

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#2

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

TEMA

GAMMAL

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, **Peter Andiné**
- 8 Kommande temanummer
- 10 Bokrecension: Äldres lärande. Utblickar och insikter **Anna Hillerberg**
- 14 Bokrecension: Kända nästet **Anna Hillerberg**
- 22 Krönika enligt Tiger **Mikael Tiger**
- 38 Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott **Matilda Naesström**
- 89 Bokrecension: Beteendemedicin. KBT för läkare **Ann-Marie Skarstam**
- 90 Bokrecension: Dreamland. The True Tale of America's Opiate Epidemic **Anna Hillerberg**
- 91 Kalendarium

Tema:

- 10 Äldres lärande. Utblickar och insikter **Anna Hillerberg**
- 12 Att komma till klarhet **Björn Wrangsjö**
- 13 Minns du? **Cecilia Gotby**
- 14 Kända nästet **Anna Hillerberg**
- 15 Vem vill läsa om "Gammal"? Vad i så fall? **Jerker Hanson**
- 16 SFÄP **Sarantos Stasinakis**
- 18 Förresten, läste ni att... **Hanna Edberg**
- 19 Gammalt **Lioudmila Mendoza**
- 20 Gammal **Nils Lindefors**
- 22 Man blir ju inte yngre med tiden. Krönika enligt Tiger, **Mikael Tiger**
- 26 Äldrepsykiatri. En psykiater reflekterar **Isidora Stark**

Tema:

- 28 Minnet, identiteten och åldrandet, **Daniel Frydman**
- 30 Äldrepsykiatri i Köpenhamn, **Daniela Enache**
- 32 Med brinntid kvar, **Tove Gunnarsson**
- 34 Gammal och vis. Mellan självklarhet och kulturkrock **Alessandra Hedlund**
- 35 Nya generationer - nya behov inom psykiatrisk vård **Robert Sigström**
- 36 Professor Lennart Wetterberg. Kreativ pionjär med civilkurage **Maria Larsson**

Psykiatriska nyheter:

- 39 SPF:s nya rekommendationer för ST enligt 2021 samt bas-tjänstgöring! **Matilda Naesström**
- 66 Samsjuklighetsutredningen, **Karl Lundblad**
- 68 Historia har skrivits: de första svenska kliniska riktlinjerna i konsultation - liaisonpsykiatri, **Lars Wahlström**
- 69 First Announcement: Nordiskt möte för verksamma inom konsultation-liaisonpsykiatri **Konsultenheten vid Psykiatri Sydväst, Karolinska**
- 70 Ny klinisk riktlinje! SPF:s kliniska riktlinjer Konsultation-liaisonpsykiatri, **Dan Gothefors**

Debatt:

- 24 Stödsamtalet. En reflexion kring en gammal beprövad behandling **Astrid Lindstrand**
- 62 Barn- och ungdomspsykiatriens kris **Sigmund Soback**
- 64 Anknytning - den bortglömda faktorn för psykisk hälsa? **Bernd Christian Müller, Carina Hedman**

Övrigt:

- 40 Jerker Hanson - ny hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen - Nätverksskapande eldsjäl **Maria Larsson**
- 41 Stina Djurberg - ny hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen - Hur gör man Stina rättvisa på en sida? **Tove Gunnarsson, Alessandra Hedlund**
- 42 WPA:s och EPA:s uttalanden om situationen i Ukraina **Martin Hultén**
- 43 Nominera till "Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne" **Styrelsen Svenska Psykiatriska Föreningen**
- 43 SPF arrangerar gruppresan till ECNP-kongressen i Wien! **Styrelsen för Svenska Psykiatriska Föreningen**
- 44 Årets Raffaellapristagare **Tove Gunnarsson**
- 45 Ingvar Karlsson in memoriam **Styrelsen för Svensk Förening för Äldrepsykiatri**
- 47 Stiftelsen Natur & Kulturs Cullbergstipendiater 2022 **Tove Gunnarsson**

Innehållsförteckning:

Övrigt:

- 72 SPF bjuder in till etikseminarium med paneldiskussion:
Psykiaterns ansvar i det offentliga rummet, **Maria Larsson**
- 76 Den vidarebefordrade upplevelsen. En reflektion
Thomas Silfving
- 78 Kontinuitet skärper den kliniska blicken, **Olle Hollertz**
- 82 Inbjudan att skicka in kongressbidrag (call for abstracts)
SPF:s styrelse

Rapporter från möten:

- 46 SPK 2022: Äntligen fick vi ses igen!
Svenska Psykiatrikongressen 2022
Tove Gunnarsson
- 46 SPK 2022: Från fenomenologi till farmakologi vid schizofreni
Tarmo Kariis
- 48 SPK 2022: Vad kan svensk psykiatri göra för Ukraina?
Maria Larsson, Jonas Eberhard
- 50 SPK 2022: Rökstoppet
Linda Martinik
- 51 SPK 2022: Kollegialt stöd - presentation av en webbaserad utbildning
Johanna Hanson
- 52 SPK 2022: Höjdpunkter från SPK 2022
Alessandra Hedlund
- 54 SPK 2022: Smått och gott från SPK
Karl Lundblad
- 56 SPK 2022: En hjärnstimulerande förmiddag. Aktuellt om keta-
min, rTMS och ECT
Martin Hultén
- 58 SPK 2022: Riskfaktorer och konsekvenser vid behandlingsresis-
tent depression - resultat från svenska registerstudier
Matilda Naesström
- 58 SPK 2022: Effekter av toxiska litiumnivåer på EKG - resultat
från LiSIE-projektet, **Matilda Naesström**
- 59 SPK 2022: Förskrivning av sköldkörtelhormon hos patienter
med bipolär eller schizoaftaktiv sjukdom
Matilda Naesström
- 60 SPK 2022: Valårsspecial
Maria Larsson, Martin Hultén
- 71 SPK 2022: Fortsatt fortbildning. Missa inte filmerna från SPK!
Tove Gunnarsson
- 81 Arvid Carlsson-priser till Lars Farde, Kjell Fuxe och Per
Svenningsson, **Elias Eriksson**
- 83 Svenska Läkaresällskapets fullmäktige 2022
Karl Lundblad
- 84 Aktivt möte i kontinental och dynamisk storstadsmiljö
Martin Hultén
- 86 Efterlängtat möte. Rapport från STP-konferensen
Styrelsen, STP-ST-läkare i psykiatri
- 88 Kommersiell sexuell exploatering av barn i Sverige
Maria Unenge Hallerbäck

Tidskriften för Svensk Psykiatri

DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: 31/08
TEMA: *Anmäl!*





”Och så låter vi de äldsta...

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
Eric Masur/Unsplash

INTERNET
www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till
annonser@svenskpsykiatri.se

... ta först.” Det var minnesstund efter begravningen av en familjemedlem som avlidit efter ett långt liv. En fin buffé hade dukats upp och den avlidnas äldsta dotter hälsade välkommen. Pandemi-medvetet uppmanade hon oss att gå fram några i taget för att ta av maten och föreslog att vi skulle börja med de äldsta. Sen... hände ingenting! Ingen reste sig. Jag och sambon tittade irriterat på varandra. Hungriga. Kan de inte ta nån gång så det blir dags för oss andra? Vi såg oss runt och sedan på varandra igen, samtidigt drabbade av samma insikt:

Det är ju VI. Som är äldst.

Det var både omskakande och komiskt. Vi som nyss var så unga!

Temat för detta nummer är Gammal. Visst har det ordet ibland en litet negativ klang? Passé, förbrukad, inget att ha. Hur har det blivit så? Det borde väl hellre betyda erfaren och vis?

Vi valde ordet Gammal för temat med tanken att det skulle kunna leda till många infallsvinklar och så blev det också. Bland temabidragen finns förstås texter om äldrepsykiatri men även om att äldras, minne, äldre kollegor som berättar om långa yrkesliv, böcker, gamla beprövade behandlingar, sorg och forskning.

Här hittar du även en diger rapportering från Svenska Psykiatrikongressen och mycket annat. Ett nästan rekordjockt nummer att ta med till hängmattan eller badstranden!

Nästa nummer...

... har temat *Anmäl!*

Ibland måste vi anmäla våra patienter, vi har skyldigheter enligt lag.

Vapen, körkort. Orosanmälningar.

Det händer att vi blir vi nödgade att göra en polisanmälan.

Anmälningar som kan få stora konsekvenser för våra patienter och för patient-läkarrelationen. Och även för oss själva.

Forskningsfusk är också något man kan anmäla om man stöter på det, med risk att bli en rejält impopulär ”whistleblower”.

En annan aspekt är att vi själva kan bli anmälda, på olika nivåer.

Vi vill som vanligt att vårt tema ska kunna tolkas på flera sätt. Så tänk till och skriv till oss!

I världen pågår hemska saker men redaktionen hoppas att er sommar ändå blir vacker, avkopplande och allt det där ni längtar efter.

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

PS

Deadline till nästa nummer är den 31 augusti och författarinstruktioner hittar du på sidan 8.

Krig i Europa 2022

▶ I skrivande stund är det söndagseftermiddag i mitten av maj, solen skiner från en klarblå himmel och fågelsång fyller trädgården. Kraftfull vårgörnska har slagit ut och det doftar syren, olvon och äppelblom. Kontrasten mot det helvete som pågår inte många mil bort kan inte vara större och det uppstår en slags överklighetskänsla. Att en nation som Ryssland kan välja en sådan mörk väg som den nuvarande är verkligen fullständigt obegripligt och samtidigt ett djupt tragiskt faktum alltsedan anfallskriget mot Ukraina startades den 24 februari.

Bilder och rapporter från kriget i Ukraina når oss dagligen och ger upphov till en ofta svårhanterad vrede och sorg. Ett stort krig har återigen slagit sina klor i en del av Europa och skapat en omfattande humanitär katastrof. I Ukraina har redan tusentals oskyldiga liv gått förlorade och miljoner människor är på flykt undan krigets fasor och de ryska styrkornas urskillningslösa anfallskrig. Bevisen för att tusentals krigsbrott begåtts mot den ukrainska civilbefolkningen är synnerligen omfattande.

Till Sverige kommer nu många flyktingar från Ukraina för att söka skydd och trygghet. Hittills har närmare 40 000 personer anlänt och uppskattningsvis kommer totalt 80 000 ukrainska medborgare att ha sökt skydd i Sverige innan årets slut. För sjukvården innebär det att ett ökat antal människor behöver sjukvård och flyktbarn har nu rätt till sjukvård precis som vilken svensk medborgare som helst. För vuxna flyktingar erbjuds vård som inte kan anstå vilket för oss i psykiatri innebär att nästan samtliga flyktingpatienter inom vårt uppdrag också har rätt till psykiatrisk vård.

I krigets Ukraina attackeras ständigt civila och även sjukhusanläggningar. En siffra som uppgivits är att hela 400 sjukhus och vårdinstallationer har angripits vilket vittnar om en sällsynt bristande respekt för krigets lagar och mänskliga rättigheter.

En särskilt utsatt grupp är de psykiskt sjuka som också snabbt kan försämrats svårt när nödvändig medicin tar slut. Svenska Psykiatriska Föreningen jobbar därför tillsammans med både global och europeisk psykiatri – World Psychiatric Association (WPA) och European Psychiatric Association (EPA) – i ett initiativ för att



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: Daniel Hedqvist
(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

KANSLI: Svenska Psykiatriska Föreningen
c/o Bron Innovation, Storgatan 73, 852 33 Sundsvall
kanslisten@svenskpsykiatri.se

Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

samla in pengar samt för att ordna med leverans av viktig psyko-farmaka i samarbete med läkemedelsbolag. I maj anlände således en första leverans av mediciner till Lviv (Fluanxol, Clopixol och Truxal) donerade av Lundbeck AB och en utökad leverans är på gång samt så eftersträvas nu att få med fler läkemedelsbolag i denna humanitära hjälpinsats för de psykiskt sjuka i Ukraina.

Detta vansinniga anfallskrig måste snarast upphöra så att återuppbyggnad kan ta vid och befolkningen i Ukraina kan få leva i fred igen.

Martin Hultén
Ordförande SPF

I brist på kloka mormödrar...

► **Kloka mormödrar, minskad skärmtid och anpassade krav, kan det vara vad barnpsykiatrien – och samhället – behöver?**

När jag skriver det här så har det precis varit flera artiklar med fokus på barns psykiska mående i media.

SFBUP:s vetenskapliga sekreterare Maria Unenge Hallerbäck skriver tillsammans med Filippa Mannerheim en debattartikel i DN kultur om skolans roll i relation till barns psykiska mående. Skolans läroplan med dess krav på exekutiva funktioner och analyser är inte på något sätt anpassad till den kognitiva utvecklingen hos barn. 14 % av eleverna går idag ut grundskolan utan godkänt betyg i kärnämnen svenska, engelska och matematik. Av barn med neuropsykiatriska funktionshinder är siffran över 40 %! De här barnen kommer inte inkluderas på gymnasiet, samtidigt som forskningen visar på en tydlig koppling mellan bristande skolresultat och senare psykisk ohälsa, utanförskap och även kriminalitet.

Samma vecka skriver Linda van Paaschen och Lena Nylander i DN om den diagnosinflation som finns i Sverige och att allt psykiskt lidande inte motiverar sjukvård.

Redan för flera år sedan lyftes i SvD debatt, av ett antal verksamhetschefer och medicinskt ledningsansvariga läkare från BUP, den eskalerande psykiska ohälsan hos barn och unga idag som ett samhällsproblem. Söktrycket på BUP är enormt samtidigt som fler patienter än någonsin tidigare tas emot. Det vi ser är en epidemi – och epidemier precis som pandemier – löses inte enbart genom att förstärka den högspecialiserade vården.

Kan inte annat än hålla med och tacka för att frågan om den psykiska ohälsan lyfts och dessutom får gehör i debatten. I många sammanhang där jag blir inbjuden kommer dessa frågor upp. Hur ska vi hantera den eskalerande psykiska ohälsan hos unga? Det här är inte en lätt fråga. Men om vi kan börja med att enas om att frågan om barns psykiska mående är ett samhällsproblem så kanske vi även kan börja adressera att lösningen sannolikt också ligger på samhällslelig nivå.

Kanske ser vi konsekvenserna av ett samhälle som inte låter barn vara barn. Som ställer orimliga krav på barn och unga vad gäller prestation och att passa in. Man ska vara uppkopplad, tillgänglig, lyckad (och helst också lycklig) dygnet runt. Det är referensramen.

Vad händer med våra barns förmåga att buffra livets motgångar när allt som inte är välbefinnande ska diagnosticeras och behandlas som avarter av livet? Tänker ofta att vi behöver träna både oss själva och våra barn på att stå ut med jobbiga saker och att faktiskt tillåta oss, eller kanske till och med omfamna, känslan av att vara osäker, rädd och ledsen. Det är känslor som går över och inte är farliga och kan man hantera dem så kan man hantera mycket i livet. Ibland själv, ibland med stöd av andra. Det vidgar referensramarna.

Att våra kontaktytor med andra till så stor del är via sociala medier där vi exponeras för likasinnade människor med samma intressen, oftast i samma ålder, som till stor del visar en skev bild av sig själva vidgar inte referensramarna. För barn är skolan den plats där man



SUSANNE BUCHMAYER

Ordförande Svenska Föreningen för barn- och ungdomspsykiatri



SVENSKA FÖRENINGEN FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Susanne Buchmayer
(Susanne.buchmayer@gmail.com)

VICE ORDFÖRANDE: Carl-Magnus Forslund
(carl-magnus.forslund@skane.se)

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

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

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

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

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

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

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

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

SFBUP:s hemsida: www.sfbup.se

måste stå ut med att andra är annorlunda än man själv och lära sig hantera det – vidga vyerna. Det går inte att nog betona vikten av att alla barn får möjlighet till en givande, fullständig och för dem anpassad skolgång.

Vi lever i ett av världens mest generationssegregerade samhällen och jag brukar ibland tänka att vi saknar kloka mormödrar – eller att vi träffar dem för lite. Vi går därmed miste om lite välgörande livsvisdom – den man får av att leva länge och veta att vissa saker går över, andra gör det inte men går ändå att leva med på något sätt. Livsvisdom innebär också att inse att referensramar kan vara olika och också förändras över tid.

Nu ser samhället ut som det gör, kloka mormödrar växer tyvärr inte på träd, men i flera länder har man skapat alternativ till psykiatrisk verksamhet; i Danmark "Headspace", i Norge "Ung arena" och i Zimbabwe och Kanada finns "Friendship benches". Dessa initiativ har gemensamt att det är en arena där unga kan få stöd och hjälp att hantera livets normala motgångar – de som vi alla möter. Något liknande skulle i Sverige kunna vara ett sätt att stötta upp och hjälpa unga och samtidigt avlasta vården. I brist på mormödrarna.

Susanne Buchmayer
Ordförande SFBUP

Rättspsykiatri – gammal och ung på samma gång

Med lite god vilja kan vi säga att rättspsykiatri är en gammal civiliserad princip, beskriven redan i Gamla testamentet i texten om asylstäderna. Som ämne och specialitet är rättspsykiatri fortfarande ung men med en spännande utveckling framför sig.

Tack Per-Axel Karlsson för ditt arbete som ordförande för SRPF under många år! Som ny ordförande ska jag försöka ta vid och vi har en fin laguppställning i styrelsen med en massa idéer om hur vårt ämne kan utvecklas. På 00-talet satt jag som ung rättspsykiatriker ett tag i ordförandestolen men en ny befattning vid Rättsmedicinalverket och livets vindlingar gjorde sejouren ett-årig. Som numera äldre rättspsykiatriker, möjligen klokare men i alla fall mer erfaren, känns uppdraget nu än mer spännande.

Jag är anställd som lärare och forskare i rättspsykiatri vid Göteborgs universitet och tjänsten är kombinerad med överläkartjänster vid både Rättsmedicinalverket och Sahlgrenska Universitetssjukhuset. På så sätt får jag en inblick i rättspsykiatrisk akademi, utredning och vård. Min vision för vårt ämne är en kunskapsbaserad (evidensbaserad) rättspsykiatri som erbjuder goda behandlingsmöjligheter för våra patienter, där medarbetare står på kö för att få arbeta och lära sig, och där alla landets rättspsykiatriska intressenter samarbetar. Vi ska ha en nationell rättspsykiatrisk kongress vartannat år där vi tillsammans diskuterar evidensläget för olika metoder och behandlingsformer. Vi vet utifrån rapporter från SBU (264/2017, 286/2018, 287/2018) att det tyvärr inte finns forskningsstöd för dagens interventioner, men vi vet ju samtidigt att många rättspsykiatriska patienter ändå förbättras med våra behandlingsmetoder och rehabiliteringsåtgärder. Vi behöver därför lägga ett par kongresser på att tala oss samman om dessa positiva behandlingserfarenheter. Våra erfarenheter blir beprövad erfarenhet om vi diskuterar dem i kollegiet, enas om vad som fungerar och vad som inte fungerar, och använder dessa lärdomar på ett enhetligt sätt. Vår verksamhet ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet, och finns det inte vetenskapligt stöd för våra åtgärder så ska vi skapa beprövad erfarenhet.

Inom forskningsprogrammet FORvidence kommer vi att bjuda in till den första nationella rättspsykiatriska kongressen, den 23–24 augusti 2023 i Göteborg. (Har det funnits nationella rättspsykiatriska kongresser tidigare, som jag inte känner till, så ber jag om ursäkt och tar gärna emot kunskap om dem.) Planen är att ha ett återkommande nationellt möte de år då det inte är ett nordiskt rättspsykiatriskt symposium (vilket det är i år, 24–26 augusti, i Helsingfors). Tänk om vi kunde träffas i Göteborg i augusti 2023 och diskutera våra interventioner och metoder, och även ha en trevlig stund! Och tänk om rättspsykiatrins huvudaktörer därefter tillsammans kunde anordna denna kongress? Sveriges Kommuner och Regioner, Rättsmedicinalverket och Kriminalvården, tillsam-



PETER ANDINÉ

Ordförande Svenska Rättspsykiatriska Föreningen



SVENSKA RÄTTSPSYKIATRISKA FÖRENINGEN

ORDFÖRANDE: Peter Andiné
(ordforanden@srpf.se)

VICE ORDFÖRANDE/VETENSKAPLIG SEKRETERARE:
Hedvig Krona
(vetenskapligsekreterare@srpf.se)

SEKRETERARE/KRIMINALVÅRDSREPRESENTANT:
Hanna Edberg (sekreteraren@srpf.se)

KASSÖR: Cilla Pillay
(kassoren@srpf.se)

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

ST-LÄKARREPRESENTANT: Jonatan Adling
(strepresentanten@srpf.se)

ÖVRIGA LEDAMÖTER: Fredrik Åberg, Kristina Sygel

HEMSIDEANSVARIG: Jonatan Adling
(webmaster@srpf.se)

Hemsida: www.srpf.se

mans med yrkesföreningar, brukarorganisationer och andra intressenter? Psykiatrikongressen är en fin tillställning, och den ska vi fortsätta att besöka för att hålla oss psykiatriskt fräscha, men rättspsykiatri behöver även en egen arena för att utvecklas.

Avslutningsvis tar jag med "beviset" på vår uråldrighet:

"...skall ni välja ut städer som skall vara era asylstäder. Dit skall en dräpare kunna fly om han har dödat en människa utan uppsåt. Städerna skall tjäna som tillflyktsorter undan blodshämnamen..." (4 Mos. 35:11–12)

Trevlig sommar, och hoppas att vi ses i Helsingfors i augusti!

Peter Andiné
Ordförande SRPF

SVENSK PSYKIATRI

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **31/08**

Tema:
Anmä!



Utgivning 2022

NUMMER 3 2022

Tema: *Anmä!*

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 psykiatrin. Men självklart välkomnar vi bidrag om mycket annat än temat. Vi vill gärna ha artiklar om psykiatriska nyheter, kongressrapporter, debattinlägg, recensioner, fallbeskrivningar och intervjuer!

Maila till redaktoren@svenskpsykiatri.se

SKRIV I SVENSK PSYKIATRI

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Författarinstruktioner för Svensk Psykiatri

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNONS



Ädres lärande
Utblickar och insikter

Cecilia Bjursell och Malgorzata Malec Rawinski (red.)

Natur & Kultur, 2022

► Redaktionen erhöill ett exemplar av boken och har noggrant läst den. Det rör sig om ett slags antologi med olika kapitel skrivna av forskare inom främst pedagogik.

Det första kapitlet är skrivet av **Bodil Jönsson** som introducerar tre metaperspektiv som man föreslås leta exempel på under läsningen. Det första är *det existentiella – vem är jag?* Jönsson frågar sig, vad gör lärandet med mig? Det andra är *det etiska – själva meningen med kunskap*. Jönsson skriver att meningen med den ökade satsningen på forskning och utbildning var att människan skulle få bättre redskap att tänka själv, söka fakta, ompröva och förnya sina kunskaper. Den aktuella utvecklingen där var och en lämnats åt sig själv för att på egen hand välja mellan ett otal osannolika föreställningar, så kallade alternativa fakta, var helt oväntad. ”Ytterst är kunskap till för livet; för att vi ska kunna leva tillsammans och utvecklas tillsammans. I trygghet och tillit. Och kunna förverkliga våra idéer i en samtid som vi delar och uppfattar något så när på samma sätt”. Det tredje metaperspektivet är *det anticipatoriska*, om hur man i nuet påverkas av framtiden.

Gunnar Karlsson och **Jakob Ulenius** redovisar i det andra kapitlet en fenomenologisk studie om åldrande och lärande. Det är en svårläst text med meningar som ”I åldrandet är det vanligt att tänka över hur livet har varit, hur det blev, och att återuppleva tidigare händelser. Det kan tjäna syftet att söka sluta livsförloppet, få en djupare förståelse av vad det innebär att ha ett liv”. Några citat från de intervjuade personerna ger mer, till exempel ”...sådana här vardagssysslor, att det skänker glädje, alltså att bara finnas till”.



Foto: Shutterstock/ De Visu

I det tredje kapitlet presenterar **Cecilia Bjursell** fem existentiella perspektiv på lärande senare i livet. Gerotranscendens visar på utvecklingspotential genom att flytta den åldrande individens perspektiv från ett materialistiskt och rationalistiskt perspektiv till ett metaperspektiv. Detta metaperspektiv kännetecknas av en mer kosmisk och gränsöverskridande syn på världen. Utifrån detta perspektiv sker personlig utveckling genom tre mognadsdimensioner: (i) den kosmiska dimensionen; (ii) jaget; (iii) sociala och personliga relationer.

I det fjärde kapitlet har **Joel Hedegaard** och **Martin Hugo** undersökt varför seniorer studerar på folkhögskola och vad de får ut av det. Man konstaterar inledningsvis att antalet äldre ökar och därmed ställer högre krav på välfärdssystem och sjukvård. Deltagande i folkbildning kan avlasta välfärdssystemen då det visat sig att det är viktigt för äldre att bli inkluderade i samhäl-



let, känna meningsfullhet och skapa förutsättningar för välbefinnande. Författarna har genomfört fokusgruppintervjuer med 33 äldre personer (55–94 år gamla) och några citat är litet intressanta – för att människor är intressanta – men i övrigt är det många upprepningar, frågor och få svar.

Ett kapitel handlar om en veckolång folkhögskolekurs i graffiti för seniorer. Här har Bjursell närvarat och observerat, parallellt med att Hedegaard och Hugo intervjuat två av deltagarna. De äldre som studerats består av friska välbeställda personer med goda resurser. Hedegaard och Hugo påpekar att de är medvetna om att det i gruppen pensionärer "också finns personer som lider av allvarliga sjukdomar och då är utbildningsaktiviteter kanske inte prioriterade". Efter studien av graffitikursen drar man slutsatser som att "de som söker sig till en kurs har en vilja till att fortsätta lära, även om det sker litet senare i livet".

Ett annat kapitel utlovar information om informellt lärande genom stickcaféer. En inledning om stickningens historia (mest i Halland) är intressant, författaren skriver sedan om stickningens funktion (t.ex. göra kläder). Därefter redovisas korta stycken från olika studier som författaren läst; i korta stycken beskrivs stickares upplevelse av att sticka, guerilla-stickning, utvecklingen av stickcaféer och olika enkäter gjorda med stickare. Inget stickcafé besöks dock och ingen stickares röst hörs.

Hela boken är späckad med referenser, oftast till Nationalencyklopedin men också till olika artiklar. Man hänvisar till exempel till en studie som ska visa att kognitiv och fysisk aktivitet i en persons mellanlivsperiod minskar risken för demens (Najar m.fl. 2019). När undertecknad letar reda på studien framgår att man undersökt 800 kvinnor i åldern 38–54 år och skattat dem avseende kognitiv och fysisk aktivitet. I en uppföljning 44 år senare hade de som skattats som fysiskt och tankemässigt aktiva i lägre grad drabbats av demens. Studien ger således inget stöd för att kognitiv och fysisk aktivitet skulle skydda mot demens, möjligen att friska är mer aktiva även tidigare i livet.

Kapitlet "Att kliva in, och vara kvar i det digitala samhället" av **Ulli Samuelsson** är det som väcker mest tankar. En enkät som genomfördes i Sverige hösten 2015, visade att omkring 400 000 personer mellan 65 och 85 år stod utan internetuppkopplad apparat i hemmet. En förnyad undersökning

2020 (under pandemin) visade att den digitala användningen ökat i åldersgruppen, men främst hos högutbildade. I åldrarna 65–90 år är det tio procent som inte använder internetbank, 40 procent som aldrig gått in på pensionsmyndigheten.se och en tredjedel som aldrig använt "mina vårdkontakter – 1177". Samuelsson närvarade under hösten 2019 regelbundet på ett biblioteks IT-hjälp för äldre. Hit kom främst kvinnor födda i Sverige. Samuelsson går igenom de många olika slags svårigheter och villkor som finns för den som ska börja använda internetbaserade tjänster. Bakgrundskunskaperna kan variera mycket utifrån tidigare erfarenheter. Tillgång till socialt nätverk med digital kunskap gör stor skillnad både för att motivera egen användning och för möjligheten att få hjälp. Ekonomiska resurser krävs för att införskaffa attiraljerna och utan kunskap ökar risken att köpa lösningar som är för dyra och dåligt anpassade till ens behov, t.ex. binda upp sig för långa avbetalningsplaner med mera. Till Samuelssons genomgång kan också tilläggas att svårigheterna med digitala tjänster kan öka – eller bli rent omöjliga – med sviktande hälsa: synnedsättning, stroke, darrhänthet.

Tre korta intervjuer med pensionärer i olika åldrar redovisas. De är intressanta och det är uppmuntrande att t.ex. läsa om någon som anger sig ha mycket lättare att lära sig nya musikstycken nu, när hon har lugn och ro, än tidigare i livet när hon varken var ostörd eller fick tiden att räcka.

Undertecknad hade helt missförstått bokens titel och förväntat sig undersökningar av, och mer kunskap om, äldres förmåga till inläring. Boken rekommenderas möjligen för dem i läsekretsen som är intresserade av pedagogisk forskning. Tyvärr lärde jag mig väl inte något av den, men det känns ju bra att man i min ålder, genom att läsa en kurs på ett studieförbund, avlastar samhället något.

Anna Hillerberg
Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm

Att komma till klarhet



Foto: Shutterstock/ Ondrej Prosicky

► Med åldrande följer ibland utveckling av en klokskap, ofta tyst sådan, som kommer till uttryck i sätt att uppleva sig själv, tillvaron, sin historia och sina medmänniskor. Denna utveckling och klokskap uppskattas och vårdas på olika sätt i olika samhällen. Kanske hänger skillnaden ihop med graden av sekularisering och teknologisk utveckling, en utveckling där klokskapen ofta inte kommer till sin rätt. En som sammanfattar ett positivt alternativ är sociologen och äldre forskaren Lars Tornstam som samlat ihop sina reflektioner till ett begrepp Gerotranscendens vilket kan sammanfattas i nedanstående aspekter.

