dock även andra former av säsongrelaterad psykisk ohälsa. En del affektiva system går igång på våren. Medan vårdepressioner är ett svårbegripligt fenomen så kan man mycket väl förstå att patienter kan bli maniska till våren, som vårkänslor som har löpt amok. Somliga finner sommaren olidlig, när alla andra verkar må så bra och det egna vemodet inte längre matchar omvärldens. Serien om cynikern Arne Anka tog sommaruppehåll när de flesta var solbrända och åt glass i ett förnöjt tillstånd.

Hur det än är så är det likväl på väg att bli ljusare, med några minuters vunnen soltid varje dag. Covid-19-restriktionerna är till stor del släppta och vi hoppas att vi kan se fram emot en tid när en nära kontakt inte behöver leda till ett efterföljande samtal om smittspärning. Vi får se om det blir som det glada 1920-talet, där det återhållna släpps fritt som en hoptryckt fjäder utvecklar sig. Jag hoppas att vi kan vara kloka och fortsätta att vara rädda om varandra. På min mottagning har vi fortfarande munskydden på och håller avstånd, men vi kan se en ljusare horisont framför oss. Pandemier och säsonger går över och även om man kan tvivla ibland så kommer det alltid en vår.

Mikael Tiger
Psykiater
Stockholm



Utredning – ett villospår i vuxenpsykiatrin?

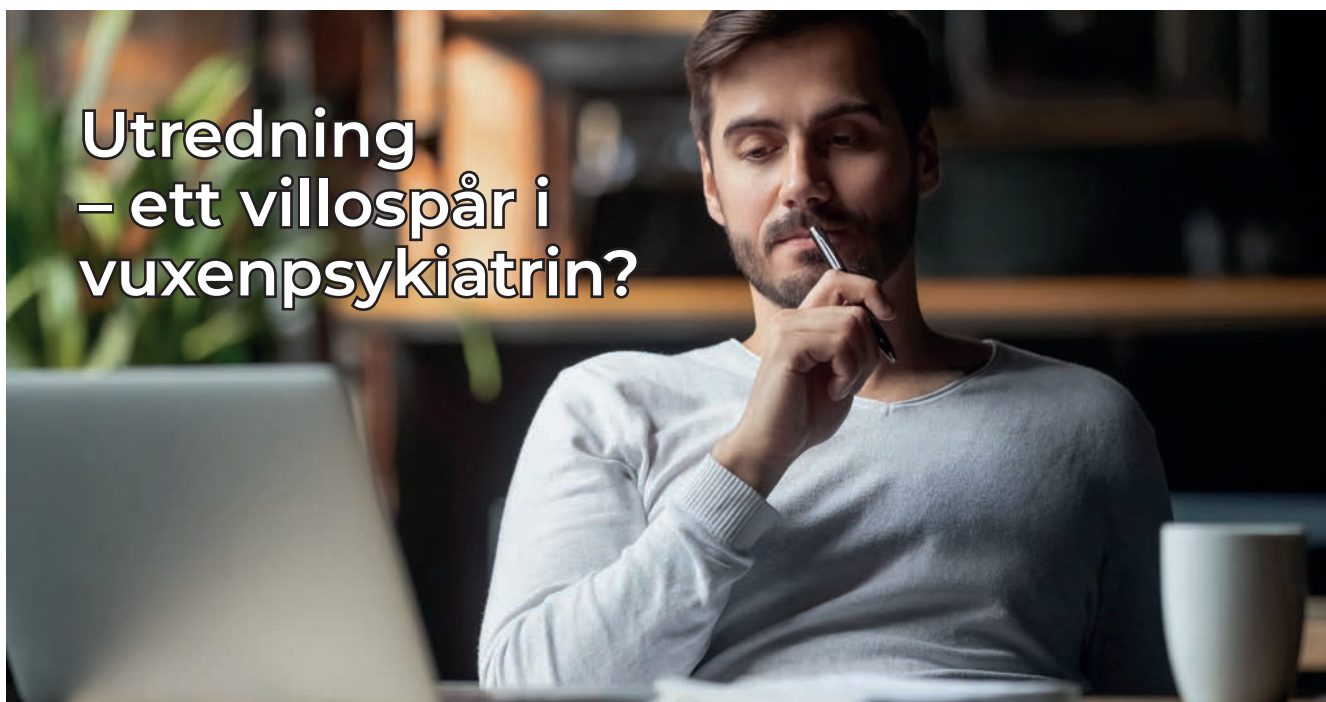


Foto: Shutterstock/fizkes

När jag började arbeta i psykiatrin för oändligt många (46) år sedan var det ingen som talade om "utredning". Under många år, i alla fall in på 1990-talet, kan jag inte påminna mig att utredningar gjordes, önskades eller ansågs behövas. Man ställde självfallet diagnoser, men pratade inte om diagnoskriterier eller DSM eller ICD. Diagnostiken handlade om att ta en omsorgsfull anamnes och samtidigt bedöma patientens motorik, mimik och allmänna beteende. Diagnosen bestämdes av den gestalt man såg, den var en helhetsbedömning. Inte så sällan tog den lite tid – patienten fick komma på flera besök eller observerades under några veckors heldygnsvård. I journalen skrev man t.ex. "depression" eller "schizofreni" – diagnoskoder ur ICD-8 användes bara i slutenvård när patienten skrevs ut och uppgifter skulle skickas till Socialstyrelsen.

Idag är psykiatrin full av "utredande", föregått av väntelistor och köande. Så snart en misstanke uppkommer om att en patient skulle kunna "ha" ADHD eller autism – och just dessa misstankar verkar uppkomma förbluffande ofta – så ställs patienten i kö för "utredning". En ökande grupp patienter söker också för egen misstanke om ADHD eller autism, och önskar bli "utredda". Ofta tar det flera år av köande innan en utredning blir av, och under tiden får patienten ofta ingen hjälp. Detta gäller både barn och vuxna, men är förstås särskilt anmärkningsvärt när det gäller barn – ett eller flera års kötid är en stor del av en barndom.

Talet om utredning kom från början från barn- och ungdomspsykiatrin, där man bedömde små barn med omfattande

svårigheter och behövde observera dem i olika miljöer, intervjua föräldrar och oftast göra kognitiva tester och språkbedömningar för att komma rätt när det gällde skolplacering och stödsatser. Flera professioner utöver läkare behövde involveras, framför allt när det gällde autism eller intellektuell funktionsnedsättning. ADHD-diagnoser ställdes från början i barnpsykiatrin med ett mycket enklare förfarande – anamnes och beteendebeskrivning av läkare. Ibland gjorde läkaren, eller t.ex. en sjuksköterska, också ett enkelt test av uppmärksamhet och impulskontroll.

Utredandet spred sig från BUP till VUP

När man började inse att ADHD respektive autism kunde finnas också hos vuxna flyttade idéerna om utredning över till vuxenpsykiatrin, och utredningarna blev mer omfattande. I början var man ovan vid och osäker på dessa tillstånd i vuxenpsykiatrin, och många tänkte att ju fler tester, intervjumanualer och frågeformulär som användes, desto säkrare skulle resultatet bli. Jag bidrog själv till detta, genom att starta det så kallade "Neuropsykiatriska diagnosteamet för vuxna" i Lund 1998, och att beskriva "utredningar" som var onödigt omfattande. Från början var vi onödigt många professioner i detta diagnosteam och gjorde onödigt mycket med varje patient. Det finns en idé om rättvisa i detta, att alla patienter ska få samma "utredning" oavsett det kliniska behovet. Men det som till slut blir avgörande för diagnostik är inte hur många eller vilka tester som görs, utan bedömarens kompetens och kliniska förnuft. Vi lärde oss detta efter hand, och att låta det kliniska behovet styra hur vi hanterade varje patient. Det räckte gott med läkare och psykolog – den springande punkten var att vi tog en



noggrann anamnes tillsammans, inte var för sig. Den gemensamma anamnesupptagningen – en samtalar, en observerar och med rollbyte emellanåt – innebär att de två professionella är varandras second opinion och lär sig av varandra. Under anamnesupptagningen bedömde vi om möjligen något mer behövde göras. Ofta behövdes inget mer för att ställa en rimligt väl underbyggd diagnos, men när det uppstod frågetecken kring möjlig svag begåvning eller intellektuell funktionsnedsättning kunde psykologen förespråka ett begåvnings-test. Anhörigintervjuer kunde göras per telefon, om ingen anhörig fanns med vid anamnesupptagningen. Om man tänker på detta sätt skulle köer och väntelistor till "utredningar" kunna minskas, rentav elimineras.

Utredandet breder ut sig och köerna fylls på

I stället verkar det som om utredningstankarna blir allt vanligare och numera förekommer när det gäller många psykiatriska diagnoser som man av hävd har ställt utifrån anamnes och status. Häromdagen hörde jag talas om en patient som skulle "utredas för borderline" och en annan som skulle "utredas" för bipolär sjukdom. Jag undrar vad det är man ska göra då, och varför man inte genom anamnesupptagning, helhetsbedömning och vid behov informell konsultation av kollegor kan ställa eller avfärda respektive diagnos ganska omgående, i stället för att patienten ska behöva vänta på vad det nu är. Under dessa väntetider till utredningar byggs också en hel del förväntningar upp, så att bedömarna sedan känner att de måste göra tester och liknande även i alla de fall där diagnosen, eller icke-diagnosen, är uppenbar utifrån anamnes och uppträdande. Under tiden fylls köerna på och har blivit så omfattande att man sett sig tvungen att upphandla just diagnostik av ett stort antal aktörer. Det är konstigt – diagnostik är väl ett kärnuppdrag för psykiatri, tillsammans med behandling och uppföljning. Att dela upp dessa på olika vårdgivare är lika dåligt för patienter som för professionella. Patienterna får ny väntetid till behandling, de som ska behandla har inte sällan en annan uppfattning om diagnosen och de som ställde diagnosen förlorar i kompetensutveckling genom att inte följa upp sitt arbete.

Subspecialiseringen har avigsidor

Är allt detta utredande ett insufficienstecken? Det verkar gå hand i hand med subspecialiseringen i psykiatri, så att man inte längre tror sig om att kunna ställa en diagnos om man inte arbetar på en mottagning för just den diagnosen. Men kompetensen sitter ju inte i var man arbetar utan i kunskap och erfarenhet. Är vi verkligen okunniga och oerfarna när det gäller alla psykiatriska diagnoser utom den som just vår mottagning sysslar med? Eller innebär de subspecialiserade mottagningarnas "uppdrag" en begränsande (och tidsödande/fördyrande/fördummande) faktor?

Om man ska kunna ställa en psykiatrisk diagnos (eller, snarare, komma fram till en rimlig arbetshypotes) måste man ju inte bara ha kunskap om vad den diagnosen innebär, utan också om alla de diagnoser som man under processen avfärda. Differentialdiagnostiken är en väsentlig del av diagnostiken. Det är på grund av differentialdiagnostiken, och på grund av att det är så vanligt med överlappande symtom i psykiatri, som diagnoserna måste ställas av dem som har högst kompetens för just detta, nämligen läkare. Och det finns inga genvägar eller mätvärden till psykiatrisk diagnos – den kan inte ställas med frågeformulär eller tester, utom möjligen intellektuell funktionsnedsättning, som är den enda diagnos där ett testresultat i form av ett siffervärde är en del av bedömningen.

Jag menar att talet om utredning har ställt till många problem i vuxenpsykiatri, för patienter, professionella och organisationen i stort. Termen ger en illusion av vederhäftighet och stringens som inte finns, den ger en föreställning om att psykiatriska diagnoser är något som man kan "hitta" dolt hos en person om man bara letar tillräckligt länge och ihärdigt och med rätt redskap – något som döljer sig långt inne, "på djupet" hos individen, nästan som en tumör. Den ger också ett intryck av att man kan bedöma diagnosens validitet för en viss person genom att titta på hur "utredningen" är gjord, dvs att det kan finnas ett korrekt sätt att komma fram till en viss diagnos.

För professionella har utredandet medfört att även erfarna specialister tvivlar på sin kompetens att ställa vissa (fler och fler!) diagnoser, och patienter skickas till särskilda verksamheter för klassificering av sina problem vilket är en stor nackdel både för patienten och för de inblandade professionella.

För organisationen av sjukvården har utredandet gjort att omfattande resurser har lagts på onödiga arbetsuppgifter t.ex. tester eller att anamnes tas gång på gång, samtidigt som väntetider och köer har vuxit på ett demoraliserande sätt.

Avslutningsvis, sammanblandningen av diagnos (etikett, arbetshypotes) och sjukdom eller funktionsnedsättning är olycklig. En diagnos har man inte förrän någon har ställt diagnosen, dvs satt etiketten på ens symtom, även om man kanske har haft sjukdomen långt dessförinnan. Detta är självklart i somatiken och borde vara det även i psykiatri. Och vi psykiatrer borde sluta med allt detta onödiga utredande, själva (men mycket gärna i samarbete med en samtidigt närvarande psykolog) ställa diagnoserna när de behövs och är adekvata, och i stället lägga t.ex. testresurser där de verkligen behövs och kan göra skillnad.

sLena Nylander

Överläkare, specialist i allmän psykiatri, med dr Lund

Så minns vi Göran Sedvall

Professorn och överläkaren i psykiatri Karl Göran Sedvall, Skivarp, har hastigt avlidit i en ålder av 85 år. Svensk psykiatri har därmed förlorat en pionjär och vägledare inom den biologiska forskningen kring allvarliga psykiska sjukdomar. Hans familj med fem barn och nio barnbarn har förlorat en kärt avhållen nestor. Förlusten av Göran Sedvall ger också eko inom den internationella psykosforskningen och psykofarmakologin, där han hade många kontakter och samarbetsfarenheter.

Göran Sedvall föddes i Stockholm i en lärarfamilj med två äldre systrar. Efter studentexamen 1955 påbörjade han läkarstudier vid Karolinska Institutet. Hans vetgirighet och kunskapsörst ledde till en forskarkarriär, som började vid Farmakologiska institutionen där han disputerade 1965 på en avhandling om skelettmuskulaturens vasokonstriktornerver. Efter docentur och ett gästforskarår 1965–66 hos Irwin Kopin vid NIMH i Bethesda, USA, återkom han till farmakologen med nya idéer och nya metoder för att mäta omsättningen av signalsubstanserna noradrenalin, dopamin och serotonin i hjärnan. Det visade sig i djurförsök med olika psykofarmaka att antipsykotiskt verkande läkemedel selektivt ökade dopaminomsättningen, vilket är en av grundstenarna i dopaminhypotesen vid schizofreni.

Parallellt med den prekliniska forskningen fick Göran sin specialistutbildning i psykiatri vid S:t Görans sjukhus, där Carl-Henry Alström var professor och handledare. Här påbörjade han också sina första kliniska forskningsprojekt med patienter, nämligen de som behandlades med litium för bipolär sjukdom. Genom att följa koncentrationen av litium i blodet kunde han och hans medarbetare optimera behandlingen för bästa effekt och minsta biverkningsrisk.

Göran utnämndes 1975 till professor i experimentell psykiatri och 1980 till professor i psykiatri och överläkare vid Karolinska sjukhuset. Han fortsatte sin forskning kring psykofarmaka och hjärnans signalsubstanser, vilkas nedbrytningsprodukter mättes i ryggmärgsvätska från patienter och friska försökspersoner. Görans och forskargruppens ambitioner syftade till en förbättrad förståelse och en bättre vård av svårt sjuka individer. I den andan knöts också till forskargruppen engagerade läkare vid Beckomberga sjukhus, vilka Göran handledde till disputation. Under 1984–85 hann Göran med att vara gästprofessor vid Rockefeller University i New York, där han samarbetade med Paul Greengard, som år 2000 delade Nobelpriset i medicin och fysiologi med Eric Kandel och Arvid Carlsson. 2002 var han president för den Europeiska Psykiaterföreningen och arrangör av dess kongress i Stockholm.

Under 70-talet hade nya avbildningstekniker utvecklats som gjorde det möjligt att direkt visualisera människohjärnan. Göran Sedvall insåg tidigt att även psykiatrins patienter borde komma



ifråga för undersökningar med datortomografi och efterhand också positronemissionstomografi. I samarbete med de närliggande klinikerna för neuroradiologi och neurofysiologi sökte han och fick anslag för inköp av den kostsamma och avancerade utrustningen. I en serie pionjärprojekt utvecklade hans forskargrupp metoder för att undersöka dopaminsystemet hos patienter med schizofreni, en forskning som gav ny kunskap om antipsykotiska läkemedel och riktlinjer för optimal klinisk behandling, vilket fick internationellt eko och har varit till nytta för miljontals patienter världen över.

Görans forskargrupp växte efterhand under hans lättsamma och visionära inspiration och han vidgade sin forskning till att också innefatta genetiska studier. Han var mycket social och bjöd gärna hem alla medarbetarna till villan i Djursholm eller senare till gården Limängen i Sörmland. Där fick vi bevittna hans stora intresse för lantliv och skogsbruk, vilket efter pensioneringen blev mer av en heltidssyssla. Efter några år på en gård i Östergötland slog han sig slutligen ner på en vacker skånegård i Skivarp. Från utsikten där över fält och hav tog han sig dock ännu vid 80 års ålder till tjänstgöring som vikarierande överläkare på psykiatriska kliniken i Trelleborg.

Vi som disputerade under Görans handledning konstaterar med sorg att en mångsidigt begåvad och vital forskare, kollega och själsläkare har gått ur tiden.

Henrik Nybäck
Docent Karolinska Institutet

Lars Farde
Professor Karolinska Institutet

Foto: Henrik Sedvall



Ser du mig? Vem är jag?

Vem är du, vem är jag sjöng Arja Saijonmaa i Mello 1987. Det blev en hållbar hit för Arja och textförfattaren Lasse Holm, som återanvände ett pålitligt tema med gamla anor. Bra teman är hållbara, vilket ju särskilt gäller viktiga frågor där svaren undslipper den som försöker svara.

Vem är du, vem är jag, alltså? Varje morgon vaknar vi väl med en känsla av jag-konti- nuitet? Inget vi vanligen grubblar över direkt efter uppvaknandet. Det känns självklart. Inte tänker vi heller så ofta på att "idag är jag ett helt nytt människo-jag", möjligen känns vi lyckosamma morgnar fräschare än kvällen före, efter en god natts sömn.

Med tanke på att den materiella världen är stadd i ständig förändring, utan återvändo, så kan man verkligen undra vad som över huvud taget är normalt. Kanske är det normala när förändringar går så långsamt att vi inte registrerar dem? Är vi då desamma som igår? Om inte, vad blir skillnaden? Du kanske känner mig? Jag kanske finns i din hjärnas minnesbibliotek, som din sociala kognition kan ta fram/mentalisera och jämföra med det dina sinnen registrerar i nuet? Är jag mig lik, förändrad eller verkar jag rentav vara fake? Om jag känns igen så kan nog eventuell tillit upprätthållas, men om inte så är det lätt att bli lite avvaktande. För egen del tänker jag på mina föräldrar som är borta sedan före millennieskiftet. De levde kvar i mina drömmar, ganska tydligt de första tio åren. Vartefter blev jag i drömmen tilltagande förundrad över att se dem, då de ju inte levde. Sedermera har de i stort sett upphört att återkomma i drömmar.

De ändringar, mer eller mindre subtila, som livets eviga skola och åldrandet leder till för oss som individer märks kanske inte från dag till dag, om vi ses ofta. Hur kunde det vara istället, om jag flyttade till Australien för tjugo år sedan och nyss återvänt? Förefaller jag ny då, vid en närmare besiktning? Knappast ny men kanske tydligt annorlunda? Hur kan det vara att du ändå tycker att jag är densamma och inte en dubbelgångare? Är det ett helhetsintryck när du registrerar spår i utseendet som bevarats och min motorik och mitt tal? Jag satisfierar kanske identitet via ditt minnesbibliotek? Om du är mitt syskon så kanske du bara behöver höra mina steg för att misstänka/gissa vem som går och står i farstun?

Säkert är det fler än jag som tvivlar på att vara densamma som under tonåren, när den perioden blir allt mer avlägsen. Men en helt ny person; knappast? Hur mycket samma är vi egentligen?

Till det yttre är skillnaden uppenbar, särskilt om man kikar på och jämför med ett gammalt fotografi från den tiden. I gymmet och på löparbanan är det dessutom uppenbart att skillnaden inte bara är på ytan. Men trots att skillnaden är stor så tänker vi nog för det mesta att vi är samma person. Hur kan det annars vara? Om de flesta av kroppens celler har hunnit nybildas och det jag som hjärnan erbjuder i medvetet tillstånd av allt att döma har ombildats i stor omfattning, vad finns kvar?

