

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#3

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

TEMA

ANMÄL!

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
- 28 Krönika enligt Tiger, **Mikael Tiger**
- 36 Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott
Matilda Naesström
- 68 Bokrecension: Svart får, vitt får. Scener ur ett fängelse
Mia Sandberg, Thomas Silfving
- 69 Bokrecension: Mönstersökare, **Nils Lindefors**
- 70 Bokrecension: 18 myter of Freud och vägen framåt
Mikael Landén
- 72 Bokrecension: Leva med skadad hjärna
Anna Hillerberg
- 73 Bokrecension: Hoppets anatomi. Om förväntanseffekter och placebo, **Lars Farde**
- 75 Kalendarium

Tema:

- 10 Vill du bli chef? Anmäl dig frivilligt! En lättillgänglig övning i ledarskap, **Alessandra Hedlund**
- 11 Om att anmäla, **Lena Nylander**
- 12 Anmälan - några reflektioner, **Björn Wrangsjö**
- 14 Anmälan om oro att ett barn far illa
Maria Johansson, Anna Nelsson, Laura Korhonen
- 16 Barns rätt till skydd - en bristande konstruktion
Madeleine Cocozza
- 18 Risk att barn utsätts för fortsatt våld parallellt med behandling inom barn- och ungdomspsykiatri
Marja Onsjö, Jennifer Strand, Ulf Axberg
- 20 Rådjuret. Anmäl en olycka, **Lioudmila Mendoza**
- 21 Bekännelse, **Tove Gunnarsson**
- 22 Om LPT-malörer, IVO och rättvisan
Michael Rangne
- 23 Tidigare bidrag om att bli polisanmäld
Tove Gunnarsson
- 24 Könets inverkan på diagnostik och behandling - något som borde anmälas?
Nils Haglund, Lena Nylander
- 26 Förlustanmälan, **Cecilia Gotby**

Övrigt:

- 30 Ing-Marie - kollega, ledare och vän
Medarbetarna i teamet Uppdrag Psykisk Hälsa, SKR
- 32 Så minns vi Ing-Marie Wieselgren
Lise-Lotte Risö Bergerlind, Herman Holm
- 34 Ing-Marie Wieselgren, inlägg från Facebook
Tove Mogren
- 34 Ing-Marie Wieselgren
Margaretha Herthelius
- 37 Dags att nominera till "Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne"
Styrelsen för Svenska Psykiatriska Föreningen
- 38 Varmt välkomna till SPK 2023, Svenska Mässan i Göteborg, 15-17 mars
Martin Hultén, Jonas Eberhard
- 41 Nu vet vi hur det gick i valet. Några reflektioner
Jerker Hanson
- 42 STP-konferensen 2023, 18-20 januari, Stenungsbaden
Styrelsen för ST-läkare i psykiatri
- 43 Till minne av Johan Cullberg - digital samlingssida hos Natur & Kultur
Tove Gunnarsson
- 44 Så minns vi Johan Cullberg, 1934-2022
Tove Gunnarsson
- 46 Johan Cullberg - minnen av en mentor och vän
Daniel Frydman
- 47 Dags att söka Cullbergstipendiet
- 48 Inbjudan till SSBS Höstmöte 2022
- 52 Några frågor som SFBUP arbetar med
Styrelsen SFBUP
- 54 Fortsatt fortbildning. Missa inte filmerna från SPK 2022
Tove Gunnarsson
- 62 Skymningstankar och spekulationer
Olle Hollertz
- 64 Vår integrativa biopsykosociala hjärna - en helhetssyn
Björn-Erik Thalén
- 66 Call for abstracts, SPK 2023
Styrelsen för Svenska Psykiatriska Föreningen
- 74 Välkommen till SPK 2023

Innehållsförteckning:

Psykiatriska nyheter:

- 40 Ny portal med data om substansbruk hos unga i Europa
Tove Gunnarsson

Rapporter från möten:

- 56 Rapport från UEMS Psychiatry-möte i Zagreb juni 2022
Olle Hollertz
- 57 SPK 2022: Från stipendiat till professor
Maria Larsson
- 58 SPK 2022: Har vi kommit till en effektiviseringsgräns?
Denada Aiff
- 59 Från hopp till mörker. Rapport från SPF i Almedalen 2022
Maria Larsson
- 60 Psykiatri i framkant med utbildning om rasism
Natte Hillerberg

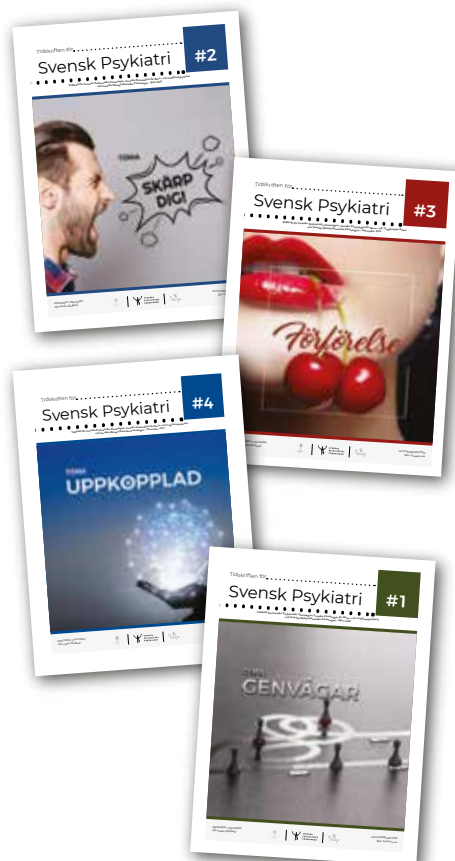
Tidskriften för Svensk Psykiatri

DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: 16/11
TEMA: *Tabu*

*"När jag inte orkar så orkar du.
När du förtvivlar hoppas jag för dig
också"*

Ing-Marie Wieselgren





"En läkare som aldrig blivit anmäld..."

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

JThasit/Shutterstock

INTERNET

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se

... är en dålig läkare." Det var alldeles i början av läkarutbildningens kliniska kurser och den legendariskt skicklige men något kontroversielle kirurgen inledde sin föreläsning med dessa ord. Jag vet inte vad han egentligen skulle ha pratat om men detta var budskapet han ville förmedla. Att inte bli anmäld var enligt honom ett tecken på att man aldrig vågat tänka självständigt, att man slaviskt och ängsligt följt alla protokoll utan att individualisera sin behandling och tänka utanför boxen. Hans ord väckte viss oro i auditoriet. Å ena sidan lät det förfärligt att bli anmäld. Å andra sidan ville man ju inte bli betraktad som en dålig doktor. En omöjlig ekvation, med andra ord. Nu i efterhand tror jag inte att han hade rätt, fullt så enkelt är det inte.

Några bidrag på temat Anmäl! handlar just om att bli anmäld men det finns flera andra – såväl väntade som oväntade – infallsvinklar.

Nästa nummer...

... har temat *Tabu*.

Redaktionen diskuterade hur vi skulle förklara hur vi tänkt kring detta och ett förslag var att kort och gott skriva: "Jag vet inte vad jag ska säga om nästa tema, det är ju någonting som man inte får tala om, eftersom det är tabu."

Men jag tror vi ska ger er litet mer kött på benen än så.

I min gamla upplaga av SAOL definieras tabu som "förbud mot att röra eller nämna något".

Vad är det som inte är nämnbart i psykiatin?

Vissa saker är nog tabu för patienten att berätta för oss. Annat är tabu att prata om personal emellan.

Är det t.ex. tabu att uppleva vissa känslor gentemot en patient?

Finns det saker som inte går att säga, etablerade sanningar som inte får ifrågasättas?

Vissa samtalsämnen är kanske tabu i samhället men inte i mottagningsrummet, mellan oss och vår patient.