Gerotranscendens

Enligt Tornstam, som utvecklat begreppet (2005), innebär gerotranscendens ett skifte från ett materiellt rationellt synsätt till ett mer kosmiskt transcendent synsätt som vanligen efterföljs av ökad livskvalitet. Ju mindre ett barn är, i desto större utsträckning präglas dess medvetenhet av transcendens – en vandring mellan yttre och inre värld och den tids- och rumslöshet som präglar den senare. Att åldras innebär ingalunda att vi blir som barn på nytt, utan att vi öppnar oss för såväl nuvarande som tidigare upplevelser och erfarenheter. Kriser bryter igenom försvar i psykodynamisk mening och därigenom kan vi vidga vårt upplevelsefält. Tornstam urskiljer tre dimensioner i gerotranscendensen:

Självets dimension

Man överskrider sitt gamla själv, öppnar sig för dolda såväl positiva som negativa sidor. Känslan av ensamhet ersätts med en upplevelse av att vara en del av något större, en universell tillhörighet. Egocentrismen förskjuts mot altruism. Oron för kroppen avtar utan att kroppen försummas. Livets pusselbitar faller mer på plats och en känsla av helhet och sammanhang utvecklas.

Den kosmiska dimensionen

Tidsuppfattningen förändras så att nutid och forntid kan flyta in i varandra. Det kan kännas som om man är i flera olika åldrar samtidigt. Tidigare händelser kan, i större utsträckning än annars, omtolkas i ljuset av senare erfarenhet. Detta ger nya innebörder till gamla händelser vilket kan innebära en djupare förståelse och underlätta försoning.

Känslan av samhörighet med tidigare generationer ökar, liksom upplevelsen av att vara en länk i en kedja av generationer. Band till avlidna släktingar stärks. Rädslan för döden avtar och den ses i ett annat ljus. Det uppstår en acceptans av livets mysterier och att allt inte går att förstå. Förmågan att sätta värde på vardagliga "underverk" ökar – en blomma, en doft, ett landskap, ett barn, man ser det lilla i det stora och tvärt om.

Dimensionen för sociala och personliga relationer

Man söker färre och djupare relationer och mer konstruktiv ensamhet. Man får en ökad förståelse för nödvändigheten av att kunna gå in i sociala roller, får större distans till dem, med tendens att leka med dem. Man tenderar att överskrida låsta sociala konventioner och framtonar med en sorts oskuldsfullhet, ett "bara vara". Tendens till en viss asketism, frigjordhet från beroende av rikedom och överflöd, mer sparsmakat liv. Tendens till ökad vidsynthet och tolerans, behovet av att tänka i rätt och fel avtar.

Även om man som äldre inte spontant känner igen sig i dessa perspektiv kan de ändå kanske vara något att pröva att öppna sig emot.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Minns du?

Svenska Psykiatrikongressen återkom i mars i år efter att så snopet behövt stänga 2020 i Göteborg. Jag, och troligen många andra, såg fram emot att träffa kolleger igen och ta del av intressanta föreläsningar, rapporter och diskussioner.

► Redan efter att jag hängt av mig kappan i garderoben på Münchenbryggeriets konferens, stötte jag på en kollega jag inte sett på flera år. Nu är vi båda arbetande pensionärer, men i slutet av förra seklet arbetade vi tillsammans på en nu nerlagd psykiatrisk klinik specialiserad på depressioner och bipolära sjukdomar. Han skulle då snart avsluta sin AT-psykiatriplacering och jag började som underläkare efter honom. I det arbetet ingick att ge ECT-behandlingar.

Jag påminde honom där i entrén när vi nu sågs igen att han var den som lärde mig ge ECT-behandlingar och när jag berättade det skrattade han och sa: "Gjorde jag!?"

Första gången fick jag vara med och se på. ECT-behandlingen gavs i ett rum på bottenvåningen dit patienten kom

liggande i en säng med hiss från en av avdelningarna högre upp i huset, tillsammans med en sjuksköterska. Från anestesikliniken på sjukhuset kom narkosläkaren som skulle söva patienten. Sängen, där patienten låg premedicerad och fastande, rullades in på rummet. Det hände att de var oroliga inför behandlingen. Då gällde det att förmedla lugn och tillförsikt över behandlingens positiva utfall och också ofta hålla i handen tills de somnat.

Kollegan och jag tittade i journalanteckningarna vilken strömstyrka och tid som behövts förra gången och hur stor kramp det gett. Utifrån det kalibrerade vi kanske på ett annat sätt, för att få en bättre effekt denna gång.

Men först skulle jag lära mig och kollegan visade apparatens inställningar och elektrodplaceringen på huvudet när patienten somnat. Sedan satte man igång och höll elektroderna in-

tryckta tills krampreaktionen visade sig. Jag brukade släppa så snart jag såg att tårna vek ner sig. Det var en utmaning att ge minsta möjliga strömstyrka på kortast tid, då närminnet påverkas av dosen av strömstyrkan.

Kollegan påminde nu, på kongressen, om att vi hade både ineliggande patienter och polikliniska patienter som fick ECT i förebyggande syfte för att inte återinsjukna.

Han tillade att nu är det sjuksköterskor som sköter ECT-behandlingen och ECT-apparaten sköter i hög grad inställningen. Jag har sett de här behandlingarna också, sa jag, min känsla är att vi hade mindre problem med allvarliga och bestående minnesstörningar efteråt när vi själva skötte och ställde in behand-

lingarna än när det sköts automatiskt och det var för att vi var duktiga på det finliriga hantverket.

"Säger du det", säger kollegan då, och skrattar.

"Det minns jag intel!" Och vi skrattar tillsammans åt hans vit-siga svar!

Men jag minns fortfarande en utbildningsdag om depressioner, när en journalist som skrivit en bok, "Hur jag dog", berättade om sin depression och väg tillbaka till livet. Hur jag frågade efteråt om han hade några råd till oss psykiatrer som lyssnat om något vi särskilt skulle tänka på och han svarade helt kort:

"Ge ECT!".

Cecilia Gotby
Överläkare BUP
Stockholm



Foto: Soggybread/WikiCommons



BOKRECENSION

Kända nästet
Ulf Durling
Wela Förlag, 2022



Foto: Calle Eklund/WikiCommons

► Ulf Durling utbildade sig till läkare vid Karolinska Institutet och kom att specialisera sig inom psykiatri. Han debuterade som författare med pusseldeckaren "Gammal ost" som blev en omedelbar succé, renderade honom Svenska Deckarakademiens debutantpris och översattes till flera språk. Under många år arbetade Durling som psykiater på Danderyds sjukhus där han blev chef för akutenheten och undervisade. År 1996 blev han överläkare för Danderyd –Vaxholm – Österåkers mobila akutteam och hade därutöver uppdrag som sakkunnig i flera länsrätter (nuvarande förvaltningsrätter) och som föredragande i Socialstyrelsens rättsliga råd. Parallellt med sin medicinska karriär fortsatte Durling att skriva böcker, förutom närmare tjugo deckare har han skrivit ett hundratal noveller och kåserat i deckartidningar. Tillsammans med bland andra Olov Svedelid, Ulla Trenter och Jan-Olof Ekholm var Durling med och grundade Föreningen Kriminalförfattare i Stockholm 1977 och några år senare valdes han in i Svenska Deckarakademin.

"Kända nästet" utkom i år och har fått underrubriken "Ett slags kriminalroman". Till skillnad från de flesta deckare baseras inte intrigen på att någon hittar ett lik, istället handlar det om en person som försvunnit för så länge sedan att denne hunnit dödförklaras. Boken är skriven ur flera personers perspektiv, men som främsta huvudpersoner ses Sven, en äldre pensionerad präst och Gunilla, som är änka efter Svens hädangångne studiekamrat och bästa vän. Sven och Gunilla bor ihop men deras relation är platonisk, bara det ett ovanligt grepp i skönlitteratur.

Den försvunne är Gunillas bror Anders, som i ungdomen insjuknade i schizofreni. Bokens röda tråd är deras sökande efter

en förklaring till vad som egentligen hände Anders. Berättelsen utstufferas rikligt med miljöskildringar, historiska utvecklingar, en genomgång av psykiatrins utveckling under 1900-talet och mycket annat. Deras resa genom Sverige tar dem bland annat till kända gamla mentalsjukhus som Säterns hospital och dess tvillingsjukhus St Gertrud i Västervik (båda invigda 1912), men de besöker också andra orter som Strängnäs, Loftahammar, Hedemora och Köping. I sitt sökande kommer paret i samspråk med en mängd fiktiva personer som en skötare på Säter, en finsk psykiater och forskare från Åbo och en pensionerad läkare i Västervik. Några av de beskrivna personligheterna, som den charmige mentalskötare som flyttade runt mellan olika mentalsjukhus och lämnade gravida kvinnor efter sig, kan man misstänka är baserade på högst verkliga personer. Inflätat i berättelsen skildras medicinhistoria som polions härjningar och klopapinets utveckling.

Deckargåtan är uppfriskande oblodig och för undertecknad, som både är psykiater och väl bekant med flera av miljöerna, bjöd boken på god underhållning. Rekommenderas till den intresserade.

Anna Hillerberg
Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm

Vem vill läsa om "Gammal"?

Vad i så fall?

► Svaret är väl "många" för det är mycket stor sannolikhet att alla berörs, om inte annat så indirekt. Är man 85½ kan man väl bara ta vad som helst ur sin vardag att skriva om? Men det skall ju ha lite allmänt och särskilt psykiatriskt intresse. Då blir det knepigare! Här är mitt försök.

Vad gäller för en person som blir/är gammal?

Landstinget bjöd mig på en "pensionärskurs" när det närmade sig. Det var rätt bra för det satte fokus på den framtid man ändå hade kvar. Det borde inte vara en passiv process utan mer typ "kris och utveckling".

Fysisk aktivitet är än viktigare än tidigare. Annars minskar snabbt diverse funktioner och det blir svårare än förr att hämta igen dem. Dessutom finns otvetydiga tecken på att fysisk aktivitet är nära kopplad till psykiskt välbefinnande. Nivån av fysisk förmåga tror jag inte är lika viktig – det är aktiviteten som håller metabolismen m.m. igång.

Psykisk aktivitet är också bra. Jag tycker inte man skall tacka nej till uppdrag som man blir tillfrågad om eller själv hittar på, även om det kan bli stressigt ibland. Det skadar nog inte. Det kanske kan kännas bättre att "gå själv" än att "bli utsparkad" men ofta är det nog värt att ta risken.

Sjukdomar har en given plats hos oss äldre. Kan dominera samtal, inte bara dåligt. Man får ventilerat ett och annat och kan få något bra tips.

Läkemedelsordinationer anhopas med åren. Vissa är tveklöst livsuppehållande. Andra kan ha ett "number needed to treat" på flera tiotal och är därmed till ingen nytta för det stora flertalet. Jag tror att man inte är tillräckligt uppmärksam på biverkningar, även lätta sådana som påverkar livskvaliteten. Interaktioner mellan alla de läkemedel vi 80+ intar är ju inte heller alls beforskade.

Blir man *klokare* som gammal? Både och! Man har erfarenheter. Å andra sidan glömmer man mer av aktuell information så helhetsbilden blir lätt skev. Käpphästar behöver ingen havre, men är dåliga på att göra nytta!

Framtidsperspektivet krymper och ändras. Nu får man *tänka mer kollateralt* – vad är bra för mig idag? Kan jag bidra på något sätt för omgivningen? KASAM, "känsla av sammanhang" och kontakter är viktiga. Man är fortfarande en social varelse. Som ensam gamling är man inte stark.



Foto: Josefin Wangel

"En glad pensionär?" Tveksam floskel! "Årsrika" – också lite vinklat. I våra pensionärstidningar visas alltid glada miner. Är det för svårt att vara seriös?

"Det känns att man inte är 80 längre!" Ja, varje år gör mer skillnad än förr. Man får anpassa en del rutiner. Alltid lägga nycklar och glasögon på samma ställe, skriva upp mer, ta elcykeln i stället för den vanliga...

"Att bli gammal är ingenting för veklingar!" Å andra sidan har ju erfarenhetsmässigt många miljarder människor klarat av det hyggligt hittills. Man har uppenbarligen dolda förmågor till anpassning och coping.

Jerker Hanson
jerker.hanson@telia.com
docent, pensionerad psykiater
Stockholm

SFÄP

Svensk Förening för Äldrepsykiatri (SFÄP) har de senaste två decennierna varit ett aktivt forum för läkare med olika specialiteter men med ett genuint intresse för äldrepsykiatri. Ett av föreningens syften har alltid varit att öka och sprida kunskaper och erfarenheter inom området. Vetenskapliga möten och seminarier har skapat tillfällen för läkare med olika bakgrund att lära känna varandra och utbyta erfarenheter. Styrelsen får också många förfrågningar om äldrepsykiatri från olika håll, och fungerar som formell och informell remissinstans för flera myndigheter.

► **Ett** av SFÄP:s viktigaste syften uppfylldes efter mångårigt påverkansarbete; äldrepsykiatri blev 2015 en tilläggspecialitet till psykiatri eller geriatrik.

Föreningen är sedan 2014 en nationell delförening av European Association of Geriatric Psychiatry (EAGP) och har ett mandat i dess styrelse. SFÄP antogs 2020 som subsektion i Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF), och har också ett aktivt samarbete med Svensk Geriatrisk Förening (SGF) och ST-läkare i Psykiatri (STP).

P.g.a. pandemin och digitaliseringen har nya verksamheter startat. SFÄP arrangerar sedan 2021 lunchwebbinarier på svenska för föreningens medlemmar. Detta har uppskattats särskilt av läkare som arbetar relativt ensamma. I samarbete med EAGP hålls webbinarier på engelska som lockat deltagare från hela världen.

I oktober varje år äger årsmötet rum samma dag som ett vetenskapligt möte med internationella och svenska föreläsare. De utländska gästföreläsarna brukar känna sig hedrade av inbjudan och blir en del av föreningens nätverk.



Foto: Ioannis Karachristos

Efter två års digitala årsmöten kan vi glädjas åt att återigen få träffas på Nobel Forum den 7 oktober 2022. Årets huvudtema blir psykotiska symptom hos äldre.

SFÄP är djupt tacksam för ett mångårigt samarbete med Region Stockholms Läkemedelskommitté kring årsmöten och andra utbildningar.

Medlemskap är öppet för läkare med intresse för äldrepsykiatri oavsett formell specialitet.

Styrelse SFÄP genom Sarantos Stasinakis
<https://aldrepsykiatri.se>

ANNONS

Förresten, läste ni att...

... sömnmedicin hos äldre
ökar risken för självmord?
Fast nej, just det, så var det ju
kanske inte.

Foto: Shutterstock/Nito

► "Fler självmord när äldre får sömnmedel" skriver SvD och Aftonbladet 2 april.

Dagens Medicin å sin sida tar i från tårna och skriver den 4 april: "Läkemedel mot sömnproblem kan fördubbla risken för självmord bland personer över 75 år som bor på äldreboende." Man hänvisar till ett pressmeddelande från GU och en studie publicerad i International Journal of Geriatric Psychiatry¹.

Var beredd, för här kommer dagens snusförnuftiga pekpinne signerad yours truly:

Vi måste vara ytterst varsamma med hur vi tolkar och kommunicerar forskningsresultat. Våra – i internationell jämförelse – utomordentliga nationella register kan ge oss information i överflöd; de utgör en aldrig sinande källa till uppgifter om kliniska data, läkemedelsförskrivning, sociodemografiska faktorer, information om föräldrar och syskon och kreti och pleti höll jag på att säga. Det är epidemiologisk magi. Men gud förbjude att vi begår det mest grundläggande av alla forskningsfel och förväxlar korrelation med kausalitet.

Studien som omnämns är en registerstudie, som visar att hos äldre som förskrivs antidepressiva läkemedel är risken för självmord lägre, och hos äldre som förskrivs insomningsläkemedel (zopiklon eller zolpidem) är risken högre, jämfört med äldre som inte förskrivs läkemedel alls.

Om man kastar ett getöga på pressmeddelandet som ligger till grund för de bombastiska rubrikerna så är budskapet mer sant: "Antidepressiva läkemedel kan nu kopplas till lägre risk för självmord i gruppen 75 år och äldre på äldreboende. Hos dem som fick läkemedel för sömnproblem var självmordsrisken däremot fördubblad." och "Läkemedel mot sömnproblem kunde kopplas till fördubblad självmordsrisk, och vid tidigare själv-

skadebeteende var risken ytterligare rejält förhöjd. Resultaten visar enligt forskarna på vikten av att personalen har kunskap om de boendes bakgrund för att tidigt kunna identifiera risker och vara uppmärksam på den psykiska hälsan hos personer som behöver extra stöd."

Klokt, klokt pressmeddelande. Oklok, oklok rubrik i Dagens Medicin.

Vi kan icke säga ett endaste dyft om huruvida dessa läkemedel ökar risken för självmord eller ej.

Studiens författare ger en rad olika hypotetiska förklaringsmodeller, däribland att dessa läkemedel kan spegla en underliggande sömnstörning, något som i sin tur kan öka risken för självdestruktivitet. Så kan det vara. Eller så är det något helt annat. Det vet vi inte.

Nu talar jag ur skägget, kära kollegor. Rubriker av det här slaget passar i Svensk Damtidning (förlåt Svensk Damtidning och med all respekt för er genre), men inte i en tidskrift som riktar sig till fackpersoner.

Bot och bättring.

Hanna Edberg

*Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm*

Ref. 1. Hedna, Fastbom, J., Jonson, M., Wilhelmson, K., and Waern, M. (2022). Psychoactive medication use and risk of suicide in long-term care facility residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37(3), 1–9

Gammalt

Jag städar mammas liv.
Mitt barndomshem. Min grund.
Jag städar pappas liv.
Mitt hjärtas minneslund.

Brev. Foton. Massor ting.
Dåtidsbesök är faktum.
Och tidsmaskinens klick
tar till barndomen sakta.

Till tiden som är längre då
jag har ännu ej gjort inträde.
Min tjocka släkt givakten står,
stundom i lycka eller leda.

Och plötsligt bakom klädeshög
jag hittar i en hemlig låda
min brors skolväska som jag såg
enbart på väldigt gammalt foto!

Skolböcker som är prydligt klädda
i omslagspapper. Hans handstil
och brev från kompis som har flyttat.
Omvärlden plötsligt blir då still...

Hans liv fick sluta då så tidigt.
Mina föräldrars tragedi.
Som den förlust de modigt lidit
i oförsonligt raseri.

Men jag har aldrig träffat honom.
Har längtat. Undrar hur han var.
Han skulle skyddat mig från världen
den saken var fullständigt klar!!!

Vidrör hans saker. Handen skakar.
Min bror. Min sorg och min vän!
Skolväska från en hemlig låda
i tiden binder oss igen!

Foto: Ludmila Mendoza

► Gammalt och nytt... Ibland betyder gamla saker så mycket för oss. Gamla minnen av någon man hållit kär. När man går igenom sitt barndomshem efter föräldrarnas bortgång hittar man gamla saker som får en att tappa andan, att uppleva hur gamla saker varit avgörande för vem man är nu.

För några år sen avled mina föräldrar med några års mellanrum. När jag städade huset hittade jag min brors gamla skolväska med hans böcker i. Jag har aldrig träffat min bror som dog i leukemi på 60-talet, tre år innan jag föddes. Ändå betydde han så mycket för mig och hans öde präglade mitt liv och inte minst mitt yrkesval. Hans gamla skolväska med hans böcker, arbetshäften med hans handstil. Andningen stannade en sekund... Gamla minnen bleknar aldrig...

Lioudmila Mendoza
Psykiater
Södertälje

Gammal

► Förr gick jag på gymmet för att bli starkare, men numera är det för att hindra eller lindra förfallet. Att så fåfängt mota åldrandets sluttande plan, som väl sluttat nedåt sedan 25–30-årsåldern? På ytan syns det när man är senior, även om den ännu inte påtagligt ackompanjeras av senilitetens mentala desintegrering. Håret, huden och den långsammare gången avslöjar. Hur kan det vara så att jag inte känner mig gammal fast många betydligt yngre än jag säkert tycker att så är fallet?

En fördel att ha ett bristyrke är den begränsade åldersdiskrimineringen. Möjlighet att fortsätta jobba så länge vi vill (och kan) är en värdefull option och ett privilegium. Talesättet "Att skiljas är att dö en smula" kan här symbolisera tanken på att skiljas från det professionella livet. Att dö en smula känns inte så lockande.

Livet blir förvisso aldrig som det har varit, oavsett ålder. Inget annat heller förblir helt oförändrat i den upplevda verkligheten, antar jag. Att livet vartefter ändå känns lika som tidigare beror helt enkelt på att förändringarna går tillräckligt långsamt för att vi omedvetet bortser från, ignorerar eller är oförmögna att registrera skillnader och förändringar. Hjärnan justerar våra förväntningar en smula, fortlöpande, utan att besvåra vårt medvetande och känsla av välkänd verklighet. När livet blir obehagligt så är det lätt att tänka så: att snart blir det förhoppningsvis som vanligt igen. Annars hoppar vi över till det nya normala.

Foto: Shutterstock/Oksana2010



Med tilltagande årsrikedom blir det allt svårare att bli alldeles överraskad och erfarenhetsrikedom ger beredskap att möta livets överraskningar. Vårt minne är för övrigt inte ett arkiv för att korrekt återge vad vi varit med om, utan snarare en flexibel och anpassad resurs att möta och tolka den aktuella verkligheten. Nya erfarenheter korrupperar korrekt återgivning av gamla upplevelser och prioriterar i stället anpassning till agerande i aktuella omständigheter. Vid vissa tillstånd vi möter i psykiatri ser vi reducerad social kognition. Vid kronisk psykosjukdom begränsas förmågan att ändamålsenligt realitetspröva tolkningar och justera föreställningar. Det gäller både förståelse av abstrakt information, social kognition, förmåga och vilja. Med minskad social förmåga följer risk för isolering och en ond cirkel av försämrad hälsa och livskvalitet. På så sätt accelererar åldrandet.

Det tycks mig som om vi i vår kultur har störst uppmärksamhet på de kognitiva färdigheter som präglar och mäts som intelligens, dvs. abstrakt tänkande såsom verbala, numeriska och spatiala färdigheter. Mindre fokus är på social kognition? Social kognition inbegriper begreppet *Theory of mind* (mentalisering) som används för förmågan att förstå andra människors beteenden och känslor. Den sociala kognitionen påverkas av åldrandet liksom annan kognition. När vi grubblar på vad åldrandet kan ställa till med så testar vi gärna abstraktionsförmågan. En MMT och sedan remiss till demensutredning? En remiss för utredning och träning av den sociala kognitionen har kanske inte så många av läsarna exekverat? Vem skulle man i förekommande fall skicka den remissen till?

Enligt fysikens obönhörliga principer är ordning onaturligt. Entropin tvingar oavslutligt allt vi sorterar till grus med tiden. Allt biologiskt kommer förr eller senare att sönderfalla i sina molekylära beståndsdelar. Solen är tillfälligtvis vår räddare i nöden. Genom konstant energitillförsel får biologin ännu en chans. En människa har svårt med stora tal, så solens fusionsenergi känns tills vidare evig. Solens energiflöde de-

poneras i komplexa molekyler och livet kan fortbestå. När detta skrivs är livets pånyttfödelse väldigt tydlig. Kung Bore fick ge sig mot Gumman Tö, för att tala med Elsa Beskow. Ännu en gång bryter vintergäcken igenom snödrivan, björkarna får musöron, lövsångaren kvittrar ljuvligt och snart väcker syrendoften lust till att leva liv. När texten läses är det nog redan sommar i stora delar av landet?

Årstidsväxlingar är en rikedom och återkommande källa till glädje, men påminner senare på året om att solens energi bara uppehåller entropin i ett växelspel. Entropin går inte att besegra, men den lär vänta ännu 4–5 miljarder år. Sedan sväller solen till en röd jätte och förenas med de närmast sörjande planeterna, inklusive jorden. Det känns ju som en evighet dit. Sätillvida är väl vår jord inte särskilt gammal?

Nils Lindefors
Psykiater
Stockholm



Man blir ju inte yngre med tiden

► Mina barn säger: pappa, du är inte gammal. Men, när du har blivit 50 år, då är du gammal. Således blir jag gammal nästa år, den 31 januari. Jag har aldrig upplevt mina födelsedagar som något omvälvande. De kan vara trevliga och jag firar dem gärna, men metamorfosen har aldrig riktigt infunnit sig. Snarare har en dag i raden lagts till de tidigare.

Min 11-åriga dotter tycker att tiden går snabbare i och med att hon blir äldre. Jag håller med, men minns inte att jag tänkte så själv som barn. Jag tänkte knappt alls på min ålder förrän jag närmade mig 18 och då sedan som något instrumentellt, där jag behövde uppnå en viss ålder för att kunna göra olika saker, som att ta körkort, gå på krogen eller handla på Systembolaget. På Tekniska museet finns det en biometrisk scanner som läser av ålder. Mina barn är nöjda om scannern överskattar deras ålder. Själv blir jag smickrad när den påstår att jag är 35 år gammal, vilket den inte alltid gör.

Vi har svårt att förhålla oss till ålder på ett neutralt sätt. Vi värderar den, stundtals positivt och många gånger negativt. Att något är gammalt kan betyda att det är hävdvunnet, att det har stått sig, som ett gammalt djungelordspråk. Det kan vara förlegat och förpassat, som när vi ber någon att dra något gammalt över sig. Det är bara inte neutralt.

Man är inte äldre än man gör sig. Det stämmer in på inställningen man har till sin ålder, kanske särskilt avseende ålder som begränsning. Visst ökar risken för skador efter en viss ålder och krämpor ackumuleras med tiden. Hjärnan är inte färdigutvecklad förrän man är 25 år gammal och förhoppningsvis blir man klokare med åren. Det är dock lätt att begränsa sig i onödan med följderna att livet blir torftigare än vad de hade behövt vara. Här kan umgänget med barn utgöra en dispens och det är helt legitimt för en lekfull pappa att tjoa i pulkabacken.

Den kronologiska åldern är dock som den är. Här får vi tillämpa acceptans. Det som skrämmar är väl i första hand det biologiska förfallet, där "garantin" går ut vid 40. Det går inte längre att reklamera ohälsan, man får räkna med förslitningar och att man får ha sina krämpor. Jag tänker ibland på min tidigare husläkare som sammanfattade mina besvär med: "är det inte värre än så här, så ...". Det går förstås att försöka hålla sig i trim, men kroppen blir inte yngre. Vi kommenterar ibland patienternas yttre, om det är åldersadekvat. Många av våra svårt psykiskt sjuka patienter ser äldre ut än vad de är. Sedan finns det de som är fantastiskt välbevarade. Jag minns en patient i somatiken som var 85 och som inte såg ut att vara en dag äldre än 60. Jag trodde att jag hade gått in på fel sal när jag skulle skriva in honom på vårdavdelningen. Min kompis pappa var pensionär redan från det att jag och kompiserna gick i första klass. Den seniora pappan var närvarande, en av de få som hade tid och ork att vara klassförälder. Han lärde mig att inte byta på sig för mycket kläder när man idrottar, för att man då blir svettig, våt och under vintern så småningom kall. Han blev 98 år gammal.

Kanske kan vi dock bäst utläsa tidens gång med den tekniska åldern. Själv tillhör jag kassetbandsgenerationen, som upplevt rullband (reel to reel tapes) i skolan. Mina barn har knappt sett ett kassetband och de kan inte tänka sig en tid när man inte kunde använda fingrar för att scrolla på skärmen. I IQ-tester för barn har man fått ta bort bilder på sladdtelefoner, som barnen inte längre känner igen. Det är förvånande att följa den tekniska utvecklingen. Utmaningen är att tekniken utvecklas, medan mänskligheten i grund och botten är sig lik. Den tekniska möjligheten matchar inte alltid våra mänskliga behov.

Det kan det psykologiska åldrandet i bästa fall göra. I den bästa av världar mögnar vi med tiden. Kanske inte alltid som ett gott årgångsvin, men vi har den stora förmånen att kunna lära oss av våra erfarenheter. En stor andel av patienter med emotionellt instabilt personlighetssyndrom uppfyller inte kriterierna

för diagnosen när de har fyllt 40 år. Livet ger perspektiv. Jag har hört äldre personer säga att de skulle vilja träffa sitt yngre jag för att förklara att "det ordnar sig". Många problem för den unge lidande löser sig med tiden. Sångerskan Björk längtrade efter att fylla 50, för att det då skulle infinna sig ett lugn. Jag tror att det också blev så för henne, vilket förstås också kan vara en tidens placeboeffekt. Tiden behandlar oss dock olika väl.

En del av mina patienter har ett grundlidande och några av dem önskar att de aldrig hade blivit födda. Många andra ser dock livet som en gåva, varför att bli gammal inte är så dåligt, om man betänker alternativet.

Mikael Tiger
*Psykiater
Stockholm*



Foto: Stillness inMotion/Unsplash



Stödsamtalet

En reflexion kring en gammal beprövad behandling

► Idag verkar det som, att den enda behandling man inte kan få inom psykiatri är samtal. Det är förbjudet, mer eller mindre, att ge samtal. Möjligen kan man få ett ytterst begränsat antal samtal, om man är mycket suicidal, men knapast ens då.

Hur har det blivit så här?

Jag tror att det är en gammal historia, där man har bestämt sig för att stödsamtal saknar evidens och inte är till något värde för patienten. Slöseri med resurser som inte ger något resultat.

Hur man kom fram till detta, vet jag inte. Jag har inte sett någon undersökning eller forskning kring det. Det verkar i mycket handla om tyckande och hörsägen.

Man kan ibland få psykoterapi, mestadels eller nästan enbart KBT. Även om resurserna är begränsade och oftast räcker enbart till gruppterapi.

Vad är det då man kan få inom den specialiserade psykiatri idag?

Basutredning för diagnostik och behandling, och ibland också en fördjupad utredning, oftast i form av en neuropsykiatrisk utredning.

Det finns också rikligt med skattningsformulär att fylla i via webben.

I övrigt är det medicinering och uppföljande kontroller.

Själv har jag jobbat länge inom psykiatri, över trettio år, och har som gammal psykiater (pensionerad), lyckats samlat på mig lite erfarenheter och kunskap.

Många patienter önskar sig just samtalsstöd och vill få prata med någon. Det tror jag vi alla känner igen.

Så har det varit i alla tider. Patienterna vill ha samtal, men får mediciner, och oftast behövs sannolikt både och.