Minnet av oss själva i hjärnans socialkognitiva bibliotek är tämligen konservativt, men är det minnet verkligen att lita på? Vi är väl inte bara vårt DNA? Sannolikt är vårt DNA dessutom ganska editerat.

Vad är då skillnaden mellan att vara förändrad eller att vara fake? Om jag inte är mig lik, så antar jag att du ändå kan uppfatta att jag är samma person, fast på något sätt i ändrad skepnad. Kanske mer rynkig, uppenbarligen med gråare hår och kanske lite rundare om magen. Kanske är rösten lite djupare.

Om jag är mycket bekant, kanske en nära vän eller en familjemedlem, och du drabbas av Capgras syndrom så tycker du kanske å andra sidan att jag med säkerhet är fake, om någon frågar dig. Detta trots att jag till det yttre ser helt lik ut? I det läget kan inte tredje part övertyga dig om min äkthet, oavsett argumentation. Hur är det möjligt? Det förefaller som om det visuella igenkännandet inte bekräftas av en affektiv bekräftelse. Capgras syndrom förekommer inte sällan i kombination med paranoid schizofreni. I särskilt maligna fall kan det "försåtligt" lika skalet kombinerat med frånvaron av den affektiva verifieringen bidra till upplevelse av att personen (i exemplet jag) är utbytt till en illasinnad varelse, i värsta fall som en del i en djävulsk och hotande konspiration. Lyckligtvis är detta ovanligt, men risk för våld måste beaktas. Sådana konstigheter kan man möta i psykiatrin.

Nils Lindefors
Psykiater
Stockholm

Foto: Shutterstock/Kues

ANNONS

Utställare vid SPK 2022 träffar du i Mässhallen



Utställare vid SPK 2022 träffar du i Mässhallen

oxehealth

PO MEDICA  

 RECORDATI
GROUP



Vårdbemanning
Sverige^{AB}



SPIV
SUICIDPREVENTION I VÄST





Aktuella avhandlingar från BUP 2021

Sedan 2016 har jag sammanställt abstracts från det gångna årets BUP-avhandlingar till marsnumret av Svensk Psykiatri. Denna gång är det sex avhandlingar som presenteras på de följande sidorna.

Per Gustafsson
Professor emeritus BUP, Linköping
Redaktionen Svensk Psykiatri

Länkar till avhandlingarna finns på vår hemsida <http://www.svenskpsykiatri.se/tidsskriften/>

Adolescent mental health – time trends and validity of self-report measures

Ida Blomqvist
Umeå universitet

Denna avhandling syftar till att öka vår kunskap gällande eventuella skillnader i självskattad psykisk ohälsa hos ungdomar i Sverige över tid och vidare att ta itu med bristen på åldersanpassade och tillförlitliga självskattningsskalor på svenska.

Studier som undersökt tidstrender avseende psykisk hälsa hos unga tyder på en ökning av internaliserade symtom framförallt hos flickor. Kungliga Vetenskapsakademien utkom år 2010 med en systematisk litteraturgenomgång av kunskapsläget gällande utveckling av psykisk ohälsa hos ungdomar. Rapportens slutsats var att den psykiska ohälsan hos ungdomar ter sig öka men att det saknas tillförlitliga studier. De studier som finns har ett antal metodologiska problem, såsom olika demografi i de jämförda grupperna, olika självskattningsskalor vid de olika mätningarna eller för kort tid mellan mätningarna. För att tillförlitligt kunna mäta psykisk ohälsa hos ungdomar behövs validerade självskattningsskalor. En kartläggning som gjordes av Socialstyrelsen 2009 visade att det förekom en mängd skattningsskalor inom barn- och ungdomspsykiatri i Sverige, men att ett flertal av dessa skattningsskalor

inte validerats i svenska populationer. Vissa skattningsskalor var direkta översättningar av vuxenversionerna och saknade åldersanpassning. Reynolds Adolescent Depression Scale second edition (RADS-2) är en skattningsskala för depression hos unga som används mycket inom klinik och forskning internationellt men som ej varit översatt eller validerad på svenska.

Studier som undersökt tidstrender avseende psykisk hälsa hos unga tyder på en ökning av internaliserade symtom framförallt hos flickor.

Patent-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) är ett projekt initierat av amerikanska National Institute of Mental Health (NIMH), med målet att avancera och förbättra självskattningsskalor, bland annat genom att använda moderna

psykometriska metoder såsom Item Response Theory (IRT). IRT är en matematisk modell som utgår från sannolikhet och bygger på antagandet att en skala mäter en underliggande latent förmåga. En respondents svar på olika frågor fångar den underliggande förmågan på ett kontinuum från lågt till högt. IRT vilar också på antagandet att frågor kan ha olika svårighetsgrad och att det därmed finns information i hur individer svarar utifrån svårighetsgrad på frågan. Skalor som är utvärderade med IRT går att använda tillsammans med computer adaptive testning (CAT), dvs datorstyrd självskattningsskalor. CAT är uppbyggt genom en algoritm som är förinställd som presenterar frågor till respondenten, frågorna kommer att styras av hur respondenten svarat. Fördelen med CAT är



att metoden kräver färre frågor jämfört med hur traditionella självskattningsskalor presenteras samtidigt som de är de precisa och valida.

Studie 1 var en upprepad tvärsnittsstudie där åk 9-elever från Luleå kommun svarade på enkätfrågor, i två omgångar år 1981 och 2014. Det var hög svarsfrekvens vid båda mätningarna och vid de två tillfällena användes samma självskattningsskala. Självskattningsskalan som utvecklades 1981 har senare kopplats samman till olika kompositmått, med bland annat diagnossystemet DSM som förlaga. Måtten mäter olika former av internaliserande och utåtagerande symtom. Analys av data visade signifikanta skillnader vid de två mättillfällena. Både flickor och pojkar skattade högre år 2014 än 1981 och flickor skattade högre än pojkar både 1981 och 2014. Ökningen i internaliserande symtom var större för flickor än pojkar dvs skillnaden mellan flickor och pojkar var större 2014 jämfört med 1981. För uppförandeproblem skattade pojkar högre än flickor 1981 men 2014 skattade både flickor och pojkar mindre utåtagerande symtom jämfört med 1981 och det var inte längre någon signifikant skillnad mellan flickor och pojkar.

I **studie 2** har vi översatt RADS-2 till svenska och validerat den hos skolungdomar. RADS-2 används för att mäta allvarlighetsgrad av depression och används i stor utsträckning internationellt men är ännu inte validerad på svenska. RADS-2 visade sig samvariera så som önskat med andra etablerade skattningsskalor för depression såsom Becks ungdomsskalor för nedstämdhet. Faktorstrukturen blev också bekräftad i en faktoranalys och RADS-2 hade höga Cronbach's alfavärden, vilket tyder på god internkonsistens, ett reliabilitetsmått som används inom klassisk testteori. Sammantaget ter sig RADS-2 fungera väl för skattning av depressiva symtom hos svenska skolungdomar.

I **studie 3** var syftet att översätta och utvärdera översättningen av åtta PROMIS självskattningsskalor till svenska. Arbetet följde Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) översättningsmetod, med en modifikation, nämligen användandet av granskningsgrupper. Granskningsgrupperna bestod av personer som var professionellt verksamma inom bland annat lingvistik, psykometri och barn- och ungdomspsykiatri. Både forskare och kliniker gick genom och diskuterade alla åtta PROMIS-skalorna. Förutom detta steg så ingick också översättning från originalspråk till svenska, återöversättning till originalspråket engelska samt kognitiva intervjuer. De kognitiva intervjuerna genomfördes med barn i åldrarna 8–17 år med syftet att utvärdera hur de uppfattade PROMIS självskattningsskalorna. När alla delar av processen utförts blev slutsatsen att PROMIS självskattningsskalorna är redo för fortsatt validering på svenska.

I **studie 4** har PROMIS självskattningsskalor för ångest- och depressionssymtom utvärderats med IRT och CAT-simule-

ring hos en grupp ungdomar från både skolor och barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Användandet av IRT vid validering har många fördelar jämfört med traditionella metoder för validering (klassisk testteori), t.ex. så erhålls för varje fråga en uppfattning om dess svårighetsgrad i att mäta den underliggande förmågan. Det går också att utvärdera så att varje fråga uppfattas lika, dvs inte mäter olika på grund av grupptillhörighet såsom kön och åldersgrupp. Sammanfattningsvis så har självskattningsskalorna visat sig fungera bra och kan med fördel användas med CAT i fortsättningen.

Våra resultat tyder på att psykisk ohälsa ökat hos ungdomar, framför allt flickor, under de sista trettio åren. I ett försök att teoretisera kring orsakerna till denna utveckling använde vi Urie Bronfenbrenners ekologiska systemteori. Denna postulerar att barn och ungas mående och utveckling påverkas av flera omgivande system och att dessa interagerar med varandra med en potentiellt ackumulerande effekt på barnet. Larsson et al. från Göteborgs universitet skriver i boken "Transformations of the Swedish welfare state: from social engineering to governance?" att vi under de senaste årtiondena i Sverige gått från ett välfärdssamhälle till ett samhälle med mer neoliberalistiska strömningar. Därmed har självkontroll och förmågan att vara "sin egen lyckas smed" blivit alltmer viktigt, vilket ökar stressen på unga. Flera rapporter från Skolverket tyder också på att socioekonomiska skillnader påverkar skolresultaten, exempelvis läsförmåga i åk 4.

I arbetet med denna avhandling har vikten av tillförlitliga självskattningsskalor blivit tydlig. Det är lätt hänt att resultaten från en skattningsskala tolkas som en absolut sanning. Det är viktigt att vara försiktig med tolkningar och slutsatser av skattningsskalor särskilt när det i utvärderingsprocessen ofta finns metodologiska begränsningar. Dessutom finns det anledning att fundera kring den diagnostiska validiteten för de diagnossystem som används som mall för de flesta skattningsskalor, särskilt för barn och ungdomar. Det går alltid att tolka resultat från en skattningsskala kvalitativt och använda skattningsskalor som ett sätt att öppna upp för ytterligare frågor och djupare förståelse för respondenten. Om resultaten ska tolkas kvantitativt så är det t.ex. viktigt att skalan är validerad för svenska ungdomar, dvs. i ett stickprov som utgör liknande population som den som respondenten tillhör. Min slutsats är att PROMIS och användandet av IRT ger hopp för att öka kvaliteten av skattningsskalor och därmed en säkrare psykiatrisk diagnostik och behandling av unga.

Denna text är doktorandens egen sammanfattning på svenska i avhandlingen.



Physical Comorbidity in Twins with ASD or ADHD

Pei-Yin Pan
Karolinska Institutet



Foto: Shutterstock/Svetlana Satsiuk

Individer med autismspektrumstörning (ASD) och uppmärksamhetsbrist/hyperaktivitetsstörning (ADHD) har en ökad risk för en rad somatiska problem, vilket kan komplicera den kliniska hanteringen och öka funktionsnedsättningen och upplevd börda. De potentiella delade etiologiska vägarna som ligger bakom sambandet mellan beteendefenotyperna ASD och ADHD och somatiska problem har rönt växande vetenskapligt intresse. Kunskapen om kliniska profiler och deras samband med somatiska problem vid ASD och ADHD är dock fortfarande begränsad. Dessutom har de etiologiska komponenternas relativa bidrag till somatisk komorbiditet vid ASD och ADHD inte studerats systematiskt.

Mål

Studierna i denna avhandling syftade till att uppnå en bättre förståelse av sambandet mellan ASD och ADHD-fenotyper och somatiska problem ur både kliniska och etiologiska perspektiv. Mer specifikt var målen:

- Att utforska hela spektrumet av samtidigt förekommande neurologiska störningar vid ASD, genom att analysera sambandet som avslöjats i tidigare forskning (fallkontroll och kohortdesign, såväl som tvärsnittsstudier).
- Att undersöka om icke-delade miljöfaktorer bidrar till den somatiska komorbiditeten vid ASD och ADHD.
- Att uppskatta omfattningen av genetiska och miljömässiga komponenter som bidrar till somatisk komorbiditet i både kliniska och subkliniska fenotyper av ASD och ADHD.

Metoder

En systematisk översikt och metaanalys utfördes för att uppskatta oddsen för att ha neurologiska störningar jämfört med den allmänna befolkningen, den totala prevalensen av olika komorbida neurologiska störningar, såväl som det tidsmässiga sambandet mellan tidiga neurologiska störningar och en efterföljande ASD-diagnos. Inom en grupp tvillingar berikat för ASD och ADHD, användes co-tvilling kontrolldesign för att undersöka sambandet inom paret för somatisk samsjuklighet bland enäggstvillingar som var diskordanta för ASD- och ADHD-fenotyper. Vi tillämpade också den klassiska tvillingdesignen och strukturella ekvationsmodelleringen på en svensk populationsbaserad tvillingkohort för att uppskatta de fenoty-

piska korrelationerna och bivariat ärftlighet mellan somatiska störningar i olika organsystem och de kliniska och subkliniska varianterna av ASD och ADHD.

Resultat

Totalt sett har individer med ASD signifikant högre risk än den allmänna befolkningen för epilepsi, makrocefali, hydrocefali, cerebral pares, migrän/huvudvärk och medfödda avvikelser i nervsystemet, med prevalensuppskattningar som sträcker sig från 1,1 % (0–3,3) (hydrocefalus) till 14,2 % (11,3–17,2) (epilepsi). Neurologiska störningar visade inom tvillingpar samband med klinisk ASD-diagnos (oddskvot per neurologiskt problem 3,15, $p = 0,02$), såväl som autistiska drag ($\beta = 10,44$, $p = 0,006$). Matsmältningsproblem uppvisade en invers association inom paren med svårighetsgraden av ADHD-symptom i barndomen ($\beta = -2,72$, $p = 0,001$). Klinisk och subklinisk ASD och ADHD uppvisade liknande mönster för samband med somatiska störningar, med oddskvoter från 1,31 för astma vid subklinisk ADHD till 8,03 för epilepsi vid klinisk ASD. Signifikant genetisk korrelation hittades mellan ASD/ADHD i både kliniska och subkliniska fenotyper och epilepsi samt gastrointestinala störningar.

Slutsatser

Våra resultat understryker att ASD är ett komplext utvecklingsneurologiskt tillstånd som är kopplat till en ökad sannolikhet för en rad neurologiska störningar. Därför är neurologiska kontroller av ASD absolut nödvändiga för individualiserad klinisk hantering och skraddarsydd support. Ur etiologiskt perspektiv kan icke-delade miljöfaktorer bidra till överlappningen mellan neurologiska störningar och både klinisk ASD och autistiska drag, såväl som samexistensen av gastrointestinala problem och ADHD-symtom bland barn. Dessutom bidrar delade genetiska effekter avsevärt till samsjukligheten av klinisk och subklinisk ASD och ADHD med somatiska störningar i olika organsystem. Detta stödjer uppfattningen att ASD och ADHD är kvantitativa ytterligheter av kontinuerligt förändrad neuroutveckling. Dessutom är de kontinuerliga genetiska effekterna som ligger bakom risken för somatisk samsjuklighet i linje med begreppet endofenotyper.

Avhandlingens abstract översatt från engelska av Per Gustafsson

ANNONS



Long-term Outcome of Cognitive and Emotional Functioning in Young People with ADHD

Pia Tallberg
Lunds universitet

Den här avhandlingen har som syfte att bidra till att täcka kunskapsluckor om hur tilläggssvårigheter vid attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) hos barn förändras och om dessa har ett samband med hur ADHD-problematiken utvecklas under 3 års tid. ADHD är en utvecklingsrelaterad kognitiv funktionsnedsättning som debuterar hos barn och unga, 12 år eller yngre, genom höga nivåer av ouppmärksamhet och/eller hyperaktivitet-impulsivitet som orsakar svårigheter att hantera vardagen. Hur funktionsnedsättningen yttrar sig är också avhängigt sociala faktorer som familjen, hem- och skolmiljön. Skolbarn förväntas kunna sitta still, ha impulskontroll, vara uppmärksamma och koncentrerade samt att samspela med barn i en stor grupp. Det är svårt för barn med förhöjda ADHD-symtom att leva upp till dessa förväntningar och de har därför ofta en försämrad skolfunktion. Andelen personer som uppfyller kriterierna för ADHD i befolkningen är ca 6 %, varav ca 2/3 är pojkar. Så ser det ut i hela världen sedan många år tillbaka. Ungefär hälften så många vuxna uppfyller kriterierna för ADHD jämfört med skolbarn, alltså verkar ADHD klinga av hos en stor andel av barnen.

Unga personer med ADHD är en heterogen grupp med samsjuklighet på många olika sätt. Vanliga samtida tillstånd är inlärningssvårigheter, utagerande beteendestörningar och internaliserade svårigheter såsom depression och ångesttillstånd. För att spegla barnets styrkor och svårigheter på ett heltäckande sätt baseras ADHD-utredningar på flera olika metoder: omfattande diagnostiska intervjuer om barnets symtom på ADHD och andra barnpsykiatriska tillstånd samt om barnets fungerande i olika miljöer; breda skattningsformulär som lärare, föräldrar och barnet själv fyller i; intervju om barnets utveckling och sjukdomshistoria (anamnes); observationer och eventuellt neuropsykologiska test. I regel är föräldrarna den

huvudsakliga rapportören i ADHD-utredningar för barn och unga.

Unga personer med ADHD får i stor utsträckning behandling för sina ADHD-symtom, oftast läkemedelsbehandling i kombination med utbildning om ADHD och stödåtgärder. Trots det har barn och ungdomar med ADHD sämre förutsättningar

för att etablera en fungerande vardag som leder till godkända skolutbetyg, utbildning och ett framtida arbete. För att minska de negativa konsekvenserna av ADHD-problematiken, behöver man hitta nya behandlingsmetoder och komplement till de metoder som redan är etablerade. Man behöver ta reda på vilka psykologiska mekanismer som bidrar till symtomminskning eller bättre funktion för barn med ADHD. Det kan exempelvis

handla om kognitiva (begåvningsrelaterade) funktioner och exekutiva funktioner (hjärnans styr- och regleringsfunktioner) och emotionella symtom (ångest, depressivitet). Det finns en kunskapslucka om hur dessa funktioner utvecklas hos unga som behandlats för ADHD samt om dessa påverkar prognosen vid ADHD.

Internaliserade symtom

Det är vanligt att barn och unga med ADHD har tankar om att känna sig misslyckade, bli orättvist behandlade eller felaktigt uppfattade. Att ha dessa tankar under lång tid har kunnat kopplas till depression och självmordstankar. När barn och unga söker hjälp för sina svårigheter är det lätt att missa symtom på internaliserad ilska, ångest och depressivitet, då dessa kan skymmas av de uppenbara beteendesvårigheterna. Studier har visat att personer med ADHD har en ökad risk för att utveckla internaliserad problematik samt att dessa symtom kan debutera tidigare och ha allvarigare konsekvenser än för personer utan ADHD.

Unga personer med ADHD är en heterogen grupp med samsjuklighet på många olika sätt. Vanliga samtida tillstånd är inlärningssvårigheter, utagerande beteendestörningar och internaliserade svårigheter såsom depression och ångesttillstånd.



Kognitiva och exekutiva funktioner

Barn och unga med ADHD har som grupp en måttlig funktionsnedsättning gällande kognitiva och exekutiva funktioner i jämförelse med kontrollgrupper av barn i allmänhet. Detta är viktigt att beakta, eftersom låg begåvning är en känd riskfaktor för bristfällig yrkesutbildning och arbetslöshet, vilket i förlängningen kan leda till socialt utanförskap. Däremot är det fortfarande oklart huruvida kognitiva och exekutiva funktioner påverkar det kliniska förloppet hos barn med ADHD.

Grovt indelat kan exekutiva funktioner mätas på två olika och kompletterande sätt. Psykologiska test bedömer barnets optimala prestation gällande uppmärksamhet, impulshämning, arbetsminne, planeringsförmåga, i en standardiserad och kontrollerad miljö. Psykologiska test har god förmåga att identifiera barn och unga med kognitiva svårigheter men har en begränsning i att identifiera svårigheter med vardagsfunktioner (funktioner som behövs för att exempelvis klara skolan, ta hand om sig själv och utöva sina intressen). Ett annat sätt att bedöma exekutiva funktioner är genom att barnets omgivning (föräldrar och lärare) skattar barnets beteendemässiga exekutiva funktioner i vardagslivet. Fördelen med dessa är att de har god förmåga att mäta vardagsfunktioner och dessa kan därför utgöra ett bra underlag för behandlingsplanering. Skattningarna verkar också vara mer användbara för att skilja ut barn med ADHD från barn i kontrollgrupper än psykometriska test. Nackdelen är att resultaten påverkas av personerna som skattar samt barnets omgivande miljö.