Det finns länder där psykiatriska symtom är tabu, det kallar vi stigma, men är det verkligen samma sak?

Kanske kan vårt tema tolkas även på andra sätt?

Det är svåra tider, på många sätt, men redaktionen hoppas att sommaren ändå gett er alla möjlighet till avkoppling, återhämtning och inspiration till att skriva bidrag till Svensk Psykiatri!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

Med livet som insats...



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

MARTIN HULTÉN

Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen



Almedalsveckan, Visby den 6 juli 2022.

Den dagen förlorade vi Ing-Marie Wieselgren, en högt uppskattad och respekterad kollega. En kollega som enträget och engagerat kämpat och stått upp för de svaga i samhället. En varm, glad och uppmuntrande person som alltid hade en stund över för att lyssna och föra dialog. Hur en människa, frisk eller sjuk, kan välja att planerat ta livet av en sådan person som Ing-Marie är alldeles obegripligt ondskefullt, tragiskt och snedvridet på så många nivåer. Vi behöver förstå mekanismerna bakom detta terrordåd men det tar emot eftersom man bara önskar att händelsen inte existerar. Att förstå och göra det obegripliga begripligt är dock just det vi behöver göra för att komma vidare som samhälle och individer och förebygga liknande terror i framtiden. Det paradoxala i detta är att förmodligen hade just Ing-Marie varit den första att försöka förstå ett våldsdåd av denna karaktär och vända det som hänt till en uppstart på något som kan hjälpa människor och samhället framåt.

Ing Marie var ju tyvärr långt ifrån den enda som drabbats av dödligt våld inom psykiatri. Förutom den personliga tragedin är det också en mycket farlig utveckling för ett samhälle när det kan kosta livet att arbeta inom en samhällsbärande funktion såsom psykiatri eller att vara en företrädare för densamma. På både kort och lång sikt finns potentiellt stora problem och risker med en sådan utveckling. Om rekrytering försvåras kan vi successivt få en ohälsosam och direkt samhällsfarlig situation. I kölvattnet av händelsen pågår redan debatten om vad som brustit och det spekuleras bland annat i om en bättre fungerande specialistpsykiatri hade kunnat förhindra ett terrordåd som detta? Sannolikt inte. Psykisk sjukdom är som jag ser det bara en mindre del av förklaringen till det som inträffade i Visby. En sannolikt större bakomliggande orsak är vårt samhälles alltmer hårdnande och extrema debattklimat med hetsiga hatkampanjer och verbala förtal i olika sociala forum som verkligen skapar en farlig och giftig cocktail. En blandning som hos mottagliga individer ger upphov till negativa tankar och radikala handlingar som sedan kan fångas upp och ytterligare förstärkas i extrema grupperingar. Här behöver alla goda krafter vakna för att gemensamt bidra till en starkare gränssättning och ett sundare, varmare och vänligare debattklimat.

Samhället i stort behöver dock även bli bättre på att värna om befolkningens psykiska hälsa redan från tidig barndom och upp i vuxen ålder så att ett större och djupare skyddsnät skapas. Inom psykiatri behöver vi samtidigt, med hänsyn till nuvarande samhällsutveckling, öka riskmedvetenheten och vidta skarpa åtgärder för att skydda medpatienter och personal. Exempelvis mer utbildning och övning i hur man bemöter och hanterar hot och våld, som ju för övrigt aldrig ska tolereras oavsett förövarens status. Nolltoleransen avseende hot och våld mot personal och medpa-

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

tienter skall det aldrig tummas på. Konsekvenser måste följa på våldshandlingar oavsett, eftersom allt annat riskerar normalisera och sänka tröskeln för våld som en lösning. Den frågan är för övrigt ett alldeles eget kapitel. Ökad säkerhet och beredskap kräver också en balansering så att inte stigmat för våra patienter ökar genom överdrivet fokus på till exempel farlighetsbedömningar vilkas nytta endast har mycket begränsad evidens. Ett för starkt fokus på farlighet och säkerhetslösningar riskerar leda till en "självuppfyllande profetia" och är utan parallella åtgärder mot det grundläggande problemet i dagens samhälle en återvändsgränd.