Stödsamtalet, där gränsdragningen mot det terapeutiska samtalet oftast är ganska flytande, har hållit många under armarna och räddat många liv. Ibland har det medfört att patienten senare kunnat påbörja en mer regelrätt psykoterapi. I det terapeutiska samtalet finns också i varierande grad inslag av stöd.

Att få träffa en klok och erfaren person, som är empatisk, och att tillsammans reflektera kring sådant som är viktigt och centralt, för just den patienten, tror jag är väldigt betydelsefullt och utvecklande.

Att bli sedd och bekräftad, och kanske få nya insikter kring vad som gör att ens liv inte fungerar. Kring sin rädsla och oro. Varför fungerar inte jag som andra?

Kanske har man inte förmåga, av olika skäl, att tillgodogöra sig KBT och ändra sitt beteende, vilket många patienter och terapeuter har bekräftat. Att då istället i lugn och ro få tala med någon om det man tänker kring sin psykiska ohälsa/sjukdom och sina svårigheter i vardagen. Ibland finns inga enkla lösningar, men man har blivit lyssnad på och känner en tillit, och orkar stå ut ett tag till och leva med smärtan, och har kanske ett hopp om att det ska lösa sig och att man ska hitta en väg framåt. En utvecklingsprocess/läkningsprocess har förhoppningsvis påbörjats.

Ibland kan det räcka med att man vet att man har någon att ringa när man mår riktigt dåligt, någon som kan lyssna och bekräfta. Det gör ibland att man inte ens behöver ringa, utan man bär på vetskapen och tryggheten om att det finns någon där som jag litar på, det kan räcka långt.

Vi ska som läkare bota och lindra och trösta enligt vår läkared.



Foto: Shutterstock/BlurryMe

Idag har stödsamtalen tagits bort ur psykiatrin och man hänvisas till primärvården för att få ett antal stödsamtal där. En primärvård som skriker och går på knäna pga. resursbrist, med läkare som inte orkar vara kvar, enligt media.

Hur tänker man då? Våra patienter inom specialistpsykiatrin, som per definition är funktionsnedsatta på något vis och ibland suicidala, hur ska de orka ta kontakt med sin husläkare, sannolikt med lång väntetid, för att få stödsamtal? Är detta logiskt och etiskt? Hur många patienter orkar göra det?

Jag tycker att det känns väldigt sorgligt att det blivit så. Vad har man vunnit?

Har kostnaderna minskat eller resursanvändandet? Är det effektiv vård?

Kanske är det tvärtom? Blir fler patienter friska fortare och kan lämna psykiatrin?

Under den senaste tiden har vi läst och hört reportage om unga som suiciderat och där det framkommer, enligt media, att de bett om samtal men inte fått det utan önskemålet har avvisats, och ofta har de på något sätt istället halkat ur vården eller hänvisats till primärvården. En skrämmande utveckling.

Stödsamtalet är en gammal beprövad metod, som nästan alla i det psykiatriska teamet kan ge. Kanske en av värdefullaste insatser vi kan ge till våra patienter. Billig och inte speciellt resurskrävande.

Samtal som ska utvärderas naturligtvis och inte pågå i årtionden, som det nog gjordes förr ibland.

Vården inom psykiatrin måste ju anpassas efter patienternas behov och inte tvärtom. Också enligt vetenskap och beprövad erfarenhet naturligtvis.

Just många unga vuxna patienter behöver få input och spegling, då de ännu inte själva, många gånger, har utvecklat så stor reflexionsförmåga och kanske saknar erfarenheter, eller har svårt med impuls kontroll och gränsdragning. Det kanske bara behövs lite klokskap/reflexion från någon med mera erfarenheter och livskunskap. Detta kan betyda att denna person kan se flera alternativ i sitt liv kring hur hen kan tackla sina svårigheter, än att ta sitt liv.

Att då inom vården kunna möta en intresserad, empatisk, vuxen person, som lyssnar, och som ibland kan ge råd eller reflexioner samt trygghet, det kan betyda skillnad mellan liv och död.

Jag har hört av många patienter, under årens lopp, om viktiga möten med någon inom vården, som faktiskt räddade dem, och gjorde att utvecklingen vände.

Jag har funderat mycket över vad det är som gör att man i dagens psykiatri inte använder sig av denna gamla och beprövade metod, som så många patienter efterfrågar.

Den är kostnadseffektiv och kan utövas av de flesta av medarbetarna.

Ett bra sätt att använda de resurser som faktiskt finns inom psykiatrin. Att samtala med patienterna på ett meningsfullt sätt, som kan göra skillnad, tror jag också är stimulerande för personalen och kan kännas som en meningsfull insats och arbetsuppgift. Att få känna att man gör ett bra jobb är viktigt.

Kanske effektivare vård i längden, än den skattningskalorna kan bidra till.

Det kanske många gånger tar längre tid, att sitta och försöka övertala någon att söka sig till primärvården, för att få ett begränsat antal samtal där, än att ha ett stödsamtal med en patient som man redan etablerat en relation till?

Är det ens etiskt rimligt och patientsäkert, att som patient inom specialistpsykiatrin, behöva söka sig till primärvården för att få samtal? Låter bakvänt.

Dags att tänka om?

Vi kan kanske döpa om stödsamtalet till samtalsbehandling/behandlande samtal med en egen KVÅ-kod?

Astrid Lindstrand
Psykiater och legitimerad psykoterapeut
Stockholm

Äldrepsykiatri

En psykiater reflekterar

► Som nybliven specialist blev jag erbjuden jobb inom heldygnsvården på Norra Stockholms Psykiatri, det var en läkartjänst på avdelning 23, avdelningen för äldrepsykiatri. Jag hade arbetat mest med unga personer med neuropsykiatriska diagnoser och personlighetssyndrom och visste för lite om äldre och äldrepsykiatri.

Avdelning 23 lät dock omedelbart bra, då en av mina stora idoler, Oliver Sacks, som ung kliniker själv arbetade på en annan "avdelning 23" och då skrev om sina kliniska dilemman och observationer. Hur olik kan äldrepsykiatri vara i jämförelse med "vanlig, vuxen" psykiatri? För 10 år sedan fanns subspecialiteten äldrepsykiatri ännu inte i Sverige, och man sökte för denna tjänst unga psykiatrer som var intresserade av verksamhetsutveckling och forskning.

Där och då gjorde jag det man brukar göra, Googlade. Inte helt oväntat dök Emil Kraepelin, nestor i modern psykiatrisk nosologi, upp. Texten löd: "*Emil Kraepelin (1856-1926) made his now famous quote, in which he states that the science of psychoses of old age is the 'darkest area of psychiatry'*" (1). Ingen uppmuntran direkt, men jag var fast besluten att komma in i det nya fältet, nyfiken och pigg på att lära mig.

En av mina första patienter på avdelning 23 var en 75-årig kvinna med depressiva symptom. Hon hade aldrig tidigare haft kontakt med psykiatrin och hade svårt att navigera i sin nya livssituation, inte minst på grund av den aktuella inläggningen. Över en längre tid hade hon utvecklat en passivitet, initiativlöshet, avsaknad av egen "motor" som varken hon eller hennes oroliga, och mycket engagerade, familj kunde känna igen. Hon hade blivit förändrad i sitt väsen. Den annalkande katastrofen hon kände gick inte ens att prata om. Hon blev alltmer tyst. Jag frågade vad i depressionen hon upplevde att hon stördes mest av. "*Jag har förlorat mitt livsmod, allt är främmande och skrämmande*". Sedan blev det tyst igen.

Jag vet inte riktigt varför vissa patienter gör att man repar eget mod men den här patientens språk och framtoning gjorde att jag kände att jag var på rätt plats, med rätt yrke, och att det vi gör är meningsfullt, vi kan faktiskt hjälpa. Mycket har hänt sedan början av 1900-talet, då Kraepelin verkade. Tusentals föredrag, diskussioner, vetenskapliga artiklar har uppmärksammat krisen kring äldres psykiska hälsa. Norra Stockholms Psykiatri är en av de kliniker i landet som har haft ett enormt engagemang kring äldres psykiska hälsa, man har tack vare några riktiga eldsjälar utvecklat både öppen- och heldygnsvård med ett nära samarbete med lokala Mobila teamet, ett samarbete som varit både uppskattat och effektivt. Det "dubbelt gråa" samhället (vi blir fler äldre som lever längre) ställer krav, äldre psykiatriska patienter är ett faktum och det är vår skyldighet och

vårt moraliska ansvar att med omsorg vårda den som själv, inte sällan, inte kan göra sin röst hörd.

Vi har genom mångårigt arbete lyckas förbättra villkoren för patienter som insjuknar vid ung ålder. Med bättre kontroll av hälsotillstånd lyckas vi få svårt psykiskt sjuka människor att erfara en värdig ålderdom som inte fanns på Kraepelins tid. Den här patientgruppen som följs på våra mottagningar för affektiva sjukdomar, personlighetssyndrom, psykossjukdomar samt neuropsykiatri blir äldre och är även mer somatiskt sjuka än jämnåriga. De är inte lika bra på att följa rekommendationer och genomföra nödvändiga livsstilsförändringar och de har oftast ett flertal läkemedel på sin medicinlista. Allt detta gör att det krävs kunskap om hur vi bäst ska hjälpa dem på ett adekvat sätt.

Åldrande i sig bär med sig en del förändringar. En stor andel av mina patienter är "debutanter" inom psykiatrin först efter pensionsåldern. De uppvisar ett överraskande kalejdoskop av symptom som inte sällan skiljer sig från samma psykiatriska tillstånd i den yngre vuxenpopulationen. Denna versatilitet i symptombild och tendens att själva underskatta/skatta lägre på de självskattningsinstrument vi använder, gör att svåra sjukdomstillstånd ofta missas hos den äldre patienten. Folkhälsomyndigheten identifierade i sin rapport 2020 att 1 168 personer tagit sitt liv i Sverige. Det högsta sucidtalet återfanns bland män som var 85 år eller äldre, vilket är dubbelt så högt som bland män i de yngre åldersgrupperna (2).

Vi som arbetar inom psykiatrin kommer att behöva lära oss att tänka specifikt kring den äldre psykiatriska patienten. I ett samhälle som monomant fokuserar på ungdom och hälsa drabbas våra äldre patienter av dubbelt stigma, *psykisk sjukdom och åldrande*. De är dock ett demografiskt imperativ för vården och samhället i stort och min förhoppning är att det äldrepsykiatriska fältet blir en del av en blommande vetenskap, med motsvarande forskning och klinisk utveckling som idag sker kring patienter i yngre åldrar.

Isidora Stark
Psykiater
Stockholm

Referenser

- (1) Köhler, and Palmer, B. W. (2013). New Perspectives on Late-Life Psychosis. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 21(2), 97–99. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.11.003>
- (2) Statistik om suicid – suicidprevention.se (folkhälsomyndigheten.se)

ANNONS

A photograph of a wolf with grey and brown fur, looking intently over a large, dark grey rock. The background is a dense forest with bare, brown branches and some green foliage in the foreground.

Minnet, identiteten och åldrandet

► Jag läser två helt olika sorters romaner, om två helt olika sorters män. Orden är viktiga, och minnet av dem.

Den ene mannen, f.d. jägmästare Ulf Norrstig, möter vi i Kerstin Ekmans roman "Löpa varg".

Den andre, antikvariatsbokhandlaren Giambattista Bodoni, i Umberto Ecos "Drottning Loanas mystiska eld".

De båda författarnas litterära vägar kan på ett sätt sägas ha gått i motsatt riktning, där Kerstin Ekman har gått från författare av kriminalromaner till att skriva komplexa historier där existentiella frågor tar plats hos personer, i relationer mellan människor och mellan människan och naturen.

Umberto Eco å sin sida var professor i semiotik, filosof och medeltidsforskare, med en utgivning av visserligen underhållande men krångliga fackböcker, som inte lästes av många förrän han skrev mordhistorien "Rosens namn", som utspelar sig i ett medeltida kloster. Han förklarade bokens tillkomst med att han "fick lust att mörda en munk" och därför behövde konstruera hela klostret och dess värld. Han släppte aldrig lusten att docera, liksom Kerstin Ekman aldrig helt släppt kriminalgåtorna vad hon än har skrivit om.

Foto: Shutterstock/Josef_Svoboda

I **"Drottning Loanas mystiska eld"** vaknar huvudpersonen upp efter en stroke, med total amnesi för sin egen person. Han har ingen aning om vem eller var han är, även om han verkar sitta på kunskaper av olika slag. Det han vet tycks komma från de böcker han läst. När doktorn inledningsvis frågar om han vet vem han är, svarar han först "Mitt namn är Arthur Gordon Pym", en karaktär ur en bok av Edgar Allan Poe. Han provar sedan med att säga "Kalla mig Ismael", inledningsmeningen i Melvilles *"Moby Dick"*. Efter att han sedan blivit presenterad för en kvinna som heter Paola och som uppges vara hans hustru, säger han "Och om jag sedan förväxlar henne med en hatt?". Han minns inte någon av de böcker han citerar, inte heller Oliver Sacks bok med hattförväxlingstiteln, men han kan böckerna.

Eftersom Bodonis huvud är fullt av citat, så föreslår hans läkare att han ska söka efter något citat som väcker liv i hans minnen, liksom Prousts berättarjag i "På spaning efter den tid som flytt" får kontakt med sin barndoms erfarenheter när han smakar en madeleinekaka. Umberto Eco för sedan läsaren genom en labyrintisk mängd av böcker från berättarjagets barndom och framåt, dock utan att några personliga minnen egentligen väcks. Eco passar på att berätta om hur fascismen under Mussolini kom att synas i barnlitteraturen där åtskilliga klassiker skrevs om i nationalistisk anda, med italienska hjältar. Vissa barnböcker återfinns dels i ursprungsversion och dels i fascistisk dräkt och den minnestomme Bodoni tvingas undra om han själv uppfostrades till fascist eller om han fick tillräckligt med grundbildning på ett mindre totalitärt sätt. Ecos sätt att låta väsentliga frågor ta plats mitt i allt pladder och trams.

Historien bryts när en gammal barndomsvän påminner honom om en ungdomsförälskelse. Han får vännens hågkomster av Bodonis erfarenheter, men får inte veta vad flickan heter. Det får honom att erinra sig en rad ur Romeo och Julia: "a rose by any other name" (och läsaren att påminnas om Ecos egen roman "Rosens namn").

Umberto Eco har rykte om sig att vara "svår". Det är synd tycker jag, det hade varit trevligare om han omgavs av epitetet "rolig", eftersom åtminstone alla de böcker av honom som jag läst, har ett schwung och ett driv, även när han gestaltar ett upplöst sinne.

Apropå minne, så blev jag påmind om den här boken när redaktionen planerade temat "gammal". Jag minns det som att den personliga glömskan i boken var första steget i en åldrande mans demensutveckling. Sen visar sig huvudpersonen ha haft åldern 60 år (det är väl inte gammalt?) och inte alls dement utan

utsatt för ett par slaganfall där det första berövade honom minnet, och det andra gjorde honom medvetlös men med alla sina minnen deliriskt snurrande i jakten på den flicka han älskade som ung tonåring, nu på väg in i döden.

Kerstin Ekmans senaste huvudkaraktär Ulf Norrstig hör däremot till temats ålderskrets. I början av **"Löpa varg"** ska han strax fylla 70 år, han sitter i den husvagn som han använder som "jaktstuga" och annat. Den här dagen har han sett spår av varg, 10 cm stora tassar, och han spanar genom husvagnsfönstret och hoppas att han ska få syn på djuret. Till slut dyker det upp, en stor och stolt varg som försiktigt spejar och vädrar och sen vänder tillbaka in i skogen. Mötet med skogens konung blir omvälvande för Ulf. Han kommer att identifiera sig med vargen, som uppenbart tycks vara utan flock. Det finns tecken på att en annan hane har tagit över vargflocken. I Ulf's jaktlag utmanas hans ledarskap av en yngre och mer hetlevrad jägare.

Vi får följa Ulf och hans fru Inga en tid. Han vill så gärna berätta för henne om det för honom så dramatiska vargmötet men får det inte ur sig, istället grubblar han över sitt hittillsvarande liv. Som tjänsteman vid Skogsstyrelsen har han med sina beslut bidragit till skogsavverkning på ett sätt som han nu tänker varit både naturvidrig och onödig. Han är fylld av skuld känslor över detta. Han märker också att han ändrat sätt att tänka på jakt – istället för att säga att han skjutit djur, börjar han fundera på hur många djur han dödat. Frågan om vargen, hans revir och hans marker, är viktig för honom. Sättet att formulera sig är också här ändrat. Vargen är "han" och inte "den", relationen till hela naturen kommer för alltid att ha ändrats för honom.

Den depression som drabbar den åldrande mannen är tydlig. Det spelar mindre roll om den utlöses av mötet med vargen eller om den smygande depressionens integrativa kraft förändrat hans sätt att tänka på sig och världen, samspelet mellan de yttre och de inre faktorerna finns alltid där.

Det finns också en kriminalgåta som har med vargen att göra. Ingen rafflande historia men väl så viktig, med en lösning som liksom andra delar av boken är präglad av styrke- och maktförhållanden.

Två romaner som på olika sätt berör identitetsförändringar, den ena med humor och förvirring och den andra med stillsam respekt för allt levande. Högst läsvärda.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Äldrepsykiatri i Köpenhamn

► Äldrepsykiatri har utvecklats i Sverige och den har relativt nyligen blivit en tilläggsspecialitet till geriatrik och psykiatri. Jag är intresserad av äldrepsykiatri och vill gärna vara med under denna utvecklingsprocess, men samtidigt behöver jag mer kunskaper.

I 2020 ansökte jag om Cullbergstipendium för att besöka den äldrepsykiatriska kliniken vid Rigshospitals- och Frederiksberg Hospital Region Hovedstadens Psykiatri, Köpenhamn, Danmark. Men snart efter att jag lämnade in ansökan utbröt pandemin, gränserna stängdes ner och på min klinik blev en psykiatrisk avdelning en geriatrisk. På den tiden pratade man ofta om våra "äldre och sköra". I media var det intensiv debatt om äldre vården inklusive om psykiatriska sjukdomar hos äldre.

I slutet av september 2021 kunde jag resa och jag var riktig nyfiken på att se hur äldrepsykiatri är i ett annat nordiskt land som Danmark. Trots att det finns en välutvecklad infrastruktur för äldrepsykiatri med slutna och öppna vård, är äldrepsykiatri inte en tilläggsspecialitet i Danmark.

Språket kändes inte som ett stort hinder och min känsla var att äldre personer i Danmark kunde förstå svenska något lättare än yngre personer. Skriven danska var relativt lätt att förstå även för mig som inte har svenska som modersmål, men talad danska var en utmaning.

I Sverige definierar man ofta äldrepsykiatri som en tilläggsspecialitet inriktad på att behandla nydebuterade psykiska sjukdomar hos individer över 65 års ålder. Men på den klinik jag var i Köpenhamn var äldrepsykiatri mest en allmänpsykiatrisk vård för personer över 70 års ålder med psykiatrisk sjukdom. De accepterade remiss för äldre patienter med nydebuterad psykiatrisk sjukdom, men också för patienter som har levt länge med en psykisk sjukdom som går in i åldrande och har stora behov av omvårdnadsinsatser och kontakt med kommunen. De accepterade också remiss för patienter med demens eller kognitiv sjukdom som har utvecklat beteendemässiga och psykiska symtom. Patienter med nydebuterad psykiatrisk sjukdom var prioriterade. Patienter med substansbrukssyndrom som huvuddiagnos var inte målgruppen för äldrepsykiatri, trots att alkoholsyndrom ofta förekom.

I Köpenhamn finns det en äldrepsykiatrisk slutenvårdsavdelning på Frederiksberg Sjukhus. De har 14 platser och patienterna väntar ofta för att komma till avdelningen eller blir färdigbehandlade på en annan allmänpsykiatrisk avdelning (de flesta slutenvårdsavdelningar är allmänpsykiatriska i Köpenhamn). Jag upplevde att det var relativt lätt att ha en arbetsterapeut och sjukgymnast i behandlingsteamet för ADL-bedömning, fallriskbedömning och mobilisering på avdelning. Hembesök utfördes ofta av arbetsterapeut inför utskrivning, på så sätt kunde man ha en ADL-bedömning i hemmet som underlag



för en senare utskrivningsplanering. Patienter med ett långt vårdtillfälle kunde skrivas ut till en rehabiliteringsklinik för vidare mobilisering.

Som en parentes i min berättelse om äldrepsykiatri i Danmark, upplevde jag att tvångsvården var lika mycket debatterad där som i Sverige. Sedan 2–3 år finns det ingen möjlighet till LPT i öppenvård. Äldrepsykiatri blev inte särskilt påverkat av detta beslut, men det är oklart för mig hur psykosvården påverkades.

Jag var en vecka på äldrepsykiatrisk öppenvård, och hade en fantastisk möjlighet att vara med på många hembesök till patienterna. Man kan säga att minst 75 % av alla patienter på mottagningen träffade sin äldrepsykiatriker i hemmet.

Remisserna till äldrepsykiatrisk öppenvård kom från husläkare, minnesmottagningar, andra psykiatriska kliniker och utredningsenheten.

Det kändes att det fanns resurser att erbjuda en adekvat farmakologisk behandling. En eller två gånger per månad hade man kontakt med en klinisk farmakolog som kunde göra en grundlig läkemedelsgenomgång av de psykiatriska och somatiska läkemedlen. Man ansträngde sig att minska förskrivningen av bensodiazepiner och minska risken för att inducera ett iatrogent läkemedelssyndrom. Man försökte minska användningen

av antipsykotika hos patienter med demens eller kognitiv sjukdom, det kändes som att man var noggrann med att utvärdera och sätta ut antipsykotika hos dessa patienter. Däremot hade man inte tillräckligt med resurser för att erbjuda psykologisk behandling mot ångest till exempel. Det fanns en psykolog i teamet, men framför allt för att hjälpa till med diagnostik och inte för att erbjuda psykologisk behandling.

Köpenhamn i september är mycket vackert, det är fortfarande soligt och gatorna är fyllda av en svag doft av höst. Konstigt nog hade några av de många kastanjeträden blommor då.

För mig är det ett privilegium att få chansen att bli äldre och det känns som att det har blivit mer viktigt att utveckla kunskap och kompetens inom att diagnosticera och behandla psykiatriska sjukdomar hos äldre. Jag är tacksam att jag fick chansen att träffa de fantastiska läkare och sjuksköterskor som arbetar inom äldrepsykiatri i Köpenhamn.

Daniela Enache

Specialistläkare

Affektiva Mottagningen, Psykiatri Sydväst, Stockholm

Foto: Daniela Enache

Med brinntid kvar

► En del slutar helt att arbeta vid 65 eller däromkring, några slutar i förtid. Andra arbetar kvar långt efter pensionsgränsen. Vad ligger bakom dessa olika val? Jag fick ett tips om kollegan Erik Söderberg i Bollnäs som hör till den senare gruppen, fortsatt verksam vid snart 83 års ålder. Under ett telefonsamtal berättade Erik om ett långt yrkesliv som fortfarande pågår.

Kemist, lärare, läkare

Erik föddes 1939 i Ådalen men flyttade i unga år till Stockholm där han på 1960-talet tog examen i kemi på universitetet. Sedan arbetade han i 4 år som lärare i naturvetenskapliga ämnen på Gubbängens gymnasium söder om Stockholms innerstad. Efterhand insåg han dock att han "inte hade den personlighet som behövdes för att överleva denna typ av arbete".

Ibland fick han ledsaga problemtyngda ungdomar till skolkurator och skolpsykolog men det var först när skolpsykiatern kom, en gång per termin, som det hände saker. Erik förstod att det var läkaren som hade makt att göra något. Detta bidrog till att han sadlade om och började läsa medicin på KI i mitten av 70-talet, vid 34 års ålder.

– Jag var en "late bloomer", säger Erik.

Distriktsläkare eller psykiater

Sedan längtade han bort från Stockholm, där var för mycket folk, för mycket trafik och för många köer.

Han hamnade i Bollnäs och satsade på att bli distriktsläkare men under tjänstgöring i psykiatri på Hälsinge sjukhus kände han att här kunde han göra nytta och så valde han psykiatri istället. Under en tid arbetade han sedan som psykiater i Bollnäs.

Rättssykiatri i Sundsvall

Erik blev uppringd från Sundsvall där det var ont om doktorer på Sidsjöns sjukhus (ett stort mentalsjukhus som lades ner 2001). Samtalet resulterade i att han av och till vikarierade för den ende läkaren där, när denne åkte hem till Tyskland på ledigheter. Så småningom blev han tillfrågad om att ta fast anställning och tackade ja.

Erik blev chef och var med om att bygga upp en ny rättssykiatrisk klinik i Sundsvall. I villkoren ingick att han skulle ha stor frihet så han hade samtidigt en privatmottagning i hemmet och var konsult på ett antal HVB-hem.

Han fick leda förändring och utveckling, det var kul och meningsfullt och dessutom socialt trevligt tillsammans med medarbetare som likt han själv pendlade till staden.

Vi pratar en stund om att arbeta med LRV och LPT. Frågor om integritet, makt osv. är ett outsinligt ämne för diskussion. Beträffande etik och moral fick Erik med sig en viktig grund från barndomens scoutrörelse och söndagsskola, där fick han värderingar som blivit en ryggrad i arbetet.

Erik poängterar också hur viktigt det är att ha någon utomstående som terapeut eller bollplank, både i rollen som psykiater och som chef. Själv hade han t.ex. länge en extern person som bollplank i chefsrollen.

Som ansvarig insåg han mer och mer betydelsen av att personalen har bra anställningsförhållanden och mår bra, annars är det svårt för dem att göra ett bra jobb. I början gjorde han "dumheter" som att försöka ändra personalens schema för att passa patienterna men fick med hjälp av facket klart för sig att detta inte var rätt väg att gå.

Den administrativa bördan med tilltagande "papprifering" blev med åren allt tyngre vilket inte hörde till det roliga i arbetet. Det var ändå så givande att han fortsatte till det år han fyllde 71 men då var han ganska "slut".

Att ha ett så bra liv som möjligt

Efter pensionen fortsatte Erik att vara konsult på HVB-hemmen. Han framhåller att han haft förmånen att arbeta med hela kedjan från barn till rättspsykiatriska patienter med tung kriminalitet. Bland annat har han arbetat på ett HVB-hem för mödrar och barn där kvinnorna fick stöttning i att utveckla sin föräldraroll, det var ett av de mest givande arbeten han haft.

– Man måste satsa på människor tidigt, satsa på barnen, poängterar Erik.

I november 2020 öppnade dottern och svärsonen, båda läkare, Spiragården i Alfta, ett psykiatriboende för vuxna med långvarig och komplex psykiatrisk problematik. Man har i dagsläget 14 platser men kommer att utöka med ytterligare 14 nästa år.

Erik har varit med i planeringen av Spiragården från början och det blev självklart att han skulle arbeta där vilket han gör två dagar i veckan. Vid starten fick han "kicken" från alla HVB-hem utom ett (där han fortsatt arbetar) då de var konkurrerande verksamheter.



Foto: Björn Liljegräs

Om inte Spiragården funnits? – ja, då hade han fortsatt med HVB-hemmen.

Det är roligt och trevligt att arbeta med sin familj, de har ett gott samarbete och Erik kan passa på att hälsa på barnbarnen. Han värdesätter att han på Spiragården kan följa patienterna över tid då många är placerade där under långa perioder.

– Det handlar om att ha ett så bra liv som möjligt, poängterar Erik.

Det känns fortfarande meningsfullt att arbeta, han känner att han gör nytta.

Och arbetet innebär inte att han gör avkall på något annat, han har en rik fritid också.

Då han gick i pension från Sundsvall ville han ha något att göra, ville ha en mental och fysisk utmaning och då valde han att ta flygcertifikat. Det handlade inte om någon gammal dröm att flyga utan han ville pusha sig själv. I Bollnäs finns en liten flygklubb med ett plan,

det var där han tog sitt certifikat och sedan flög i flera år. För något år sedan slutade han dock då han inte längre tyckte att ögon och reflexer räckte till. Men det sociala umgänget med klubbkamraterna finns kvar.

Erik resonerar om att inte alla kan fortsätta som han har gjort, men att han har genetiska förutsättningar som gör att kropp och psyke fungerar.

Det finns inga planer på att trappa ner, han kommer att sluta när han uppfattar signaler om att andra tycker att det är dags för honom att gå hem.

– I och med att jag är en late bloomer så har jag nog en viss brinntid kvar innan det tar slut.

Tove Gunnarsson
Psykiater
Stockholm

Gammal och vis

Mellan självklarhet och kulturkrock

► 2019

Kollegan var känd för att vara lite besvärlig. Långrandig, krävande, självupptagen tyckte några. Han lyssnade med ett halvt öra, kanske hörde han dåligt. Men han hade ett gott hjärta och hans röntgenblick såg allt och alla, buskiga ögonbryn och tjocka glasögon till trots. Han var gammal och de som känt honom länge tyckte att vissa av hans besvärliga drag blivit värre med åren.

På väg till mitt första möte på tu man hand med honom mötte jag en annan kollega i trapphuset och passade på att uttrycka min oro, kanske kunde jag få lite tips? Hon log brett till svars. "Det kommer gå bra, Alessandra. Du har god hand med gamla människor." Just då nöjde jag mig med den positiva spådomen, men hennes ord hade slagit rot hos mig. Jag förstod vad hon menade, till skillnad från tidigare, liknande händelser.

► 2009

Tio år tidigare satt jag och åt lunch med en annan kollega, även han nära pensionsålder. Då hade jag bott i Sverige i 5 år, behärskade språket men inte allt annat, började ändå känna mig hemma i det nya landet och våga släppa på mina ansträngningar att passa in. Rättare sagt anstränger man sig mest för att inte verka konstig, så själva uttrycket är en feltolkning. Om man visste hur man skulle göra för att passa in, skulle man helt enkelt göra det. Men man kan gissa sig till vilka beteenden som kan missuppfattas. Tillbaka till lunchen; kollegan är trevlig, himla klok och erfaren, rolig dessutom. Vilket kap tänker jag, här gäller det att suga ur musten innan det är för sent!! Det var en bokstavlig översättning av min italienska tanke, på svenska skulle det låta ungefär så här: "Här gäller det att få ta del av hans kunskap och klokskap innan han går i pension" (utan utropstecken).