För att minska subjektiva inslag i ADHD-utredningar har kliniker och forskare haft förhoppningar att objektiva psykologiska test som mäter exekutiva funktioner skulle kunna användas i diagnostiskt syfte. Datoriserade continuous performance test (CPT) har undersökts i detta syfte. Dessa test fångar barnets kärnsvarigheter i att prestera jämnt och korrekt under en lång tid på en tråkig uppgift, vilket främst speglas av hur barnets reaktionstid varierar. Eftersom man inte kunnat bevisa att exekutiva test, inklusive CPT, kan skilja barn med ADHD från barn med andra utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar, har de bedömts vara otillräckligt tillförlitliga som diagnostiska instrument. Det är oklart om CPT kan fungera som ett komplement när bilden av barnet är otydlig och motsägelsefull.

Artikel I

Artikel I handlar om den kliniska nyttan av att använda CPT som ett komplement i kliniska bedömningar. Den första delen utvärderade Conners CPT-II hos 118 barn som utretts för ADHD. Åttio barn som diagnostiserats med ADHD jämfördes med 38 barn som inte bedömts uppfylla kriterierna för ADHD. Det framkom att Conners CPT-II var till klinisk nytta som ett komplement till skattningsformulär för att bekräfta eller avfärda diagnosen ADHD när resultatet från skattningsformulär av föräldrar och lärare var tvetydiga. Den andra delen utvärderade

behandlingsuppföljningar hos 56 unga personer med ADHD som behandlades med centralstimulerande medicin. Resultatet visade att ett annat CPT, QbTest, var till nytta i behandlingsutvärderingar för att fånga upp fler patienter som drog nytta av medicinsk behandling vid ADHD. Detta kan vara viktigt i underbehandlade grupper.

Artikel II, III och IV

Artikel II, III och IV handlar om hur kognitiva, exekutiva och emotionella funktioner förändrades under tre år hos en grupp unga personer som behandlades för sin ADHD-problematik. Vi undersökte också om dessa kognitiva och exekutiva funktioner bidrog till symtomminskning, bättre funktion och internaliserade symtom hos barn med ADHD. 137 barn och ungdomar med ADHD undersöktes neuropsykologiskt när de utreddes för sin ADHD-problematik. De undersöktes med samma metoder tre år senare. I artikel II och IV deltog en kontrollgrupp bestående av 59 skolbarn i samma ålder som ADHD-gruppen. I undersökningen användes vedertagna psykologiska utredningsmetoder som mäter ADHD-symtom (Swanson-Nolan-Pelham scale, fourth edition, SNAP-IV), begåvning och kognitiva funktioner (Wechsler Intelligence Scales for Children, WISC), exekutiva funktioner (Conners CPT-II och Behavior Rating of Executive functions, BRIEF) och internaliserade symtom (Beck ungdomsskalor, Fem Till Femton, FTF, och Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ). Alla instrument utom SNAP-IV är standardiserade och normerade. Det betyder att råpoängen omvandlats till en standardiserad poäng som genererats från en representativ normgrupp med flickor och pojkar i olika åldrar i befolkningen. Den standardiserade poängen gör att barn i olika åldrar och med olika kön kan jämföras med varandra.

I artikel II rapporteras att ADHD-gruppens kognitiva funktioner låg lägre än kontrollgruppens och att dessa i stort sett var stabila mellan baseline (första mättillfället) och treårsuppföljningen. Undantaget var den verbala funktionen, vars åldersnormerade resultat försämrades i ADHD-gruppen. Arbetsminnet, men ingen annan kognitiv funktion, var associerad med ADHD-symtom longitudinellt. Verbal funktion vid baseline och uppföljning predicerade godkända skolbetyg vid treårsuppföljningen.

I artikel III tydliggörs att alla funktioner som mättes med standardiserade psykometriska test (Conners CPT-II) och föräldraskattning (BRIEF) var i stort sett stabila över tid i ADHD-gruppen. Undantaget var reaktionstidsvariabiliteten, som förbättrades, liksom ADHD-symtomen (SNAP-IV). Försämrade föräldraskattade exekutiva funktioner mellan baseline och treårsuppföljningen var kopplade till högre nivåer av ADHD-symtom och en uttalad funktionsnedsättning vid treårsuppföljningen.



I artikel IV redogörs för hur internaliserade symtom förändrades under tre års tid hos barn med ADHD och huruvida exekutiva funktioner och ADHD-symtom påverkade utvecklingen. ADHD-gruppen hade högre grad av ångest, depression och ilska i jämförelse med kontrollgruppen. Symtomnivån var i stort sett bestående mellan baseline och treårsuppföljningen. Inga statistiskt säkerställda (signifikanta) samband noterades mellan psykologiska test av exekutiva funktioner och internaliserade symtom. Det fanns däremot statistiskt signifikanta samband mellan föräldraskattade exekutiva funktioner och internaliserade symtom hos ADHD-gruppen. Exekutiva vardagsfunktioner, som har med kognitiva funktioner att göra som igångsättning, arbetsminne, planeringsförmåga samt förmåga att hålla ordning på sina saker, var kopplade till internaliserade symtom som skattats av barnen själva och deras föräldrar. Beteendereglering, såsom att hejda impulser, reglera känslor, flexibilitet, övervaka sitt eget beteende, var kopplade till föräldraskattade internaliserade symtom och självskattade symtom av ilska. Alla samband var longitudinella, vilket betyder att alla skattningsformulär och test som ingick i analyserna hade gjorts vid både baseline och treårsuppföljningarna.

Sammanfattning och kliniska konsekvenser av avhandlingens resultat

Avhandlingsresultatet pekar på att beteendemässiga exekutiva funktioner är involverade i det kliniska förloppet vid ADHD gällande symtomutveckling, funktionsnedsättning och graden av internaliserade symtom. Genom att ge barn med ADHD mer och bättre stödinsatser gällande exekutiva vardagsfunktioner kan stress och misslyckanden i vardagen minska, vilket kan öka livskvaliteten och barnens möjligheter att klara skolan.

Övriga slutsatser är att:

- Skolor och BUP-mottagningar bör använda exekutiva beteendeskattningar i det kliniska arbetet.
- Det är viktigt att följa begåvningen hos barn med ADHD för att kunna stödja deras utveckling. Barn med ADHD har ofta svårt att tillägna sig lika mycket skolkunskap som jämnåriga på grund av sin ADHD-problematik. Även om de tidigare legat genomsnittligt gällande den verbala begåvningen, kanske de inte följer den förväntade utvecklingen.
- Det är viktigt att följa upp emotionella svårigheter hos barn med ADHD, även om dessa inte är tydliga för omgivningen.
- Vid otydliga resultat av skattningsformulär kan CPT vara till klinisk nytta i diagnostiska utredningar samt i behandlingsutvärderingar.

Denna text är doktorandens egen sammanfattning på svenska i avhandlingen

Characterization and long-term follow-up of Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome (PANS)

Caroline De Visscher
Karolinska Institutet

På senare år har det blivit allt tydligare att störningar i immunförsvaret kan initiera eller förvärra psykiatriska symtom och att den bakomliggande orsaken till vissa psykiatriska sjukdomar kan vara av inflammatorisk eller autoimmun karaktär. Detta öppnar upp för nya behandlingsmöjligheter av ibland svåra och handikappande psykiatriska symtom, om vi bara visste vilka patienter vi skulle kunna hjälpa på detta sätt. Ursprungligen beskrevs syndromet Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Syndrome Associated with Streptococcal infections (PANDAS) men det har ersatts av den bredare syndrombeskrivningen Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome (PANS). Huvudskillnaden är att PANS inte kräver närvaron av en streptokockinfektion vid uppkomsten.

PANS är ett kluster av psykiatriska och somatiska symtom av föreslagen autoimmun etiologi. Det förblir en beskrivande enhet, fortfarande av oklar giltighet och osäker klinisk användbarhet. Att ytterligare karakterisera denna patientgrupp, beskriva dess långsiktiga prognos och nå konsensus om hur man bäst mäter dess komplexa fenomenologi är därför viktiga steg mot en effektivare bedömning och hantering av denna framväxande patientgrupp.

Mål

Vi hade som mål att etablera en svensk kohort av välkarakteriserade patienter med PANS och följa upp dem longitudinellt; föreslå definitioner för olika kliniska aspekter av syndromet, såsom debut och sjukdomsförlopp; undersöka lämpligheten av kliniska standardmått för uppföljning av PANS samt bedöma överensstämmelse mellan informanter för dessa mätmetoder. Dessutom, och på grund av den pågående covid-19-pandemin, ville vi undersöka hur pandemin hade påverkat patienter med PANS.

Metoder

Denna avhandling omfattar fyra studier. *Studie I* var en beskrivande studie baserad på upprättandet av PANS-kohorten (n=45), inklusive detaljerade kliniska bedömningar, omfattande laboratorietester och familjehistoria av autoimmun sjukdom. *Studie II och III* baserades på samma datainsamling, från den naturalistiska två- till femårsuppföljningen av patienter



som ingick i PANS-kohorten (n=34). *Studie IV* var en global undersökning som undersökte utmaningar för PANS-patienter under den pågående covid-19-pandemin (n=154).

Resultat

I *studie I* visade vi att PANS är en klinisk entitet med stor variation i psykiatrisk och somatisk symtompresentation och nivå av funktionsnedsättning vid debut. Vi noterade också ett starkt samband med autoimmunitet i kohorten.

Resultaten av *studie II* visade att även om remission var sällsynt, var en majoritet av patienterna med PANS signifikant förbättrade två till fem år efter inkluderingen i kohorten. Ungefär en tredjedel av patienterna hade utvecklat ett kroniskt sjukdomsförlopp som krävde ytterligare behandlingar. Dessa kroniska patienter hade en tidigare sjukdomsdebut och en högre nivå av funktionsnedsättning vid debut. Föreslagna definitioner av debut och sjukdomsförlopp verkade meningsfullt särskilja patienter med avseende på funktionsnedsättning och efterföljande behov av sjukvårdsresurser.

I *studie III* visade vi att skattningar av symtomspecifika mått varierade mycket mellan deltagarna, på grund av det breda spektrumet av PANS-symtompresentationer. Överensstämmelse mellan informanter var utmärkt på funktionella skalor, bra till måttlig på globala symtomsvårighetsskalor och varierande på de symtomspecifika skalorna. Klinikerbedömda globala och funktionella mått hade starkare inter-korrelationer med förälder- och barnbedömda funktionella mått än med symtomspecifika.

Enligt undersökningsresultat i *studie IV*, svarade en tredjedel av föräldrarna att deras barn för närvarande fick den vård de behöver för sina PANS-symtom under pandemin, medan en tredjedel upplevde en försämring av sina barns psykiatriska och somatiska symtom och höga stressnivåer.

Slutsatser

Den kliniska presentationen av PANS kan variera kraftigt mellan patienter och symtomen kan variera från lindriga till svåra och invalidiserande. Kombinationen av psykiatriska och somatiska symtom och sambandet med autoimmuna sjukdomar motiverar en multispecialistinställning med tillgång till en barn- och ungdomspsykiater, psykolog, barnneurolog och reumatolog. Medan en majoritet av patienterna förbättras avsevärt över tid, utvecklar en grupp patienter ett kroniskt sjukdomsförlopp som kräver ytterligare behandlingar och interventioner. Vid bedömning och uppföljning av patienter med PANS bör den multidimensionella kliniska presentationen av syndromet beaktas. Globala snarare än symtomspecifika mått är bättre lämpade på gruppnivå, men dessa bör kompletteras med ett effektivt protokoll med betygsskalor som bedömer kärnsymtom, såsom OCD, ångest, depression och tics.

PANS-patienter och deras familjer har drabbats av den pågående covid-19-pandemin. Brist på regelbundna vårdkontakter, stängning av skolor och social distansering, vilket resulterar i brist på vardagliga stödsystem, har satt påfrestningar på dessa familjer.

Framtida forskning bör fokusera på att ytterligare definiera gränserna för syndromet, prognostiska faktorer, välbehövliga behandlingsförsök och biomarkörer i större prover med adekvata kontrollgrupper.

Avhandlingens abstract samt del av populärvetenskaplig sammanfattning är översatt från engelska av Per Gustafsson



Foto: Shutterstock/OlegRi



Adulthood Outcomes of Child and Adolescent Depression - From Mental Health to Social Functioning

Iman Alaie
Uppsala universitet

Depression är ett psykiskt sjukdomstillstånd som utgör ett tydligt folkhälsoproblem över hela världen. Tillståndet kan drabba människor i alla åldrar, men debuterar ofta runt puberteten, en period i livscykeln som präglas av tillväxt, inläring och utveckling av olika sociala, emotionella och kognitiva förmågor. Alltmer forskning tyder på att depression i unga år kan störa denna utveckling och försvåra övergången till vuxenlivet. Barn och ungdomar med depression löper generellt sett en ökad risk för varaktiga psykiska besvär, kroppsliga åkommor, skolmisslyckanden, arbetslöshet, ekonomiska bekymmer och andra sociala svårigheter. Samtidigt finns det fortfarande begränsat med kunskap om vilka specifika riskfaktorer och mekanismer som är bidragande till negativa konsekvenser på lång sikt.

Därför är det viktigt med representativa långtidsuppföljningar av deprimerade barn och ungdomar, för att klargöra hur tidigt debuterande depression inverkar på framtida hälsa, generell funktionsförmåga och etablering i vuxenlivet. Sådan forskning torde ge ett förbättrat kunskapsunderlag för prognostisk bedömning och planering av riktade preventions- och behandlingsinsatser för barn och ungdomar med depression, för att därmed söka förebygga en ogynnsam utveckling på längre sikt.

Det övergripande syftet med denna avhandling är att närmare undersöka kopplingen mellan tidigt debuterande depression och flera långsiktiga utfall i vuxenlivet, såsom psykiatrisk sjuklighet och etablering på arbetsmarknaden. Avhandlingen syftar till att öka kunskapen om vilka specifika riskfaktorer och mekanismer som är avgörande för långtidsutfallet, även när hänsyn tas till olika stör- eller förväxlingsfaktorer som är förknippade med såväl depression som det långsiktiga sociala, ekonomiska och hälsorelaterade utfallet.

Metod

Avhandlingen är baserad på omfattande långtidsuppföljningar av deprimerade barn och ungdomar som med upprepade mätningar följts in i vuxenlivet. Långtidsuppföljningarna är genomförda inom ramen för två longitudinella kohortstudier, dels Uppsala Longitudinal Adolescent Depression Study (ULADS), dels Great Smoky Mountains Study (GSMS), från Sverige respektive USA.

ULADS inleddes under åren 1991–1993, initialt i form av en screening på gymnasieskolorna i Uppsala kommun. Samtliga förstaårselever tillfrågades om att fylla i ett par självskattningsformulär med frågor om depression. Även jämnåriga ungdomar som av olika skäl inte gick på gymnasiet blev tillfrågade.

Sammanlagt 2300 (93 % svarsfrekvens) ungdomar genomgick screeningen. De ungdomar som screenat positivt för depressionssymtom bjöds sedan in att delta i en strukturerad diagnostisk intervju kring psykisk ohälsa, samt besvarade ytterligare självskattningsformulär. För varje ungdom med positiv screening inbjöds även en klasskamrat av samma kön med negativ screening. Av 710 utvalda ungdomar intervjuades 631, varav 78 % var flickor. Av dessa samtyckte 609 deltagare till att kontaktas i framtiden. Efter ca 15 år, under åren 2006–2008, kontaktades kohorten och deltagarna följdes upp för första gången, både med förnyade diagnostiska intervjuer och personliga uppgifter uttagna från flera nationella register. Ungefär ett decennium senare, under åren 2017–2018, genomfördes den senaste uppföljningen av kohorten, denna gång helt baserad på registerdata, för de deltagare där detta var möjligt. I denna registerbaserade 25-årsuppföljning inhämtades personliga uppgifter om en rad sociala, ekonomiska och hälsorelaterade omständigheter, såsom utbildning, inkomst, arbetslöshet, sjukskrivning och försörjningsstöd, både för deltagarna med tidigt debuterande depression och för de icke-deprimerade kontrollerna.

GSMS inleddes år 1993 genom att ett slumpmässigt urval av barn och ungdomar – 9, 11 och 13 år gamla – valdes ut från allmänbefolkningen i den västra delen av delstaten North Carolina. I det initiala skedet tillfrågades föräldrarna till de utvalda barnen att besvara ett kort formulär med frågor om framför allt utåtagerande beteenden och bruk av substanser, såsom tobak och cannabis. Alla barn som bedömts uppvisa tydliga symtom på beteendestörning bjöds in att en gång om året delta i strukturerade diagnostiska intervjuer kring psykisk ohälsa, psykosociala faktorer och socioekonomiska omständigheter. Likaså inbjöds en andel jämnåriga barn utan tydliga symtom på beteendestörning, samt barn med bakgrund i ursprungsbe-folkningen (tidigare kallade indianer), att också delta i studien. Både studiedeltagarna och föräldrarna medverkade i årliga uppföljningsintervjuer fram till dess att deltagarna fyllt 16 år. Sammanlagt 1420 deltagare samtyckte till att låta sig intervjuas vid åtminstone ett tillfälle under barn- och ungdomsåren, motsvarande ca 80 % av alla tillfrågade. Vidare inbjöds alla deltagare till fortsatta uppföljningar i vuxenlivet mellan år 1999 och 2016, med intervjuer genomförda vid 19, 21, 25 och 30 års ålder. Fokus för dessa uppföljningar kretsade kring att undersöka olika centrala aspekter avseende hälsa, funktionsförmåga och social etablering i vuxenlivet.

Resultat

Studie 1 beskriver ULADS genom projektets olika faser. Förutom en utförlig beskrivning av projektets metodologi ingår



även en kortare sammanfattning av tidigare fynd. Därtill ingår en översikt av jämförbara långtidsuppföljningar världen över, givet det fåtal longitudinella kohortstudier som hittills gjorts med fokus på konsekvenser av depression hos barn och unga. Studien kan sägas komplettera den metodbeskrivning som givits i respektive artikel som bygger på ULADS (studie II, IV och V).

Studie II är baserad på ULADS och undersöker huruvida konflikter mellan barn och föräldrar har ett samband med depression och annan psykiatrisk sjuklighet i vuxenlivet. Självrapporterade uppgifter om föräldra–barnkonflikter under uppväxten användes för att kategorisera nivåerna i prediktorvariabeln, vilket resulterade i följande kategorier: inga konflikter; små konflikter; stora konflikter med föräldrarna. Vidare definierades depression i vuxenlivet som återkommande episoder (två eller fler) av egentlig depression, alternativt en mer långdragen episod (sex månader eller längre). I korthet visade studien att stora konflikter var förenade med en ökad risk för depression i vuxenlivet. Detta samband kunde också påvisas hos de som tidigare haft tonårsdepression, även efter att hänsyn tagits till viktiga störfaktorer. Dock var sambandet desto mer osäkert för de som inte varit deprimerade i tonåren.

Studie III bygger på GSMS och undersöker sambandet mellan depression i barndomen/tonåren och ett brett spektrum av utfall inom olika livsområden. Studien visade att tidigt debuterande depression har varaktiga samband med flera problem i vuxenlivet, såsom ångesttillstånd, drogmissbruk, kriminalitet och psykosocial belastning. Barn och ungdomar med ihållande depressionssymtom visade sig ha ett särskilt ogynnsamt utfall. Vidare noterades det att tidiga insatser inom specialistsjukvård (liknande barn- och ungdomspsykiatri) föreföll ha en modererande effekt på sambandet med vuxenpsykiatriska sjukdomstillstånd. Detta innebär att deprimerade barn som behandlats inom barnpsykiatriska inrättningar hade en lägre risk för vuxenpsykiatriska tillstånd jämfört med deprimerade barn som inte fått någon vård.

Studie IV är baserad på ULADS och undersöker sambandet mellan tonårsdepression och risken för marginalisering från arbetsmarknaden, inklusive möjliga mekanismer för utfallet. Studien visade att tonårsdepression generellt var förknippad med en ökad risk för senare marginalisering, såsom långtidsarbetslöshet och långvarig arbetsoförmåga. Dock försvagades flera samband efter att hänsyn tagits till viktiga störfaktorer. I subgruppsanalyser framkom det att de med ihållande depression i tonåren hade klart förhöjda risker för samtliga former av marginalisering, men detta kunde inte påvisas hos de med subklinisk eller episodisk egentlig depression efter att man tagit hänsyn till störfaktorer. Vad gäller överriskerna för marginalisering hos de med ihållande depression indikerade medieringsanalyser att sambanden i viss mån kunde förklaras av att deltagarna i många fall haft återkommande depression i tidigt vuxenliv. Vidare visade explorativa analyser att påbörjad högre utbildning, exempelvis universitetsstudier, hade en viss skyddande effekt mot risken för marginalisering, åtminstone för de som haft episodisk egentlig depression. Samtidigt framkom det att de med ihållande depression hade en fortsatt ökad risk för

senare marginalisering, oavsett utbildningsstatus i tidigt vuxenliv.

Studie V är baserad på ULADS och undersöker sambanden mellan tonårsdepression och transfereringar i socialförsäkringssystemet, vilket innefattar kostnaderna inom exempelvis sjukförsäkringen, arbetslöshetsersättningen och andra solidariskt finansierade utgifter, såsom ekonomiskt bistånd. Utöver att estimerar magnituden i transfereringarna kopplade till tonårsdepression så klassificerades alla deprimerade deltagare avseende olika kombinationer av tidigt debuterande psykiatrisk problematik. I korthet visade studien att tonårsdepression generellt var förenad med betydande transfereringar i vuxenlivet; totalt 938 US Dollar genomsnittligen i årliga merkostnader för varje deprimerad ungdom. Dessa kostnader drevs huvudsakligen av subgruppen med ihållande tonårsdepression. Vidare visade studien att även psykiatrisk samsjuklighet hade stor betydelse för magnituden i skillnaderna; deprimerade tonåringar med utåtagerande beteenden och ångestproblematik stod för särskilt höga transfereringar i vuxenlivet, motsvarande 1753 USDollar genomsnittligen i årliga merkostnader för varje drabbad ungdom.

Slutsats

Generellt kan sägas att avhandlingen visar att depression i barndomen/tonåren hänger samman med en förhöjd risk för långtgående negativa konsekvenser inom flera olika livsområden. Detta visar sig i att barn och ungdomar med depression har ökade förekomster av såväl psykiska sjukdomar som fysiska hälsoproblem, men även svårigheter med att etablera sig på arbetsmarknaden, ekonomisk utsatthet och andra sociala bekymmer i vuxenlivet. Flera av dessa longitudinella samband förefaller vara robusta även när hänsyn tas till en rad viktiga störfaktorer, såsom annan psykiatrisk problematik, familjesituation och olika negativa upplevelser under uppväxten. Emellertid är det viktigt att notera att de ogynnsamma utfallen är särskilt uttalade hos de ungdomar som varit drabbade av ihållande depression, medan det generella utfallsmönstret tycks vara spretigare för de med subklinisk eller episodisk egentlig depression. Vidare visar avhandlingen att tidigt debuterande depression har varaktiga samband med omfattande samhällskostnader över levnadsloppet, vilket främst gäller de som haft ihållande depression eller psykiatrisk samsjuklighet i form av utåtagerande beteenden och ångesttillstånd (i tillägg till tonårsdepression).

Sammantaget signalerar avhandlingens resultat att förebyggande åtgärder och utökade behandlingsinsatser, exempelvis inom skolväsendet, primärvården och inte minst barn- och ungdomspsykiatri, skulle kunna ha potential att reducera de långsiktiga samhällskostnader som visats vara förknippade med depression hos barn och unga. Förhoppningsvis skulle en sådan strategisk satsning medföra att fler individer erbjuds adekvat hjälp och vård i ett tidigt skede av sjukdomsförloppet, vilket torde förbättra den långsiktiga prognosen. Och möjligen även lönsamheten för samhället som helhet.

Denna text är doktorandens egen sammanfattning på svenska i avhandlingen.

Internet-based support and coaching

- Exploring the feasibility of an intervention for young people with ADHD and autism spectrum disorder

Helena Sehlin

Göteborgs universitet, licentiatavhandling



Foto: Shutterstock/ClaireM

Tonåren och åren som ung vuxen kan vara sårbara perioder för individer med utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser såsom ADHD och autism, och är ofta behäftade med en förlust av tidigare viktiga stödstrukturer. På grund av kärnsymtomen vid ADHD och autism, kan dessa individer också ha svårt att tillgodogöra sig traditionella stöd- och behandlingsinsatser. Forskning, som rör stöd och behandling för personer med ADHD och/eller autism i denna åldersgrupp, är begränsad. Det saknas även studier kring hur stödet bäst kan anpassas till individernas upplevda behov.

Syftet med denna uppsats var att studera genomförbarhet och preliminär effekt av en intervention; Internetbaserat stöd och coaching (IBSC), som inkluderar 8 veckors stöd och coaching via ett särskilt utformat chatprogram, två gånger i veckan (inklusive två klinikbesök). Interventionen studerades från två metodologiska perspektiv. **Studie I**, en icke-randomiserad kontrollerad studie, inkluderade 50 individer med ADHD och/eller autism i åldrarna 15–32 år i två naturalistiska kliniska miljöer. Deltagarna erhöll antingen IBSC (n=30) eller sedvanlig vård (Treatment as Usual: TAU) (n=20). Sex deltagare fullföljde inte IBSC. Självskattningsformulär som mätte livskvalitet, känsla av sammanhang, självkänsla, ångest- och depressionssymtom administrerades före och efter interventionen (8 veckor) samt efter 6 månader. **Studie II** avsåg undersöka hur de som erhållit IBSC upplevde interventionen. Sexton individer deltog och intervjuades med semistrukturerad intervju, som sedan analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat från **studie I** visade signifikanta mellangrupps effekter för ångestsymtom direkt efter interventionen och efter 6 månader, samt för depressiva symtom direkt efter interventionen. Resultaten förklarades delvis av en försämring i TAU-gruppen. Interventionsgruppen upplevde en signifikant förbättring avseende ångest och självkänsla vid 6-månadersuppföljningen. **Studie II** genererade tre teman; Att besluta sig för att delta, Att ta del i coaching-processen och Formatets betydelse, med totalt tio subteman. Sammanfattningsvis uppskattade deltagarna flera aspekter av formatet då det uppfattades gå i linje med deras behov, bland annat det text-baserade formatet och tillgängligheten i hemmiljön. Deltagarna beskrev också ouppfyllda behov och underströk vikten av coachernas kunskap kring utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser. En upplevelse av att en del av den personliga kontakten gick förlorad och önskemål om mer flexibilitet i förhållande till frekvens och kommunikationsform delgavs också.

IBSC förefaller som ett lovande stöd för unga individer med ADHD och autism. Framtida studier får visa om en specifik diagnosgrupp lämpar sig bättre för IBSC.

Denna text är doktorandens egen sammanfattning på svenska i avhandlingen.

ANNONS



Får kvinnor med schizofreni felaktig läkemedelsbehandling?

Bröstcancer är vanligare hos kvinnor med schizofreni än hos andra kvinnor. Orsakerna är sannolikt flera. Stegrat prolaktin anses vara en möjlig orsak till bröstcancer. Inom loppet av några månader har nu två stora registerstudier, en finsk och en amerikansk, visat att behandling med antipsykotiska läkemedel som orsakar prolaktinstegring ger en tydligt ökad risk för bröstcancer, men att behandling med antipsykotiska läkemedel som inte orsakar prolaktinstegring inte heller ökar risken för bröstcancer. Mot bakgrund av de nya studierna infinner sig frågan: Är det dags att sluta behandla kvinnor med antipsykotiska läkemedel som orsakar prolaktinstegring?

Att kvinnor med psykisk sjukdom och framför allt schizofreni löper större risk att dö tidigare i både cancer och andra somatiska sjukdomar är väl känt. Kvinnor med schizofreni får också i större utsträckning bröstcancer och de deltar i mindre utsträckning i mammografi. När de blir sjuka söker de vård i senare skede av sjukdomen, ofta när cancer redan är spridd. Psykossjukdomen i sig medför flera riskfaktorer. Schizofreni leder ofta till ett passivt liv utan fysisk aktivitet, dåliga kostvanor, fetma och diabetes. Kvinnor med psykossjukdom röker också mer än andra, har oftare ett missbruk, föder färre barn senare i livet och ammar mindre. Det finns många möjliga orsaker till att bröstcancer är vanligare hos kvinnor med schizofreni än hos andra.

Det har också forskats mycket på sambandet mellan förhöjt prolaktin och bröstcancer under senare år. Samtidigt har det funnits misstankar om att den förhöjda risken för bröstcancer hos kvinnor med schizofreni i viss mån skulle kunna vara relaterad till behandling med antipsykotiska läkemedel som orsakar hyperprolaktinemi. Det har varit svårt att slå fast ett samband och de studier som gjorts har varit delvis motsägelsefulla. Men, under slutet av 2021 och början av 2022 kom alltså två stora studier fram till samma resultat – antipsykotiska läkemedel som orsakar prolaktinstegring ökar risken för bröstcancer med mellan 50 och 60 %. Och det är bara de antipsykotiska läkemedel som orsakar prolaktinstegring som också ger en ökad risk för bröstcancer.

Den finska studien...

Först ut var ett finskt forskarlag under ledning av Jari Tiihonen som i oktober 2021 publicerade en studie i *Lancet Psychiatry* (Taipale et al. 2021). Studien omfattade 30 785 finska kvinnor

i åldrarna 18 till 85 år som under perioden 1972–2014 fått diagnosen schizofreni. Av dessa insjuknade senare 1069 även i bröstcancer och dessa jämfördes sedan med en kontrollgrupp bestående av drygt 5000 kvinnor med schizofreni men utan bröstcancer.

Det visade sig då att de kvinnor som medicinerat med icke prolaktinhöjande läkemedel, dit aripiprazol, klopazin och quetiapin räknades, inte hade någon ökad risk för bröstcancer. Däremot ökade risken med 56 % för de kvinnor som medicinerat med prolaktinhöjande läkemedel, dit alla antipsykotiska läkemedel förutom ovan tre nämnda räknades. Men av dessa var det bara de som medicinerat i mer än 5 års tid som hade en ökad risk för att insjukna i bröstcancer. De som medicinerat kortare tid än så med prolaktinhöjande antipsykotiska läkemedel hade inte en statistiskt säkerställd ökad risk.

Styrkan med den finska studien är den långa uppföljningen, 40 år, och att alla som ingick hade diagnosen schizofreni, både de som insjuknade i bröstcancer och kontrollerna. På så vis bör livsstilsfaktorer vara relativt lika i båda grupperna. Man lyckades också kontrollera för diabetes, antal barn, missbruk och andra läkemedel som kan påverka risken för bröstcancer. Dock kunde man inte justera för fetma, rökning eller hereditet för bröstcancer. En svaghet med studien är att man inte specifikt kunde analysera den eventuella risken för bröstcancer vid behandling med enbart aripiprazol eftersom läkemedlet introducerades på den finska marknaden först 2004. De ännu nyare icke prolaktinhöjande läkemedel som introducerats senare har förstås inte heller kunnat studeras (till exempel brexpiprazol och kariprazin).

... och den amerikanska

I januari 2022, alltså bara två månader senare, presenterades i *Journal of Psychopharmacology* en stor amerikansk studie på drygt 540 000 kvinnor (Rahman et al. 2022). Resultatet var nära identiskt med den finska studien. I studien ingick kvinnor som under åren 2007 till 2016 förskrivits neuroleptika, oavsett diagnos.

I den amerikanska studien delades de antipsykotiska läkemedlen in i tre grupper utifrån risken att orsaka prolaktinökning. I grupp 1, hög risk, ingick första generationens neuroleptika som t.ex. haloperidol men också risperidon och paliperidon som har en väl dokumenterad risk för utveckling av hyper-



prolaktinemi. I grupp 2, viss risk, inkluderades olanzapin, lurasidon och iloperidon. I grupp 3, lägst eller ingen risk, ingick aripiprazol, kariprazin, klopazin, quetiapin, asenapin, brexpiprazol och ziprasidon. Som kontrollgrupp valde man kvinnor som medicinerade med litium eller antiepileptika istället för neuroleptika. Genom att välja kvinnor med i huvudsak bipolär diagnos som kontroller hoppades man komma undan en del "confounders" som är relaterade till allvarlig psykisk sjukdom.

Man fann en ökad risk för invasiv bröstcancer på mellan 54 och 62 % för kvinnor som behandlats med antipsykotiska läkemedel ur grupp 1 och 2. Skillnaden mellan dessa grupper var förvånansvärt liten. Däremot såg man ingen ökad risk alls för bröstcancer hos kvinnor som behandlats med läkemedel ur grupp 3.

Svagheten med den amerikanska studien var att uppföljningstiden var kort, med en median på 4 år, vilket i cancersammanhang är kort. Kvinnorna i studien var också alla under 65 år och man kunde inte kontrollera för kända riskfaktorer såsom livsstil, övervikt, ärflighet för bröstcancer, alkohol med flera faktorer som kan påverka risken för bröstcancer.

Dags att tänka om?

Finns det då anledning att tänka om när det gäller hur vi kliniskt hanterar kvinnor som behöver långvarig behandling med antipsykotiska läkemedel? Man kan givetvis invända att riskökningen i ovan nämnda studier inte är tillräcklig och att båda studierna har sina svagheter. Men samtidigt så betyder en riskökning på 50–60 % att ett stort antal kvinnor drabbats av bröstcancer, vilket kanske hade kunnat undvikas.

Att förhöjt prolaktin ska hanteras, oftast genom dosminskning, preparatbyte eller tillägg av en partiell dopaminagonist, tycks de flesta vara överens om. I synnerhet som förhöjt prolaktin ju också är en känd riskfaktor för osteoporos. Kvinnor löper som bekant redan från början en klart högre risk att utveckla osteoporos än män. Man kan då fråga sig om vi överhuvudtaget ska utsätta kvinnor för en ytterligare ökad risk för både bröstcancer och osteoporos genom att använda prolaktinhöjande läkemedel när det oftast finns flera andra läkemedel att tillgå.

Studierna ovan har endast fastställt ett samband mellan behandling med läkemedel som kan ge prolaktinökning och en ökad risk för bröstcancer. Ingen av dem har mätt några koncentrationer av prolaktin och korrelerat risken med t.ex. ett tröskelvärde. Hur sambandet mellan prolaktinhöjande läkemedel, prolaktinvärde och risk för bröstcancer i praktiken ser ut vet vi fortfarande inte mycket om.

Kan vi inför patienter och deras anhöriga motivera att vi väljer att behandla kvinnor med läkemedel som ökar risken för både osteoporos och bröstcancer när det oftast finns ett flertal alternativ? Idag är åtminstone ett prolaktinhöjande läkemedel

förstahandsval på samtliga Regioners rekommendationslistor. Är det i längden försvarbart? Även inom barn- och ungdomspsykiatri används prolaktinhöjande läkemedel på unga kvinnor. Vågar vi fortsätta så med tanke på vad som kan visa sig bli resultatet om 20–30 år?

Åsa Konradsson-Geuken

Universitetslektor och docent i farmakologi, Uppsala universitet

Ylva Wächter

Specialist i psykiatri med inriktning mot psykosjukdomar

Bägge är också medförfattare till boken Schizofreni: livet med en psykosjukdom.

Foto: Tove Gunnarsson

Referenser finns på www.svenskpsykiatri.se



Äldrepsykiatri är en psykiatrisk specialitet i den mening som avses i 39 § LPT och 23 § LRV och specialister i äldrepsykiatri kan ges chöl-delegation att sköta LPT

Foto: Shutterstock/Photographie.eu

Äldrepsykiatri blev en medicinsk specialitet 2015 i form av tilläggspecialitet till inte bara psykiatri, utan även till geriatrik. Detta var naturligt då ansvaret för demenssjukdomar, en viktig del av äldrepsykiatrin, faller under psykiatrin i vissa delar av landet och under geriatriken i andra områden. Geriatrik som basspecialitet ökar också rekryteringsbasen till specialiteten och övrig geriatrik kunskap och erfarenhet är också en stor tillgång i det äldrepsykiatriska arbetet. Allt fler kollegor runt om i landet genomgår nu ST i äldrepsykiatri och omkring 15 läkare har redan blivit färdiga. Alla utom en har psykiatri som basspecialitet och några har både psykiatri och geriatrik i botten.

När målbeskrivningen för specialiteten togs fram förutsattes det att alla specialister i äldrepsykiatri skulle kunna inneha chefsöverläkardelegation för LPT. Detta är en självklarhet för att klara av hela det äldrepsykiatriska spektrat, och för att kunna arbeta som överordnad på en psykiatrisk klinik. Socialstyrelsen gjorde emellertid senare tolkningen att detta inte var möjligt, då äldrepsykiatriker med bakgrund som geriatriker inte är specialistläkare i psykiatri, eftersom äldrepsykiatri är en *tilläggspecialitet*. Detta gjorde att inflödet av geriatriker till specialiteten upphörde.

Trots upprepade påstötningar från SFÄP till Socialstyrelsen fick denna tolkning gälla. SFÄP tog då kontakt med riksdagsledamoten Barbro Westerholm (L) och bad om hjälp. Barbro Westerholm ställde en s.k. *skriftlig fråga* 2018/19:952 i riksdagen till sjukvårdsminister Lena Hallengren, som gick vidare med ett s.k. *regeringsuppdrag* till Socialstyrelsen att gå igenom frågan.

Svaret på regeringsuppdraget kom hösten 2021 och visade att det faktum att äldrepsykiatri indelats under rubriken "Tilläggspecialiteter" saknar betydelse för möjligheten att få CHÖL-delegation.

Det är olyckligt att det fått ta sju år att göra denna tolkning (som SFÄP gjorde från början). Administration av så här viktiga frågor måste effektiviseras.

Läs själva i svaret på Socialstyrelsens regeringsuppdrag: **"Förutsättningar för vissa läkare att fullgöra uppgifter enligt LPT. Redovisning av regeringsuppdrag"**

"Socialstyrelsen har efter en genomgång av relevanta författningar samt förarbeten funnit att äldrepsykiatri är en psykiatrisk specialitet i den mening som avses i 39 § LPT samt 23 § LRV. I 5 kap. 1 § SOSFS 2015:8 finns en rubrik som heter "Psykiatriska specialiteter" där barn- och ungdomspsykiatri, psykiatri och rättspsykiatri anges medan äldrepsykiatri inte finns uppräknad under den rubriken utan i stället återfinns under rubriken "Tilläggspecialiteter". Indelningen av specialiteter i SOSFS 2015:8 har dock ingen formell koppling till LPT och rubriksättningen har inte gjorts med LPT i åtanke. Att äldrepsykiatri inte återfinns under rubriken "Psykiatriska specialiteter" innebär således inte att äldrepsykiatri inte kan vara att anse som en psykiatrisk specialitet i den mening som avses i 39 § LPT och 23 § LRV. Rubriksättningen är nämligen inte normgivande och är inte tänkt som en definition av psykiatriska specialiteterna. Anledningen till att äldrepsykiatri är en tilläggspecialitet är istället att det är den mest logiska indelningen och att man velat bredda ingången för vilka som kan bli äldrepsykiatriker. Att äldrepsykiatri indelats under rubriken "Tilläggspecialiteter" har således ingen betydelse för deras möjlighet att ges CHÖL-delegation."

Slutsatserna är att

- Äldrepsykiatriker kan få CHÖL-delegation för LPT oavsett basspecialitet.
- Geriatriker kan utbilda sig till äldrepsykiatriker och sedan tjänstgöra som överordnade på psykiatriska kliniker.
- Sätt igång att utbilda fler såväl specialister i psykiatri som geriatrik till äldrepsykiatriker! Specialiteten behövs.

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

Har du uppdaterat dina kontaktuppgifter på kansliet?

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

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

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

För säkerhets skull!

Samhälls- intresserade kollegor se hit!

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

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

Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen



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

Arrangör

Janssen och Lif

Tidpunkt

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

Prioriterade behov av kunskap och utveckling inom BUP heldygnsvård – ett samverkansprojekt mellan SBU och Socialstyrelsen

Vad tycker de som vårdats inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) heldygnsvård, deras anhöriga, samt yrkesverksamma inom området att vården behöver mer kunskap om? Var finns det utvecklingsbehov inom BUP heldygnsvård? SBU och Socialstyrelsen har i ett projekt efterfrågat vilka kunskaps- och utvecklingsbehov som patienter, anhöriga och vårdpersonal tycker är allra viktigast att jobba vidare med för att förbättra vården.

Resultatet kan användas av beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, barnpsykiatriska verksamheter samt professionsföreningar, vid styrning och utveckling av vården och dess innehåll. Det kan även vara viktig kunskap för forskare och forskningsfinansiärer när ny forskning initieras.