Lagom till kaffet kommenterar han det: "Du ställer många frågor. För mig är det ovant och roligt att någon är intresserad av mina tankar och erfarenheter på det sättet". Det blev upptakten av ett spännande samtal om hur man ser på äldre människor i Italien jämfört med Sverige. Just då förstod jag inte hur stor skillnaden var och att den är både kvantitativ och kvalitativ. Än mindre förstod jag att det är ytterst ovanligt att ett sådant samtalsämne dyker upp mellan nya kollegor, till kaffet i sjukhusmatsalen. Jag räknade inte det till avdelningen "konstiga invandrarbeteenden som kan missuppfattas". Grundantagandet "gammal = vis" är väl detsamma världen över – eller?

► 2022

Det är ytterst spännande att bli varse om sådana skillnader. Det här förhållningssättet var för mig så självklart att jag knappt reflekterade över det. Jag har till exempel inte frågat mig varför jag haft fler äldre mentorer än många andra kollegor, jag har bara tänkt att det nog är min lärstil. Självklart har jag haft unga handledare också, men jag har alltid känt ett behov av att även ha några äldre som bollplank och förebilder. De har varit förvånansvärt tillgängliga, generösa och (det som förvånat mig mest) tacksamma, men det är först på senare år som jag har förstått varför. Visst får de uppskattande ord från flera andra än jag, men det är sorgligt att man inte ser till att dra nytta av dem i någon större utsträckning. På svenska heter det att man "gjort rätt för sig", som om man vore ett trasigt paraply, att man "passerat bäst-före-datum", som gammal mjölk. På mitt modersmål hittar jag inte några sådana uttryck hur mycket jag än letar.

Självklart betyder inte detta att alla svenskar tycker så och alla italienare tycker så, eller för den delen att äldre människor skulle ha det bättre i Italien än i Sverige, än mindre att alla gamla människor är kloka. Ändå anser jag att vi måste akta oss för en alltför utilitaristisk syn på människan, där människovärdet handlar om det man gör istället för den man är, i ett samhälle som tror sig vara sekulariserat men där gudarna bara är utbytta mot ungdom, styrka, effektivitet, pengar – eller; autonomi. Jag räcker på debatten om dödshjälp och får rysningar. Ett sådant samhälle och de människor som tillhör det missar sin chans att lära sig av andras erfarenheter. Identitetsbyggandet blir mödosamt utan förlaga. Ett sådant samhälle blir inte bara ett perspektiv fattigare, utan även historielöst. Det är inte bara sorgligt; det är farligt.

Alessandra Hedlund

Psykiater

Stockholm

Foto: Shutterstock/3Delbo Andrea

Nya generationer – nya behov inom psykiatrisk vård för äldre vuxna

► Tiden går fort. Sedan början av 2000-talet har det i mer eller mindre frispråkiga ordalag talats om samhällsutmaningen det innebär när årskullarna födda på 40-talet börjar nå den ålder när en hel del får ett stort behov av vård och omsorg. Samtidigt som vi som fortfarande är i arbetsför ålder inte blir fler. Inom min egen äldrepsykiatriska verksamhet för 70+are kan jag konstatera att 30-talisterna nu inte är många fler än 50-talisterna och att 40-talisterna dominerar. Den framtid som många förefaller ha sett an med viss bävan är nog redan här. Efterkrigsgenerationerna har levt i princip hela sina liv i välfärdsstaten. De har sannolikt högre förväntningar på livet som äldre och de förefaller göra mer väsen av sig. De är friskare och har en annan livsstil än sina kanske mer tystlåtna och tacksamma föregångare födda på 20- och 30-talet.

Även om tillstånd som diabetes blivit vanligare, finns effektiv behandling som minskar risk för komplikationer som påverkar funktionsförmågan. För allvarliga tillstånd som hjärtinfarkt, cancer och stroke har dödlighets- och svårighetsgrad minskat tydligt under senare decennier. Fler har alltså ett kroniskt sjukdomstillstånd eller är överlevare efter allvarlig sjukdom. Men trots att människor är sjukare "på pappret", har man exempelvis i H70-studien i Göteborg sett att **äldre idag är mycket mer aktiva och självständiga än tidigare generationer**. Fler kör bil och åker på utlandssemester och de flesta använder förstås internet. Ett par studier tyder på att förekomsten av depression förefaller minska såväl bland 70-åringar som 85-åringar och många studier visar att vid en given ålder är det idag en lägre andel av befolkningen som drabbas av demens, vilket dock motverkas av att de äldre blir fler – och äldre.

En avigsida med att människor blivit friskare och har en annan livsstil är den **kraftigt ökade alkoholkonsumtionen** bland äldre. Så många som 40 % av män och 25 % av kvinnor i 70-årsåldern kan ha ett riskdrickande enligt gängse definition. Personer födda på 40-talet grundlade sin inställning till alkohol inte på motbokens tid (den avskaffades 1955) utan på tiden då det dracks rödvin i studentlägenheterna och mellanöl kunde köpas i livsmedelsbutiken. Fler utlandsresor, godare ekonomi och förändringar i socialt umgänge bidrar till att alkoholdrickandet kanske till och med ökar efter pension, när man inte längre behöver tänka på att gå upp till arbetet nästa morgon. Bakom siffrorna finns "helt vanliga" pensionärer, som lyckas dölja magnituden av sin konsumtion även för sina närmaste anhöriga. Förutom att man inom vården kanske inte alltid uppmärksammar risk- och missbruk hos äldre, kan det förmodas att dessa människor är främmande inför de insatser som oftast erbjuds för personer med alkoholbrukssyndrom.

Att prognosen vid många sjukdomar förbättrats avsevärt märks också för sjukvården själv då exempelvis vårdtid på sjukhus efter vanliga tillstånd som hjärtinfarkt och stroke kortats kraftigt. Bättre behandlingsmöjligheter, nya arbetssätt med t.ex. mobila vårdteam har stadigt bidragit till att allt mer sjukvård kan bedrivas utan dyr och personalintensiv slutenvård, vilket också skulle göra det möjligt för ett relativt sett färre antal sjukvårdspersonal att ge vård av samma eller bättre kvalitet till fler. En våt dröm för varje vårdpolitiker.

Psykiatrin har här en särskild utmaning då vi på senare år inte förärats några revolutionerande behandlingar som exempelvis skulle radikalt förkorta vårdtider eller t.o.m. eliminera slutenvårdsbehovet. Därtill finns heller inget självklart sätt att arbeta preventivt på befolkningsnivå, såsom man kunnat göra med exempelvis sluta-röka-kampanjer mot hjärtsjukdom. Psykiatrin blir inkopplad när den psykiska störningen inte bara är manifest utan också svårbehandlad, och inte så sällan är patientens beteende så påverkat att slutenvård tycks vara den enda säkra vårdformen. Trots dessa förutsättningar tycks antalet vårdplatser minska även inom psykiatrin, till följd av inte minst brist på personal. Jag har inte sett något bra svar på hur denna ekvation ska gå ihop.

En annan tendens jag anar är att nya generationer äldre är mer öppna med sitt lidande och har en mindre stigmatiserande syn på det än tidigare generationer. Det kan i kombination med ökad röststyrka tänkas leda till **högre förväntningar på tillgång till behandling**. En kvalificerad gissning är att fler äldre t.ex. kommer efterfråga psykoterapeutisk behandling. Äldre är storkonsumenter av psykofarmaka, men erbjuds psykoterapeutiska behandlingar betydligt mer sällan än vad yngre gör. Detta trots att lite talar för att högre ålder i sig skulle vara ett hinder för att tillgodogöra sig psykoterapi. Då en allt större del av äldre vuxna är vana internetanvändare och internetbaserad psykoterapi visat lovande resultat vid ångest och depression hos äldre, finns förhoppningsvis en möjlighet att möta dessa behov.

Sammantaget får man säga att äldrepsykiatrin är en verksamhet i behov av bra idéer.

Robert Sigström
Vetenskaplig sekreterare, SFÄP

Professor Lennart Wetterberg

Kreativ pionjär med civilkurage

► Med över 500 vetenskapliga artiklar, 36 doktorander som disputerat (varav hälften kvinnor och män), decennier som medlem i Nobelförsamlingen, grundare av Psykiatrifonden, tidigare klinikchef samt som medlem av Strömstad akademi talar professor Lennart Wetterbergs meritlista för sig själv. Att han sedan skaffade den första MR-kameran till en psykiatrisk klinik efter att själv ha samlat ihop pengarna till den samt skrivit brev till Olof Palme för att bidra till att stoppa utbyggnaden av Vindelälven är också exempel på att han är en exceptionell person.

När jag slår mig ner mitt emot Lennart Wetterberg tar han genast ta upp en aktuell fråga om svensk psykiatri utveckling. Lennart har fått information kring resursfördelningar och vill diskutera vad jag tror om möjligheterna att påverka utvecklingen som han oroar sig för kommer påverka patienter negativt. Jag slås av att jag sällan, om någonsin, har mött en person med motsvarande glöd och omvärldsintresse. Efter att ha diskuterat frågan en halvtimme kan intervjun fortsätta.

Berätta om varför du började forska?

Under min specialistutbildning i början på 60-talet tjänstgjorde jag på en barnpsykiatrisk klinik. I mina uppgifter ingick att vara konsult för nyintagna elever med olika psykiatriska tillstånd på Dormsjöskolan i Dalarna. Pedagogiken vilade på antroposofisk grund med tro på naturen som en läkande kraft. Medicinalstyrelsen godkände verksamheten 1962 som *"Enskilt sjukhem för psykiskt sjuka barn och ungdomar"*.

Det var samma år som Nobelpriset i medicin tilldelades *"Upp-täckt av nukleinsyrornas molekylära uppbyggnad och dess betydelse för informationsöverföring i levande materia"*. Med möjlighet att undersöka DNA för diagnostik av olika sjukdomar började hoppet att man i framtiden skulle kunna diagnosticera flera av barnens sjukdomar gro.

På Dormsjöskolan kom jag i kontakt med indexfallet till min avhandling, en tonårspojke som remitterats för svårbehandlad psykos då han bland annat vägrade ta ordinerade läkemedel. Enligt remissen fanns ingen känd hereditet för personer med liknande symtom i släkten. Personalen på Dormsjöskolan be-



Foto: Maria Larsson

rättade att patientens urin ibland var mörk med rödaktig färg, att han ofta gömde maten i sin garderob, vägrade äta med de andra samt att han ibland klagade över smärtor i buken. Jag kände sedan mitt år som AT-läkare i Minneapolis några år tidigare till att purpurfärg på grekiska hette *"Porphyros"* och tänkte att pojkens symtom skulle kunna vara tecken på en porfyrisk sjukdom. Jag fann ett positivt Ehrlichs test i pojkens urin vilket tydde på diagnos av en ärftlig form av akut intermittent porfyri. Via modern fick jag en släktanamnes. Det visade sig att mormodern från Norrland hade behandlats för en sorts släktsjuka. Mamman hade inte velat berättat om det potentiellt riskfyllda arvet för sin man eller för läkarna. Jag beslöt mig för

att efter min specialistutbildning ta reda på om det kunde finnas fler liknande fall av akut porfyri där man skulle kunna sätta in förebyggande åtgärder så att sjukdomen inte behövde bryta ut eller förvärras av felaktig behandling eller stressmoment.

År 1964 började jag som doktorand hos professor Hans Forssman på Uppsala universitet utreda förekomsten av kända och dolda fall av akut intermittent porfyri i Sverige. Jag skrev ett upprop i Läkartidningen nr 35/1964 med avslutningen *"Jag vore givetvis utomordentligt tacksam för uppgifter om fall från olika delar av landet, då först ett större material kunde tänkas ge svar på frågan om de psykiska symtomens förekomst och betydelse vid akut intermittent porfyri"*. Jag fick svar och efter fyra års insamlande av prover och information från Malmö till Kiruna försvarade jag min avhandling *"A neuropsychiatric and genetical investigation of acute intermittent porphyria"*.

Varför är du med i Strömstad akademi?

När jag gick i pension fanns inte senior- eller emeritusanknytningen som möjlighet för fortsatt forskning i Sverige. Det gjorde att jag flyttade till Tromsø och blev professor där. Väl åter i Sverige ville jag fortsätta forska. Jag kom i kontakt med Strömstad akademi som grundats delvis för att vara en akademisk hemvist för aktiva pensionerade professorer. Idag en mötesplats med 150 medlemmar från 14 länder och olika discipliner. Deltagande ser jag som en unik möjlighet till tvärvetenskapligt utbyte som stimulerar.

Kan du berätta lite mer om varför du grundade Psykiatrifonden?

Redan på 70-talet insåg jag att större forskningsanslag behövdes inom psykiatin. Jag startade professorsmöten vilket många då trodde var omöjligt då psykiatin var mycket splittad på den tiden. Vi diskuterade idén om en insamlande fond men många sa att det var omöjligt att samla in pengar till psykiatri vilket jag märkte var felaktigt i samband med att jag själv samlade in medel till en MR-kamera. Jag gav inte upp om idén och 1993 gjorde jag ett nytt försök som ledde till att Fonden grundades.

Berätta mer om hur det gick till när en psykiatrisk klinik fick sin första magnetkamera!

På sista dagen av ett utbyte till USA jag anordnat för läkarstudenter hade UCLA en föreläsning av William Oldendorf. Ämnet var magnetisk resonansteknik för att undersöka inre organ. Oldendorf hade utvecklat en teknik för att undersöka frostsador på citrusfrukter genom att fotografera frukterna med magnetteknik. Han ansåg att tiden var mogen att använda en liknande metod för undersökning av hjärnan. Hans sista mening på föreläsningen var *"MRI is here to stay"*.

Detta födde förhoppningen att psykiatin skulle kunna få en avbildande teknik utan röntgenstrålar som hjälp i diagnostiken. Huvudavsikten med magnetkameran på St Görans var att använda den i forskningen. Problemet var att det inte fanns pengar att köpa in den. Jag satte in en treraders annons i dagspressen om att psykiatrisk forskning behövde en magnetka-

mera och fick en större donation av en tacksam patient. Vi köpte den finskstillverkade magnetkameran kontant.

Hur var det att komma till St Görans i början av 1970-talet i flera olika roller?

Jag kom till en väl inarbetad klinik. Det fanns kliniskt erfarna kollegor på lärar- och amanuensjänsterna. De fackliga organisationerna hade stärkt sina ställningar efter 1968 års omvälvningar och filmen *"Gökboet"* kom till Sverige. På en direkt fråga om vilken typ av ledarskap jag förordade svarade jag typ: *"Vi skall ha demokrati på den här kliniken och det vill jag inte ha någon diskussion om"*. Att kombinera uppdraget som överläkare, klinikchef, prefekt, kursledare och medlem i Nobelför-samlingen som då ingick i rollen, var viktiga komplement som gav inspiration till varandra.

Kan du säga något om arbetet i Nobelför-samlingen där du deltagit i över 20 år?

Arbetet med Nobelprisen pågår året om och personligen tycker jag att det varit en bra fortbildning som givit en bred och djup insikt i pågående forskning inom hela det medicinska fältet. Diskussionerna om Nobelprisen är sekretessbelagda i 50 år. Det är flera av de prisbelönda upptäckterna som har eller kommer att få betydelse för psykiatin.

Idén till denna intervju kom efter att du tog kontakt relaterat till ditt engagemang för förbättrad beroendevård?

Det är en fråga som engagerat mig sedan jag började arbeta då jag märkte att vården för människor med beroendetillstånd inte fungerade, särskilt tvångslagstiftningen är otillräcklig. Jag lyfte problematiken för flera decennier sedan till dåvarande socialministern. Sedan dess har ett otal regeringsskiftet skett utan att förändring kommit till stånd. Jag lyfte problematiken till Gerhard Larsson och är besviken att Missbruksutredningen från 2011 inte lett till en förändring.

Det är viktigt att bidra till förändring. Efter fördjupning av pågående Samsjuklighetsutredning har jag nu varit delförfattare av ett remissvar på delbetänkandet för Strömstad akademi med huvudfokus på att vården måste ta över huvudansvaret för vården och lagen förändras.

I slutet av intervjun frågar jag honom vad som driver honom men trots flera försök får jag inte något svar. Han har liksom inte tid att svara. För mycket nya idéer, tankar och problem att hitta lösningar på. Jag lämnar restaurangen på Drottningholm där intervjun ägt rum fylld av inspiration till utveckling av svensk psykiatri och inser att platsen för intervjun var ytterst lämplig. Borde kanske lägga till kunglig som adjektiv i titeln på intervjun?

Maria Larsson
Vice ordförande SPF

Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott

► När nu de nya rekommendationerna för ST 2021 och BT är klara har vi i utbildningsutskottet påbörjat vårt nästa uppdrag: **att uppdatera rekommendationerna för delmålet för medicinsk vetenskap** i Socialstyrelsens föreskrifter för ST 2021. En av de större ändringarna i ST-föreskrifterna 2021 är att det inte längre är obligatoriskt med ett vetenskapligt arbete för att uppfylla detta delmål. I den nya målbeskrivningen av ST-utbildningen från 2021 skall en specialistläkare inom psykiatri

- kunna tillämpa medicinska vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer
- kunna kritiskt granska och värdera medicinsk vetenskaplig information
- kunna ta ett ansvar för att medicinsk vetenskaplig kunskap omsätts och tillämpas i hälso- och sjukvården

Inom utbildningsutskottet har vi diskuterat att det är viktigt att man som specialistläkare har tidigare erfarenhet av att medverka i och göra vetenskapliga arbeten. Detta för att kunna använda ett vetenskapligt tänkande i sin kliniska tjänstgöring och för att kunna söka och värdera aktuell vetenskaplig litteratur. Även om det inte längre är obligatoriskt med ett skriftligt vetenskapligt arbete i nya ST-utbildningen så tror jag att det är viktigt att fortsätta värna och uppmuntra forskningsaktivitet hos våra ST-läkare. Finns det därmed ett intresse hos den individuella ST-läkaren eller kliniken där man är verksam att det ska finnas ett skriftligt vetenskapligt arbete under ST-utbildningen bör detta uppmuntras och fortsätta implementeras.



Matilda Naesström
*Facklig sekreterare SPF
Ordförande UU*



SPF:s nya rekommendationer för ST enligt 2021 samt bastjänstgöring!

Den nya 6-åriga läkarutbildningen inleddes hösten 2021. Läkarutbildningen i Sverige är nu 6 år istället för 5,5 och leder direkt till legitimation.

Foto: Shutterstock/Photographie.eu

► Dock kommer man behöva göra en **bastjänstgöring** (BT) som en del i en ST-tjänstgöring. BT skall vara minst 12 månader lång och obligatoriskt innehålla 3 månader allmänmedicin och 3 månader tjänstgöring vid akutmottagning. Då BT är tänkt som en integrerad del i en ST-utbildning har utbildningsutskottet tagit fram rekommendationer för den psykiatriska delen i samma format som för ST-utbildningen. Socialstyrelsens målbeskrivning specificerar inte utbildningsaktiviteter för BT:s delmål, vilket är problematiskt då den i teorin inte specificerar att klinisk tjänstgöring inom psykiatri behövs för att kunna uppnå målen. Utbildningsutskottet har i våra rekommendationer velat förtydliga att arbete inom vuxenpsykiatri med slut- och öppenvård utgör basen för de psykiatriska delmålen i BT. Vi anser att det framför allt är viktigt med klinisk erfarenhet av suicidriskbedömningar och vårdintygsbedömningar. Vilket bedöms vara svårt att få tillräcklig erfarenhet av utanför en psykiatrisk verksamhet. För läkare utbildade utanför Sverige är det extra angeläget med en kurs i LPT/LRV-lagstiftning för att säkra de nödvändiga teoretiska kunskaperna. Tvångsvård är ett inskränkande i en individs autonomi, även om det ibland är nödvändigt för att kunna säkra vård vid svåra psykiska

symptom. Det är därmed av yttersta vikt att framtida kollegor utanför psykiatri har tillräckliga kunskaper för att tvångsvårdslagstiftningen ska tillämpas på ett rättssäkert och etiskt sätt.

Den 1 juli 2021 trädde Socialstyrelsens nya föreskrifter för läkarnas **specialiseringstjänstgöring** i kraft. Den nya SOSFS 2021:8 med respektive målbeskrivningar ersätter SOSFS 2015:8. Svenska Psykiatriska Föreningens (SPF) utbildningsutskott har reviderat sina tidigare rekommendationer från 2015 och anpassat dem till de nya föreskrifterna. Mycket i rekommendationerna är likt dem från 2015 då målbeskrivningen från Socialstyrelsen i många fall är densamma i de nya föreskrifterna för 2021. En del termer och språkbruk har moderniserats. Några av de ändringar vi har gjort är att förtydliga rekommendationerna gällande t.ex. kunskapsmål för suicidriskbedömningar, att ST-läkaren utöver själva bedömningen även ska behärska suicidpreventiva åtgärder på kort- och långsiktigt perspektiv. Vi har också specificerat behovet av kunskap inom bl.a. intellektuell funktionsnedsättning, klinisk användning av farmakologiska koncentrationsmätningar och självska-debeteeende. I förslag på utbildningsaktiviteter kopplade till målbeskrivningarna har inga stora ändringar gjorts. Det vi

har lagt till är att förtydliga vikten av att ST-läkaren under den kliniska tjänstgöringen får medverka vid neuropsykiatriska utredningar och ECT-behandling.

Socialstyrelsens målbeskrivning är ett bindande dokument. Det är inte SPF:s rekommendationer. Syftet med rekommendationerna är att komplettera och förtydliga Socialstyrelsens författning. De nya rekommendationerna har godkänts av SPF:s styrelse och förankrats med SPF:s nationella studierektorsnätverk samt ST-läkarföreningen i psykiatri. De nya rekommendationerna publicerades i början av året och finns att hitta på SPF:s hemsida.

Det har varit ett spännande arbete och utbildningsutskottet skulle vilja tacka för alla synpunkter och kloka idéer som kommit in till oss från kollegor. Ni har alla bidragit till att ta fram dessa riktlinjer. SPF vill uppmuntra att dessa rekommendationer sprids, används och diskuteras inom regionala nätverk av studierektorer, bland ST-läkare, handledare och verksamhetschefer. Det är ni som gör praktik av rekommendationerna!

Matilda Naesström
Ordförande SPF:s utbildningsutskott

Jerker Hanson – ny hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

Nätverksskapande eldsjäl

► Vid SPF:s årsmöte den 17 mars valdes Jerker Hanson till ny hedersledamot i föreningen med följande motivering:

För att Jerker Hanson som föreningens revisor i många år med stort ansvarstagande och noggrannhet gett grund för en trygg och stark förening.

För att han genom nytänkande och nätverkande både har utvecklat samt skapat nationella och internationella nätverk för ung och gammal.

För att han med ett filosofiskt perspektiv och genom att se människan i en social kontext lyfter psykiatri som både en humanistisk och en medicinsk vetenskap.

Jerker har i många år haft ett stort engagemang i föreningen där han arbetat på olika sätt för dess utveckling och tillväxt. Han har exempelvis i många år med stort intresse för svensk psykiatri bäst varit föreningens revisor och genomfört noggranna revisioner av föreningens arbete. I denna viktiga roll har han bidragit till både en stark ryggrad och en utveckling av SPF genom klok input och stort ansvar.

Jerker tilldelas vidare hedersledamotsutmärkelsen för sitt mångåriga och brinnande intresse för att lära över nationsgränser. Ett engagemang han utvecklat via sitt omfattande internationella nätverk, särskilt i Östeuropa. Att arbeta med förstärkta internationella nätverk har alltid varit viktigt även för utveckling av den nationella psykiatrin men har nog aldrig, under rådande situation i världen där både pandemier, stundande klimathot och krig härjar, varit viktigare. Jerker Hanson har föredömligt bidragit till engagemangs- och kunskapsutbyten över nationsgränserna. Som led i detta arbete har han bland annat deltagit i Östeuropakommittén på 1990-talet som ledde till hälsobistånd till länder i det forna östblocket. Vidare har denna eldsjäl även efter sin formella pension aktivt bidragit till utbytet internationellt och varit drivande i att underlätta och inspirera nätverksbyggande mellan yngre psykiatrer i Sverige/Västeuropa och Östeuropa. Jerker Hanson är en av grundarna av det så kallade "Young psychiatrists' network" som fortsatt är ett internationellt aktivt nätverk som bland annat anordnar gemensamma konferenser. Jerkers engagemang för samarbetet med Östeuropa fortsätter och med anledning av kriget i Ukraina har han också bidragit till att via sina kontakter öka utbytet av kunskap och försöka stärka arbetet för psykisk hälsa även under rådande krig.

Förutom ovanstående har Jerker Hanson i sin långa kliniska karriär på olika sätt uppvisat ett brett och stort intresse för hela psy-



Foto: Maria Larsson

kiatrin som medicinsk disciplin. Han har arbetat aktivt med att betona betydelsen av att lyfta in det socialpsykiatriska perspektivet vid behandling av människor med svår psykisk sjukdom. Vidare inspirerar han till psykiatriska-filosofiska samtal på olika sätt och är aktiv i Svensk förening för filosofi och psykiatri, SFFP, där han är med i styrelsen. Därtill innehar han också den akademiska titeln docent och har genom sin karriär drivit olika forskningsprojekt vilket ytterligare visar på den mångfald Jerker Hanson besitter.

Vi vill därför varmt gratulera denne kloke, nätverksskapande, vidsynte och mångfacetterade psykiater till en mycket välförtjänt utmärkelse!

Maria Larsson
Vice ordförande SPF

Stina Djurberg – ny hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

Hur gör man Stina rättvisa på en sida?

► Vid SPF:s årsmöte den 17 mars valdes Stina Djurberg till ny hedersledamot i föreningen med följande motivering:

Med sin fasta hand, humor och värme har Stina Djurberg kommit att bli föreningens nav. Stina har med mångårigt, outtröttligt och helhjärtat engagemang organiserat och utvecklat kongress och tidskrift, insatser som har haft avgörande betydelse för den höga klass som dessa nu håller.

Året var 2007 och SPF skulle ha ett program på Läkarsällskapets Riksstämma. Man insåg att det saknades någon som kunde ta sig an de praktiska arrangemangen. Dåvarande vice ordföranden Lise-Lotte Risö Bergerlind, verksam på psykiatriska kliniken på Södra Älvsborgs sjukhus, visste att en av hennes medarbetare, utbildningsledaren Stina Djurberg, kunde det där med att anordna konferenser. Så Stina ringdes upp och tackade ja till att ta sig an uppgiften. Detta blev inledningen på ett unikt samarbete.

När det året därpå, 2008, var dags för den allra första Svenska Psykiatrikongressen var Stina det självklara valet för att ta hand om praktikaliteterna och sedan dess har hon varit motorn vid varje kongress. Arbetet börjar långt i förväg. Det är Stina som förhandlar med konferensanläggningar, planerar måltider och underhållning. En mycket värdefull egenskap är hennes enastående förmåga att pruta – om någon kan få ner ett pris så är det Stina! Hon fixar även utställare, pusslar ihop programmet, skapar programhäftet och håller kontakt med föreläsare, musiker, filmare och de ca 800 deltagarna. Under själva kongressen är det Stina som håller ihop och basar för det hela. Man hittar henne vid registreringen där hon är den som kan svara på allt. Vid sin sida har hon hustrun Carol Schultheis som bistår med det mesta och fungerar som kongressfotograf.

Under åren har Stina utvecklat en alldeles ovärderlig kunskap om vad som krävs för att kongressen ska kunna genomföras. Det är tack vare henne som kongressen fortsätter att vara en tillställning som är lika proffsig som personlig; hon behärskar den svåra konsten att balansera medmänsklig värme med bestämda åsikter. Ingen deltagare, föreläsare eller utställare är bara en siffra. Regler är till för att följas, men om något oväntat händer kan man räkna med att ha Stina vid sin sida.

2008 blev det ett byte av redaktör för Svensk Psykiatri. David Eberhard hade skött såväl redaktörskap som montering, annonser, foto och layout (!) men nu bestämde han sig för att lämna uppdraget. Tove fick ta över men något mer än själva redaktörsjobbet



kändes inte realistiskt. Än en gång gick frågan till Stina som tog på sig uppgiften som teknisk redaktör och annonsansvarig medan Carol tog sig an foto och layout. Det är Stina som gör en disposition av varje nummer, ser till att alla manus, notiser och annonser blir monterade på rätt plats och kommunicerar med tryckeriet. Det är ett mödosamt och tidskrävande arbete som "inte syns" men utan vilket det inte skulle bli någon tidskrift. Samarbetet med redaktör och redaktion är intensivt när ett nummer ska färdigställas och mailen brukar gå varm mellan Bromma och Borås.

Stina har blivit ett självklart centrum i föreningen – hon står för kontinuitet, kunskap, klokskap, historik och trygghet. Hon håller ordning på styrelse och redaktion och gör sitt bästa för att realitetsanpassa oss när så behövs.

Så hur gör man Stina rättvisa på en sida? Nej men det går ju såklart inte. Därför är vi oerhört glada och stolta över att hon som hedersledamot kommer att skrivas in i föreningens historia för all framtid!

Tove Gunnarsson
Styrelsen SPF
Redaktör Svensk Psykiatri

Alessandra Hedlund
F.d. ordförande SPF
Redaktionen Svensk Psykiatri

WPA:s och EPA:s uttalanden om situationen i Ukraina

► Den 24 februari i år anföll den ryska federationen brutalt och urskillningslöst sitt grannland Ukraina. Omvärlden stod i chock.

Våra tankar går sedan dess dagligen till Ukrainas befolkning som grundlöst och oprovocerat utsätts för den strukturella ondskan och grymheten som den ryska diktaturen och dess krigsmaskin utgör. Tusentals och åter tusentals civila oskyldiga liv har slagits i spillror och behovet av hjälpinsatser från omvärlden är enormt stort och växer för varje dag som Ryssland fortsätter sitt krig.

Kriget måste upphöra NU, varefter humanitärt stöd och återuppbyggnad kan accelereras ytterligare.