Arbetet visar att det finns en samstämmighet mellan vad patienter, anhöriga och de som arbetar inom området tycker är viktiga kunskaps- och utvecklingsbehov. Samtliga lyfter särskilt behov av utveckling vad gäller BUP heldygnsvårds organisation, uppdrag, syfte, innehåll och utförande. De lyfter även ett behov av kunskap och utveckling gällande samverkan med andra aktörer både inom och utanför sjukvården.

De kunskapsbehov som lyfts fram som särskilt viktiga i det aktuella projektet handlar om stora och grundläggande delar inom BUP heldygnsvård. Det handlar främst om områden där det finns behov av verksamhetsutveckling av olika slag, till exempel hur innehållet i heldygnsvården kan läggas upp och utvecklas, hur implementering av redan befintlig kunskap kan ske, samt kunskapshöjande insatser till personalen. För vissa av kunskapsbehoven kan det även handla om diskussioner som behöver föras på ledningsnivå. Exempel på sådana områden är de som handlar om BUP heldygnsvårds organisation, uppdraget för BUP heldygnsvården, dvs vilken vård som ska bedrivas och med vilka resurser samt vilken kompetens som utifrån detta bör finnas hos personalen.

Då flera av de prioriterade behoven är breda kan det se ut som att det i stort helt saknas kunskap men så är självklart inte fallet. Ett av de stora problem är just att uppdraget är otydligt definierat, patienterna ofta mycket komplexa som kräver individuella lösningar och samverkan med många aktörer menar Susanne Buchmayer, ordförande i SFBUP som medverkat som sakkunnig i projektet. Oklarheter kring BUP heldygnsvårds syfte, uppdrag och de komplexa patienterna försvårar även forskningen inom området. Något som togs upp under ett webinarium som Socialstyrelsen och SBU höll efter det att rapporten publicerats.

De högst prioriterade kunskapsbehoven, prio 1:

- Kunskap om behandling vid olika diagnoser, problematik och samsjuklighet som förekommer inom BUP heldygnsvård t.ex. ätstörningar, självskadebeteende och autism.

- Kunskap om bemötande/förhållningssätt inom BUP heldygnsvård utifrån samtliga förekommande diagnoser och specifik problematik inom psykiatri.
- Kunskap om vilken vård som är meningsfull inom BUP heldygnsvård, dvs. hur kan innehållet i heldygnsvården läggas upp och utvecklas?
- Kunskap om hur samverkan kan organiseras mellan olika aktörer utanför sjukvården (socialtjänst, skola, polis) samt med öppenvården vid inläggning, behandling och uppföljning inom BUP heldygnsvård.

De näst högst prioriterade kunskapsbehoven, prio 2:

- Vad är effekten av tvångsåtgärder (t.ex. sondermatning eller bältning) inom BUP heldygnsvård och vad är patienter och anhörigas upplevelse?
- Hur skapas förutsättningar för en bra fysisk, psykisk och social vårdmiljö dvs. både lokaler, aktiviteter, stämning, känsla av trivsel etc. inom BUP heldygnsvård?
- Kunskap om djupgående utredning som pågår kortare eller längre tid under behandlingstiden inom BUP heldygnsvård och även tar in sociala faktorer t.ex. hemförhållanden och livssituation som kan påverka barnets mående.
- Vad är effekten av att vårdas i BUP heldygnsvård samt betydelse av vårdtidens längd? När bör man skrivas ut?
- Vad är effekten av att blanda patienter med olika typer av diagnoser, åldrar och problem inom BUP heldygnsvård och vad är patienter och anhörigas upplevelse av detta?
- Vilket stöd bör anhöriga få när inläggningen pågår inom BUP heldygnsvård?
- Vilka yrkeskategorier behövs inom BUP heldygnsvård, vilka roller ska de ha och vilken kompetens krävs för att bedriva heldygnsvård med god kvalitet? Exempelvis betydelse av att psykolog och socionom medverkar, effekt av specialisering av sjuksköterskor och skötare samt personalens kunskaper inom barn- och ungdomspsykiatri.

Hela publikationen hittar ni på www.sbu.se/330.

Länk till webinarium om rapporten: <https://www.youtube.com/watch?v=LFkYbtcwwIU>

Susanne Buchmayer
Överläkare, ordförande i SFBUP

Karin Rydin
Projektledare, SBU

Nathalie Sundberg
Patientsakkunnig, ambassadör Hjärnkoll



**Förlängd
ansökningstid
till 1 maj!**



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 maj. Stipendierna finansieras av Stiftelsen Natur & Kultur och i år finns mer medel än tidigare att söka, totalt 230 000 kr.

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 60 000 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 maj 2022. Tiden har förlängts med anledning av den pågående covid-19-pandemin. Resor som stipendiemedel söks för ska planeras genomföras detta år, men om pandemin gör det omöjligt att förverkliga planerna finns möjlighet till uppskov till nästa år. Stipendiaternas namn tillkännages i maj.

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 framtida 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

IOC World Conference on Prevention of Injury & Illness in Sport

Monaco, 25–27 november 2021
Reseberättelse och reflektioner



Trots att konståkning globalt lockar flera hundratusen deltagare finns det väldigt lite forskning om unga konståkarens hälsa. Studier på vuxna konståkare på elitnivå indikerar dock en hög prevalens av överbelastningsskador liksom en tydligt ökad risk för psykisk ohälsa.

Sedan oktober 2020 är jag doktorand vid Athletics Research Center (<https://liu.se/forskning/athletics-research-center>) vid Linköpings universitet med ett tvärvetenskapligt projekt om hälsan hos konståkare, vilket jag kombinerar med arbete som underläkare på BUP vid Linköpings Universitetssjukhus. Mina doktorandstudier har en tvärvetenskaplig ansats där jag undersöker måendet hos unga konståkare i ett vidare perspektiv, med ett unikt fokus på hälsan hos idrottande barn/ungdomar och våld mot barn inom idrott.

Till min hjälp har jag handledare med forskningserfarenhet inom bland annat socialmedicin, idrottsepidemiologi, övergrepp inom idrott, ortopedi, barnpsykiatri, dans, fysioterapi och parasport. Min forskning bedrivs helt oberoende, men har stöd från Svenska Konståkningsförbundet.

Världskonferens om prevention av skador och sjukdomar inom idrotten

I november 2021 var jag på idrottsmedicinsk konferens i Monaco, anordnad av Internationella Olympiska Kommittén (IOK). Eftersom jag blev doktorand under covid var detta första gången jag var på en fysisk konferens. Jag presenterade en sammanfattning från en av mina studier på konferensen, vilken finns publicerad som konferens-abstract i British Journal of Sports Medicine (<http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2021-IOC.429>).

Konferensen var i stort en fantastisk upplevelse – jag fick lyssna till flera spännande symposier och gavs möjlighet att prata med många av världens ledande idrottsmedicinska forskare. En av mina doktorandhandledare, Kristina Fagher (<https://www.researchgate.net/profile/Kristina-Fagher>), var på plats i Monaco, och genom att klistra mig vid henne blev jag introducerad för många av hennes kollegor från hela världen. I en rulltrappa hann jag bli introducerad för Editor-in-Chief vid BMJ Open Sport & Exercise Medicine, Evert Verhagen, och få förfrågan om att bli Associate Editor (<https://blogs.bmj.com/bmjopensem/2022/01/14/meet-greet-the-team-moa-jederstrom/>).

Reflektioner om den idrottsmedicinska forskningsmiljön

Det var en intressant upplevelse att delta i en internationell idrottsmedicinsk konferens som ung kvinnlig klinisk forskare. Ofta blev jag misstolkad för att vara fysioterapeut. Inte sällan (och många gånger från lite äldre män) fick jag ett helt annat bemötande de gånger jag korrigerade och sa att jag var läkare...

Det fanns på konferensen symposier om bland annat sömn, relativ energibrist, *safeguarding* och mental hälsa – samtliga på lite mer generell nivå än vad jag förväntat mig. Jag har i efterhand förstått att denna konferensupplaga bör ses som ett rejält lyft jämfört med tidigare IOK-konferenser, där det historiskt ska ha varit stort fokus på manliga elitidrottare och de stora lagsporterna med typexemplet återgång till träning och match efter hamstringsskada i elitfotboll.

Nämnvärt i sammanhanget är dock att samtliga i organisationskommittén var äldre män, och att endast en av sex KEYNOTE-presentatörer var en kvinna. En av dagarna följde jag med min

doktorandhandledare till en postersession där hon var moderator. Vi trodde det skulle vara svårt att komma på frågor, men det visade sig att till de allra flesta fungerade frågan *"Did you include any female athletes?"* eftersom det inte tydligt framgick från vare sig postern eller presentationen...

Slående var även skillnaderna i de socioekonomiska förutsättningarna och perspektiven på idrottarna som ingick i studierna. Det blev nästan surrealistiskt att lyssna på forskningsresultat från till exempel idrottskliniker i Qatar där unga pojkar monitoreras *dagligen* av fysioterapeut (var är överförbarheten i de resultaten?), eller forskare som presenterar *utfallssteg* som det mest viktiga att lägga resurser på (men jag undrar då hur ungdomarna mår i övrigt?).

Generellt saknade jag ett breddidrottsfokus, liksom ett helhetsperspektiv där man tar hänsyn till både fysisk och psykisk hälsa och beaktar flera av de aspekter som känns så självklara inom barnpsykiatri (som vikten av bra vanor för kost/sömn, lagom dos fysisk aktivitet, rimliga krav i skolan, tid till återhämtning, stöd från familj/vänner/partner, etc).

Child Abuse in Sport: European Statistics (CASES)

Via min huvudhandledare blev jag inbjuden till World Athletics (vars huvudkontor ligger i hamnen i Monaco!) som tillsammans med flera ledande forskare och universitet från Europa (med stöd av Europakommissionen) gjort en stor studie över våld mot barn inom idrott (<https://www.worldathletics.org/.../new-research-child...>). I studien har unga vuxna européer mellan 20–30 år tillfrågats om sina erfarenheter av övergrepp inom idrott under uppväxten.

Det var ett väldigt intressant och tankeprovocerande event att delta vid. Jag reagerade på att idrotten verkar vilja bygga egna parallella system för safeguarding istället för att knyta an till internationella och nationella etablerade resurser via till exempel UNICEF eller WHO (och i Sverige Barnafrid). På samma vis har jag som novis inom området svårt att förstå om idrotten kan betraktas vara så fundamentalt annorlunda från övriga samhället att den kräver egna definitioner på våldsutsatthet och upplevelser av övergrepp, liksom den faktiska tillförlitlighetsgraden av screeningformulär vid trauma.

Mot slutet av seminariet lyfte läkare från World Athletics att safeguarding inom idrott inte nödvändigtvis är en medicinsk angelägenhet. Från mitt begynnande barnpsykiatriska perspektiv kändes det smått olustigt att höra, då bristande safeguarding såklart påverkar måendet hos de barn som inte skyddas från negativa upplevelser. Jag tänker att det alltid bör vara en medicinsk angelägenhet, oavsett om de negativa upplevelserna är olagliga eller inte i det land där barnet befinner sig.

Likasa blev jag konfunderad när representanter från Athletics Integrity Unit (AIU) beskrev hur de nu ska börja ta på sig hantering

av barn som utsatts för övergrepp inom idrott. Detta dels för att AIU (vad jag förstod) inte har (medicinsk) utbildning eller erfarenhet för detta, dels för att (i min värld) är ju den absoluta majoriteten av alla idrottare barn – och de verkar inte ha fångats upp tidigare (!).

Eftersmak

IOK anordnar traditionellt den här konferensen vart tredje år, med tillhörande överdåd – urval följer:

Jag övertog hotellrum från en av IOK inbjuden kollega som inte hade möjlighet att resa – vilket visade sig vara ett femstjärnigt hotell på stranden i Monaco! På invigningen av konferensen deltog prins Albert II av Monaco (med väldigt många säkerhetsvakter). Lunchen varje dag var trerätters från ett av flera (!) femstjärniga konferenshotell och serverades i en Nobel-liknande sal. Hotellpersonal tillhandahöll friskt med tilltugg/fika varje för- och eftermiddag och kvällstid serverades drinkar i överflöd.

Min ribba är nu lagd för allt framtida konferensdeltagande.

Konferensen ger också en bitter eftersmak. Genom att arrangeras på en så dyr och "exklusiv" plats som Monaco exkluderas per automatik forskare från t.ex. Asien, Afrika och Sydamerika, samt från mindre etablerade forskargrupper.

Även ur covid-synpunkt var konferensen en annorlunda upplevelse. Många forskare från USA hade inte fått utresetillstånd och det var ingen närvarande från Australien eller Nya Zeeland. De sista dagarna på konferensen kom de första medierapporterna om omikron, vilket medförde att många forskare från Sydafrika blev tillfälligt strandsatta i Monaco...

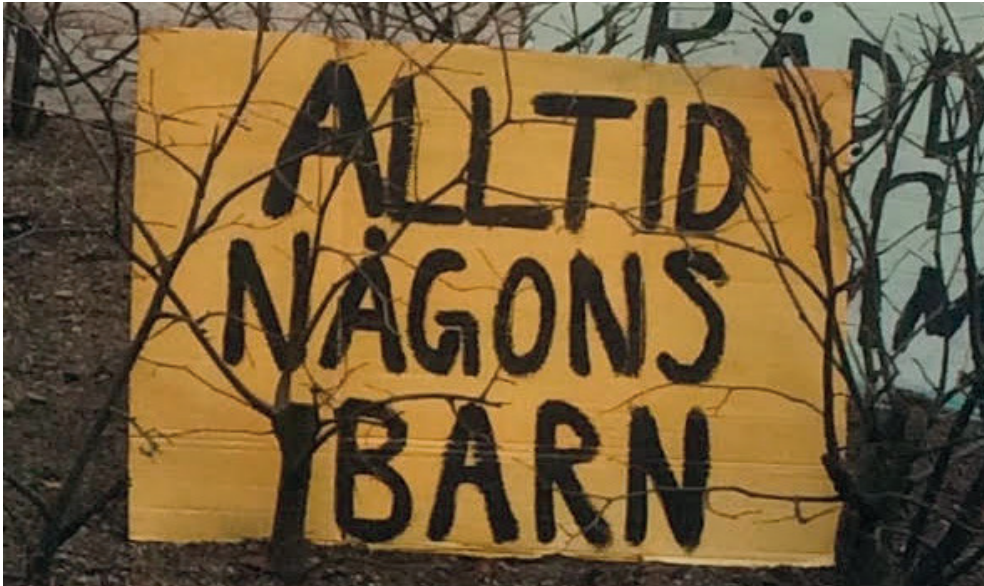
Målbild

Jag är åter i Sverige med många nya idéer och tankar till min framtida forskning – och en stärkt motivation för att fortsätta jobba mot hälsosamma och positiva idrottsupplevelser för alla!

Moa Jederström,
Underläkare före AT, BUP US, Linköping
Doktorand i idrottsmedicin, Athletics Research Center,
Linköpings universitet
Twitter: @MJederstrom

På fotot: Moa Jederström och Kristina Fagher

Synpunkter efterlyses på delbetänkande från "Samsjuklighetsutredningen"



Plakat från närstående som protesterade framför hearing i Socialutskottet initierat av "Sannes" anhängare 28 februari 2019

Till SPF:s styrelse kommer årligen ett flertal remisser där vi får möjlighet att påverka svensk psykiatri genom remissvar. Detta innebär unika påverkansmöjligheter och styrelsen lägger ner stor del av sin tid på att svara. Just nu arbetar vi bland annat med ett remissvar på delbetänkandet i utredningen "Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet", SOU 2021:93 eller den så kallade Samsjuklighetsutredningen. Remissvaret på delbetänkandet ska lämnas den 30/4.

I samband med tyngre och särskilt betydelsefulla remisser så inhämtar styrelsen information och synpunkter från andra.

Jag tog därför kontakt med Gerhard Larsson som var ansvarig för Missbruksutredningen, SOU 2011:36, och jag intervjuade honom för Svensk Psykiatri nr 4 2021 innan delbetänkandet kommit ut den 25 november för att få hans input. Gerhard beklagar först att Missbruksutredningens förslag från 2011 inte redan tidigare lett till att dåvarande eller någon av efterföljande regeringar lämnat en proposition kring bland annat en förbättrad lagstiftning för beroendevård som kunnat leda till förändring. Han välkomnar emellertid att frågan lyfts igen men beskriver en oro för att även denna utredning ska "bli liggande" och att fler år ska passera där människor inte får adekvat behandling eller ingen behandling alls, delvis relaterat till att regering och riksdag inte aktualiserar förslag från utredningar i frågan. Han välkomnar också flera av betänkandets förslag som delvis är samma som vid missbruksutredningen från 2011, exempelvis en ny och eller förbättrad lag med stärkt ansvar för regionerna, samt uppskattar bland annat tillägg kring-

behandling av spelberoende som ökat senaste åren. Han önskar emellertid också förtydliganden i förslaget kring vilket behandlingsansvar regionerna har och ser vissa andra svagheter i förslaget där ibland otydlighet kan leda till osäkerhet vid genomförande.

Gerhard Larssons välgrundade synpunkter på stundande remissvar är oerhört värdefulla för styrelsens fortsatta arbete med frågan. Även dina synpunkter har betydelse, så hör av dig till oss med fler så vi kan få till ett starkt och bra remissvar för förbättrad vård för människor med beroendetillstånd. Om Samsjuklighetsutredningen till sist kommer leda till förslag om uppdaterade lagar med ökat ansvar för Regionerna så kommer också den komplexa frågan kring skatteväxling att bli en mycket stor utmaning. Ett ökat behov av specialister inom både primärvård och specialistpsykiatri bedöms också behövas i framtiden.

Ingen vet exakt vad beroendetillstånden kostar i samhället men i samband med missbruksutredningen 2011 räknade man med att kostnaden var cirka 150 miljarder. Oavsett den ekonomiska kostnaden är den humanistiska omätbar och det är av stor vikt med förbättrad vård för denna patientgrupp.

En annan sak som är säker, frågan är inte ny. Professor emeritus Lennart Wetterberg med flera lyfte behovet redan på 70-talet och skrev en del artiklar om detsamma till Läkartidningen och sedan dess har näst intill oräkneliga regeringar passerat utan att nödvändiga reformer genomförts.

Text och foto:

Maria Larsson
Vice Ordförande SPF

Lite tips till dig som kommer på SPK 2022

Det finala programmet hittar du på www.svenskapsykiatrikongressen.se och i programbroschyren du fick när du registrerade dig

Ta ansvar för att skydda dig själv och andra mot smittspridning
Alla har ett eget ansvar att skydda sig själva och andra mot spridning av covid-19



Tvätta händer ofta – försök hålla avstånd

Särskilda rekommendationer för att skydda dig som är ovaccinerad

Om du inte har vaccinerat dig bör du vara särskilt försiktig. Det innebär att du bör undvika trängsel och stora folksamlingar inomhus



Orkester för Fester



På begäran spelar även i år Orkester för Fester. Allt från lugna låtar med Nora Jones till AC/DC. De spelar under minglet och middagen. För att undvika köer – köp dina dryckessbiljetter till middagen innan. Försäljning sker i baren i Mässhallen under onsdag och torsdag. Under minglet bjuds det på 1 glas bubbel/eller alkoholfritt alternativ, om du önskar mer kan du köpa dryckesbiljett i baren INNAN minglet.



Värmande stämning gav inspiration till etik och vetenskap

SPF-styrelsens decemberkonferens

Efter ytterligare ett digitalt möte i november var det åter dags för styrelsen att samlas för en minikonferens som avslutning på året. I december mötte vi upp från olika delar av landet i ett julstämningsskapande och anrikt Sigtuna. Symtomfria styrelsemedlemmar kunde mötas i en varm och välkomnande historisk miljö medan hostande och bitvis ganska sjuka deltog tappert via cyberspace för att tillsammans bidra till fortsatt utveckling av svensk psykiatri.

Planering av SPK

Med hopp i sinne trots uppseglande tredje våg av senaste versionen av corona så ägnades stor del av mötet till kongressplaneringen för SPK 2022. När du läser detta så befinner du dig kanske redan på kongressen i Münchenbryggeriet i Stockholm den 16–18 mars. Det är med stor glädje vi ser den mångfald av inlag som finns i programmet, du kan ta del av senaste version på hemsidan www.svenskapsykiatrikongressen.se. En sann inspiration att se vilket engagemang och kunskap vi har i vår förening.

Påverkan genom remissarbete

Under decemberkonferensen fortsatte styrelsen sitt ständiga arbete med att påverka psykiatri i Sverige genom att svara på remisser. Vid detta möte diskuterades bland annat underlag för remissvar till frågan om reglering av privata sjukvårdsförsäkringar och vi följde upp kring tidigare remissen "Börja med barnen". Vi påbörjade även arbetet med remissvar gällande utkast till lagrådsremiss rörande könstillhörighet.

Styrelsen får många remisser och att arbeta med svaren på detta är en av våra huvuduppgifter. Har du särskilda områden där du vill bli tillfrågad om att bidra till arbetet vill vi återigen rekommendera dig att höra av dig till oss och vi tar tacksamt emot input om ni hör av er för att stärka svaren i olika frågor.

Nya möjligheter

Med sikte inställt på nya möjligheter efter att pandemin klingat av så diskuterade vi även olika alternativ för att bidra till fler mötesplatser och utbildningsmöjligheter via SPF. Därutöver berördes möjligheten till utvecklande av ett Specialistläkarprov som förslagsvis genomförs första gången i slutet av ST-utbildningen och

som senare färdiga specialister kan rekommenderas genomföra med viss regelbundenhet. Frågan kommer diskuteras vidare med prioritet i styrelsen och förstås i Utbildningsutskottet som också sedan en tid jobbat med och diskuterat frågan. Vidare fortsatte vår planering för gemensam kongressresa med SPF till ECNP i Wien 15–18 oktober i år. Vi hoppas verkligen få möjlighet att möta er där.

Betydelsefullt årsmöte

Decembarmötet ägnades även åt arbetet med de förberedelser och stadgeförändringar som behövs för att SPF ska kunna bli en medlemsförening i SLS enligt beslut taget på tidigare årsmöte. Med stöd av SLS rådgivande insatser landade vi i formella förändringsförslag och beslut kring dessa nödvändiga stadgeförändringar tas på årsmötet som äger rum den 17:e mars klockan 17:15 i Arkaden på Münchenbryggeriet i Stockholm. Då kommer vi även att gå igenom årets arbete, ekonomin och andra viktiga frågor. Varmt välkommen då!

Arbetet i styrelsen går alltjämt vidare. Vi ser fram emot att tillsammans med er och i samverkan med andra bidra till en fortsatt världsledande psykiatri i ständig utveckling.

För Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse

Martin Hultén
Ordförande

Maria Larsson
Vice ordförande

Foto: Martin Hultén





ADHD-behandling – för bra för att vara sann

Psykiatern Olle Hollertz har nedtecknat sina erfarenheter och reflektioner från ett långt yrkesliv som psykiater i Oskarshamn under titeln **Adhd – från vaggan till graven**. I förra numret publicerade vi den första delen av hans text, här följer nu den andra.

Foto: Shutterstock/MIA Studio

Den farmakologiska adhd-behandlingens pionjärer

Adhd hade i mitten av 1900-talet identifierats bland ungdomar på en uppfostringsanstalt i USA, även om diagnosen inte formulerats. Effekten av centralstimulantia (CS) beskrevs i en artikel av Charles Bradley, publicerad i *The American Psychiatric Journal* 1937 (1).

"Charles Bradley noted that 14 of 30 children with behavior problems showed a 'spectacular change in behavior, remarkably improved school performance' during 1 week of treatment with benzedrine. His subsequent research and that of others established the benefit of psychostimulants in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Bradley's 1937 observation now stands among the most important psychiatric treatment discoveries.

Teachers noticed that some of the children taking benzedrine experienced a striking improvement in their schoolwork. The children themselves noticed the improvement and dubbed the medicine "arithmetic pills." Bradley pursued the discovery in a controlled trial that showed benzedrine's beneficial effect on school performance.

Bradley's pursuit of this chance observation is of particular note in the light of psychiatric practice at the time. Psychological interventions were regarded as the obvious treatments for behavior disorders. Although Bradley and his colleagues published their observations in prominent journals and they were reported in the media as well, 25 years passed

before anyone attempted to replicate his observations, and more than 25 years passed before stimulants became widely used for ADHD."

På 1980-talet definierade och avgränsade Christopher Gillberg, barnpsykiater i Göteborg och hans grupp, en symptombild som fick benämningen DAMP (Deficits in Attention, Motor control and Perception) och barn och ungdomar började behandlas med CS. Diagnosen och behandlingen väckte starka känslor, som övergick till en infekterad debatt i media. Tiden gick och barnen blev äldre, men symtomen i form av hyperaktivitet och koncentrationsproblem fortsatte att komplicera tillvaron.

I början av det tjugoförsta millenniet fanns det ett fåtal psykiatriker som hade erfarenhet av att behandla vuxna med CS. Några föreläste om adhd hos vuxna, bland andra Jarl Tevebring, Kjell Modigh och Lena Nylander, vilka beskrev symptombild och den relativt okomplicerade behandlingen med CS. Jag var en intresserad åhörare och insåg att många av mina patienter uppvisade en symptombild som överensstämde med adhd, men de hade fått diagnosen borderline och antisocial personlighetsstörning, eller någon typ av ångestsyndrom. Det gällande paradigmet på vår mottagning var psykodynamiskt och det fanns ingen plats för ett psykiskt tillstånd där genetiken och arvet hade en avgörande betydelse för hur personlighet tog sig uttryck. Det är lätt att förstå motståndet och orsaken till konflikter.

Personliga erfarenheter interagerar med min yrkesutövning

Kanske hade min egen erfarenhet av en endokrinologisk sjukdom betydelse för att det var självklart för mig att förstå hur kemiska substanser kan påverka psyket och din personlighet. I början av 1990-talet utvecklade jag ett hormonproducerande makroprolaktinom. Jag fick erfara hur höga nivåer prolaktin gjorde mig mer introvert och ängslig. Jag behandlades framgångsrikt med bromokriptin, tumören krympte, men jag blev också mer energisk och extrovert. I efterhand skulle jag beskriva mig som lätt manisk, med stänk av tvångskaraktär, vilket gjorde jag att genomförde många olika projekt både som psykiater och privat. Jag misstänker att en förklaring till min personlighetsförändring, inte dramatisk, men tydligt märkbar för mig själv och omgivningen, var att bromokriptin är en mild dopaminagonist, liknande amfetamin.

Jag läste på om bromokriptin och upptäckte då att man i Lund på 1950-talet hade behandlat schizofrena patienter med låga doser centralstimulerande och erfart en positiv effekt. (2). I början av 2000-talet krävdes licens för att behandla vuxna med adhd, vilket var en omständlig procedur. Trots att jag nog insåg det mycket okonventionella i att försöka behandla schizofrena patienter med amfetamin gjorde jag ett försök. Det var en medelålders man, med missbrukarbakgrund och schizofrenidiagnos, men också en mycket påtaglig ångest och rastlöshet. Först prövade jag att behandla honom off label med bromokriptin och såg en positiv effekt. Licensavdelningen på Läkemedelsverket gav avslag på min ansökan gällande amfetamin, men detta beslut överklagade jag till Länsrätten i Uppsala, som beviljade tillstånd. Patienten behandlades med amfetamin och en stor del av hans rastlöshet och ångest försvann, men han var fortfarande en kroniskt schizofren patient. Hade denna patient som ung fått kontakt med en psykiatri, som hade kunskap om adhd, hade han sannolikt fått denna diagnos. En orsak till att jag vågade mig ut på detta behandlingsäventyr var nog att jag på en WPA-kongress i Stockholm lyssnade på dr Herbert Meltzer. Han var välkänd inom psykiatin då han varit med och utvecklat clozapine (Leponex) och hans hypotes varför clozapine var effektivt var att det har en mild dopaminagonistisk effekt.

Adhd hotar ett dominerande paradigm – blir ett existentiellt hot

Det har varit en lång och tidvis tuff kamp att etablera de så kallade neuropsykiatriska diagnoserna, adhd och autismspektrumstörning (AST)/Aspergers syndrom, på en vanlig psykiatrisk öppenvårdsmottagning i landsorten. Jag tror att diagnoserna och behandlingen med CS, tidvis av analytiska terapeuter, uppfattats som ett existentiellt hot mot deras världsbild. Vi hade på mottagningen patienter med ångest och andra terapiresistenta symptom, som hade varit föremål för psykodynamisk och kognitiv terapi under många år, utan att göra framsteg. Plötsligt fick de diagnosen adhd, behandlades med CS och började förbättras.

År 2000 fanns ingen vuxen patient på vår mottagning som hade en neuropsykiatrisk diagnos, men idag utgör den diagnosgruppen 25–30 % av alla patienter. Denna siffra har bekräftats av studier i Lund (Lena Nylander) och Bålsta (Dan Edvinsson). Det har varit mycket stimulerande att ha fått arbeta inom vuxenpsykiatin under denna tid av utveckling, även om det varit mot ett motstånd. Början var tuff, på grund av mitt stora engagemang, ensamt ansvar för diagnostik och behandling, samtidigt som diagnosen inte

var helt accepterad i alla läger. Å andra sidan stärktes jag i min övertygelse då jag fick jag positiv bekräftelse, bl.a. från polischefen i Hultsfred som meddelade att brottsaktiviteten bland yrkeskriminella hade gått ner sedan jag började diagnostisera adhd och behandla med CS. Det ledde till en HSAN-anmälan, stress och utmattning och en depressiv psykos.

Jag överlevde och återhämtade mig och anmälan föranledde ingen kritik från HSAN, men det är en annan historia.

Adhd inom kriminalvården – en missad möjlighet

Tack vare det neuropsykiatriska paradigmat fick jag möjlighet att behandla individer med allvarliga psykiska problem, vilka vi tidigare saknade möjligheter att hjälpa. I första hand tänker jag på kriminella och missbrukare, några med antisocial personlighetsstörning, och som det senare visade sig med adhd. En oerhört viktig inspirationskälla i detta sammanhang var den banbrytande studie som Ylva Ginsberg et al gjorde på Norrtäljeanstalten, (3,4). De diagnostiserade intagna på kriminalvårdsanstalten och fann att 40 % hade adhd. Nästa steg var att behandla dubbelblint med metylfenidat. Behandlingseffekten var imponerande, på samma sätt som Bradley upplevt 1937, vilket fick dåvarande generaldirektör Lars Nyhlén att utbrista "Vi har inte råd att låta bli". Tyvärr har inte denna studie fått det genomslag inom kriminalvården, men framförallt inte i politiken, som den förtjänar. Istället har moraliska ståndpunkter och politisk opportunist fått större inflytande än vetenskapen. Jag kan bara konstatera att i min värld har CS haft en imponerande positiv behandlingseffekt under 20 års tid.

Adhd-storyn startade på savannen, verbaliserades av Platon

Förutom den rent farmakologiska effekten av CS på grundval av en adhd-diagnos, har det också varit möjligt för mig att sätta diagnosen adhd i ett evolutionärt, historiskt och socialt sammanhang. Denna förklaringsmodell (jmf storytelling) har varit till stor nytta i kommunikationen med patienter, förklarar varför dessa diagnoser existerar och underlättar att ge praktiska råd i vardagen. Detsamma gäller när jag träffar patienter med AST/Aspergers syndrom och deras anhöriga.

Ibland rekommenderar jag patienter att läsa de avslutande raderna i Platons dialog "Statsmannen". Där beskrivs två karaktärer, en lugn och besinningsfull, som dock riskerar att bli trög och förkrympt, samt dess motsats de djärva och modiga, som dock riskerar att urarta i galenskap. Det är fascinerande att tänka sig att Platon redan under antiken urskilde två personlighetstyper, den extremt extroverta och den extremt introverta, vilka har stora likheter med diagnoserna adhd och AST. Tomas av Aquino, en annan intellektuell gigant i Europas historia, gjorde samma iakttagelser och beskriver enligt min uppfattning adhd när han refererar till Gregorius och konstaterar att "några äro till den grad oroliga att om de äro befriade från möda så blir deras möda ännu hårdare. Ty ju mer tid de få ledig till att tänka, dess värre oro få de utstå i sitt hjärta".

Olle Hollertz

Psykiater

Öppenvårdsmott., Oskarshamn



Erfarenheter från London

En Cullbergstipendiat berättar

Inför resan

När jag tog reda på vad Cullbergstipendiet betyder för den svenska psykiatrin för några år sedan, började jag fundera på att ansöka om det i slutet av min ST-utbildning i syfte att ta med mig mina nya kunskaper tillbaka till Sverige och på så sätt bidra till psykiatriutvecklingen i landet. Under min specialisttjänstgöring inom barn- och ungdomspsykiatri har jag kunnat utveckla några intresseområden som jag brinner för och inom vilka jag skulle kunna utveckla mina kunskaper tack vare Cullbergstipendiet. Ett av de områdena är riskbeteenden pga. datorspel och digitala medier hos unga.

I vintras var jag i kontakt med en forskningsgrupp i Birkbeck, University of London (Department of Organisational Psychology), som ägnar sig åt detta område. De har genomfört en studie, "The Smart Gaming campaign", som ska leda till att främja oproblematiskt dataspelande hos ungdomar och vuxna. De erbjöd mig att ta del av deras arbete och delta i projektet under 3–4 veckor. När jag fick veta att jag skulle bli en av årets Cullbergstipendiater, såg jag detta som en unik möjlighet för mig för att dels fördjupa mina kliniska kunskaper, dels få en inblick i forskningen inom detta område.

Under vistelsen

I september 2021 lyckades jag att resa till London, trots den pågående pandemin. Under hela stipendievistelsen ansvarade jag för att söka information om huvudtyperna av datorspel som finns på marknaden och sedan analysera studieresultatet enligt denna variabel. Studien gäller ca 180 000 spelare, från 12 åå, som har svarat på formuläret på www.do-i-play-too-much.com och har genom-

förts i samråd med Electronic Sports League (ESL) sedan 2019. Studien pågår fortfarande och syftar till att bl.a. vara ett underlag för fortsatt utvecklingsarbete i området kring specifika frågeställningar relaterade till tillståndets etiologi och risk- vs skyddsfaktorer.

I början inventerade jag kunskapsläget i databaser såsom PubMed, Cochrane Library och Google Scholar och kom fram till 2 sammanfattande klassifikationer. I överenskommelse med min handledare dr Halley Pontes och hela teamet bestämdes att välja klassifikationen som består av 9 olika huvudgenrer: action/adventure (1), sports (2), role-playing games (3), strategy (4), stimulation (5), puzzle (6), shooter (7), racing (8) och fighting (9)^{1,2,3}. Denna klassifikation går i fallande ordning och typerna av datorspel är en av variablerna när man pratar om datorspelets egenskaper.

Efter detta sökresultat var det dags att gå in i insamlande data i statistikprogrammet Excel och analysera vilka typer av datorspel deltagarna var intresserade av, också med hjälp av programspråket Python. Det var första gången som jag använde det och tack vare forskningsgruppen fick jag lära mig Pythons grundläggande principer och drag. Resultatet visade då att det populäraste datorspelet bland deltagarna var "League of Legends", vilket tillhör den fjärde gruppen i vår klassifikation (strategiskt spel). Enligt litteraturen är typerna av datorspel som är kopplade till högre risk att utveckla "gaming disorder" (GD) de med rollspel, strategi och/eller skjutvapen. Dessutom är online-datorspelet en större riskfaktor jämfört med offline-datorspelet^{1,4,5}.

Under min vistelse har jag också ägnat egen tid till att få en överblick om problematiskt datorspelande hos unga, utifrån de behov som jag ser i mitt kliniska arbete. Jag har också haft flera patienter under min ST-resa som spelar flera timmar per dag och prioriterar detta istället för skolarbete eller sociala aktiviteter med jämnåriga, fr.a. under den pågående pandemin. Hur ska man tolka detta som blivande barnpsykiater i det 21:a århundradet? Är detta ett nytt område som man behöver fokusera på inom BUP och sjukvård?

Efter vistelsen

I syfte att sprida alla kunskaper som stipendievistelsen har resulterat i, har jag ansvarat för en muntlig presentation vid ST-planeringsdagarna i december på min klinik. Presentationsagendan bestod av tre ämnen som handlade om Cullbergstipendiet i sig (1), stipendievistelsen i Birkbeck, University of London (2) och till slut en överblick om problematiskt datorspelande hos unga (3).

I juni 2018 sjukdomsklassades "gaming disorder" av Världshälsoorganisationen (WHO) och tillståndet, som ännu inte har någon officiell svensk översättning, blev en diagnos. Det finns enligt Statens medieråd ingen kartläggning över hur många som kan anses ha "gaming disorder" i Sverige, samtidigt som flera internationella studier anser att antalet unga med dataspelsproblematik ligger på 1–9 % beroende på ålder, land eller andra variabler.

Sedan 2014 har Världshälsoorganisationen bekräftat spelberoende som ett viktigt folkhälsoproblem i världen fr.a. hos unga. Definitionen enligt WHO är att en person uppvisar ett ihållande mönster av spelberoende som präglas av försämrad kontroll över spelet i kombination med att personen prioriterar det högre än andra aktiviteter och intressen. Spelandet ska ha en negativ inverkan på livssituation, familjerelationer, sysselsättning och andra viktiga aktiviteter och detta ska ha pågått under minst 12 månader^{6,7,8}.

Det finns inget bedömningsinstrument som i dagsläget används generellt för att ställa diagnosen. Däremot finns det flera olika bedömningsinstrument som kan användas för att screena fram personer som befinner sig i riskzonen, men instrumenten har olika definitioner avseende vad som är vanligt datorspelande, problematiskt datorspelande respektive gaming disorder. En av de screeningskalor som jag har haft möjlighet att få större kunskap om är IGDS9-SF (Internet Gaming Disorder Scale-Short-Form) (Pontes et al, 2015). Denna skala har visat sig vara effektiv för dess psykometriska egenskaper och flera institutioner håller på att översätta den till flera språk och använda denna skala kliniskt^{9,10}.

GD:s etiologi är komplex och inte helt förstådd. Enligt flera studier finns det interna och externa faktorer såsom genetisk sårbarhet och datorspelsegenskaper som spelar en oerhörd roll avseende problematikens förlopp⁷. GD har också vissa risk- och skyddsfaktorer. Å ena sidan avser man som riskfaktorer ung man, BUP-samsjuklighet som exempelvis ADHD/ADD, beteendestörning, ångest och depression, mobbning, hög skolfrånvaro samt flera timmar/vecka med skärmtid. Å andra sidan innebär socialt nätverk och föräldrars tillsyn när det gäller skärmtid samt andra fritidsintressen GD:s skyddsfaktorer^{11,12,13}.

Enligt forskning finns både barnpsykiatrisk och somatisk samsjuklighet relaterade till GD såsom sömnsvårigheter, affektiva störningar, NPF i form av ADHD/AST, beteendestörning, miss-

bruk/skadligt bruk, synproblem, epileptiska anfall samt fetma/övertvikt^{13,14}.

Forskningen har inte något entydigt svar på hur GD ska behandlas men kognitiv beteendeterapi (KBT) och psykoterapi i kombination med läkemedel har visat positiva resultat. Ett specifikt KBT-program PIPATIC ("Individualized psychotherapy program for addiction to information and communication technologies"), för ungdomar mellan 12 och 18 års ålder, syftar till att minska beroendesymtom relaterade till online-videospel och till att förbättra ungdomars välbefinnande^{15,16}.

När jag reflekterar kring vad stipendiet betyder för utvecklingen av värden inom barnpsykiatri, ser jag att det ger möjlighet att få nya kunskaper och tankesätt som kan spridas och implementeras inom sjukvård och på så sätt även berika svensk vård. Dessutom, på grund av den rådande bristen på kunskap inom psykiatri när det gäller ungdomars spelvanor ser jag en möjlighet till att få mer underlag från experter i ämnet och kunna implementera detta i mitt kliniska arbete. Efter vistelsen blev jag mer uppmärksam kring varningstecken på datorspelberoende hos mina patienter, dvs. när spelet orsakar negativa förändringar vad gäller fysisk eller psykisk hälsa hos dem. Enligt mig behövs insatser för att förebygga samt motverka problemet på olika samhällsnivåer, dvs. inom hälso- och sjukvård, kommun/stadsdel och politiskt. Det kommer också att behövas flera forskningsstudier inom datorspelproblematik hos unga för att i god tid kunna diagnostisera alla som drabbas av det, för att kunna erbjuda bra vård samt för att förbättra prognosen och livskvaliteten över tid.

Förutom det har jag också kunnat utveckla mig som person och läkare under min vistelse i London. Jag har definitivt tagit ett stort steg i min karriär och lärt mig mer om forskningsvärlden. Jag hoppas att jag kan fortsätta att använda allt nytt som jag fick utomlands i mitt arbete som barnpsykiater, när jag blir färdig med min ST-tjänstgöring nu i december 2021. Förutom detta har jag faktiskt börjat att fundera på en ev. doktorsavhandling i framtiden inom något område som jag brinner för och på så sätt kunna bidra till ungdomspsykiatriens utveckling i vår tid.