Svenska Psykiatriska Föreningen har varit delaktig i framtagandet av det uttalande från EPA som följer här och stödjer tillika WPA:s ställningstagande och uppmaning till den ryska federationen att omedelbart upphöra med all sin militära aktivitet i Ukraina. SPF arbetar även aktivt i samarbete med WPA/EPA för att få fram leveranser av livsnödvändiga psykofarmaka till de psykiskt sjuka i Ukraina.

Martin Hultén
Ordförande SPF

WPA Statement on the situation in Ukraine

Reflecting our long opposition to non-defensive military activities and mindful of the recent statements of various health and welfare organisations and vote of the United Nations General Assembly (UNGA) condemning the invasion of Ukraine, World Psychiatric Association (WPA) also expresses *“grave concern at reports of attacks on civilian facilities such as private residences, schools, and hospitals, and of civilian casualties, including children, women, older persons, and persons with disabilities.”*

The WPA urges the Russian Federation to stop all military activities in Ukraine immediately with special attention to those which threaten human lives and health, including mental health, of the Ukrainian population, particularly children, women, and the elderly, but also soldiers and their families.

WPA urges that psychiatrists and mental health care workers should not be prevented from caring for and treating their patients, many of whom are amongst the most vulnerable individuals, including safe passage and protection of all health care workers and patients in need. We also support the efforts of those countries providing humanitarian aid to those Ukrainian citizens who are fleeing the country.

The psychological consequences of war conflicts and trauma will have lasting adverse consequences to the survivors and to future generations. The WPA calls for an immediate cessation to the current conflict and hostilities, the psychological consequences of which have already affected so many people.

EPA Statement on the situation in Ukraine

With great worry and disbelief the European Psychiatric Association (EPA) and its Council of National Psychiatric Associations witnesses the unfolding situation in Ukraine.

Representing more than 80,000 mental health care professionals all over Europe, including Ukraine and Russia, we remain as a medical association apolitical and neutral, but strongly condemn the use of violence and the act of war to solve political or other disputes.

EPA hopes and insists that calls for peaceful resolution will gain the upper hand, finding a way towards a quick resolution of this conflict.

As enshrined in international law, the EPA asks for the protection of civilians and health care professionals, including those working in mental health, and for the protection of health systems. The provision of humanitarian and medical assistance to those in need should be prioritised.

In line with other European and international medical associations we call for agencies and organisations providing humanitarian aid in the region to receive the support and resources needed to respond to the crisis.

On behalf of the EPA, we ask you to consider contributing to organisations which are setting up relief efforts to help civilian casualties and refugees in the region.

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 arrangerar gruppresa till ECNP-kongressen i Wien! Välkommen att anmäla dig!



SPF har i år glädjen att ordna en gruppresa till ECNP-kongressen i Wien den 15–18 oktober 2022.

ECNP är ett av de största vetenskapliga forumen i neurovetenskap och ett viktigt utbildningstillfälle för forskare, psykiatrer, neurologer och ST-läkare.

Information om kongressen och preliminärt vetenskapligt program går att läsa på <https://www.ecnp.eu/Congress2022/ECNPcongress>

SPF arrangerar ett paket som inkluderar kongressdeltagande, flyg, transfer, boende och gemensamma återkopplingsseminarier samt middag i trevligt sällskap med kollegor. Utöver det kan man ordna andra aktiviteter för dem som önskar på egen bekostnad.

Anmälan

Anmälan sker via webbsidan svenskpsykiatri.se. Erbjudandet gäller medlemmar i SPF. Antalet platser är begränsat till totalt 25 deltagare. Anmälan är bindande och kan inte överlåtas.

Anmälan är öppen t.o.m. **20 augusti** eller så länge det finns platser. Efter att man har tagit emot betalning skickas bekräftelse och en personlig kongressvoucher till deltagarna.

Kostnad

25 000 kr

I priset ingår:

- Kongressavgift och kongressanmälan
- Flyg 14 oktober från Stockholm Arlanda eller Köpenhamn Kastrup tur och retur
- Flygplatstransfer
- Rum för hela gruppen i ett bra hotell centralt i Wien 14–18 oktober
- En gemensam middag
- Kvällsseminarier

Kontaktnamn SPF
kanslisten@svenskpsykiatri.se

Årets Raffaella- pristagare

► Sven Rydhög, överläkare vid vuxenpsykiatrien i Kristianstad, har tilldelats 2022 års Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne, med följande motivering:

Sven Rydhög har genom ett genuint intresse för psykiatri under ett helt yrkesliv stimulerat kollegor till ökad kunskap och färdigheter inom psykiatri. Att se människan bakom rollen som student, läkare och patient har gjort att han med glimten i ögat kunnat handleda och vägleda till att kloka beslut fattas.

Med kortare undantag har Sven varit samma arbetsplats trogen under hela sitt yrkesliv. Under 11 år var han chefsöverläkare men har hela tiden varit kliniskt verksam. Hans inriktning har varit affektiva syndrom och han har haft möjlighet att följa vissa familjer med bipolär sjukdom i 40 år, i några fall 3 generationer, vilket han upplever som ett privilegium.

Sven har alltid tyckt om undervisning och handledning, och har i många år haft rollen som AT-studierektor och under en period även varit ST-studierektor. Han har varit en mycket uppskattad föreläsare på diverse kurser för AT-, BT- samt ST-läkare. Framför



Fotograf: Jens Åkergren

allt har han alltid ställt upp som klinisk handledare med ett genuint intresse för läkarstudenter och underläkare av alla sorter.

Redan nu kan du nominera kandidater till 2023 års pris, se notis på annan plats i detta nummer!

För priskommittén

Tove Gunnarsson

Tidskriften för
Svensk Psykiatri

DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: **31/08**

TEMA:
Anmä!



Ingvar Karlsson in memoriam

► Vår varmt uppskattade styrelseledamot Ingvar Karlsson har nyligen hastigt avlidit. Begravningen har ägt rum i kretsen av de närmaste.

Ingvar disputerade 1974 i Göteborg på en avhandling om fett-syrors och proteiners betydelse för utveckling av råthjärna, men tog klivet över till mänsklig hjärna och utbildade sig till psykiatriker.

Han åtog sig de svårast sjuka patienterna och kombinerade sitt stora intresse för människan bakom sjukdomen med att ständigt uppdatera sig på den vetenskapliga litteraturen. Äldrepsykiatri blev hans livsuppgift. Ingvar var även forskare, handledare och sakkunnig i olika sammanhang. Han var populär som föreläsare, och undervisade lika gärna omvårdnadspersonal som specialistläkare. Ingvar hade en avgörande betydelse när Svensk Förening för Äldrepsykiatri bildades, och han var föreningens förste ordförande.

Ingvar hade breda intressen. Att vara kyrkvård var viktigt för honom och han var en skicklig naturfotograf. När Ingvar arbetade för att minska självmord bland samer lärde han sig det samiska språket. Han var en trofast vän och hjälpsam mot alla. Saknaden är stor.

Ingvar engagerade sig för flyktingars situation och psykiska hälsa. SFÄP har skickat en penninggåva till förmån för Ukrainas krigsdrabbade befolkning för att hedra Ingvars minne.



Styrelsen för Svensk Förening för Äldrepsykiatri

Fotograf Pernilla Karlsson

Äntligen fick vi ses igen! Svenska Psykiatrikongressen 2022

754 deltagare samlades på Münchenbryggeriet den 16–18 mars för att ta del av ett späckat program med kliniska nyheter, aktuell forskning, bokpresentationer och paneldiskussioner.

Kongressen bjöd även på social samvaro under kaffepauser, luncher, mingel och middag. Glädjen över att få träffas igen efter två års pandemiisolering var påtaglig.

På torsdagen hölls SPF:s årsmöte där det som vanligt bjöds på dryck och tillugg.

Medlemmarna godkände den anpassning av stadgarna som är nödvändig då SPF övergår till att vara medlemsförening i Svenska Läkaresällskapet enligt beslut av årsmötet 2021. I enlighet med valberedningens förslag beslutades om oförändrad styrelse. Årsmötet utsåg två nya hedersledamöter, Stina Djurberg och Jerker Hanson, som porträtteras på annan plats i detta nummer.

Efter årsmötet hölls traditionsenligt kongressmiddag i Mälarsalen med underhållning av Orkester För Fester.

På följande sidor kan du läsa referat från flera av föredragen. Många av dem filmades dessutom, se separat text om detta!

Tove Gunnarsson
SPF:s styrelse

Från fenomenologi till farmakologi vid schizofreni

Johan Sahlsten, Stephan Hjorth och
José Rodriguez

Solen lyste in och man kunde njuta av den vackra utsikten mot Mälaren och Gamla stan från Nobelterrassen på torsdag eftermiddag. En av Münchenbryggeriets största konferenslokaler var nästan fullsatt när en trio från Göteborg drog i gång en sammanbunden föreläsningsserie i hybridformat med Johan Sahlsten och José Rodriguez på plats samt Stephan Hjorth som medverkade via videolänk.

Johan Sahlsten och José Rodriguez, båda överläkare vid Psykiatri Psykos, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, har tillsammans med professorn i farmakologi Stephan Hjorth, de senaste åren inte bara försökt skraddarsy optimala behandlingar för patienter med schizofreni utan även kunnat sprida sin kunskap i klinisk skicklighet genom mycket uppskattade pedagogiska Metiskurser, föreläsningar och publikationer.

Johan Sahlsten började med hjälp av ett patientfall att beskriva fenomenologi vid schizofreni som inte är lätt att diagnostisera. Den fördröjning (therapeutic gap) från prodrom, debut av första symtom, progredierande funktionsnedsättning och insjuknande i en första psykotisk episod tills man fastställer diagnos och får behandling kan ta flera år. Längre tids obehandlade psykopatienter svarar långsammare på behandling och har sämre prognos att bli symtomfria. Det är ett känt problem med DSM:s kategoriska system att patienten cirkulerar i kliniken med många olika diagnoser så som ADD, Aspergers syndrom, ångest, depression, sömnstörning, tvångssyndrom, PTSD, hjärntrötthet, social fobi, drogrelaterad psykos. Vid skatt-

ning har de troligen uppfyllt kriterierna för dessa diagnoser men behandling för dem botar inte deras besvär. Ofta byter man preparat och patienterna tenderar att samla på sig många olika läkemedel utan att de gör väsentlig skillnad i sjukdomsbild eller funktion. Polyfarmaci ställer till problem med biverkningar och dålig följsamhet i läkemedelsbehandlingen. Schizofreni kan beskrivas som en "jagstörning" där hela personligheten, beteende och social funktion förändras, inte bara kluster av positiva och negativa symptom.

Professor Stephan Hjorth fortsatte med beskrivning av den teoretiska bakgrunden till olika neuroleptikapreparat, skillnader i receptorprofil, farmakokinetik och farmakodynamik, vilka läkemedelskombinationer som kan vara rimliga och vilka som bör undvikas. Det är ofta svårt att hitta balansen mellan att lindra de positiva symtomen utan att potentiella de negativa symtomen. De nya partiella dopamin 2-receptoragonisterna, aripiprazol och cariprazin, kan med sin högre receptoraffinitet slå ut effekten av starka dopaminreceptorantagonister som risperidon och kan försämrat tillstånd. Det gör inte nytta att kombinera dem. Däremot har kombination av svaga, indirekta dopamin 2-receptorblockerare, t.ex. clozapin, och aripiprazol, en teoretiskt vettig grund och har ofta visat bra resultat i kliniken. Olika scenarion för skifte av neuroleptikapreparat föreslogs, med krosstitrering eller utan.

José Rodriguez berättade om vikten av att se helhetsbilden och det specifika schizofrena mönstret i observerade symptom och förlopp. Det handlar om läkekonsten att

kunna få terapeutisk allians med patienten, hitta den "isbrytare" som gör att patienten öppnar sig och ha en fingertoppskänsla vid medicinering. Man ska sträva efter delat beslutsfattande med patienten. Det går att förbättra compliance med psykoedukation och annat stöd som medicintilldelning eller val av långverkande antipsykotika.

José Rodriguez tar ofta serumkoncentration av antipsykotika för att ta ställning till optimal terapeutisk dos, biverkningar och läkemedelsföljsamhet.

Han avrundade med en fin illustration av samma patientfall som Johan Sahlsten började med. Där hade det gått bara sämre i början, patienten fick fler diagnoser och längre läkemedelslista tills man kunde dra slutsatsen att alla symptom och diagnoser med diagnostisk hierarki bättre kan förklaras av schizofreni. Tack vare sanering av hans läkemedelslista blev han fri från många kroniska kroppsliga och psykiska biverkningar så som förstoppning, trötthet och nedsatt kognition. Med systematisk antipsykotisk medicinjustering förbättrades patienten avsevärt i sina psykosymtom, funktionsförmåga och livskvalitet.

Efteråt tackade några seniorkollegor föreläsarna och uttryckte att det finns hopp om att god psykiatrisk kunskap lever vidare.

Föreläsningarna spelades in och kan ses på <https://www.svenskapsykiatrikongressen.se/>

Tarmo Kariis
Styrelseledamot SPF
Överläkare i Karlstad

Stiftelsen Natur & Kulturs Cullbergstipendiater 2022

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

I år tilldelades fem läkare totalt 230 000 kronor.

Gina Griffioen, specialistläkare vid Vuxen- och ungdomsteamet för personer med intellektuell funktionsnedsättning och svåra beteendeproblem (VUB-teamet), Norra Stockholms Psykiatri, ska besöka Centrum voor Consultatie en Expertise i Utrecht och på fler orter i Nederländerna, där man erbjuder konsultation till vårdpersonal som arbetar med allvarliga problembeteenden inom ett brett uppdrag.

Beata Bäckström, överläkare vid Regionala specialmottagningen för bipolära och psykotiska tillstånd, BUP Region Skåne, ska auskultera i Norge vid Kompetenscentrum TIPS, Tidig intervention vid psykos, Oslo universitetssjukhus, för att få kunskap om de metoder som där utvecklats för att tidigt identifiera och behandla ungdomar med psykostillstånd.

Viktor Fabri, ST-läkare vid vuxenpsykiatriska kliniken i Helsingborg, ska auskultera i USA vid Brain Stimulation Lab på Stanford i Kalifornien för att studera hur man där, genom nya metoder för magnetstimulering av hjärnan, hjälper patienter som lider av svårbehandlad depression.

Catherine Gajland, ST-läkare vid Barn- och ungdomspsykiatri i Region Stockholm, ska besöka Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Schweiz, för att få en inblick i och förståelse för hur beroendevård kan bedrivas utanför Norden.

Maria Hedström, överläkare vid BUP FoU-centrum, Mottagningen för könsinkongruens och dysfori i Stockholm, ska auskultera vid Department of Child and Adolescent Psychiatry and the Center of Expertise on Gender Dysphoria i Amsterdam, Nederländerna, vilka är världsledande på området könsdysfori hos unga.

Läs mer om stipendiet på nok.se/cullbergstipendiet.

För stipendiekommittén

Tove Gunnarsson



Vad kan svensk psykiatri göra för Ukraina?

► I samband med utbrottet av krig mellan Ryssland och Ukraina skickade Olga Kazakova en fråga på Facebook om vi kunde göra något för Ukraina? Det slog oss att vi inom någon vecka skulle anordna SPK 2022 och att vi faktiskt hade möjlighet att i alla fall anordna ett möte för diskussion om något vi kunde göra. Vi tog kontakt med Tove Mogren som jobbat med Olga i "Young Psychiatrists' Network" och startade planering för en subakut insatt programpunkt under kongressen med olika inbjudna. Symposiet "What can the Swedish Psychiatry do for Ukraine" hölls på engelska direkt efter inledningen och gav inspiration till aktion.

Initialt berättade **Konstantin Lebedyev**, medicine doktor och läkarkollega från Ukraina bosatt i Danmark, som deltog på länk, om sin oro över sina närstående i Ukraina. Vidare berättade han om svårigheterna med sin brors arbete att driva en psykiatrisk klinik under rådande krig och hur personal och patienter drabbas. Konstantin betonade betydelsen av akut hjälp för sitt hemland och demokratin. Han avslutade med att skicka en vädjan om akut hjälp som var omöjlig att värja sig från.

Därefter berättade **Olga Kazakova**, medicine doktor och psykiater, om sina egna erfarenheter från behovet av krisstöd i Belarus efter den politiska krisen. Hon lyfte vikten av att Ukraina behöver terapeuter med kunskap inom EMDR och akut krisbearbetning samt mediciner. Hon betonade även vikten av basal tillgång till vatten och mat och beskrev svårigheterna med att befinna sig på

flykt. Olga slutade sitt föredrag med att berätta om "My Mental Health Guide – Samopomich" www.samopomi.ch, ett nätbase-rat utvecklat psykologiskt stödprogram som precis översatts till ukrainska och som hon önskade spridning av.

Seminarier fortsatte med att **Jerker Hanson**, docent och psykiater, berättade en del om sitt arbete med Östeuropakommittén och lyfte betydelsen av att SPF stärker sitt internationella arbete. Han uppmanade SPF att utse en internationell sekreterare. Vidare rekommenderade han styrelsen att skriva till våra ryska och ukrainska motsvarigheter och interagera både med EPA och WPA. Han föreslog också att vi skulle skapa webbaserade konsultationer om PTSD för Ukraina men även Ryssland där unga soldater och deras familjer drabbas hårt med stora konsekvenser för framtiden.

Programmet fortsatte med att **Tove Mogren**, psykiater och ordförande för programutskottet i Fonden för Psykisk Hälsa, presenterade **Iryna Frankova**, medicine doktor och ordförande för stress- och traumanätverket i ECNP. Iryna hade precis anlänt till Holland efter att ha flytt från Ukraina och deltog på länk. Hon började med att lyfta konsekvenserna av krig. Den enorma och oväntade förändringen av livet. De stora förlusterna av trygghet, tillhörighet, social status och mat. Otryggheten med vad som ska hända. Risker för att man själv eller de man älskar ska förlora sitt liv. Bilderna från krigsdrabbade områden som drabbats av död och förlust. Hon beskrev det akuta behovet av mat, mediciner och en fungerande logistik för att möjliggöra transporter och fördelning.



Foto: Jerker Hanson

Sedan lyfte hon behov av platser dit människor som utvecklar akutpsykiatriska tillstånd kan vända sig. Hon beskrev också behovet av akut psykologiskt stöd för krishantering för att undvika allvarligare tillstånd och föreslog bland annat akuta krisstödgrupper på tågstationer, informationskampanjer och väl utvecklade och spridda digitala stödmöjligheter.

Programpunkten avslutades med att **Danuta Wasserman**, professor och President-elect för WPA, gav några uppdrag till SPF. Dels att vi stödjer och sprider WPA:s yttrande om kriget så mycket vi kan. Vidare att SPF stärker sin internationella koppling exempelvis genom att utse en internationell sekreterare. Hon föreslog också att vi hjälper till att sprida självhjälpsprogrammet som Olga presenterat för Migrationsverket för att det ska kunna nå ukrainska flyktingar när basala behov som tak över huvudet och mat tillgodosetts. Danuta föreslog vidare att SPF skulle skapa en grupp för att stödja och följa utvecklingen med detta.

Symposiet filmades och kan ses på www.svenskapsykiatrikongressen.se/

Maria Larsson
Vice ordförande SPF

► SPF fortsätter arbetet för Ukraina

Som ett resultat av de diskussioner som fördes på och efter Ukrainasymposiet på SPK har WPA:s rådgivande kommitté för svar på nödsituationer, ACRE – Advisory Committee on Response to Emergencies, inrättat en särskild grupp under ledning av professor Danuta Wasserman för att koordinera samarbetet mellan de ukrainska medlemsföreningarna och andra professionella organisationer, inklusive SPF.

Tillsammans med ovannämnda WPA-grupp har SPF arbetat för att optimera stödet till ukrainsk psykiatri och med att säkra donationer. I början av maj anlände en första leverans av medicin donerad av Lundbeck till ett sjukhus i Lviv, varifrån lokala anställda nu hjälper till att leverera vidare till andra sjukhus i Ukraina. Vi arbetar nu vidare för att säkra ytterligare leveranser av läkemedel både till Ukraina och till ukrainska flyktingar i grannländerna.

Vidare har symposiet bidragit till innehåll i WPA:s samlade länk med förslag på hjälp till människor i Ukraina och på flykt, se Ukraine Educational Resources | WPA (wpanet.org)

Jonas Eberhard
Vetenskaplig sekreterare SPF

WPA:s och EPA:s yttranden om situationen i Ukraina kan läsas på sidan 42.

Rökstoppet

Matz Larsson

▶ Matz Larsson, lungspecialist på Hjärtlungfysiologi-kliniken och Tobakspreventiva enheten vid Universitetssjukhuset i Örebro och docent vid Kliniskt centrum för hälsofrämjande vård vid Lunds universitet, berättade engagerat om det nationella Rökstoppsprojektet. Åhörarna fick flera användbara tips med humoristiska inslag.

Syftet med Rökstoppsprojektet är bland annat att utvärdera vilka faktorer som leder till framgång respektive misslyckande vid tobaksavvänjning. Sårbara grupper som till exempel personer med psykisk sjukdom är särskilt i fokus.

Matz Larsson berättade att det dör fler än 12 000 personer varje år i Sverige på grund av tobaksrelaterade åkommor. Rökning är mer förekommande i utsatta grupper. I gruppen med psykisk sjukdom röker 40 % jämfört med 7 % i Sveriges befolkning. Än mer påtagligt är det i gruppen med beroendesjukdom där hela 70–90 % röker.

För patienter med psykisk sjukdom tenderar problemet med tobaksbruk att komma i andra hand. Man kanske tänker att det finns större problem än rökningen eller att personen mår bättre av att fortsätta röka, menade Matz Larsson. Han poängterade att man ska tänka på att tobakskostnaden kan tränga undan inköp av t.ex. mat och läkemedel. Risken för följsjukdomar som cancer och hjärt- och kärlsjukdom ökar, vilket patientgruppen är sämre rustad för att hantera. Därför kan rökstopp leda till stora vinster och psykiatri kan göra betydelsefulla insatser för patientgruppens hälsa.

Att sluta röka kan även ha direkt effekt hos en person med psykisk sjukdom eller beroende. Enligt Matz Larsson har man kunnat visa att tobak ger ökad risk att utveckla opioidberoende och att avvänjning av opioider försvåras vid samtidigt tobaksbruk. Sömnens försämras av nikotin vilket inverkar negativt på den psykiska hälsan. Vid ett rökstopp kan sömnen försämras initialt men efter hand förbättras den med snabbare insomning, ökad REM-latens och generellt effektivare sömn.

Därefter berättade Matz Larsson om läkemedelsbehandling vid rökavvänjning. Vid nikotinsubstitution kan man med fördel kombinera långverkande preparat som t.ex. plåster med kortverkande beredningar som tuggummi. Det är viktigt att följa en



nedtrappningsplan. Det finns stora tillgänglighetsproblem med de receptbelagda läkemedlen. Zyban (*bupropion*) är restnoterad. Som alternativ kan man använda andra fabrikat av bupropion. Champix (*vareniklin*) har utgått på grund av att det innehåller något för höga halter av nitrosamin. Vareniklin har uppvisat goda resultat vid rökavvänjning med få biverkningar och interaktioner. Cigarettrök i sig innehåller höga halter av nitrosamin. Ämnet finns även i snus och vissa livsmedel. Matz Larsson är kritisk till beslutet. Han kommenterade att det är som att "sila mygg och släppa igenom Camel". Det finns dock ett preparat med liknande effekt, *cytisin*. Substansen verkar antagonistiskt på nikotinreceptorerna och påverkar även dopaminfrisättningen. Cytisin försvagar "nikotinkicken" och leder samtidigt till minskad abstinens. Cytisin har funnits i Östeuropa sedan 70-talet och säljs receptfritt i Polen. Läkemedelsverket har godkänt preparatet men det saluförs inte i Sverige och måste därför förskrivas på licens, se tips på www.rokstoppsprojektet.org. Kostnaden är knappt 400 kronor för en behandling.

Matz Larsson välkomnade intresserade att höra av sig till Rökstoppsprojektet. Om man vill starta en systematiserad rökavvänjning kan man höra av sig för att få mer information. Projektgruppen hjälper bl.a. till med standardiserad uppföljning sex månader efter avslutad behandling. Man får tillgång till nationell och internationell statistik samt bidrar till den nationella databasen och forskning för att hitta effektivare nikotinavvänjning.

Avslutningsvis betonade Matz Larsson att om vi motiverar våra patienter att sluta röka så leder det till bättre livskvalitet för den enskilda individen och minskad ojämlikhet i hälsa på gruppnivå. Prioritera rökavvänjning i vårdplanen!

Mer information finns på www.rokstoppsprojektet.org
Frågor eller intresseanmälan skickas till
info@rokstoppsprojektet.org

Linda Martinik
Sekreterare SPF

Kollegialt stöd – presentation av en webbaserad utbildning

**Ullakarin Nyberg, Jenny Sazo och
Marie Åsberg**

► Utbildningsprogrammet **Psyk-E bas krisstöd** som lanseras 2022 föredrogs.

En uppdragsutbildning vid Karolinska Institutet med syfte att på ett lättillgängligt och pedagogiskt sätt öka kunskapen om kris- och stressreaktioner på arbetet. Materialet består i kortare filmer av "cases" med skådespelare, föreläsningar samt tid till reflektion och ämnas ta 4 x 60 minuter. Forum lämpliga för upprepade lunchmöten på arbetsplatsen för läkare och andra personalkategorier som arbetar med människor i utsatta lägen.

Från Psyk-E bas informationsmaterial:

"(...) Många är oförberedda på de kris- och utmattningsreaktioner som kan uppstå både hos en själv och hos ens medarbetare. Det bästa stödet i en påfrestande arbetssituation är vanligen det man får av sina arbetskamrater, men ofta tar man sig inte tid att samlas i grupp och reflektera över situationen och sina egna reaktioner".

Mer information finns att tillgå på psyk-e.se.

Johanna Hanson
Ed. ST-representant i SPF:s styrelse



Höjdpunkter från SPK 2022



Den som väntar på något gott, väntar aldrig för länge, lyder det klassiska ordspråket, och årets kongress levde upp till det. I år ska jag därför dela ut fiktiva medaljer till de programpunkter som för mig varit kongressens höjdpunkter.

► Guld

Högst upp på min prispall står *"Elefanten i rummet: betydelsen av kognitiv dysfunktion i psykiatri"* föredraget av leg. psykolog och med. dr. Timea Sparding, till vardags enhetschef på Psykiatri affektiva, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Jag har haft glädjen att lyssna på henne tidigare och jag får aldrig nog. Föredraget finns inspelat och jag rekommenderar alla att se det, särskilt till dig som tycker att neuropsykologiska tester är en gåta, till dig som försökte förstå dem men inte blev "inläppt" av psykologer du mött på kliniken, samt till dig som tycker att neuropsykologisk testning är en onödig krusidull som bara tar tid och kostar pengar. Visst blir det så om det används slentrianmässigt. Syftet måste vara tydligt från början, oftast handlar det om att förstå något mer om patienten. Sparding går noggrant igenom både för- och nackdelar med testning och hur det kan komma till nytta i klinisk psykiatri. Dessutom slår hon ett slag för att prata kognition med våra patienter, oavsett diagnos. Själv önskar jag att vi vågade testa mer, inte mindre, och på fler indikationer än att utesluta IF vid neuropsykiatrisk utredning. Våra patienter förtjänar det! Inte minst de som har kognitiv påverkan av sin sjukdom, och de är många. Inom somatiken brukar inte nya utredningsmetoder mötas vid grinden med argument att de är alldeles för resurskrävande, eller onödiga. Om man finner att de tillför något så används de. Jag har inte hört att man ifrågasatt neuropsykologisk testning inom hjärnskaderehabilitering eller som en del i demensutredningar. Att man gör det inom psykiatri fortsätter att förbrylla mig.

► Silver

En välförtjänt andra plats går till *"Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID) – ny ätstörning, nya utmaningar"* med Elisabet Wentz, professor vid Sahlgrenska akademien och Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, och Emma Svensson, ST-läkare vid BUP-kliniken, Skaraborgs sjukhus i Skövde. Ursprunget till den nya diagnosen är, enligt skaparna av DSM-5, observationen att mer än 50 % av patienter med ätstörning fick en UNS-diagnos i DSM-IV, varför man försökt identifiera flera specifika ätstörningar. Tanken är god, men ARFID är så pass heterogen att det riskerar att bli oanvändbart på gruppnivå, i såväl klinik som forskning. Den gemensamma nämnaren för ARFID är att patienten inte har problem med kroppsuppfattning avseende vikt eller form, utan uppvisar en ihållande oförmåga att tillgodose kroppens behov av energi och näringsämnen, av olika skäl. Här slutar likheterna helt och hållet, då skälen är lika många som det finns patienter och grupperas i tre exempel:

1. Bristande intresse för mat, som sådan, eller för att patienten är lätt distraherad, eller snabbt blir mätt.
2. Sensorisk känslighet, som matens konsistens, smak eller lukt.
3. Rädsla för konsekvenser av att äta, som att sätta i halsen eller kräkas.



För den sistnämnda undergruppen kan en behandling med KBT vara aktuell, men för de andra måste man tänka annorlunda och ha patienten med sig i eventuella försök till förändringar. Sensorisk känslighet lär dessutom kräva anpassningar, inte exponering. Självklart är psykiatrisk samsjuklighet mycket vanlig vid ARFID och så även förekomsten av autism och/eller IF. Vad gäller prognosen förefaller ARFID vara stabil över tiden, men det behövs mer forskning.