Sist men inte minst, vill jag tacka alla som har givit mig denna unika möjlighet genom Cullbergstipendiet 2021. Jag uppmunttrar läkarkollegor att ansöka om stipendiet och jag hoppas att flera kan få njuta av det! Tack igen Cullbergstipendiet för att jag fick uppleva detta!

Foto och text:
Ana Rita Vieira Monteiro
ST-läkare, BUP Stockholm

Referenser: www.svenskpsykiatri.se



Vill du bli sakkunnig läkare

– och bistå allmän förvaltningsdomstol i LPT/LRV-mål?

Enligt 15 och 17 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ska Socialstyrelsen förordna sakkunniga läkare att bistå allmän förvaltningsdomstol i mål enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV.

Socialstyrelsen har för närvarande ett 60-tal förordnade sakkunniga som tar uppdrag, men fler behövs. Den sakkunniges uppgift är att tillföra rätten sakkunskap i psykiatriska frågor. Det är domstolarna själva som tilldelar och utformar uppdragen, utför jävsprövning inför varje mål samt bestämmer ersättningsnivåerna.

Det vi främst söker är sakkunniga med specialistkompetens inom Rättspsykiatri, och som har flerårig erfarenhet av att fullgöra uppgifter motsvarande de som ankommer på chefsöverläkaren enligt LPT och LRV. Personen ska vara aktiv inom yrket, ha gedigna kunskaper och bred erfarenhet inom psykiatrin.

Det är för närvarande brist på sakkunniga som är verksamma/bosatta i Värmlands- och Örebro län / Region Mellansverige samt i Göteborg /Region Väst.

Förordnandet som sakkunnig gäller i hela landet om man väljer det, men det går även att begränsa sig till exempel till den egna regionen.

För att säkerställa tillgången till sakkunniga, särskilt i landets norra delar, ser vi helst att det finns möjlighet att kunna ta uppdrag via videolänk.

Som sakkunnig kan man inneha ett förordnande till och med 31 januari det år man fyller 71 år.

Nuvarande förordnandeperiod gäller till och med 31 jan 2024.

Mejla intresseanmälan inklusive cv, bevis på läkarlegitimation/specialistlegitimation och eventuella frågor till: birgitta.kvist@socialstyrelsen.se



ANNONS



Foto: Kristofer Ekström

I pandemins tidsålder

Anders Hansen på Cirkus och Mental Health Evening på Kulturhuset

Sedan Fonden för Psykisk Hälsa grundades 1993 har målsättningen varit att öka forskningsanslagen så de motsvarar sjukdomsburden samt bidra till ökad öppenhet genom kunskap. Ökningen av insamlade medel de senaste åren har börjat ta fart men vi är långt ifrån där vi borde vara. Fonden har utrett varför och insett att stigma kring psykiatriska tillstånd varit en av orsakerna vilket gjort att arbetet för ökad öppenhet får en dubbel betydelse, både för att minska fördomar i sig, för att göra det enklare att leva med psykiatriska tillstånd men också för att bidra till att anslag för psykologisk, psykiatrisk och suicidpreventiv forskning blir vad de borde vara.

Kampanj för öppenhet

Som led i sitt arbete har Fonden för Psykisk Hälsa under senaste året satsat mycket på utvecklande av en kommunikationsstrategi. En del i detta är arbetet med utvecklande av kampanjen #JagÄrNågon. Där intervjuar vi omväxlande personer med egna erfarenheter och forskare på de olika områdena. Vill du läsa alla intervjuerna hittills, gå gärna in på Fondens hemsida www.fondenpsykiskhalsa.se och se under #JagÄrNågon. Vill du läsa nya som kommer, gå gärna in och gilla samt följ oss på vår Facebook-sida, Instagram eller och Twitter där vi uppdaterar när nya inlägg publiceras. Dela gärna våra kampanjer i sociala medier. Ökad syn-

lighet är oerhört värdefullt och bidrar till vår förmåga att få mer stöd för forskningen.

Mental Health Run slår publikrekord

Under oktober, i anknäring till World Mental Health Day 10 oktober, hade fonden åter den stora äran att vara förmånstagare av välgörenhetsloppet Mental Health Run. Loppet slog åter deltagarerekord och bidrog med nästan 300 000 kronor i insamlade medel till forskningsanslag för psykisk hälsa. Planeringen har kommit igång för nästa år där starten går den 1 oktober på plats på Djurgården i Stockholm och sedan pågår virtuellt var du än är i landet fram till 10 oktober. Hoppas ni springer, går, lunkar med oss då för psykisk hälsa!

Anders Hansen fyller Cirkus

Under november höll fondens ambassadör och tidigare Fördomsprisvinnare Anders Hansen en probonoföreläsning på Cirkus i Stockholm. Med fortbildning kring rörelsens och det sociala mötets betydelse i en digital era höll Hansen den uppskattade föreläsningen "Hjärnstark i skärmens tidsålder" på ett näst intill fullsatt Cirkus utifrån sina böcker "Hjärnstark", "Skärmhjärnan" och senaste boken "Depphjärnan". Föreläsningen, som flyttats ett flertal gånger kunde äga rum i ett andrum mellan två vågor av



pandemin och samlade in medel till näst intill två ordinarie forskningsstipendier.

Gala för femte året i rad

På grund av vaccinationsskydd och rätt tid på året så hade vi också möjlighet att för femte året i rad sätta psykiatriska tillstånd och vikten av suicidprevention på röda mattan. Denna gång ägde galan Mental Health Evening rum på Kulturhuset i Stockholm. Som tidigare år modererade *Alexandra Charles* och *Simon Kyaga* en afton blandat med föreläsare och artister. Under kvällen deltog *Klas Bergling*, ordförande för Tim Bergling Foundation, och *Rickard Bracken*, generalsekreterare för Suicide Zero, som tillsammans berättade en del om initiativet "For a better day". *Ullakarin Nyberg* berättade om vikten av att mötas och lyfta andra omkring sig utifrån sin nya bok "Konsten att mötas" som hon skrivit med *Kattis Ahlström* och *Stefan Einhorn*. Professor *Anders Håkansson* lyfte fram senaste nytt om beroendemedicin. *Lina Martinsson* föreläste om "Braining" där träning är en behandlingsmetod inom psykiatri med strukturerad uppföljning, tätt följt av att *Sofie Kis*, ordförande för MHR, delade ut en check på insamlade medel från MHR 2021. Under kvällen lyftes även #JagÄrNågon-kampanjen och *Christian Dahlström*, *Erik Bring*, *Pebbles Karlsson Ambrose* och *Tove Lundin* berättade varför de deltar i kampanjen.

Prisutdelning och musik

I slutet av kvällen delades också årets "Fördomspris" ut av fjol-årsvinnaren *Simon Settergren*. År 2021 delades priset av *Charlie Eriksson* och *Dan Eriksson* för sina insatser. Gå gärna in på vår hemsida och läs intervjuerna med dem.

Men Mental Health Evening brukar ju också vara en kväll fylld av musik och förra året inget undantag. Musikalartisten *Patrik Martinsson* sjöng egna svenska tolkningar av U2-låtar, *Charlotta Hult* några väl valda operastycken och kvällen avslutades med att *Lisa Nilsson* bidrog med både musik och att berätta om eget engagemang för psykisk hälsa.



I fonden är vi oerhört glada över att vi i fem år varit med och utvecklat Sveriges första gala för psykisk hälsa! Vi ser fram emot att bidra till ännu fler och vill önska dig varmt välkommen att sätta på dig festblåsan eller smoken och delta nästa gång.

Martin Schalling
Ordförande Fonden för Psykisk Hälsa

Maria Larsson
Ordförande programutskottet Fonden för Psykisk Hälsa



Inledning

En WHO-rapport från 2019 visar en bredd av områden där konstarter bidrar till hälsa och förebyggande av psykisk ohälsa samt påverkar mentala och somatiska åldersrelaterade förändringar positivt. Under 1970-talet utvecklades terapeutiska samhällen och miljöterapi inom psykiatri och beroendevård. Även om huvudfokus var ett organiserat samspel mellan personal och patienter/klienter fanns utrymme för kulturell och konstnärlig verksamhet. På institutioner och avdelningar kunde man fortfarande framemot sekelskiftet finna "kulturbärare" som musik- bild- och dansterapeuter, dramapedagoger och arbets-terapeuter.

Under de senaste tjugo åren har de försvunnit, huvudsakligen troligen av ekonomiska skäl men även kanske beroende på en ideologiskt betingad utsortering av "allt som inte kan uppvisa RCT-evidens". Få psykiatriska och barn- och ungdomspsykiatriska kliniker satsar numera på att systematiskt ta till vara den utvecklingspotential som kulturell aktivitet kan erbjuda. Självklart kan detta inte vara verksamhetens huvudsyfte, men varför inte – då patienterna ändå är där? Risken att patienterna inte skulle må bra av det tycks vara ett klen argument, betingning och negativ förstärkning är inte de enda motivationskrafter som styr människan.

Stöd av kulturell verksamhet inom vården

Studier som forskningsmässigt stöder en bred användbarhet av kulturell verksamhet inom vården utgör underlaget för en avhandling av Christina Grape Viding som i sin avhandling *Cultural activities and health. Singer, patient, and health care staff perspectives, From feelings to biology* visar hur kulturell aktivitet kan ge signifikanta fysiologiska och psykologiska välgörande effekter för människors hälsa samt stimulera arbetsmiljö. Hon visar hur kulturella aktiviteter kan påverka sångare, patienter och vårdgivare samt hur kulturell verksamhet kan integreras i medicinsk verksamhet. Sångare upplever mer energi och avslappning efter sånglektioner och ett ökat välbefinnande och glädje återfinns hos amatörsångare men inte hos professionella sångare. I en randomiserad studie av kvinnor med utmattningssyndrom visade effekterna av deltagande i en Kulturpalett, bestående av sex olika kulturella aktiviteter, minskade symtom och grad av alexitymi och ökad självkänsla. Positiva effekter iaktogs också på chefer och hälso- och sjukvårdssystemets organisation. I en studie fick personal på en vårdcentral en timme i veckan delta i en självvald kulturell aktivitet. Detta hade fysiologiska och psykologiska positiva effekter inte bara för den deltagande personalen utan även för kulturproducenterna och vårdcentralchefer. De kulturella aktiviteterna fick alltså en spridningseffekt även till personal som inte direkt deltog i aktiviteterna. Den positiva effekten på kvaliteten på mottagningen tillskrevs de interpersonella mötena bortom yrkesroller och uniformering och den kvalitet av spontanitet och lekfullhet som kunde uppstå. Personal på arbetsplatser som tillhandahåller kulturella aktiviteter visar lägre grad av känslomässig utbrändhet.

Cultural activities and health
Singer, patient, and health care staff perspectives
From feelings to biology

Christina Grape Viding
Doktorsavhandling Uppsala universitet,
medicinska fakulteten

Uppsala universitets publikationer, 2021

Brett anslag

Författaren skapar en vid kontext för genomgång av studier av olika kreativa verksamheter. Hälsobefrämjande komponenter tycks vara sensorisk aktivering, kognitiv stimulering, fysiska aktiviteter och social interaktion. När det gäller hälsa och välbefinnande fokuserar författaren på stress ur såväl endokrinologisk som psykosocial synpunkt. Musik kan aktivera det dopaminerga systemet och påverka neuroplastisk utveckling. Ur psykologiska aspekter väljer hon att beskriva bland annat alexitymi, emotionell intelligens, empati, medkänsla och kreativitet. Beskrivning av den emotionella hjärnan och spegelneuron kompletterar hennes referensram. Verksamheten måste ske på arbetstid och personalen måste få välja aktivitet. Inom sjukvården skulle kulturella aktiviteter reducera stress och minska tendenser till utbrändhet hos personalen vilket kommer patienterna till godo. Multimodala aktiviteter har starkare effekt än unimodala. Hon föreslår att kursmoment som fokuserar på kulturella aktiviteter och hälsa borde integreras i utbildningen av läkare, sjuksköterskor och annan omsorgspersonal.

Angelägen avhandling

De fyra studier som ingår i avhandlingen är i sig välgjorda även om de sammantaget kan ge ett något "spretigt" intryck och nog mest fångar den specifikt forskningsintresserade intresse. Men i avhandlingens kapp förs intressanta och övertygande resonemang som visar hur kulturella verksamheter, till relativt blygsam kostnad, signifikant skulle kunna bidra till hälsobefrämjande arbetsmiljöer. Kulturell verksamhet är inte bara av intresse vad gäller psykisk ohälsa utan även vad gäller subjektivt välbefinnande och tillfredsställelse med livet. Författaren berör kortfattat könsaspekter. Det vore intressant att få en fördjupning mot bakgrund att kulturell aktivitet i så stor utsträckning i första hand verkar engagera kvinnor. Vilka kulturella aktiviteter skulle kunna få män att ta del av aktivitetens avstressande inverkan inom ramen för sjukvårdssystemet i synnerhet och arbetslivet i allmänhet?

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



BOKRECENSION

Behandling av trauma och traumatisk sorg hos barn och ungdomar

Judith A. Cohen, Anthony P. Mannarino och Esther Deblinger
Natur & Kultur, 2021

Inledning

Formuleringen "tiden läker alla sår" förefaller vara en blandning av sanning och försök att generera hopp och besvärjelse. För den som inte känner igen sig i denna formulering finns en plågsam undran, "varför tar sorgen aldrig slut?". En förklaring kan vara att den förlustsituation som sorgen var kopplad till också var traumatisk och att ohanterliga affekter kopplade till traumat blockerar en normal sorgprocess. Det är först när traumat har bearbetats som den kan komma igång. Detta är ett av de teman som de välmeriterade amerikanska forskarna Judith Cohen, Anthony Mannarino och Esther Deblinger penetrerar i *Behandling av trauma och traumatisk sorg hos barn och ungdomar*. De utgår från TF-KBT som behandlingsmetod för både PTSD och komplex trauma vilken har evidens både för metoden som helhet som för dess komponenter. Den redovisade forskningsunderbyggnaden är omfattande och inkluderar studier i utvecklingsländer där metodologiska modifikationer fått göras på grund av knappa professionella resurser.

Upplägg

I bokens första del beskrivs traumatiseringsprocesser, bedömningsstrategier, traumafokuserad kognitiv beteendeterapi, (TF-KBT) samt utvärderingsforskning. Andra delen handlar bland annat om traumafokuserade behandlingskomponenter som psykoedukation, föräldrafärdigheter, avslappning, känsloreglering, kognitiva färdigheter, traumaberättelser med bearbetning, exponering, personlig säkerhet samt gruppbehandling. Den tredje delen avhandlar psykoedukation om sorg samt acceptans av ambivalenta känslor, bevarande av positiva känslor, omdefinition av relationer och fokusering på nuvarande relationer, utvärdering och avslutning samt innehåller ett informationsblad till barn och omsorgspersoner, dels om våld och övergrepp, dels om avslappning, känsloreglering med mera.

Traumatisk sorg

Kriterier för traumatisk sorg är att en betydelsefull person dog under omständigheter som barnet uppfattat som traumatiska, att barnet uppvisar betydande PTSD-symtom, eventuellt med malande tankar kring den bortgångna eller omständigheter kring dödsfallet samt att detta stör normala sorgereaktioner vilka kännetecknas av tomhet, nedstämdhet, längtan men också av inblandning av positiva minnen.

Beteendeproblem

Små barn är genom föräldrelationen mer skyddade för traumareaktioner än äldre barn, men mer utsatta om föräldrarna är förövare eller försummande. En traumarelaterad bindning till en förövarförälder kan uppstå och ett traumatiserat barn kan angripa en misshandlad förälder som "provocerat" förövaren. Om traumautredningen visar på primära beteendeproblem redan innan traumatiseringen måste detta hanteras i stabiliseringsfasen innan traumabehandlingen kan börja. Om barnets undvikande inte kan fungera som skydd för traumapåminnelser eller retraumatisering återstår för barnet avtrubning (som kan hävas genom självskada) eller dissociation som måste behandlas.

Behandlingskomponenter

I behandlingen ingår psykoedukation, föräldrafärdigheter, avslappning, känsloreglering, kognitiva färdigheter, traumaberättande, kognitiv bearbetning, exponering, förstärkning av säkerhet och social färdighetsutveckling. Två terapeuter träffar barn och föräldrar dels separat, dels tillsammans. Saknas föräldrar får en annan vuxen träda till, till exempel från ett familjehem. Författarna önskar att terapeuterna ska ha en bred utbildningsbakgrund. De avlastar bland annat barnet genom att ta hand om föräldrarna. Dessa, inte sällan själva traumatiserade, får psykoedukation baserad på utredningen, förståelse för hur barnet fungerar till exempel beträffande traumapåminnelser samt förklaring av behandlingsupplägget. De behöver terapeuternas förståelse, stöd och uppmuntran för att stå ut med oro, skuld och otillräcklighet och kunna stödja sitt barn, inte minst i att träna hemma. När barnet fått träna avslappning, lärt sig uttrycka traumarelaterade känslor, klarar traumapåminnelser, kan identifiera en tanke och känslan som den leder till, samt hittat alternativa mer hjälpsamma tankar, kan det verbalt börja hantera sina traumata och påbörja att utforma en traumaberättelse. Det förutsätts att det utarbetats adekvata säkerhetsplaner vid våld i hemmet.

Traumaberättelsen

Syftet med denna är att bryta kopplingen mellan å ena sidan tankar, påminnelser och samtal om den traumatiska händelsen och andra sidan överväldigande negativa känslor som skräck, avsky, extrem hjälplöshet, undvikande, ilska, ångest, skam. Genom små väl avvägda steg kan barnet med stöd av den terapeutiska relationen berätta för terapeuten vad som hände samt om tankar, känslor under händelseförloppet. Med minskat undvikande blir det möjligt för barnet att integrera den traumatiska upplevelsen i sitt totala livsnarrativ. En bok skapas, gärna med ett roligt första kapitel för att traumaupplevelsen sedan kan skrivas/ berättas, ritas, målas, dikteras. Helst ska den läsas upp för föräldrarna.

I grupp

Metoden kan tillämpas i grupp om sex till tio barn vilka gärna ska ha ett specifikt trauma gemensamt. Arbetet kan inte bli lika "skräddarsytt" som vid individuellt arbete men har vissa fördelar då barnen/tonåringarna får dela jämnårigas berättelser. Föräldrarna kan få stöd och synpunkter från andra föräldrar. Traumaberättande genomförs liksom återkopplingen till föräldrarna enbart individuellt.

En guldgruva

Författarna delar med sig av en rik fond av kunskaper och erfarenheter. Läsaren förs nära de dramatiska händelseförlopp och reaktioner som uppstår när barn möter trauma – men inte för nära. Läsaren guidas genom problematiken på ett väl valt betraktartillstånd. Gott om kliniska vinjetter, dialoger och praktiska tillvägagångssätt. Beskrivningen av genomförandet av olika behandlingskomponenter kompletteras genom väl underbyggda resonemang om hur olika svårigheter och komplikationer kan uppträda och hanteras.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



När små barn far illa

Fysiskt våld - Sexuella övergrepp - Försummelse

Björn Tingberg

Gothia Kompetens, 2021

Inledning

Det sägs att förhållningssättet till handikappade klargör hur långt ett samhälle nått vad gäller civilisationsutveckling. Man kan också hävda att samhällets förmåga att skapa goda utvecklingsmiljöer för det uppväxande släktet, inte minst under de första levnadsåren då deras beroende av skydd, förståelse och stimulans i enlighet med deras behov och förutsättningar är som störst, kan vara en lika central värdeomätare. En del barn kommer inte bara att ha det mindre bra utan ha farit mycket illa. Små barns utsatthet är temat i boken *När små barn far illa. Fysiskt våld, sexuella övergrepp, försummelse* av Björn Tingberg, sjuksköterska, psykoterapeut, forskare och studierektor på Ericastiftelsen.