► Brons

Tredje platsen går till panelsamtalet *"Allvarligt talat: Hur står det till med psykiaterns självbild?"*, inte bara för att jag hade nöjet att vara en del av det, utan för att det berör våra grundläggande professionella värderingar, som i sin tur kan bli såväl förutsättningar som hinder för vår yrkesutövning. Förutom undertecknad bestod panelen av Alexander Wilczek, psykiater, psykoanalytiker och med. dr. vid Karolinska Institutet i Stockholm; Johanna Hanson, ST-läkare i psykiatri i Stockholm samt ledamot i STP och SPF:s styrelse; och Sophia Eberhard, barn- och ungdomspsykiater och chefsöverläkare på Barn och Ungdomspsykiatri i Region Skåne. Panelsamtalet finns inspelat och rekommenderas varmt till dem som tycker att reflektion är minst lika viktig som att tillägna sig ny kunskap. Olika perspektiv blandades och vävdes samman, bland annat den blivande och den erfarna psykiatern, den som är chef,

ledare eller handledare (om nu skillnaden är så stor). Tyskland och Italien figurerade som jämförelser, visst är inte psykiatern sig lik i olika länder, även om vi alla använder ICD och DSM och läser samma vetenskapliga tidskrifter. Det pratades arbetsmiljö och stress. Märkligt nog hann vi inte fördjupa oss så mycket kring tvångsvård, en del av vår yrkesutövning som verkligen utmärker oss och skiljer psykiatrin från andra specialiteter. Det bara blev så, samtidigt kan jag inte låta bli att fundera över om och hur vi integrerar den delen i vår självbild. Kollegor under utbildning brukar närma sig tvångsvården med lika delar nyfikenhet och skräck. En sak är jag övertygad om: aldrig möter vi vår självbild så tydligt, som när vår etiska kompass skakar.

Alessandra Hedlund
Psykiater
Stockholm

Smått och gott från SPK

► BT – vad är det? En praktisk genomgång av regelverk och exempel från Region Skåne och Stockholm
Gisela Larmark, Tove Mogren

Gisela och Tove gick igenom det nya regelverket för BT (bästjängstöring) och praktisk implementering som är i full gång, med de läkare som kommer utbildade utomlands i första hand, men som snart kommer implementeras på alla nyutexaminerade läkare. Flertalet exempel och svårigheter, men även beskrivningar av hur man genomför psykiatrimomenten, som kommit att bli en naturlig del av BT trots att obligatorisk placering (till skillnad från AT) saknas. Vissa skillnader i implementering och bedömning förekom.

► Varför en bra läkare måste vara slug – Tillsammans med våra patienter överlistar vi byråkratin
Mani Schutzberg

ST-läkare i psykiatri Mani Schutzberg presenterade sin avhandling «Tricks of the medical trade – cunning in the age of bureaucratic austerity» från Södertörns högskola, en kvalitativ studie över läkares och patienters hantering av sjukintyg. Återkommande förekom exempel på att läkare justerar läkarintygen för att minska sannolikheten för avslag på ansökan om sjukpenning, och ibland får vända sig till patienterna för att säga "Du kommer kanske inte känna igen dig i allt jag skriver här, men jag måste göra så". Diskussion om läkarroll, samhällssystem och etiska aspekter.



► Olyckliga i paradiset – bokpresentation
Christian Rück

Christian Rück föredrog sin bok med exempel på levnadsomständigheter och bättre förutsättningar, samtidigt som befolkningen skattar ett större psykiskt illabefinnande. Diskussion kring diagnosen utmattningssyndrom som är en svensk diagnos som accepterats av Försäkringskassan och Socialstyrelsen, trots att denna saknar motsvarighet i DSM-5.

► Vad är iTBS?
Marcus Persson, Viktor Fabri

Genomgång av Stanford accelerated intelligent neuromodulation therapy (SAINT), ett nytt protokoll för "high-dose intermittent theta-burst stimulation (iTBS)", vilket innebär att man ger upprepad transkraniell magnetstimulering, 10 sessioner per dag i två veckor, vilket ger en potent och snabbare antidepressiv effekt. Det finns ännu endast en klinisk studie med goda resultat. Helsingborg har genomfört en lätt modifierad, verksamhetsanpassad variant med 8 sessioner per dag, med goda, men inte lika goda, kliniska resultat.



► Frontotemporal demens och differentialdiagnostik visavi psykisk sjukdom – internationella riktlinjer
Alexander Santillo

Genomgång av internationella riktlinjer kring diagnostik av frontotemporallobsdemens och diagnostiska verktyg samt differentialdiagnostik mot psykiatrisk sjukdom och kliniska fallgröpar. Nyhet kring att man kan kontrollera neurofilament light (NFL) via plasmaprov nu via Sahlgrenska laboratoriet. NFL är en kemisk markör man tidigare kontrollerat i likvor, vilket förvisso inte är en specifik, men än sensitiv markör för diagnostik av FTD, men även en känd markör som kan användas t.ex. i diagnostik av Creutzfeldt-Jakobs sjukdom.

► Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID) – ny ätstörning, nya utmaningar
Elisabet Wentz, Emma Svensson

Genomgång av diagnostiska kriterier, klinisk presentation, samsjuklighet, behandling och prognos av denna nya ätstörningsdiagnos som till skillnad från anorexia nervosa inte går med störd kroppsuppfattning, och som innebär nya behov av behandlingsmetoder.

► Narcissism – en het potatis i vården?
Peder Björling, Niki Sundström

Översyn av diagnostiska kriterier för narcissism men även typiska kliniska presentationer, som inte alltid rör sig kring den expansiva framgångsrike narcissisten utan kanske snarare kring «krossade narcissister» som söker sig till sjukvården. Genomgång av diagnostisk process och stöd till diagnosåtergivning, samt återkommande svårigheter i vårdkontaktarna.

Karl Lundblad
SPF:s styrelse



En hjärnstimulerande förmiddag

Aktuellt om ketamin, rTMS och ECT

▶ Sedan en tid har det blivit närmast tradition att Axel Nordenskjöld ordnar ett särskilt spår för ECT och rTMS samt numera även ketamin och så blev det även under SPK22. På torsdagsförmiddagen kunde man således uppdatera sig kring "Aktuellt om ketamin, rTMS och ECT" och här följer några korta intryck från föreläsningarna.

Först ut var **Pouya Movahed** från Psykiatri Skåne, Lunds universitet, med att presentera sin uppmärksammade studie där ECT jämförts med ketaminbehandling och som är den första randomiserade kliniska studien med ett tillräckligt antal patienter som jämför ketamininfusion med en annan aktiv antidepressiv behandling. Ett flertal viktiga fynd gjordes och bland annat visade sig ECT vara överlägset ketamininfusion vad gäller remissionsfrekvens och minskning av depressiva symtom hos inlagda patienter. Andelen återinsjuknande under en 12 månaders uppföljningsperiod var dock lika. Vidare visades att racemisk ketamin är effektivt och säkert vid behandling av depression, även vid depression med psykotiska symtom.

Robert Bodén från Akademiska sjukhuset i Uppsala levererade "Hetaste nyheterna om rTMS" rörande snabbare effekt, nya indikationer och målområden. Inledningsvis fick man dessutom en alldeles utmärkt pedagogisk snabbkurs i vad rTMS är. Med accelererad iTBS kanske vi har snabbare slutenvårdsalternativ? Robert efterlyste fler studier i detta växande kunskapsområde.

Johan Lundberg presenterade färsk data kvalitetsregisterdata under titeln "rTMS i Sverige, användning och behandlingsresultat".

Mikael Tiger från Karolinska Institutet presenterade Kronsells studie om anestesidosens betydelse vid ECT. Inte helt oväntat ses i lågdosgruppen färre behandlingar och högre frekvens gällande respons och remission. Lägre anestesidos tycks alltså ge en något effektivare ECT-behandling.

Lovisa Lindblad från Örebro presenterade hur det ser ut med mortalitet inom 30 dagar efter ECT och där resultaten kan tolkas som att ECT tenderar ha en skyddande effekt vad gäller död i suicid eller i hjärt-kärlhändelse.

Axel Nordenskjöld talade om "ECT i Sverige, förbättringar och förbättringsbehov" utifrån kvalitetsregister ECT. Hur väl följer vi riktlinjer och hur bra fungerar ECT-vården? Det visar sig glädjande nog att vi har blivit bättre på att följa upp patienterna och att bedöma dem med skattningsskala för depression. Vidare ses att

frekvensen remission fortsätter att öka i Sverige. Rekommenderat litium efter ECT vid bipolär sjukdom har förbättrats men klar förbättringspotential finns i följsamheten av den rekommendationen. En annan förbättringspotential är fortsättnings-ECT som används i ganska låg utsträckning i förhållande till kunskapen om fördelarna med den metoden.



Foto: Tarmo Kariis

Pia Nordanskog från Linköping upplyste om Gemric – The Global ECT-MRI Research Collaboration och kunde berätta att den antidepressiva effekten vid ECT inte korrelerar med volymökning i hippocampus.

Avslutningsvis gavs en noggrann och lärande genomgång rörande behandling med ketamin och esketamin av **Harald Aiff** från VGR som sammanfattade att även om det vetenskapliga underlaget än så länge inte är starkt så är ketamin värt att pröva i särskilt utvalda fall.

Martin Hultén
Ordförande SPF

ANNONS

Risikfaktorer och konsekvenser vid behandlingsresistent depression – resultat från svenska registerstudier

Johan Reutfors och Philip Brenner

► Föreläsarna, båda specialister i psykiatri och verksamma vid KI, presenterade data och resultat från sina svenska registerstudier. I studierna fokuserade de på terapiresistent depression (TRD) och dess konsekvenser och samband med mortalitet, substansbruk, arbetsoförmåga och sjukvårdskonsumtion.

Föredraget började med en litteraturoversikt kring TRD. I studier förekommer en mängd olika definitioner på TRD, men det som de flesta hade gemensamt är att man ska ha provat minst två adekvata behandlingar utan tillfredsställande effekt. Det man också hade sett var att upp till hälften av de patienter som inleder behandling mot depression får inte fullgod effekt efter två behandlingsförsök.

Risikfaktorer för att utveckla TRD som identifierats var bland annat en samsjuklighet med ett ångestsyndrom och utebliven respons till det första provade antidepressiva läkemedlet. Man har också kunnat se att vid varje misslyckat behandlingsförsök ökar risken för TRD. Resultat från analyserade data från flera svenska register visade att patienter med TRD hade en ökad risk för mortalitet i jämförelse med andra patienter med depression. Risken för suicid/olyckor var dubbelt så hög i TRD-gruppen och särskilt var risken förhöjd bland unga och fysiskt friska patienter. TRD-gruppen hade också en förhöjd risk för att diagnostiseras med ett substansbrukssyndrom. Samt att substansbrukssyndrom innan start av antidepressiv behandling fördubblade risken för TRD. Detta var främst signifikant för missbruk med lugnande preparat. Även risken för förtidspension var fördubblad bland patienter med TRD. Risken för att behöva heldygnsvård var också förhöjd vid TRD, framför allt under de första tre åren.

Sammanfattningsvis var konklusionen att TRD ökar risken för ett flertal allvarliga komplikationer, med potentiellt stora konsekvenser både för de drabbade och för samhället. Mer forskning behövs för hur fler patienter med TRD kan få en bättre effekt av behandling.

Text och foto:
Matilda Naesström
Facklig sekreterare SPF



Effekter av toxiska litiumnivåer på EKG – resultat från LiSIE-projektet Petra Truedson

► Petra Truedson, ST-läkare och doktorand verksam vid Sunderby sjukhus och Umeå universitet, presenterade resultat från sin studie kring EKG-förändringar hos patienter som inkommit till sjukvård med toxiska litiumnivåer.

Föredraget började med en litteraturoversikt. Det är sedan tidigare känt att toxiska nivåer av litium kan påverka njurarna negativt. Gällande kardiella effekter av toxiska nivåer finns det inte lika mycket litteratur. I de fåtal studier som finns så har man generellt sett en ökad risk för QT-förlängning. QT-tid är den tid som det tar från att kamrarna i hjärtat börjar arbeta till att de återgår i vila. En förlängning av den tiden kan innebära en risk för en allvarlig form av arytmi, torsade de pointes.

Data för studien kommer från en retrospektiv kohortstudie i Norrbotten som fokuserar på effekter och biverkningar vid litiumbehandling. Inkluderade i studien var vuxna patienter som haft en serumkoncentration över 1,5 mmol/L samt EKG i samband med att ett förhöjt litiumvärde konstaterats. För att se nya förändringar jämfördes även EKG från tidigare eller senare undersökningar där litium legat inom terapeutiska nivåer. I studien inkluderades 50 patienter. Majoriteten av intoxikationerna var oavsiktliga t.ex. på grund av uttorkning. Oftast var EKG och litiumnivåerna tagna inom en timme från varandra. De flesta av patienterna hade en kardiovaskulär sjukdom i grunden, där hypertoni var den vanligaste. Över hälften hade även andra läkemedel som kan ge QT-förlängning. Vanligaste förändringarna på EKG i samband med intoxikationen var någon T-vågsnegativisering och därefter var

QT-förlängning näst vanligast. Dock, vid jämförelse med referens-EKG vid terapeutiska litiumnivåer, var dessa förändringar inte signifikanta.

Sammanfattningsvis fanns ingen statistiskt signifikant påverkan på EKG vid toxiska litiumnivåer.

Text och foto
Matilda Naesström
Facklig sekreterare SPF



Biverkningar av sköldkörtelhormon inkluderar osteoporos och hjärtflimmer.

Hos patienter med bipolär sjukdom är både hypothyreos och subklinisk hypothyreos vanligare än hos allmänbefolkningen. Både litium och quetiapin kan påverka sköldkörtelproduktionen negativt. Man har i internationella studier sett att förskrivning av behandling vid subklinisk hypothyreos har ökat. Denna trend har även observerats i Sverige.

I Ingrids studie ville man undersöka om denna trend även fanns hos patienter med bipolär eller schizoaftektiv sjukdom. Data för studien kom från 291 patienter i en retrospektiv kohortstudie i Norrbotten, som fokuserar på effekter och biverkningar vid litiumbehandling. Resultat från studien visade att behandling med sköldkörtelhormon ofta inleddes vid subklinisk hypothyreos. Dock såg man inte att man påbörjade behandling tidigare hos patienter med litium, jämfört med patienter som behandlades med ett annat stämningsstabiliserande läkemedel.

Sammanfattningsvis så är behandling med sköldkörtelhormon för subklinisk hypothyreos omdiskuterat och förskrivningen har ökat även hos patienter som oftast behandlas med litium. Trots att tydligt underlag för nyttan saknas.

Text och foto:
Matilda Naesström
Facklig sekreterare SPF

Förskrivning av sköldkörtelhormon hos patienter med bipolär eller schizoaftektiv sjukdom

Ingrid Lieber

► Ingrid Lieber, ST-läkare och doktorand verksam vid Sunderby sjukhus och Umeå universitet, presenterade resultat från sin publicerade studie om sköldkörtelhormon och förskrivningen av detta hos patienter med bipolär eller schizoaftektiv sjukdom.

Hypothyreos är en sjukdom med diffusa symptom med en spretig klinisk bild. Därav är diagnostiken beroende av biokemiska markörer med TSH och sköldkörtelhormoner. Vid subklinisk hypothyreos är endast TSH påverkat, men övriga sköldkörtelhormoner är inom normalintervallet. Subklinisk hypothyreos normaliseras i regel av sig själv och behandling med sköldkörtelhormon är inte rekommenderat. Undantag är gravida kvinnor.





Valårsspecial

► Då vi i höst kommer att gå till val för att välja vår riksdag valde SPF att avsluta årets kongress, likt förra valårets, med att bjuda in representanter från alla riksdagspartier för en frågestund. Svaren på de frågor som ställdes gav hopp om möjligheter för långsiktiga satsningar även om det blir regeringsskiftet eftersom det finns stor samsyn hos de olika riksdagspartierna kring flera frågor. Bland annat finns det en gemensam bedömning hos de politiska partierna att behov av mer resurser till psykiatri är ett faktum. Man är också överens om att en översyn behöver ske så att alla satsningar ska komma patienten till gagn, att nationella strategier för suicidprevention behöver utvecklas samt att samsjuklighetsutredningens resultat behöver prioriteras för en förbättrad beroendevård.

Alla partier tackade ja till att delta. Under frågestunden deltog i bokstavsordning Acko Ankarberg Johansson från Kristdemokraterna, Anders W Jonsson från Centerpartiet, Clara Aranda från Sverigedemokraterna, Karin Rågsjö från Vänsterpartiet, Lina

Nordquist från Liberalerna, Margareta Fransson från Miljöpartiet och Sofia Amløh från Socialdemokraterna. Camilla Waltersson Grönvall från Moderaterna kunde tyvärr inte delta på grund av akut förhinder vilket förklarar varför Moderaternas synpunkter på de fyra frågorna inte finns representerade.

Vår bedömning är att det var av stort värde att alla deltagare i panelen är medlemmar i socialutskottet samt att Acko Ankarberg Johansson som deltog är ordförande för detsamma.

Alla paneldeltagare fick en minut var att svara på varje fråga och partierna och deras representanter hade fått frågorna i förväg. De frågor vi valde att ställa under frågestunden var ett urval utifrån förslag på frågor som medlemmar i SPF fått skicka in till styrelsen på förhand efter uppmaning i Svensk Psykiatri 2021:4 och på hemsidan. Svaren på frågorna finns i en kortare sammanfattning på hemsidan www.svenskpsykiatri.se, där kan ni också ladda ner filmen för att se hela frågestunden.

Valårsspecialen avslutades med att alla deltagare vid frågestunden fick möjlighet att, via mentometer, rösta på det parti vars svar och ståndpunkt, utifrån ställda frågor, man bedömde bäst och mest skulle kunna bidra till god psykisk hälsa och minskat lidande av psykisk sjukdom i samhället. SPK:s valårsspecials vinnare? Ja, det ser du förstås om du tittar på filmen från seminariet i Riddarsalen.

Frågestunden med riksdagspolitiker avslutade en mycket innehållsrik och ovanligt efterlängad kongress. Vi har redan börjat arbetet för nästa kongress och ser fram emot att möta er på SPK 2023 i Göteborg 15–17 mars.

Maria Larsson
Vice ordförande SPF

Martin Hultén
Ordförande SPF

Det fyra frågorna som ställdes var:

1. Om ditt parti fick hela ansvaret för specialistpsykiatri i Sverige, vilka satsningar skulle ni då genomföra?
2. Sedan 90-talet/millennieskiftet ses minskning från runt 12 till 8 % av sjukvårdsbudget trots att psykiatriska sjukdomstillstånd/besvär ökat i samhället och kostnaderna för detsamma motsvarar runt 5 % av BNP. Hur ser ni på det faktum att psykiatrins andel av den totala sjukvårdsbudgeten succesivt minskat?
3. Om "Samsjuklighetsutredningen" utvecklas i stora drag enligt nuvarande delbetänkande som är ute på remiss och som på många punkter stämmer med "Missbruksutredningen" från 2011 – hur ser ni på tidsram och utveckling av den skatteväxling mellan kommuner och regioner som i så fall behöver komma till stånd samt de lagförändringar kring värden av människor med beroendesjukdomar som behövs för att möjliggöra genomförandet?
4. På vilket sätt vill ert parti jobba förebyggande med psykisk hälsa i samhället i stort och specifikt med suicidprevention?





Barn- och ungdomspsykiatriens kris

► Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Sverige generellt och i Stockholm i synnerhet, är i kris får vi höra dagligen. Nyheten slås upp stort i alla etablerade medier. Men är det verkligen en nyhet? Jag som har arbetat som läkare, både som kliniker och chef inom flera olika BUP och vuxenpsykiatriska verksamheter sedan 1977, har hört detta i stort sett sedan dess.

Personalbrist och resursbrist har alltid framhållits som de största orsakerna. Dessa båda faktorer hänger förstås ihop. Man får det man betalar för och om resurserna inte räcker till att betala marknadsmässiga löner och tillhandahålla en god arbetsmiljö så blir det brist. Vi tillskjuter resurser på si och så många miljoner, säger politikerna. Även detta har upprepats i årtal. De tillskjutna pengarna har vanligtvis knappt räckt till löneökningarna på 2, i bästa fall 3 procent. Ibland har det gjorts satsningar på projekt, som dock har avvecklats för att integreras i den ordinarie verksamheten, med resultat att de har försvunnit, alternativt blivit gökungar som trängt ut annat. Hur har detta kunnat fortsätta i alla dessa år, med återkommande rop om kris, för varje ny generation av medarbetare?

1. **BUP är generellt underfinansierat** i förhållande till den övriga sjukvården, inklusive vuxenpsykiatri. Argumentet är att barn och ungdomar inte behöver lika mycket psykiatrisk kontakt som vuxna. De har inte lika allvarliga åkommor som vuxna och bör därför kunna bli omhändertagna på barnavårdscentraler, skolor och barn- och ungdomsmottagningar, numera även allmänläkarmottagningar. Detta kallas "första linjens psykiatri". Gott och väl, men varför är då BUP överbelastat? Det fungerar inte och har aldrig fungerat, inte ens tillfredsställande, bland annat beroende på resursbrist även där men också kompetensbrist. Arrogant och elakt sagt? Nej, jag tycker synd om medarbetarna i "första linjens psykiatri" som utan adekvat utbildning och erfarenhet, i bästa fall kan göra bedömningar men sedan måste skicka barn- och ungdomar vidare till BUP där väntetiderna är orimliga.

En starkt bidragande orsak till underfinansieringen och resursbristen är dock hybridssystemet som har ätit sig in i större delen av hälso- och sjukvården. Systemet, som började införas i början av 1990-talet genom det som

då kallades köp-och-sälj och som utvecklades till dagens system som finansierar privat hälso- och sjukvård med skattemedel. En marknadsekonomi inuti en planekonomi. Ett system som självklart inte kan fungera.

2. **Dysfunktionell organisation** inom såväl BUP som vuxenpsykiatri. Båda verksamheter har utsatts för – och genomlidit – otaliga omorganisationer i fåfänga försök att förändra kvalitet och kvantitet. De ansvariga politikerna har lanserat mängder av mer eller mindre realistiska åtgärder. Allt från hur snabbt mottagningen svarar i telefon till att öka kravet på antalet patienter och besök per medarbetare. Vårdgarantin är en sådan snilleblix som inte fungerar annat än som stressfaktor och ökad arbetsbörda. Huvudmännen har experimenterat med att slå ihop flera verksamheter till otympligt stora verksamhetsområden, ändrat beteckningar från kliniker, basenheter, verksamhetsområden, divisioner och tillbaka. Specialenheter har bildats, som många gånger var så speciella att nästan ingen patient kunde passera nälsögat. De överbelastade allmänmottagningarna fick fortsätta att ta emot alla. BUP:s slutenvård (OBS inte tvångsvård) har minskats till nästan obefintlighet, vilket har skapat ottrygghet inom öppenvården. Akutmottagningarna har, om de alls finns, centraliserats, med långa resvägar som resultat. Utrymmet tillåter inte ytterligare exempel och fördjupning av organisationsproblematiken.
3. **Neuropsykiatriska utredningar.** Utredningarna tar enormt mycket resurser i anspråk och leder till en stor del av de närmast oöverskådliga väntetiderna, innebärande att barn och ungdomar inte får den hjälp och det stöd som de behöver för att klara skolan, må drägligt under barndomen och kunna bli välfungerande vuxna som kan ta hand om sig själva och följande generationer.

Själva begreppet "neuropsykiatri" är en oxymoron. Vilken del av psykiatri inbegriper inte hjärnan? Den barn- och ungdomspsykiatriska utredningen måste vara bio-psykosocial, dvs. innebära helhetssyn. Barn, familj, nätverk måste involveras. Återigen tillåter inte utrymmet en ingående och fördjupad beskrivning. Dagens utredningar görs genom insamlandet av mängder med uppgifter från barn, föräldrar och skola genom ifyllandet av formulär och skattningsskalor. Innebär inte detta att helhetssynen beak-



tas? Kanske delvis, men mycket hänger på hur formulären är utformade och hur de används. Idag räknas det mycket poäng och en siffra över eller under en viss gräns, som har satts av formulärets upphovsperson, ger ökad eller minskad misstanke om diagnos. Den kliniska skickligheten har ersatts av formulär. Diagnosen i sin tur bestämmer behandlingen, vilket inte alls var syftet med diagnosmanualerna. Dessa och diagnoserna är egentligen instrument för kommunikation mellan vårdgivare. Individens funktionsnivå borde vara det som primärt styr behandlingen, inte diagnosen i sig. Köerna då? Den neuropsykiatriska utredningen leder i majoriteten av fallen till en neuropsykiatrisk diagnos (mycket sällan inte) såsom ADHD (ADD ingår numera i ADHD) eller autism (Asperger kallas numera högfungerande autism), eller en kombination. Autismdiagnoserna ska inte leda till någon specifik farmakologisk behandling. Det finns ännu inga etablerade mediciner som har effekt på de autistiska symptomen eller individens funktionsnivå. Lugnande, antipsykotiska och antidepressiva mediciner används för att minska oro, ångest och beteendestörningar. ADHD däremot leder oftast till erbjudande om farmakologisk behandling, oavsett vad som står i vårdprogram och till och med i läkemedelsbolagens egna beskrivningar i FASS. En del barn och ungdomar, men långt ifrån alla, blir mycket hjälpta av medicinerna och mår mycket bättre till både kropp och själ. De fungerar bättre hemma, i skolan och i andra sociala sammanhang. Den negativa självbilden och tillvaron vänds till positiv.

Förslag till förbättringar

Den kroniska resursbristen skulle kunna minskas genom att renodla systemen. Alla skattemedel skulle finansiera enbart de offentligt drivna verksamheterna och de privata skulle behöva konkurrera på en fri marknad utan ekonomiska subventioner i form av skattemedel. Förslaget skulle innebära att de offentligt drivna verksamheterna skulle kunna anställa fler och/eller erbjuda bättre löner och villkor. Kvalitet och kvantitet skulle gynnas. De privata verksamheterna skulle behöva vässa sina verktyg och skärpa sitt utbud för att framför allt genom kvalitet, men också genom kvantitet kunna konkurrera. De skulle till exempel kunna koppla sin verksamhet till försäkringsbolag som skulle kunna finansiera vård och behandling till dem vars föräldrar har tecknat sådana försäkringar. Skillnaderna i tillgänglighet och kvalitet mellan offentliga vårdgivare och pri-

vata skulle jämnas ut. Många aktörer skulle antagligen tvingas bort, men det är väl så marknadskrafter ska fungera?

Organisationsproblematiken skulle kunna lösas genom att minska de alldeles för stora verksamhetsområdena och i stället ha många lokala mindre enheter som samarbetar med andra samhällsaktörer, såsom socialtjänst, skola, fritidsverksamhet, kroppssjukvård etc. De skulle kunna fogas samman i mer flexibla nätverk. Specialiteterna skulle kunna fungera som kunskapscentra, inte som nu som högprofilerade men närmast otillgängliga enheter.

De neuropsykiatriska utredningarna som nu är en stor orsak till de extremt långa väntetiderna skulle kunna sparas till dem som efter klinisk bedömning uppfyller kriterierna för ADHD, men inte svarar på adekvat farmakologisk behandling. Barnen och ungdomarna skulle före utredning, men efter bedömning kunna prova medicin. De som blir förbättrade behöver inte genomgå den omfattande utredningen medan de som inte blir det bör utredas. Detta låter sig göras eftersom medicinerna som används är ganska enkla att använda, de ger snabb effekt om de fungerar. En noggrann kroppslig undersökning måste förstås föregå påbörjandet av den farmakologiska behandlingen. En sådan undersökning inklusive samtal med utforskande av sjukhistorien (anamnesen), patientens och familjens, tar på sin höjd två timmar. Uppföljning görs av skolsköterskan med tonvikt på puls, blodtryck, längd och vikt.

Dessa åtgärder skulle drastiskt minska köerna, öka tillgängligheten och framför allt minska lidandet, vilket är barn- och ungdomspsykiatrins, liksom all övrig sjukvårds primära uppgift.

Sigmund Soback

Legitimerad läkare

Specialist i barn- och ungdomspsykiatri

Legitimerad psykoterapeut

Lärare och handledare i psykoterapi



Anknytning – den bortglömda faktorn för psykisk hälsa?

► Ökad psykisk ohälsa har drabbat hela världen som en epidemi de senaste åren, och orsakar de starkast ökande kostnaderna för samhället (1). Detta trots ett – statistiskt sett – förbättrat socioekonomiskt läge för allt fler människor.

Inom barn- och ungdomspsykiatri har många orsaker diskuterats – sociala medier, ökat tempo i samhället, högre krav inom skolutbildningen/brister i skolsystemet, kapitalismens tryck på inkomst och arbete, avsaknad av nätverk, samt de kriser som drabbar hela världen (klimat, pandemi, krig).

Anknytning hos barn och ungdomar nämns sällan som en viktig faktor i detta. Även om ovan nämnda faktorer borde ha en stor inverkan på hur trygga barn känner sig under sina första levnadsår och lägger grunden för anknytningsmönstret i barnets fortsatta liv. Och även om forskningen nyligen har påvisat att otrygg anknytning hos ungdomar visar signifikanta samband med negativa känslor och depression (2). Omvänt skapar en trygg anknytning ett visst skydd mot depression (3).

Varför har anknytning glömts bort i denna diskussion? Kan det vara obekvämt att prata om anknytning som faktor till psykisk hälsa?

I så fall obekvämt för att det kan finnas ytterligare faktorer, som kanske är mer känsliga att prata om:

Utvecklingen i framför allt Europa har de senaste årtiondena gått mot mer *jämställdhet och individuell frihet*. Alla, oavsett kön, härkomst, sexuell läggning m.m. ska ha samma möjlighet till att leva sitt liv som man önskar. Samhället och staten ska skapa förutsättningarna för att allt fler ska ha den möjligheten. Och man har nått en lång bit på vägen.

Denna utveckling mot mer *jämställdhet* är onekligen bra och har bidragit till mindre utsatthet för människor i alla åldrar.

Men hur ser det ut med den oinskränkta *personliga friheten*?

Sverige räknas idag som ett av de länder där individen får störst frihet i hela världen. Sverige har till och med en enastående plats på världskartan gällande detta (4). En utveckling ifrån behovet av att vara inbäddad i en storfamilj. En utveckling mot att kunna jobba, skapa familj och leva sina fritidsintres-

sen oberoende av andra. Även det är ett viktigt mål för människors rättigheter och frihet. Men har man i denna räkning glömt bort en viktig faktor? Kan barnens behov av närhet och trygghet ersättas av institutioner, för att ge föräldrar alla dessa möjligheter?

Är det i alla livsfaser bäst att sträva efter maximalt individuellt förverkligande? Eller kan det finnas nackdelar med det, nackdelar för dem som är beroende av att man anpassar sitt liv efter deras behov?

Sverige har under de senaste åren visat på en av de största ökningarna inom psykisk ohälsa hos barn och ungdomar (5). Med hänsyn till senaste forskning behöver anknytning i så fall vara ett av områdena som satsas på för att förebygga psykisk ohälsa. Vissa förutsättningar från statens sida finns redan:

Föräldrar kan gå ned till 75 % i sin arbetstid, ta ut 25 % föräldraledighet utan att förlora på sin pension.

Det finns föräldrautbildningar på kommunnivå, t.ex. "ABC – alla barn i centrum" som har fokus på en stärkt relation mellan barn och föräldrar.

Dessa erbjudanden utnyttjas i nuläget inte i tillräcklig utsträckning. Fler föräldrar behöver motiveras att gå ner i sin arbetstid och att gå dessa utbildningar som redan finns. Ytterligare informationskampanjer och utbildningar för föräldrar behövs för att förstå och prioritera barnens behov.

Anknytningen och dess vikt för psykisk hälsa borde bli viktigare i dagens diskussion igen. De positiva effekterna av ökad jämställdhet borde framhåvas: Vilken effekt har det haft att fler män har varit föräldralediga? Hur kan man framhäva och uppmuntra sådana positiva utvecklingar mer?

De eventuellt negativa effekterna av maximal individuell frihet bör undersökas: Sveriges extrema utveckling i detta område, jämfört med andra länder (4), behöver kritiskt granskas och eventuellt revideras.

Slutligen:

Staten, BUP och alla berörda inom vården ska ta de senaste forskningsresultaten som anledning att informera föräldrar om



vikten av en trygg anknytning och hur vi når dit. För att ta vara om våra barns framtida psykiska hälsa!

”Genom att vara med barnet så mycket som möjligt, uppmärksamma barnet och tyda dess signaler ges barnet en trygg bas att utgå från.” (2)

Bernd Christian Müller

*Med dr, överläkare, specialist i barn- och ungdomspsykiatri och
pediatrik
Barn- och ungdomspsykiatrins mottagning, Östersunds sjukhus*

Carina Hedman

*Leg psykoterapeut, leg sjuksköterska
Barn- och ungdomspsykiatrins mottagning, Östersunds sjukhus
Foto: Privat*



Referenser

Patel V., Saxena S., Lund C. et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* 2018; 392: 1553–1598

Nordmark F., Sörlie Ekström C., Kan psykisk ohälsa och anknytning höra ihop? *Medicinsk access* 2020; 1:40–43

Beatson J., Taryan S., Predisposition to depression: The role of attachment. *Australian and New Zealand journal of psychiatry* 2003; 27:219–225

Institutet för framtidsstudier (IFFS). Sverige, världens mest extrema land. 27 jan 2015. <https://www.iffs.se/nyheter/sverige-varldens-mest-extrema-land/>

Folkhälsomyndigheten. Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? – Kortversion. 26 apr 2018. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/v/varfor-har-den-psykiska-ohalsan-okat-bland-barn-och-unga-i-sverige-kortversion.>



Samsjuklighetsutredningen

Uppföljaren till Missbruksutredningen från 2011 om en reformerad beroendevård

► Bakgrund

Under våren 2022 har SPF erbjudits möjlighet att läsa och skriva remissvar på en ny utredning som ämnar reformera svensk beroendevård. Utredningen är titulerad SOU 2021:93 *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*.

I SPF:s styrelse har vi diskuterat dessa frågor återkommande och det finns en samsyn kring att beroendevården idag lämnar mycket att önska för vården av de sjukaste. Gruppen med svår samsjuklighet av psykisk sjukdom och samtidigt beroende far ofta illa i dagens system. Det finns också en välkänd frustration kring lagen om vård av missbrukare (LVM) som har flera brister.

Den utredning som publicerades 2011 av Gerhard Larsson, SOU 2011:35 *Bättre insatser vid missbruk och beroende*, innehöll omfattande förslag om att reformera beroendevården, med ett större mandat och ansvar till sjukvården, och med mindre fokus på samverkan med kommunala instanser. Utredningens förslag lämnades tyvärr i stor utsträckning utan åtgärd.

Även om inte uttalat, ligger det nära till hands att misstänka att det gripande reportaget på SVT Uppdrag granskning 2018, "Vem kan rädda Sanne", blev startskottet för denna nya utredning. Reportaget var en gripande skildring av en ung kvinna med samsjuklighetsproblematik bestående av substansbrukssyndrom, anorexi och hemlöshet. Här tydliggjordes hur vård enligt LPT, LVM, samt sociala och övriga sjukvårdsinsatser enligt HSL, avlöste varandra utan att någon har eller tar ansvar för helheten kring en komplex patient.

Utredningen

I korthet: Samsjuklighetsutredningen, som den nya utredningen kallas av bekvämlighetsskäl, har som största föreslagna reform ett uttalat mål att hälso- och sjukvården skall få huvudansvaret för behandling vid skadligt bruk och beroende. Detta införs i lagstiftningen. Skatteväxling kommer därför att ske med visst tillskott till sjukvården. I förslaget skall dock fortfarande kommuner vara ansvariga för finansiering och placering på HVB-hem för beroendesyndrom, men sjukvården är ålagd att bedriva behandling på dessa enheter, och skall annars beläggas med vite. Man rekommenderar stryka termen "missbruk" ur lagtexten och ersätta detta med "skadligt bruk och beroende". Utredningen föreslår fler satsningar på skadereducerande insatser i form av "lågtröskelmottagningar" och att denna vård skall erbjudas i hela landet. Det föreslås även att LVM skall tas bort och istället inkorporeras i en reformerad version av Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), även om detaljer kring detta inte står klart utan skall klargöras i separat kommande utredning.

Svenska Psykiatriska Föreningens kommentarer och remissvar

Sammanfattningsvis ställer sig SPF positiv till Samsjuklighetsutredningens förslag om att hälso- och sjukvården skall ha hu-

vudansvaret för behandling vid skadligt bruk och beroende, och ställer sig således bakom utredningen. SPF anser dock att utredningens förslag i för liten utsträckning tydligt definierar ansvarsområden mellan och inom hälso- och sjukvården respektive kommun. Detta riskerar enligt SPF att fortsätta leda till bristande och dysfunktionell samverkan, där patienten blir den stora förloraren.

SPF:s kritik kan sammanfattas med att aktuell utredning inte "går lika långt" som den tidigare missbruksutredningen 2011, och att flera viktiga förslag därifrån saknas.

Istället för att lägga över större delen av ansvaret på hälso- och sjukvården (t.ex. finansiering och placering på HVB-hem) är målet utökad samverkan med kommunala instanser. SPF ställer sig kritisk till detta mål, och menar att samverkansprojekt löpande havererar och att utredningen inte i tillräcklig utsträckning definierar hur man skall undvika fortsatt dysfunktionell samverkan, där patienten blir förloraren. SPF anser även att utredningen inte tillräckligt synliggör bristande samverkan även inom sjukvården, t.ex. mellan psykiatri och beroendekliniker.

Utredningen definierar inte mer i detalj vilka behandlingsinsatser som skall erbjudas eller hur man skall säkerställa jämlikt utbud av insatser över landet. Inte heller definierar man tydligt behovet av inte bara samordnade utan även samtida vårdinsatser av t.ex. somatisk vård vid beroendesyndrom. Inte heller definieras inom vilka tidsramar som insatser skall erbjudas, vilket förekom i missbruksutredningen.

SPF kritiserar även hur aktuell reform ställer stora krav på kompetensförsörjning och resurstillskott i hälso- och sjukvården utan att denna fråga behandlas i utredningen.

Slutligen väcker utredningen ett stort frågetecken kring den föreslagna reformen där LVM tas bort och istället bakas ihop med en reformerad LPT-lagstiftning. Hur detta skall gå till i närmare detalj beskrivs ej utan kommer i en senare tilläggsutredning. Dock väcker planeringen farhågor. I dagens system fyller patienter med substansbruk ofta bara kriterier för LPT under kortare perioder, men hur detta ändras kan ju även få stora konsekvenser för hur patienter med psykiatriska sjukdomstillstånd vårdas. SPF hade hellre som utgångspunkt sett att man hade reformerat LVM-lagstiftningen och gjort den till ett undantag av hälso- och sjukvårdslagen jämsides LPT. SPF inväntar vaket och med spänning vidare förslag i frågan.

Du kan ta del av SPF:s remissvar i helhet på www.svenskpsykiatri.se/dokument/remissvar/.

Karl Lundblad
Styrelsen SPF

ANNONS



Historia har skrivits:

de första svenska kliniska riktlinjerna i konsultation–liaisonpsykiatri

► Senaste skrften i SPF:s serie Kliniska riktlinjer är speciella eftersom litteratur på svenska om konsultation–liaisonpsykiatri i stort sett inte funnits tidigare. Därför har dessa riktlinjer denna gång tillåtits bli mer omfattande, och förhoppningsvis också mer användbara. Men varför krångla till det med detta konstiga ord – konsultation–liaison?

I Sverige har hittills nästan bara psykiatrisk *konsultation* funnits, dvs. insatser som är rent reaktiva och avslutas när remissen besvarats. Med tillägget *liaison* görs det synligt att det handlar om samarbete som är proaktivt, över specialitets/professionsgränser. Vi ansluter oss då också till resten av Europa och världen där *consultation–liaison* som begrepp är fullständigt vedertaget. En förändring är också att sjuksköterskor med specialistkompetens ges en roll i arbetet.

Riktlinjerna riktar sig till i princip alla psykiatrer och andra som har med sjukvård att göra som överskrider det strikt psykiatriska eller somatiska.

Cirka en tredjedel av boken innehåller sådant som varje psykiater bör veta eller kunskap man bör ha lättillgänglig för att utföra konsultationer till somatiken.

Direkt användbara är utförliga kapitel om akut konsultation respektive farmakologi för patienter med somatopsykisk samsjuklighet och medicinering. I andra kapitel skildras praktisk tillämpning av LPT-lagstiftningen utförligt. Den inom psykiatrin ofta försummade kognitiva dimensionen beskrivs och somatiska frågeställningar och akuta situationer som kan uppkomma med en psykiatrisk patient, eller för den delen vilken person som helst, ägnas ett pulshöjande kapitel.

Tyngdpunkten i boken ligger på redogörelser av bästa tillgängliga kunskap om hur konsultation–liaisonpsykiatri kan bedrivas professionellt. Här går principerna för konsultation

och liaison igenom, psykologiska reaktioner på kroppstrauma och funktionsförlust som är fond för varje bedömning, liksom bemötande och hanterande av utmanande patienter i somatisk vård. Långvarig smärta och beroendetillstånd, liksom psykologisk behandling ägnas särskilda kapitel. Det område som förr kallades psykosomatik, idag ungefärligen funktionella tillstånd, har en central plats i boken. Psykiatern som arbetar tillsammans med somatiska kolleger behöver specialkunskaper; relevanta översikter ges för nio olika somatiska specialiteter.

”Subspecialiteten” konsultation–liaisonpsykiatri kan inte växa utan intresse och stöd utifrån. Därför riktar sig några avsnitt i boken också till chefer inom psykiatri, primärvård, beslutsfattare, beställare och partners inom somatiken och diskuterar strukturella frågor, ekonomi och evidens.

Boken finns idag att beställa från förlaget (print-on-demand) och kommer senare att finnas digitalt. Förhoppningen är att riktlinjerna ska kunna uppdateras med jämna mellanrum.

Nordiskt möte i konsultation–liaisonpsykiatri

Med anledning av att Konsultenheten Psykiatri SV, vid Karolinska Huddinge 2022 verkat i 25 år arrangeras ett möte för särskilt intresserade inom området med 2 halvdagar 29–30 september med nordiskt deltagande. Med utgångspunkt i Konsultenhetens erfarenheter ägnas första eftermiddagen åt hur man startar, bygger upp och får en konsultationsverksamhet att överleva och blomstra. Den andra förmiddagen har mer kliniskt perspektiv med fokus på akut konsultation, perinatal psykiatri och funktionella tillstånd.

Lars Wahlström

Konsultationspsykiatriska föreningen

För information: lars.wahlstrom@regionstockholm.se



Konsultenheten
Kliniska riktlinjer
Uppbyggnad
Samarbete
Perinatal
Funktionella tillstånd
Konsultation-liaison
Organisation
Erfarenheter
Somatik-psykiatri
Utveckling

First Announcement!

**Konsultenheten vid Psykiatri Sydväst, Karolinska
Universitetssjukhuset Huddinge firar 25 år**

Vi har glädjen att inbjuda till nordiskt möte
för verksamma i konsultation-liaisonpsykiatri
29 september em – 30 september fm 2022

Ersta konferens Stockholm

Språk: skandinaviska



Info: lars.wahlstrom@regionstockholm.se
psykiatrisydvast.se/ward-hos-oss/konsultenheten/

 **Psykiatri Sydväst**
REGION STOCKHOLM



Ny klinisk riktlinje! SPF:s kliniska riktlinjer Konsultation–liaisonpsykiatri

► Det här är den första samlade boken på svenska om konsultationspsykiatri. Konsultation–liaisonpsykiatri kan beskrivas som den gren av psykiatrin som fokuserar på patienter inom somatisk sjukvård eller primärvård med psykisk sjukdom som påverkar somatisk utredning, vård och behandling. Ett annat område berör patienter med långvarig psykiatrisk sjukdom och samtidig kroppslig sjukdom.

Ett stort tack till huvudförfattare Lars Wahlström och hans medförfattare utgående från SPF:s subsektion *Föreningen för konsultationspsykiatri*! Ni har drivit detta viktiga arbete vidare

under de försvårande omständigheter som pandemin har utgjort.

Riktlinjen är ett omfattande arbete på drygt 320 sidor som belyser bl.a.:

- Vad en allmänpsykiater behöver veta för att göra en god konsultpsykiatrisk insats.
- Beprövade arbetsmodeller för hur psykiatrisk konsultation till somatisk sjukvård kan byggas upp och utvecklas mot ökad integrering. De potentiella vinsterna av utbyggd konsultation–liaisonverksamhet.
- Vad chefer respektive beställare kan behöva insikt i för att starta och bygga upp verksamheter med konsultation–liaisonpsykiatri.
- Psykofarmakologi vid samtidig somatisk och psykiatrisk problematik.

Boken vänder sig såväl till personer som arbetar inom vuxenpsykiatrin som inom somatisk sjukvård och primärvård. Studenter inom högskoleutbildning för sjukvårdspersonal kan också ha utbyte av att läsa boken.

Sök på Svenska Psykiatriska Föreningens hemsida under Kliniska riktlinjer för att beställa boken. Och tipsa gärna alla era kollegor!

Dan Gothefors
SPF:s ansvarige för kliniska riktlinjer





Fortsatt fortbildning Missa inte filmerna från SPK!

► Svenska Psykiatrikongressen är det största nationella fortbildningstillfället för psykiatrer men det tar inte slut där!

Över hälften av föredragen på SPK 2022 filmades och kan ses på <https://www.svenskapsykiatrikongressen.se/>

Där hittar du även ett stort antal filmade föredrag från kongresserna 2017–2021.

Så ta till vara denna möjlighet till förkovran! Varför inte använda filmerna som fortbildningsmaterial på din arbetsplats?! Titta på dem tillsammans, kanske med en avslutande diskussion?!

Tove Gunnarsson
SPF:s styrelse





Svenska Psykiatriska Föreningen bjuder in till etikseminarium med paneldiskussion Psykiaterns ansvar i det offentliga rummet

Moderatorer: Mikael Sandlund och Ullakarin Nyberg

Plats: Svenska Läkaresällskapets stora föreläsningssal för deltagare på plats, annars via länk tillgängliga för medlemmar

Tid: Den 26 september 2022 kl. 18.00 – 20.00

Kostnad: 200 kr för deltagare på plats inkluderat dryck och snittar, gratis för deltagande medlemmar på länk

För mer information om deltagare i paneldiskussionen samt hur du gör för att anmäla dig, håll utkik på hemsidan www.svenskpsykiatri.se!

Varmt välkommen till en afton med paneldiskussion kring ovanstående viktiga fråga!

Maria Larsson
Vice ordförande SPF

ANNONS

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

ANNONS

Den vidarebefordrade upplevelsen

En reflektion

► Central Park

Det är en vacker sommardag i New York, och i Central Park är det gratiskonsert till minne av den folkkäre protestsångaren och socialaktivisten Pete Seegers bortgång. Ni vet, han med protestsången "We shall overcome". Året är 2014.

En man på sin joggingrunda springer in bland publiken och tar snabbt upp sin mobil. Han filmar mot scenen och ut i publikhavet samtidigt som han fortsätter göra sina joggingrörelser stående på plats men ändå på väg i rörelse framåt, bort. Springer liksom vidare på sin joggingtur fast stillastående. Han är både närvarande och frånvarande på en och samma gång. Deltar inte. Men ändå där.

Reflektion

Joggaren fångar ögonblicket (*carpe momentum*) genom att ge sken av att själv vara delaktig som publik. Vem vet om hans stillastående språng? Han är ju bara ögonblicklig i sin erfarenhetslöshet. Tillåter sig inte ens stanna upp och känna efter om det känns bra det han "rakar" hamna i, men ändå inte; Ett flyktigt som-om-ögonblick.

Precis som narcissisten som ska visa upp sig och sätta sin prägel på dem han är i kontakt med ser joggaren till att sprida sig själv och sin oerfarenhet vidare till människor

han känner med budskapet att han minsann var där som publik på minneskonserten. Evenemanget blir spegelbilden han inte tynar bort i utan springer bort från.

Nära och kära får alltså reda på hans "whereabouts", och börjar dela lajkar och tummen upp:ar om något han inte alls varit delaktig i. Han råkade ju bara passera en plats på väg någon annanstans än där han alltså låtsas vara. Det är som ögonblicket bestämmer både var han ska vara och vad han är med om, fast inte. Som om han inte får eller kan eller har tid att själv avgöra det. Flykten och språnget blir själva underhållningen.

Den horisontella självmeddelandeivern att sprida ut sig tar här överhanden på bekostnad av ett mer vertikalt reflekterande jag i behov av att ta del av det man är med om. (Psykofobisk reaktion?)

Sociala mediers statusstinna tävlan åter således upp både känslor och upplevelser. Och får människor att glömma den äkta känslan i det nära, för att visa upp sig – på distans.

Thomas Silfving
Psykolog och författare

ANNONS

Kontinuitet skärper den kliniska blicken

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 nr 4/2021 och nr 1/2022 publicerade vi de två första delarna av hans text, här följer nu den tredje.

► Från det globala till det lokala – från savannen till kromosomen

Jag har alltid tyckt det varit spännande att vidga perspektivet i tid och rum och försökt förstå psykiska sjukdomstillstånd ur en evolutionär och historisk synvinkel. De kognitiva egenskaper som idag skapar problem för en person med adhd var troligen en gång i tiden till gagn när du skulle försvara stammen, finna nya jaktmarker eller senare ge sig ut på korståg eller upptäcktsresa. Det finns också en del iakttagelser som talar för att adhd inte är ett ras-specifikt tillstånd, utan samma tecken på adhd kan iaktas hos bl.a. hundar och hästar. Alla patienter som lever med hundar och hästar brukar instämma i denna spekulering. Till min förvåning har jag också stött på en forskare på Caltech, David Anderson, som håller en fångslade föreläsning på TED Talk om bananflugor, gener och adhd-symtom (5).

I en tid när det upphöjts till ideal att med jämna mellanrum byta arbetsplats, för karriären och den personliga utvecklingens skull, vill jag påpeka nyttan med att arbeta på samma arbetsplats. När det gäller patienttillfredsställelsen är det otvetydigt så att behandlar-kontinuitet värderas högt. Nu har jag snart arbetat 30 år på samma arbetsplats, Psykiatriska Öppenvårdsmottagningen i Oskarshamn. Jag har haft förmånen att träffa alla sorters psykiatriska patienter och under de sista 22 åren med speciell inriktning mot adhd och AST. En fördel med att arbeta på samma ställe är att jag haft möjlighet att följa patienter över tid, upptäcka diagnostiska nyanser, och även relatera till familjer, där jag i vissa fall haft förmånen att träffa tre generationer. Jag har inte räknat dem, men jag uppskattar med hjälp av journalregistreringar att jag under åren träffat nästan 2000 patienter med adhd. Det har varit hårt arbete, stimulerande och väl värt det.

Adhd och hypermobilitet

Ganska snabbt när jag börjat intressera mig för gruppen patienter med adhd noterade jag att många beskrev överrörlighet i leder. Samtidigt fick jag kontakt med en smärtläkare i Västervik, Hani Hatar, som speciellt hade fokuserat på smärta i samband med överrörlighet (GJHS; Generalized Joint Hypermobility Syndrom). Jmf Beighton Score (6). Han hade noterat att de som var överrörliga i sina leder även verkade överrörliga i tanken. Antalet patienter som uppvisade kombinationen adhd och överrörlighet växte och jag började fundera över sambandet. Jag har under nästan hela min tid på mottagningen träffat i stort sett alla som kommit med frågeställningen adhd och alltid frågat angående överrörlighet, men även om hyperelasticitet i huden. Båda egenskaperna tolkar jag som uttryck hos en variant av bindväv, mer elastisk och töjbar, som således också samvarierar med adhd. Ifall kriterierna för adhd, enligt DSM, används strikt är min samlade erfarenhet att 9 av 10

patienter med adhd också uppfyller kriterierna för GJHS, (7,8). Det har också visat sig att en liten subgrupp har en annan typ av elasticitet i huden, som är mindre spänstig och överrörligheten i deras leder är ännu mer uttalad.

Den förra dominerande gruppen adhd-patienter kännetecknas också av att de läker sår snabbt, vilket naturligtvis är en fördel om individen ofta hamnar i strid. Det verkar också som CS har en mer påtaglig effekt hos den dominerande gruppen adhd, dvs. patienter med mer spänst i bindväven, jämfört med den mindre subgruppen med mer oelastisk bindväv. Det verkar också finnas en koppling mellan adhd, hypermobilitet och smärta vilket troligen förklarar varför CS kan ha en smärtlindrande effekt.

Jag har blivit alltmer övertygad om att adhd och GJHS är uttryck för en systemsjukdom/tillstånd. Det finns rapporter om associa-





tion mellan adhd, POTS (Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome), IBS (Irritable Bowel Syndrome), EDS (Ehlers-Danlos Syndrom) och GJHS, alla tillstånd som påverkar både bindväv och hjärna.

I samtal med kollegor har jag fått mina iakttagelse bekräftade och efter hand växte min egen kliniska erfarenhet, vilket stärkte sambandet mellan överrörlighet och adhd. Det ledde till att jag 2015 kontaktade Institutionen för Klinisk Genetik på Karolinska Institutet för att se om det fanns möjlighet att identifiera ett genetiskt samband mellan i första hand adhd och hypermobilitet. Sambandet var inte överraskande för forskarna på KI, som gjort liknande iakttagelser. En forskare från Klinisk Genetik åkte de 35 milen till Oskarshamn och tog blodprov för genetisk screening, från 30 individer, 3 generationer och 3 familjer. Efter en tid fick

jag svar att inget intressant gick att få fram från materialet, utan att orsakssammanhanget är polygenetiskt. Naturligtvis blev jag besviken och när jag talat med andra forskare inom området har de sagt att det borde gå att få fram mer ur materialet. Kanske, kanske inte, men jag när en misstanke att forskarna på KI sökte efter fel sorts fynd eller på fel plats, eller så var aktuella metoder otillräckliga. En annan mer långsökt förklaring kan vara att det finns kunskapsluckor när det gäller genetik och hur den genetiska koden översätts till mänsklig vävnad.

From bed to bench

Min artikel från 2012 (7) gav en del ringar på vattnet. En yngre kollega, Martin Glans, blev inspirerad att skriva sin doktorsavhandling om adhd och hypermobilitet (GJH) och den 12 maj i år disputerade han i Örebro på en avhandling med titeln "The relationship between generalised joint hypermobility and neurodevelopmental disorders". Opponent var professor Carolina Baeza-Velasco från Paris, som för några år sedan tog kontakt och ville ta del av mina erfarenheter angående adhd och hypermobilitet i leder och hyperelasticitet i hud, eftersom jag var bland de första som noterat detta. Martin Glans konstaterar i sin ambitiösa studie att det finns ett samband mellan adhd och GJH. Vi enas om att det borde vara möjligt att identifiera byggstenarna i bindvävmolekylerna och förstå hur de kodas av olika gener. Nästa steg bör då bli att fenomenologiskt avgränsa subgrupper av adhd och hypermobila, där hypotesen är att dessa grupper har en gemensam etiologi. I slutändan hägrar drömmen om en biologisk markör, som utgår från grundantagandet att adhd och hypermobilitet är uttryck för en systemsjukdom.

Olle Hollertz

Psykiater

Öppenvårdsmott., Oskarshamn

Foto: Shutterstock/Mia Studio



SVENSKA LÄKARE
MOT KÄRNVAPEN



**”ANVÄNDS KÄRNVAPEN
STÅR SJUKVÅRDEN MAKTLÖS.
DÄRFÖR ARBETAR JAG FÖR
ATT AVSKAFFA DEM, INNAN
DE ANVÄNDS IGEN.”**

David Victorin, läkare och
medlem i Läkare mot Kärnvapen

BLI MEDLEM slmk.org

90 SVENSK
KONTO INSAMLINGS
KONTROLL



Pristagarna (från vänster) Kjell Fuxe, Per Svenningsson, Lars Farde, Mia Ericson och Lars Westberg omger Arvid Carlssonfondens ordförande, Erik Haglund, som håller ett foto av Arvid Carlsson taget av Erik Holgersson. Foto: Elias Eriksson

Arvid Carlsson-priser till Lars Farde, Kjell Fuxe och Per Svenningsson

► Göteborgsfarmakologen tillika Nobelpristagaren Arvid Carlsson (1923–2018) är kanske mest känd för de experiment utförda sent 50-tal i vilka han påvisade att dopamin är en signalsubstans i hjärnan förutan vilken den motoriska förmågan bortfaller. Det var ju denna observation som banade vägen för vad som än i dag utgör förstahandsbehandling av Parkinsons sjukdom – levodopa. Men också för utvecklingen inom psykiatri har Arvid Carlssons insatser spelat en central roll. Han var till exempel den förste som föreslog att antipsykotiska medel blockerar dopaminerga receptorer, han bidrog till introduktionen av partiella D2-agonister för behandling av schizofreni och han tog initiativet till utvecklandet av det allra första SSRI-preparatet.

Arvid Carlssonfonden är en Göteborgsbaserad stiftelse vars avkastning sedan några år tillbaka används för utdelandet av priser till framstående forskare verksamma i Sverige. Mottagarens insatser skall avse forskning ”i Arvid Carlssons anda” varmed åsyftas att den skall beröra hjärnans nervtransmission och ha relevanta kliniska implikationer. Förutom äran utgörs stiftelsens stora pris av ett forskningsanslag om 700 000 kr samt ett diplom som överlämnas vid en ceremoni i Göteborg. Dessutom delar fonden ut ett antal priser till yngre forskare i form av anslag om 400 000 kr – dessa har hittills avsatts för att uppmärksamma forskare verksamma i Göteborg men kommer från och med 2022 att även kunna tilldelas hjärnforskare i andra delar av landet.

Efter ett tvåårigt pandemibetingat avbrott arrangerades den 8 december 2021 en ceremoni i Göteborg vid vilken uppmärksammades att fondens stora pris tilldelats tre mycket prominenta forskare från Karolinska Institutet som alla gjort internationellt ledande insatser av tydlig relevans för behandlingen av viktiga psykiatriska och neurologiska sjukdomar: **Lars Farde**, professor i psykiatri,

Kjell Fuxe, professor i histologi, och **Per Svenningsson**, professor i neurologi.

Lars Farde belönades för sitt ”banbrytande och innovativa användande av sofistikerad hjärnavbildningsteknik för att öka kunskapen om psykofarmakas verkningsätt och de psykiska sjukdomarnas patofysiologi”. **Kjell Fuxe** belönades för sitt ”formidabla pionjärbete inom läran om hjärnans nervtransmission, till exempel med avseende på de monoaminerga neuronens utbredning, receptor-receptor-interaktioner, volymtransmission och utvecklandet av D2-agonister för kliniskt bruk”. Och **Per Svenningsson** belönades för sina ”mycket innovativa prekliniska och kliniska studier avseende dels Parkinsons sjukdom, dels depression”.

Arvid Carlssonfonden delade samtidigt ut pris till tre framstående yngre forskare vid Göteborgs universitet: till **Mia Ericson** för hennes studier av regleringen av den dopaminerga aktiviteten i hjärnans belöningssystem, till **Karolina Skibicka** för hennes studier av den centralnervösa regleringen av födointag och till **Lars Westberg** för hans studier av inflytandet av oxytocin på beteende.

Prisutdelningsceremonin bjöd på fängslande anföranden av pristagarna vilka åtföljdes av skålande i champagne och förtärande av kanapéer. Evenemanget kan ses som en glädjande påminnelse om vilken betydelse svensk forskning spelat och alltjämt spelar för kunskapsutvecklingen inom det forskningsfält vars syfte är att lindra lidandet för psykiatriens och neurologins patienter.

Elias Eriksson
Ledamot av Arvid Carlssonfondens styrelse

Inbjudan att skicka in kongressbidrag (call for abstracts)

Vi planerar redan nu för Svenska Psykiatrikongressen 2023 som kommer att gå av stapeln 15–17 mars på Svenska Mässan i Göteborg.

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

Vi förväntar oss att många tar chansen att bidra till att 2023 års kongress blir den bästa hittills!

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

Sammanfattningen skickas till **abstracts@svenskspsykiatri.se**.

Sista datum för inlämnande är den **15 september 2022**.

Företag/landsting som önskar ställa ut på SPK 2023 - ta kontakt med **Stina Djurberg, stina.djurberg@buf.se** senast den **15 september 2022**.

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

Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen

Svenska Läkaresällskapets fullmäktige 2022

► Svenska Läkaresällskapet (SLS) är som bekant läkarnas professionsförening (i kontrast till vårt fackförbund Läkarförbundet). SLS fullmäktigemöte 2022 ägde rum fysiskt i Svenska Läkaresällskapets hus i Stockholm. Svenska Psykiatriska Föreningen representerades av mig. Förutom att det var trevligt att återse detta vackra hus, kan jag också meddela att mötet testade ett nytt hybridssystem. För både deltagare över Zoom och fysiska mötesdeltagare, genom ett röstningssystem digitalt med inlogg via mobilt bank-ID: "Suffra". Systemet fungerade över förväntan.