Upplägg

I *första kapitlet* avhandlas definitioner av våld: förekomst, risker och riskgrupper. I *kapitel två* går författaren igenom olika tecken på våld samt hur vanliga de är – problem med sexuella övergrepp i förskolan, könsstämpning, omskärrelse, våld i nära relationer, barnens hanteringsstrategier samt påverkan på anknytningen. *Tredje kapitlet* ägnas åt konsekvenser av våld, barns reaktioner, kopplingen mellan barndom och vuxenliv samt utsattheten hos barn på flykt. I ett *fjärde kapitel* beskrivs anmälningsskyldighet och olika myndighetsinsatser. *Kapitel fem* berör samtal med barn, språkutveckling och icke-verbal kommunikation. Samtal med föräldrar och dess tendens till tystnad belyses. *Kapitel sex* beskriver behandlingsmetoder, copingstrategier och sätt att förmedla omsorg och trygghet. I det *sista kapitlet* utvecklas ytterligare möjligheter till hjälp och stöd via barnhälsovården, öppna förskolan och sjukvården. Här betonas också samverkan mellan myndigheter till exempel i form av Barnahus samt goda rutiner på arbetsplatser. En sammanställning av lagstiftning avslutar.

Några aspekter

Globalt är 16–26 % och i Sverige ca 6 % av alla barn försummade. Kopplingen mellan utsatthet och barns psykiska hälsa är mycket stark, särskilt om barnet har en funktionsnedsättning. Symtomomfattningen är vanligen proportionell mot antalet riskkategorier, men vid skakvåld saknas riskgruppstillhörighet hos 40 %. Lokalisationen av blåmärken skiljer olycka från misshandel. Koppling mellan dåligt tandstatus och fysiskt våld är påtaglig. Författaren dömer ut SBU-rapporten om skakvåld som undermålig. Barnmisshandel genom förfälskning av symptom – Münchhausen by proxy – medför stor dödlighet för små barn. Föräldrarna ter sig ofta välanpassade och resursstarka.

Risken för våld handlar om barnet, om de enskilda föräldrarna och sociala familjeomständigheter. Kulturer som lämnar olika utrymme för våld i "uppfostringssyfte" berörs. Bara 3 % av förövarna är tidigare obekanta för små barn. Djupast gående mental skada förorsakas av förövare som barnet haft förtroende för. Barnet vågar ofta inte anförtro sig åt någon med risk för att inte bli trodd vilket fördjupar skadan. Våld i hemmet äventyrar anknytningen, ger effekter på alla utvecklingsnivåer och är enligt författaren det mest negativa ett barn kan drabbas av. Barnet försöker avleda, gömma sig, gå emellan, trösta den slagna, söka upp grannar. De utvecklar ofta ett desorganiserat anknytningsmönster utan strategi för att hämta stöd och tröst och hög risk för avvikande språkutveckling, mentaliserings-svårigheter och relationsproblem – blir inte sällan själva vårdare av andra. Barn som utsatts för våld utvecklar ofta PTSD med skam, skuld och eventuellt hat- och hämndkänslor. En av fem gymnasieungdomar uppger att de utsatts för någon form av sexuellt övergrepp. Riskfaktorer är flicka, kronisk sjukdom/neuropsykiatrisk störning, tidigare våldsutsatt eller placerad av socialtjänsten. Könsstämpning av flickor är förbjuden i motsats till omskärrelse av pojkar, vilket dock är förbjudet på Island.

Prata med barn

Föräldrars förhållningssätt "Inte väcka den björn som sover" har ett medvetet syfte att skydda barnen, men också att skydda sig själva. Samtal bör baseras på barnets språkutveckling och minnesfunktioner. Frågor måste ställas till barnen, i rätt situation med rätt ordval. Författaren betonar barnets skyddsaspekt. Ett "beskyddat offer" är utom fara men har inte fått anförtro sig. Ett "osynligt offer" är varken utom fara eller har fått prata. Värst är situationen för ett "oskyddat offer" som anförtrott sig men inte blivit trodd/skyddad. Bäst är att både ha blivit skyddad och fått prata. Föräldrar kan ha svårigheter att tala med barnet och behöva hjälp t.ex. om de själva är traumatiserade. Barnen kan skadas av att höra deras ofiltrerade erfarenheter.

Åtgärder, behandling, stöd och hjälp

Anställda inom skola och hälso- och sjukvård har lagstadgad skyldighet att anmäla oro till socialtjänsten och kan inte vara anonyma. För anmälan krävs endast en oro för att barnet far illa. Det är socialtjänstens sak att utreda om så är fallet. Dock finns ingen allmän skyldighet att anmäla men en uppmaning att reagera om barn far illa. Socialtjänstens utredning kan leda till frivilliga stödåtgärder eller omhändertagande och placering av barnet. Orsakerna är huvudsakligen antingen att barnet far illa eller att barnet, vanligen äldre, placerats på grund av eget



beteende, missbruk eller kriminalitet. De är ofta illa ställda med risk för suicid, psykiatriska och somatiska hälsoproblem. Trauma-fokuserad kognitiv beteendeterapi är en väl utvecklad behandlingsmetod för svåra fall. Child Parent Psychotherapy är inriktade på stöd och tröst i barn/föräldrelationen., Project Support fokuserar på beteendeproblem hos barn som upplevt våld i nära relationer och Kid's Club arbetar med liknande problem i grupp. I Traumamedveten omsorg, TMO, står trygghet, återhämtning, läkning och copingstrategier vad gäller stresshantering i fokus.

Värdefull lättillgänglig text

Författarens omsorg om barnen genomsyrar texten och han har ett sympatiskt, enkelt tilltal till läsaren, har undvikit facktermer, framställningen är innehållsrik och lätt att ta till sig av en bred läsekrets. Framställningen är pedagogiskt upplagd med väl valda, enkla, tydliga grafer och figurer. En författare som integrerat sina erfarenheter och teoretiska kunskap som bas för en mycket användbar angelägen översikt av ett komplicerat fält. Boken vänder sig till personal inom barnsjuk- och barnhälsovården och vårdcentraler och borde vara väl tillgänglig även för en bredare läsekrets.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Barnfridsbrott

Den 1 juli 2021 utökades brottsbalkens fjärde kapitel, Om brott mot frihet och frid, med barnfridsbrott. Den som begått en brottslig gärning såsom till exempel mord, misshandel, hemfridsbrott, våldtäkt, sexuellt övergrepp eller skadegörelse i ett närstående barns åsyn kan dömas till fängelse i högst fyra år om barnfridsbrottet är att betrakta som grovt. Detta innebär att barnet blir målsägande och har rätt till biträde av särskild företrädare/målsägandebiträde. Barnet kan också tilldömas skadestånd eller medges brottskadeersättning.

Att ett barn som till exempel ser sin vårdnadshavare misshandlas, ett syskon utnyttjas sexuellt eller är med om att en anhörig bryter sig in i hemmet och uttalar hot, är att betrakta som ett brottsoffer, känns så självklart att man endast frågar sig hur

barnfridsbrottet inte alltid utgjort ett självklart brott? Över 3000 barnfridsbrott hade också anmälts redan ett knappt halvår efter lagändringen.

Att någon döms för brott som orsakat otrygghet, traumatisering eller kanske att man förlorat en närstående, tar naturligtvis inte bort barnets lidande. Det är ändå ett tydliggörande från samhället att det barnet utsatts för är ett brott begånget av en förövare.

Anna Hillerberg
Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm



Foto: Shutterstock/New Africa

Barn utsätts för människohandel för sexuella ändamål i Sverige. Vad vet vi och vad gör vi?

På eftermiddagen den 26 april kommer SFBUP i samarbete med Svenska Läkaresällskapet arrangera ett webinar om detta ämne. Gabriella Kärnekull Wolfe från organisationen Child10, nyutnämnd ombudsman mot kommersiell sexuell exploatering av barn, kommer att medverka tillsammans med Laura Korhonen som är professor i barn- och ungdomspsykiatri och centrumchef för Barnafriad i Linköping.

Information och länk för anmälan kommer läggas ut på både SLS och SFBUP:s hemsidor samt skickas ut med e-post till medlemmarna.

Bakgrund

En del av arbetet i SFBUP är att lämna remissvar på olika statliga utredningar. En av de utredningar vi uttalat oss om på senare tid är betänkandet av 2020 års sexualbrottsutredning, *SOU 2021:43 Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar*. Betänkandet rörde en rad förändringar i lagstiftningen och påföljder för sexualbrott där styrelsen i remissvaret valde att särskilt fokusera på straffskalan för utnyttjande av barn genom köp av *sexuell handling som rör barn* över 15 år men under 18 år utsatta för kommersiell sexuell exploatering. Detta då styrelsen uppfattade att man i betänkandet gjorde en åtskillnad mellan barn under och över 15 år som inte motsvaras av barns faktiska utveckling vilket fick stora konsekvenser för straffskalan. Betänkandet föreslog att förövaren döms till minst 2 års fängelse om barnet är under 15 år när handlingen äger rum men endast 6 månader om barnet är över 15 år. Detta

med hänvisning till att tonåringar i normal utveckling kan ägna sig åt sexuella handlingar. Styrelsen betonade i sitt remissvar att kommersiell sexuell exploatering aldrig kan betraktas som en del av den normala sexuella utvecklingen och att man bör markera det i lagstiftningen. Vi påpekade också att man gång på gång har visat att barn under 18 år far otroligt illa om de utsätts för sexuell exploatering. De är mer sårbara, har svårare att värja sig mot gärningsmännens påtryckningar och utsätts för grövre våld varför styrelsen yrkade på att straffskalan för utnyttjande av barn genom köp av sexuell handling bör skäppas ytterligare med ett straffminimum motsvarande våldtäkt mot barn.

Vårt remissvar uppmärksammandes av Child10, en ideell organisation som arbetar för att bekämpa kommersiell sexuell exploatering av barn både i Sverige och andra länder. Tillsammans med Child10 och i samarbete med Svenska Läkaresällskapet kommer SFBUP att anordna ett webinar den 26 april med tema kommersiell sexuell exploatering av barn. Vid webinariet medverkar representanter för Child10 och Laura Korhonen, som är professor i barn- och ungdomspsykiatri och centrumchef för Barnafriad i Linköping.

Maria Unenge Hallerbäck
Vetenskaplig sekreterare SFBUP



BOKRECESSION

Redaktionskollegan Björn Wrangsjö har tillsammans med Nils Åhlund skrivit en bok som ger en bred beskrivning av hemmasitteriets förutsättningar. Vi får möta ungdomar med såväl social som psykiatrisk problematik som alla har gemensamt att de inte går till skolan. Boken rör sig över olika fält och ger en översiktlig beskrivning av olika teoretiska perspektiv och infallsvinklar för att mynna ut i ett resonemang om poängen med behandlande skolor. De kliniska vinjetterna dyker upp här och där som illustrationer till de olika teoretiska perspektiven.

I bokens inledande kapitel beskrivs dels den normala utvecklingen av hjärnfunktioner, dels socioekologiska perspektiv där familjesystem, vänner, skola och andra system samverkar för en individ. Skolans formella förutsättningar beskrivs, och vad som kan leda till problem för vissa elever. Vi får en kortfattad men noggrann genomgång av olika utvecklingsperspektiv, såväl neurokognitiva som sociala.

Steg för steg talar författarna om möjliga aspekter där tillvaron kan krångla till sig under utvecklingen. Ett kapitel beskriver gynnsamma och destruktiva processer i grupper. Vi får där en inblick i hur utvecklingen av en skolklass ser ut utifrån grupperspektivet och vad som kan bli skadligt för en individ om det uppstår processer där man söker en yttre syndabock eller där en mobbningskultur utvecklas.

Anknytningsperspektivet är väl beskrivet i kapitlet om familjebildning, inte bara utifrån en enskild individs perspektiv utan också utifrån familjerelationerna i stort, och hur föräldrarnas anknytningsmönster hakar i varandra när de fungerar som varandras anknytningspersoner och beroende på förutsättningar kan vara mer eller mindre stöttande eller hindrande för föräldrafunktionen.

De psykologiska processerna som driver människor och grupper är, tillsammans med de formella sammanhangen med myndigheter, lärare och andra professionella som verkar runt ett barn och en familj, centrala i boken. Ju mer texten närmar sig skolan, desto mer fokus blir det på kliniskt material och på de elever som har svårt med skolkärvägen. För den elev som har svårigheter med auktoriteter eller har ett alltför kort tålamod eller inte lärt sig sociala koder finns oändligt många svårigheter. I många dialogexempel belyses hur pedagogen kan tala med en elev för att förstärka förmågor, förstå hinder och klargöra förutsättningarna i undervisningssituationen.

Den behandlande skolan är en utveckling från de behandlingshem som tidigare fanns för barn och ungdomar med problem. Det som tidigare var boenden med skola har blivit skolor med terapeutiskt verksam personal som tillsammans med lärare arbetar med de ungdomar som skrivs in där. Svårigheterna med att ta sig hemifrån till en annan miljö kan ha väldigt olika orsaker och sätten att hjälpa den hemmasittande att acceptera en skolsituation behöver därför vara väldigt olika. Man kan säga att målet med behandlingsskolan inte skiljer sig från den "vanliga" skolan, det handlar fortfarande om att socialisera barn, att göra så de får möjlighet att klara av den verklighet som finns utanför och efter

Borta bra...

Om hemmasitteri

Björn Wrangsjö och Nils Åhlund

Studentlitteratur, 2021

skolan. Ibland krävs grepp som är helt annorlunda än vad som är möjligt i en standardskola.

Ett exempel på hur en elev motiverats till att gå till skolan är en vinjett där Nils Åhlund (NÅ) beskriver mötet med en för honom främmande man på Djurgården. Mannen går fram till Nils och konstaterar att han känner igen honom från en behandlande skola där han var inskriven som ung. Mannen tillägger att NÅ räddat hans liv genom något NÅ gjorde vid ett tillfälle då killen som ofta vägrat att ta sig till skolan. I stället för att försöka tvinga eleven till skolan hade NÅ beställt en limousin som hämtade honom från hans hem till skolan. Mannen säger att den händelsen fått honom att tänka att han tydligen var värd den utgiften (ekonomiskt), vilket fick honom omvärdera sig och sin situation. Vinjetten är ett av många exempel på olika högst personliga och interventioner, på intet sätt standardiserade utan anpassade till en specifik situation och person.

Relationsskapande är alltid viktigt, men i den behandlande skolmiljön är den möjligen viktigare än för mer tåliga barn, allt för att hjälpa barnen att klara av att tillägna sig de kunskaper och färdigheter som de behöver. I behandlingsskolans kontext finns förutom pedagoger också terapeuter som arbetar med ungdomen individuellt och även med familjen. Det senare är en viktig komponent eftersom familjen är den bas som barnet har, och samspelet i hemmet alltid blir påverkat av hur barnet mår och fungerar.

De ungdomar som presenteras i början av boken återkommer då och då, för att i slutet presenteras med mer utförliga beskrivningar av hur liv, skolgång och vård sett ut för de olika personerna. De teoretiska perspektiven som utgör lejonparten av boken ges en förankring i de olika fallen.

Boken är späckad med olika perspektiv. Det är viktigt att göra klart att hemmasittande inte beror på en enskild faktor utan att det för varje barn som hamnar i situationen ofta finns många olika faktorer som var och en bidragit till att det blivit som det blivit.

När jag läser boken blir jag dock osäker på vilka läsare författarna vänder sig till. Den är möjligen lite "baktung" med större vikt på de teoretiska delarna än på de kliniska beskrivningarna. Det tycker jag är synd, eftersom ungdomarnas berättelser är så intressanta och därför värda mer utrymme. Det är dock en randanmärkning, eftersom boken som helhet vidgar perspektiven och förmedlar kunskaper som kan tillämpas långt utanför de behandlande skolornas värld.

Daniel Frydman

Psykiater, psykotapeut, psykoanalytiker
Stockholm



Överlista smärtan

Programmera om din hjärna och få livet tillbaka

Karsten Ahlbeck och Carin Hjulström

Bonnier Fakta, 2021

När WHO 2018 offentliggjorde sin nya internationella sjukdomsklassificering ICD-11 så var smärta för första gången med som en sjukdom. Detta har betydelse för de cirka 2 miljoner svenskar som lider av kronisk smärta, dvs de har en anamnes på smärta under minst 3 månader. Men "kronisk smärta" är ett olyckligt begrepp framhåller Karsten Ahlbeck och Carin Hjulström i boken "Överlista smärtan". Karsten är överläkare och smärtspecialist. Carin är journalist och författare med egen smärtproblematik. De menar att "kronisk smärta" för tanken till något varaktigt som inte kan behandlas. I stället framhåller de att det finns anledning till optimism och föredrar att använda det nu vedertagna begreppet "långvarig smärta".

I skolboken har vi lärt oss att det finns *nociceptiv* smärta, vilken uppstår av vävnadsskada såsom ett skärsår eller att vricka foten. *Neuropatisk* smärta uppstår när en nerv eller hjärnregion blir skadad. Ett mindre känt och för många av oss nytt begrepp är *nociplastisk* smärta. Då är den normala smärtregleringen satt ur spel. Smärtsignaler uppstår utan att det går att härleda till någon fysisk skada eller fysiologisk förklaring, men stannar ändå kvar. Hjärnan har på sätt och vis blivit felprogrammerad vilket förklarar bokens undertitel "programmera om din hjärna och få livet tillbaka".

Karsten är verksam vid smärtkliniken på Capio S:t Görans sjukhus i Stockholm och tydliggör att den primära uppgiften på en smärtklinik inte är att utreda varifrån smärtan kommer. De flesta patienterna har redan utretts och undersökts med provtagningar och allehanda bilddiagnostik utan att man kunnat hitta någon orsak. Närmast alarmerande att läsa är att den genomsnittliga sjukdomstiden ligger på 10–12 år innan det första besöket på en smärtemottagning. Nämnas kan också att det ibland är möjligt att identifiera att förloppet började för länge sedan med ett kirurgiskt ingrepp eller annan vävnadsskada men att det är överspelat långt innan patienten kommer till smärtkliniken.

Karsten och hans team inleder i stället ett behandlingsprogram som riktar sig framåt. Ur psykiatrisk synvinkel är det intressant att psykofarmakologi här har en tydlig plats. Framför allt tricykliska antidepressiva och de återupptagshämmare som blockerar noradrenalintransportören. Värt att påpeka är att det

fortfarande är oklart ifall behandlingseffekten på smärta verkar via samma mekanismer och bansystem i hjärnan som vid antidepressiv behandling. Ett intressant forskningsområde i sig. I övrigt har antepileptiska läkemedel som gabapentin en doku-menterad effekt och i boken ges också en översikt av betydelsen av analgetika.

Men farmakologisk behandling är inte allt. Den ska snarare ses som ett steg för att patienten ska kunna börja röra på sig och träna. Till en början försiktigt men på sikt för att "få livet tillbaka". Om inte helt smärtfri så dock med insikten att det går att leva med smärtan och återuppta aktiviteter som ger livskvalitet. I detta sammanhang lyfter båda författarna fram betydelsen av "exponering". Många patienter är rädda för fysisk aktivitet eftersom de lever under föreställningen att smärtan då kan förvärras. Att under försiktiga och kontrollerade former upptäcka att smärtan de facto inte förvärras vid belastning kan därför vara en stor befrielse. Detta påminner om den fobiträning som är etablerad inom psykiatri.

Carin Hjulström har intervjuat ett tiotal patienter och sammanfattat vars och ens sjukdomshistoria. Dessutom delar hon ingående med sig av sin egen mångåriga smärtproblematik. Sammantaget förmedlar dessa berättelser ett levande intryck av denna "nya sjukdom" i WHO:s klassifikation. Berättelserna visar dessutom hur ofta dessa patienter har missförstått och även blivit bemötta med bristande respekt.

Boken är lättläst och i sin helhet tillgänglig för patienter och lekmän. Men det hindrar inte att boken innehåller mycket som är matnyttigt för varje kollega som vill fördjupa sig i aktuell smärtbehandling. Som författarna påpekar är smärta och smärtbehandling ett område som tyvärr till stora delar förbises i grundutbildningen. Trots att det drabbar en stor del av vår befolkning och att de samhälleliga kostnaderna har uppskattats till 90 miljarder kronor/år.

Lars Farde
Professor i psykiatri
Karolinska Institutet



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: **18/05**

Tema:
Gammal



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
4–7 juni 2022, Budapest, Ungern & Online
<https://epa-congress.org/>

STP-konferensen
11–13 maj 2022, Hotell Yasuragi, Stockholm
<https://stpsykiatri.se/stp-konferensen.html>

American Psychiatric Association Annual Meeting
21–25 maj 2022, New Orleans, USA samt 7-10 juni online
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/meetings/annual-meeting>

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

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

35th ECNP Congress
15–18 oktober 2022, Wien, Österrike
<https://www.ecnp.eu/Congress2022/ECNPcongress>

IACAPAP 25th World Congress
5–9 december 2022, Dubai, Förenade Arabemiraten
<http://www.iacapap2022.com/>

Fler kongresser och utbildningstillfällen hittar du på www.svenskapsykiatri.se, www.sfbup.se och www.srpf.se