SLS föredrog **verksamhetsberättelsen** det senaste året. De tre prioriterade frågorna var (1) Läkars fortbildning, (2) Vård efter behov, (3) Professionens roll i utvecklingen av hälso- och sjukvården. Frågorna har engagerat flera i SLS och bevakats genom debattartiklar och kontakt med politiker och makthavare.

Redogörelse för SLS olika verksamhetsområden. Sedan 2020 arbetar man med "Hippokratesrevision", det vill säga SLS satsning på "professionell granskning och klinisk revision", där man granskat ett antal kliniska fält så som t.ex. kolorektalkirurgi i Sverige.

SLS redogjorde även för sina **fondmedel och särskilda forskningssatsningar** på primärvårdsforskning samt förbättrade förutsättningar för yngre läkare att bedriva forskning.

Årliga **etikdagen** genomfördes med temat "Post(?)pandemins etik". Årets **Hippokratespristagare** 2021 var Stefan Ström, anestesiläkare Västmanlands sjukhus. Inom Prevention och folkhälsa har man arbetat med **global hälsa** genom att driva en podcast. Även har man haft en särskild kunskapssatsning på **ungas psykiska hälsa**.

Den större förändringen inom SLS de senaste åren är ju en organisatorisk reform där man infört "**Medlemsföreningar**" vilket innebär att alla medlemmar i t.ex. SPF eller Svenska Kardiologföreningen också blir anslutna i SLS, och att SPF och medlemsföreningarna betalar en form av skatt till SLS centrala arbete som "moderförening". Allt fler föreningar, om än inte samtliga, har valt att ansluta sig på detta vis, i linje med SPF.

Om **ekonomin** kan man konstatera att SLS gått med förlust kring 6–10 miljoner per år sedan 2006, fram till 2018. Sedan 2018 har budgeten varit i balans med nollresultat, och 2021 uppvisas för första gången ett lätt positivt resultat. SLS kapital uppgår till ca 60 miljoner kronor, och man har sedan 2018 då man slutade gå med minusresultat haft en fördelaktig utveckling av värdepapper.

Sammanfattningsvis: Verksamhet som tidigare, och budget i balans. Verksamhetsberättelse och revisionsberättelse godkändes av mötet och nämnden beviljades ansvarsfrihet.

Därefter var det en diskussion om **motioner** till nämnden. Gunnar Akner, ordförande för "Nätverket mot olämplig styrning av sjukvården" hade två motioner om att försöka renodla SLS verksamhet mot att stärka hälso- och sjukvård samt införa 5 och 10-årsplaner för att "motverka en destruktiv uppluckring av svensk hälso- och sjukvård". Likaså motion om att ytterligare skärpa jävsgranskning vid engagemang i SLS. Dessa motioner avslogs (ansågs besvarade av nämnden).

Nästa motion (från en rad medlemsföreningar) handlade om medlemsföreningarnas önskan om att **förtydliga det demokratiska mandatet** från medlemsföreningarna genom att bland annat skapa en arbetsgrupp där ett antal medlemsföreningars ordförande samt SLS ordförande är representerade. Syftet var att klargöra medlemmarnas (du), medlemsföreningarnas (Svenska Psykiatriska Föreningen etc.) och SLS roller och demokratiska mandat. En längre diskussion följde och därefter röstades avslag (nämndens förslag) igenom med knapp marginal. I nuläget fortsätter man med nuvarande organisation, och avstår att införa ett särskilt styranderåd med medlemsföreningars ordförande som deltagande och ytterligare organisatoriska förändringar av SLS.

Budget och kommande verksamhetsplan klubbades. En nyhet var att SLS instiftar ett uppdrag för att verka för en fungerande och tillgänglig läkemedelslista och läkares ansvar för densamma.

Val. Vald ordförande i SLS blev som omval Tobias Alfvén, vice ordförande Catharina Ihre Lundgren. Ordförande för SLS delegationer: medicinsk etik – Anders Castor, forskning – Ola Winqvist, utbildning – Hans Hjelmqvist.

Slutligen en del **rapporter från arbetsgrupper** där det är värt att nämna att SFBUP tillsammans med SLS och Skolläkarföreningen drivit projektet "Kraftsamling för ungas psykiska hälsa" där man fått visst genomslag i media. En kunskapssammanställning står att finna på <https://www.sls.se/halsa--sjukvard/kraftsamling-for-ungas-psykiska-halsa/>.

Karl Lundblad
Styrelsen SPF



Aktivt möte i kontinental och dynamisk storstadsmiljö

► **Beautiful Copenhagen, Ukrainahjälp och prisutdelning**
Inför sommaruppehållet samlades styrelsen denna gång för sitt månatliga styrelsemöte i den inspirerande och vackra kontinentala storstadsmiljön som Köpenhamn har att erbjuda.

Valet av mötesort gjorde det möjligt för oss i styrelsen att möta upp och bjuda in en av deltagarna, Konstantin Lebedyev, från Ukrainasymposiet på SPK för uppföljande samtal och diskussion om vidare hjälpinsatser riktade mot Ukraina. Dessutom kunde även uppföljning i hjälparbetet göras med representanter från Lundbeck som var involverade i ett större möte på samma hotell med anledning av Lundbeckfondens utdelning av "The Brain Prize", ett CNS-forskningens nobelpris som detta år delades av Ole Kiehn från Danmark, Silvia Arber från Schweiz och Martyn Goulding från Nya Zeeland.

Vi fick till oss en högst aktuell uppdatering av läget i Ukraina och särskilt då gällande Kievs psykiatri eftersom Konstantins bror är verksamhetschef på Kievs stora psykiatriska klinik. Samtidigt fick vi då en direkt bekräftelse på att hjälpsändningen med psykofarmaka, som SPF och WPA i samarbete med Lundbeck skickat till Ukraina, kommit fram till avsedd destination.

Fullspäckad mötesagenda

På vår agenda stod många intressanta frågor att ta sig an och styrelsen var nästintill fulltalig denna gång med hela 10 närvarande och vi saknade endast vår STP-representant.

Under aktuella ärenden avhandlades först ett flertal frågor såsom till exempel ett beviljat statsbidrag på 100 000 kr för insatser som främjar arbetet med sjukdomsförebyggande metoder. Ett arbete som RSMH kommer att genomföra i enlighet med ansökan och planerad projektsamverkan.

Vidare löstes frågan om framtida finansiering av Raffaellapriset som nu kan fortsätta delas ut i samma omfattning och nivå som tidigare.

Lämpliga granskare för arbetet i SSP, säker suicidprevention i Löfs regi, efterlystes och betonades som en prioriterad aktuell fråga där alla styrelsemedlemmar nu ska ta tag i frågan för att öka tillgången till granskare.

Föreningens remissvar på den stora samsjuklighetsutredningen följdes upp och planerna för vår medverkan på Almedalsveckan presenterades och fastlades.

Därefter diskuterades förskrivningsmönster gällande ADHD-medicinering med anledning av särskild fråga från Högskolan i Skövde som nyligen startat en studie av generikaförskrivning på området.

Kommande aktiviteter

Mötet behandlade sedan kommande aktiviteter såsom aktuellt status för SPK23 i Göteborg och Maria gick igenom planeringen för beslutat etikseminarium i september på Svenska Läkaresällskapet. Mötestid lades även på mer detaljerad planering inför kongressresan till Wien i höst, då en grupp på högst 25 medlemmar får chansen att delta i denna uppskattade förenings-tradition där en gemensam resa anordnas till en större psykiatrisk kongress (se särskild annons i detta nummer).

God ekonomisk balans

Halvvägs in i styrelsemötet fick vi sedan en mycket tydlig och insatt ekonomisk rapport från vår kassör Denada. Föregående kongress i mars månad i år, SPK22, gick med nödvändig vinst efter pandemins förlustår och föreningens ekonomi är således återigen säkrad och god för en tid framöver.

Ett viktigt observandum är dock att SPF är en förhållandevis stor specialistförening med höga driftskostnader. Förutom styrelsearbetets kostnader så finns flertalet aktiviteter under året samt subsektioner som innebär en del fasta och återkommande utgifter av olika storlek. Detta innebär att fortlöpande kontroll på kassaflödet är av central betydelse för att en hälsosam ekonomisk balans ska kunna upprätthållas. Uppföljning sker numera veckovis och till hösten skall dessutom kassör, sekreterare och undertecknad träffas för en särskild arkiv- och avtalsgenomgång.

Innehållsrikt sommarnummer

En betydelsefull del av föreningsarbetet är förstås vår återkommande medlemstidning som du nu håller i din hand och som utkommer fyra gånger per år. Vid mötet gick vi igenom de sista texterna som ska på plats före tryck och redaktör Tove kunde avslöja

att sommarnumret blir rekordstort vilket bådär gott för trevlig och intressant läsning i hängmattan.

Nya kliniska riktlinjer

En spännande agendapunkt som engagerade starkt vid detta möte och gav upphov till en mycket intressant och livlig diskussion var uppföljningen av kliniska riktlinjer. Vi hade nämligen veckan innan mötet fått en lägesrapport från professor em. Marie Åsberg angående arbetet med de nya kliniska



riktlinjerna för utmattningssyndrom. Synpunkter och inspel efterfrågades från de fem styrelser som givit arbetsgruppen uppdraget att ta fram dessa riktlinjer. Styrelsen sammanställde ett antal synpunkter och önskemål inför färdigställandet av riktlinjerna som vi tror kommer att vara mycket efterfrågade och bli lästa av många från såväl den egna professionen som andra vårdarbetare och även patienter.

Utbildning och möten

Under dag två av mötet fick vi rapport från Matilda om utbildningsutskottets arbete och framsteg, vi diskuterade då även olika framtida alternativ till en specialistexamen som både en form av avslutande och/eller uppföljande och fortlöpande examination. Även rapporter från SLS fullmäktigemöte samt EPA- och NPA-möten gicks igenom.

Remissarbetet

Cave lotsade oss sedan skickligt genom pågående remissvarsarbete och vi gick igenom de i tiden näraliggande remisserna och

enades om svarens huvudsakliga innehåll och riktning samt fördelade skrivuppgifter för "En möjlighet till småskalig gårdsförsäljning av alkoholdrycker", där svar till Socialdepartementet ska vara inne senast 27/5 och "Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga", med även där svar senast 27/5.

Remissen "Förslag till föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård", med svar senast 22/6, diskuterades. När vi kom till remissen från Inspektionen för vård och omsorg, "Förslag på nya föreskrifter om chefsöverläkarens under rättelse- och uppgiftsskyldighet avseende vissa åtgärder inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård", med svar redan senast 31/5, så hade vi redan två färdigskrivna svar inom styrelsen som efter en jämförelse och uttolkning kunde sammanfogas till ett gemensamt svar av en enig styrelse.

Våra remissvar kan läsas här: Senaste remissvaren – Svenska Psykiatriska Föreningen svenskpsykiatri.se

Avslutningsvis

Slutligen kunde vi konstatera att våra sociala medier fungerar väl och angående en fråga från kollega i Split, Kroatien, gällande spridning av enkät i forskningssyfte så kunde vi besvara jakande och därvidlag använda vår hemsida samt Facebook för att nå ut till kollegerna med detta frågeformulär.

God stämning och gott arbete

Mötet avslutades i synnerligen god stämning och med känslan av väl förrättat värv i ett strålende vackert och gemytligt Köpenhamn. Resan hemåt kunde nu lätt påbörjas med tåg från Hovedbanegården alldeles intill vår mötesplats.

Från mig och styrelsen varma hälsningar och en önskan om att ni alla får en riktigt skön sommar!

Foto: SPF's styrelse

Martin Hultén
Ordförande SPF

Efterlängtat möte

Rapport från STP-konferensen

► Den 11–13 maj gick årets konferens för ST-läkare i psykiatri av stapeln på spa-anläggningen Yasuragi i Hasseludden utanför Stockholm.

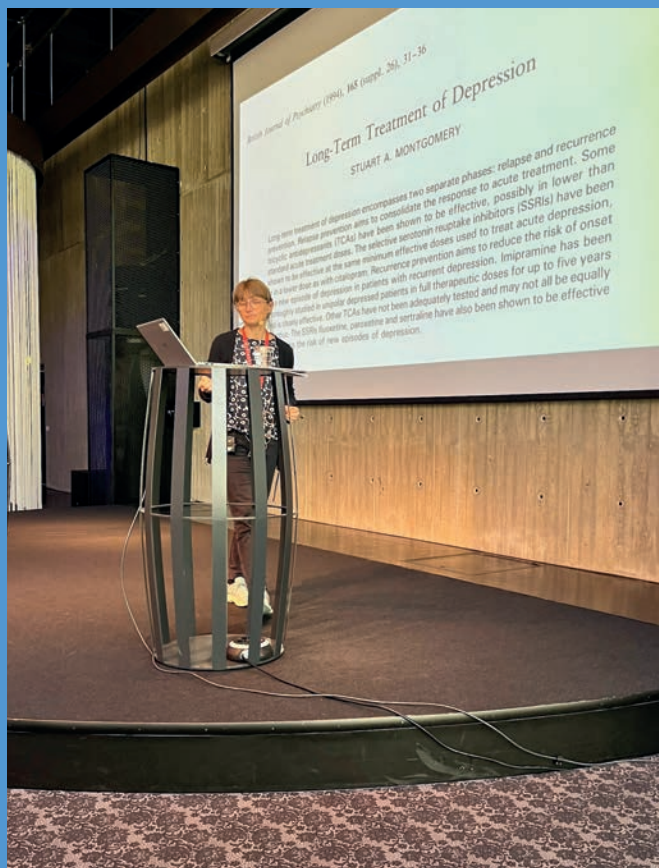
Årets konferens var efterlängtat, då STP-konferensen föregående år behövde ställas in på grund av covidpandemin. Temat var "100 % zoom-fritt", en tydlig referens till det gångna året.

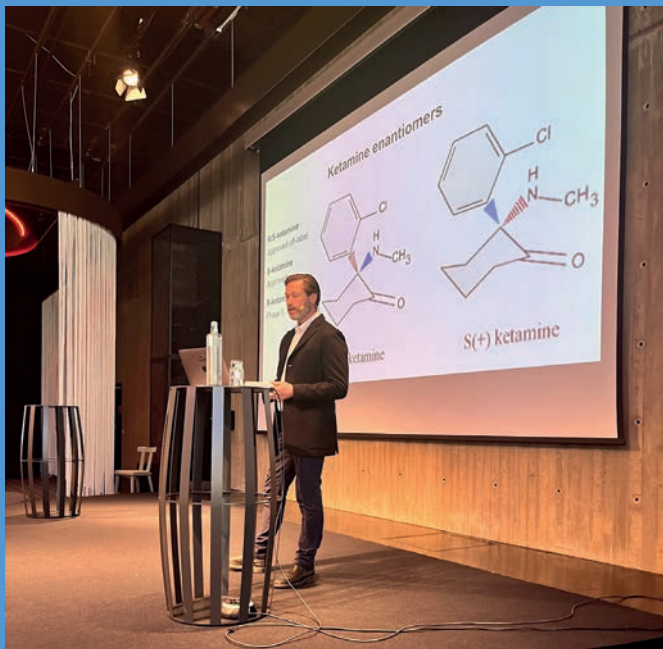
Inledande talare var *Christian Rück*, som talade om utvecklingen av psykiatriens roll i det svenska samhället och framför allt diagnosen utmattningssyndrom. Föreläsningen var mycket uppskattad. Bland föreläsarna återfanns även vår tidigare ledamot *Karl Lundblad*, som höll en välbesökt föreläsning om kardiologi för psykiatriker tillsammans med en kardiologkollega, *Mats Adler* som fyllde stora salen med en föreläsning om psykiatrisk diagnostik, samt *Katarina Howner*, vars föreläsning om rättspsykiatriska undersökningar lockade många åhörare. Konferensens avslutande talare var *Simon Kyaga* som berättade om sin karriär.



ST-LÄKARE I
PSYKIATRI

Foto: Sofia Pino Hermansson





För den nyfärdiga fanns möjlighet att delta i workshops med musikterapi, och filmvisning på konferensens första kväll.



Året som gått har varit speciellt, eftersom vi har haft en pandemi som hindrat större fysiska sammankomster. Arbetet har för de flesta av oss fortsatt som vanligt, om än med vissa anpassningar, men förutsättningarna för utbildning förändrades mycket. Sedan våren 2020 har de flesta fortbildningskurser hållits digitalt, något som medfört både för- och nackdelar. Många har uppskattat den ökade flexibiliteten, men desto fler har också saknat den sociala samvaro som fysiska möten och kurser innebär.

Årets konferens var därför en välkommen återgång till vad vi hoppas kommer att få fortsätta vara "det vanliga". Och nu tar vi nya tag inför ST-konferensen i januari 2023. Hoppas att vi ses där!

Styrelsen, STP – ST-läkare i psykiatri



Kommersiell sexuell exploatering av barn i Sverige

Referat från en utbildning

► Regeringen tillsatte i februari en ny funktion, Ombudsmannen mot kommersiell sexuell exploatering av barn, OKSE och utsåg *Gabriella Kärnekull Wolfe* till att ha den rollen. Hon deltog på en webbsänd utbildning som Sfbup arrangerade i samarbete med SLS i april. Övriga medverkande var *Laura Korhonen*, professor i barn- och ungdomspsykiatri vid Linköpings universitet och centrumchef för Barnafriid; *Toba Wemmel Ljung*, legitimerad psykolog och psykoterapeut på Ellencentret, en stödverksamhet för barn och unga som utsatts för kommersiell sexuell exploatering; och *Jenny Selenius*, regionskoordinator mot prostitution och människohandel med särskilt fokus på barn.

Hela utbildningen finns tillgänglig på SLS youtubekanal, "SFBUP webinar om kommersiell sexuell exploatering av barn i Sverige".

Här är en sammanfattning av några punkter som togs upp.

Samhället är skyldigt (1) att förhindra sexuell exploatering av barn, (2) att upptäcka och identifiera barn som är utsatta, (3) att skydda från fortsatta övergrepp, (4) att lagföra förövare, (5) att erbjuda rehabilitering för konsekvenser av exploateringen.

För att kunna förhindra att barn utsätts är det viktigt att känna till vilka riskfaktorer och riskgrupper för att utsättas. Kunskap om hur processen ser ut, hur förövare hittar barn och skapar förutsättningar för övergreppen.

Riskfaktorer för att barn blir utsatta kan vara tidigare sexuella övergrepp, ekonomisk utsatthet, bristande stöd från vuxna, utanförskap genom mobbning, att inte ha så många kamratrelationer och upplevd ensamhet. Vid genomgång av domar framkommer att det är vanligt att förövare har begått brott mot flera barn som bott på samma behandlingshem. I en intervjustudie som kommer att presenteras i en rapport från OKSE senare i år, finns citat som illustrerar hur tidigare sexuella övergrepp kan vara en riskfaktor.

"Jag kände inte att jag hade några gränser. Min farfar hade suddat ut alla mina gränser så steget kändes inte så stort."

Majoriteten av de som utsätts är flickor. HBTQ-barn och ungdomar är en riskgrupp då de arenor och sociala medier som de söker sig till för att utforska sin sexualitet också är arenor som förövare använder för att hitta barn att utsätta. Det kan också handla om att man vill testa sin sexuella identitet men att det sedan övergår till kommersiell sexuell exploatering. En annan grupp som är överrepresenterad är ensamkommande flyktingar som blivit utnyttjade under flykten för att få tak över huvudet, mat och pengar för att kunna överleva flykten. Barn och ungdomar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är också en riskgrupp.

Ett vanligt sätt som barn hamnar i kommersiell sexuell exploatering är genom grooming. Förövaren skapar ett förtroende hos barnet, gör sig viktig i barnets liv. Barnet får tid, beröm, bekräftelse

och känner sig särskilt utvalt. När förtroendet har skapats introducerar förövaren sex och sexualitet i samtalen och därefter kan det gå ganska snabbt. Vid grooming behöver förövaren sällan använda hot eller våld vilket gör att barnet har svårt att se det som händer som ett övergrepp. Barnet tänker att det själv gått med på det eller rent av tagit initiativ till det. I intervjustudien illustreras detta med följande citat:

"Jag vågade egentligen inte träffa honom men han sa att han skulle sluta prata med mig om jag inte träffade honom innan min födelsedag. Vid det laget var han viktig för mig, jag vill inte förlora honom."

Ett annat sätt är genom sugardejting där ungdomen förväntas gå på diverse dejter eller utföra sexuella handlingar i utbyte mot väskor, kläder, en månadspeng eller annan ersättning.

En del barn berättar att de är utsatta, oftast för en jämnårig vän men även för vuxna. De gör det för att de vill få slut på exploateringen. Barnen som intervjuats i rapporten upplever att de vuxna inte alltid förstår vad de berättar om, att de inte blir trodda och att omgivningen inte agerar. En del barn har varit högpresterande och har inte visat några tecken på vad de varit utsatta för.

Ibland diskuteras denna form av sexuell utsatthet som en form av självskada. Har man det synsättet finns en risk att man inte ser att det också handlar om ett brott. Då kan man lägga alltför stort ansvar på ungdomen. En av intervjupersonerna beskriver:

"Jag gick i DBT och på samtalen analyserade vi vad hos mig som gjorde att jag hamnade i en situation där jag utsattes för övergrepp, eller utsatte mig själv som de kallade det... Det var ingen som någonsin benämnde det som övergrepp eller exploatering. Vi kallade det bara för destruktivt sex och självskadebeteende."

Ellencentret vänder sig till personer mellan 15–25 år som har erfarenheter av sex mot ersättning, sex som självskadebeteende, så kallad "sugardejting" eller att bli såld av andra. På deras hemsida finns mycket information och det finns möjlighet chatta med dem anonymt. Information om deras verksamhet bör finnas i väntrum på både BUP och psykiatrimottagningar.

Maria Unenge Hallerbäck
Vetenskaplig sekreterare SFBUP

<https://ellencentret.se>
<https://okse.nu/>
<https://barnafriid.se>



BOKRECENSION

Beteendemedicin
KBT för läkare

Olle Wadström

Psykologinsats, 2022

► **Vad får en psykolog att skriva en bok för läkare?** Jo, därför att han så väl inser de påtryckningar som läkare hanterar varje dag, utifrån att vi tillhandahåller starka förstärkare dvs. med ett enkelt ord uttryckt: belöningar, något som är eftertraktat för någon annan.

Medicinen krokar arm med beteende/inlärningspsykologin – äntligen pratar vi om detta.

Som psykiater med utbildning täckande barn/vuxna har det slagit mig hur lite vi fokuserar på "inlärnt beteende" – i stort sett allt vi gör är inlärnt. En person som tänkt mycket på detta är psykolog **Olle Wadström**, även välkänd författare. En av presentationerna, 2021, på Svenska Psykiatriska Föreningens internetkongress, hölls av professor Ulrik Malt och här stötte jag för första gången på att begreppet *operant betingning* nämns i tillstånd av behandlingsrefraktär depression. Nyligen var det en rubrik i Medscape: "Doctors should avoid being bullied into prescribing Ivermectin".

Läkare har tillgång till starka förstärkare; recept, sjukskrivning, värdefulla intyg, återförsäkringar och remisser. Interaktionen läkare och patient är ytterst viktig för om beteendet vi etablerar med dem handlar om kortsiktig/långsiktig hälsovinst eller till och med förstärker ett ohälsosamt beteende. Jag vill säga att mycket vi gör, som svar på interaktionen med våra patienter, faktiskt kan vara skadligt för patienten och för oss. I psykiatrin möter vi många krav på att till exempel hjälpa till med undvikande beteende vid ångestproblematik. Vi är nog alla medvetna om detta men hur får jag överblick över vårt gemensamma agerande, patient och läkare?

Olle Wadström tog tag i frågan och skrev en bok för oss läkare, om tillämpad beteendeanalys på vårt eget agerande. Boken har kommit ut i dagarna.

Sedan jag introducerats till konceptet Tillämpad Beteende Analys (TBA), på mig själv, genom Olles bok, upplever jag en helt annan syn på mitt agerande. Jag kan överblicka konsekvenserna på lång och kort sikt och jag har ett verktyg. Både patienten och jag styrs av omedvetna förstärkare; beteenden som vi fortsätter att använda innebär någon fördel för oss, dvs. positiv eller negativ förstärkning och här "klickar" våra beteenden i varandra. En krävande patient upplever positiv förstärkning av att få det den kräver, kanske med alla till buds stående medel, och läkaren belönas med negativ förstärkning

dvs. obehaget går bort om läkaren gör som patienten vill – båda förstärks omedvetet att fortsätta med sina beteenden, hälsofrämjande eller inte.

Många stressrelaterade problem för läkarna handlar om detta, att gå tillmötes ett patientönskemål som presenteras aggressivt eller med hot om anmälan, klagomål eller internetkommentar och samtidigt veta att detta inte leder till hälsa för patienten. Detta skapar en känsla av hjälplöshet som indirekt leder till obehag inför liknande situationer och kan leda till ett undvikande beteende hos läkaren (som yttersta konsekvens kanske sjukskrivning).

När jag nyligen satte ut CS-medicinen hos en patient med mycket högt blodtryck, fick jag utstå många besvikna reaktioner, jag tog ju bort den omedelbara förstärkningen. "Du kanske räddade livet på mig" blev kommentaren 6 månader senare – bekräftelsen på att vi till slut nådde en gemensam insikt – men det tog tid. Då hade patientens mående både vad det gällde blodtrycket och ADHD-symptomen, utan mediciner, stabiliserats. Det är ju hit vi vill komma; att inte skada, att lindra och ibland bota.

Olles kompetens är dokumenterad i många tidigare mycket bra böcker. För något år sedan kom han ut med en bok som handlade om hans 49 års erfarenhet som KBT- och beteendeterapeut – koncept som känns så enkla vid första inblick och ändå är så otroligt svåra att greppa på djupet. Jag tror inte att någon, även mycket familjär med området, inte skulle hitta tillämpningar som är nya och fördjupande i Olles reflekterande bok.

En kollega som läste den här nya boken, tillägnad läkare, sa: Jag till och med förstår mina barns agerande bättre nu och kan överblicka vad som händer i våra interaktioner.

Som psykiater älskar jag mitt yrke, men känner också av att kraven både från patienter, kollegor och chefer kan kännas betungande och svåra att hantera. Olles bok har givit mig en stabil och kompetent grund att stå på, som underlättar i min arbetsdag.

Ann-Marie Skarstam,
Överläkare

Allmän Psykiatrisk Mottagning, Malmö



BOKRECESSION

Dreamland
The True Tale of America's Opiate Epidemic
Sam Quinones
Bloomsbury Publishing, 2015



Foto: Shutterstock/Kawi

► Den här boken kom ut redan 2015 men är alltså fortfarande aktuell. Sakligt sett handlar boken om hur det kom sig att opioidmissbruket antog epidemiska proportioner i USA och om hur narkotikaförsäljningen växte lavinartat i dess spår. Författaren och journalisten Sam Quinones har gjort grundlig research, intervjuat en stor mängd personer och sökt reda på formell och informell dokumentation. Han har studerat reklamkampanjer, rest runt i små byar i Mexiko, pratat med opiumodlare, narkotikaförsäljare, läkare, forskare, anhöriga till missbrukare, missbrukare själva, beroendekliniker, läkemedelsrepresentanter och tjänstemän på olika myndigheter och försäkringsbolag.

I två parallella spår beskrivs dels hur fattiga bönder från en liten by i Mexiko sprider hemkockt heroin över USA, dels hur opioidförskrivningen utvecklas: från låga doser till en begränsad patientkategori, till förstahandsval för alla som sökte läkare på grund av smärta.

Det börjar med en liten registerstudie av en sjukhusläkare, Hershel Jick, som funderade över om patienter som erhållit smärtlindrande opiat under vårdtiden blev beroende av medicinerna. Han gjorde en dataslagning och skrev ner resultatet: av närmare 12 000 patienter som behandlats med narkotikaklassade smärtstillande läkemedel under inläggande sjukhusvård, hade endast fyra utvecklat en beroendeproblematik. Jick redovisade sina siffror i en not som publicerades i New England Journal of Medicine 1980 och glömde sen bort den.

En rad omständigheter, som smärtläkares och palliativläkares välmotiverade omsorg om sina patienter, kom så småningom att användas av läkemedelsbolaget Purdue i en stor och väl-regisserad reklamkampanj med annonser, utbildningar och konferenser. Man anförde Jicks studie som bevis för att rädslan för beroendutveckling vid opioidbruk var kraftigt överdriven. Att studien baserades på inläggande patienter som fått opioider under strikt kontrollerade former i en tid av uttalad rädsla för just beroendutveckling, nämndes så klart inte. Antalet läkemedelsrepresentanter i USA steg från 35 000 1995 till 110 000 tio år senare. Opioider skrevs ut mot all slags smärta: ont i knät, ryggvärk, idrottsskador. Patienter hade ett lidande och visste att det fanns hjälp. I en burk. En burk som kunde köpas på recept. Tabletterna skapade ett beroende som gav dem ett pris på svarta marknaden. Den vanligaste dödsorsaken i USA hade allt sedan bilens ankomst varit trafikolyckor, men år 2008 steg överdoser upp som ledande dödsorsak. Människor i alla samhällsklasser dog av överdoser. Den som inte längre kunde få tag i tabletter vände sig till det billigare heroinet.

Den här boken rekommenderas till alla! När det finns möjlighet att tjäna (mycket) pengar kan också enorma resurser läggas på kampanjer, lobbying och skraddarsydda "studier". Boken visar hur svårt det är att hålla fast vid vetenskap och evidens när alternativa fakta tar över vårdprogram och debattklimat.

Anna Hillerberg
Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm



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: **31/08**

Tema:
Anmäl!



Kalendarium

Obs att kongresser fortfarande kan komma att skjutas upp eller ställas in beroende på läget i världen, så håll utkik på resp. hemsida för uppdaterad information.

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

14th Nordic Symposium on Forensic Psychiatry
24-26 augusti 2022, Helsingfors, Finland
<https://nsfp2022.org/>

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.svenskpsykiatri.se, www.sfbup.se och www.srp.se

ANNONS