Hur går vi då vidare? Vi gör som Ing-Marie skulle ha gjort. Vi tystnar inte. Vi lyssnar och lär, för öppna dialoger och kraftsamlar aktivt för att skapa nya resurser och goda relationer i en kamp mot ett friskare samhälle och ökad psykisk hälsa.

Martin Hultén
Ordförande SPF

Sommar går över i höst...

Tillbaka i stan efter en sommar på Öjn – och inte efter vilken sommar som helst – och till inte vilken höst som helst.

Jag brukar tillbringa somrarna på Gotland och har gjort så många år. Är lycklig ägare till ett litet hus längst ner på denna vackra ö – och dom senaste somrarna har jag haft förmånen att kunna vara där i princip från midsommar och framåt. Så även denna något annorlunda Gotlandssommar.

I år reste jag till Gotland måndagen den 4 juli, den första dagen i Almedalsveckan. En Almedalsvecka som vi alla kommer minnas med sorg. Mordet på Ing-Marie kom på många sätt att präglade sommarens möten och samtal. Samtal vilka kom att i stor utsträckning handla mycket om det viktiga i livet, våra relationer och vikten av att uppskatta dom små sakerna varje dag. Eftersom livets skörhet så tydligt hade gjort sig så påmind.

Men jag upplevde också att det infann sig en framåtanda i nästan alla samtal. En styrka. En vilja att fortsätta det arbete hon så starkt brunnit för. Fortsätta driva arbetet för förbättrad psykisk hälsa för barn och unga framåt. Inte någon gång hörde jag motsatsen.

I styrelsen lyftes också frågan om att vi borde vara tydligare – göra vår röst hörd. Tala ut. Och som ett resultat, bland annat av detta, så skrev vi en debattartikel i SvD som publicerades den 12 augusti. Glädjande nog har vi bara fått positiv respons på denna – vilket känns roligt och uppmuntrar till att vi fortsätter försöka göra vår röst hörd där det är möjligt.

En av dom frågor vi lyfte var just vikten av att arbeta långsiktigt. Det är komplexa frågor vi arbetar med inom barnpsykiatri och det kräver ofta komplexa lösningar. Vilka tar tid. Vi lever i en tid med otroligt snabba förändringar och en vana av mycket snabba belöningar. Barns psykiska hälsa eller ohälsa, precis som det ökade våldet i samhället, är stora valfrågor. Och ofta kopplas dessa samman. Och politiker försöker hitta snabba och enkla lösningar – vilket sällan blir speciellt lyckat. Jag tänker att vi här från professionen har ett ansvar att göra vår röst hörd. Påtala när vi tycker det blir alltför tokigt.

Vi behöver också värna om vår specialitet. Senast idag blev jag intervjuad i tidningen Sjukhusläkarna utifrån en nyligen genomförd arbetsmiljöenkät som visade att barn- och ungdomspsykiatri är en av dom specialiteter där flest överväger att lämna yrket. Jag tänker att det finns flera förklaringar till detta. Vi är en specialitet där läkarrollen på många ställen fortfarande är oklar och det medicinska ledningsansvaret många gånger otydligt. Det här är också en fråga vi nu arbetar med i styrelsen och där vi hoppas få hjälp och stöd av Läkarförbundet. Vidare finns det på många ställen fortfarande inte en fungerande vårdkedja för barn och unga med psykisk ohälsa.



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 (kassor@sfbup.se)

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

MEDLEMSANSVARIG/ST-REPRESENTANT: Amy Bruta
(amy.bruta@regionstockholm.se)

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

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

LEDAMOT: Jonas Nilsson (jonas.nilsson@sfbup.se)

LEDAMOT: Björn Serrander (bjorn.serrander@vgregion.se)

LEDAMOT: Sarah Ahari (sarah.ahari@prima.se)

LEDAMOT: Susanna Terling (susanna.terling@sfbup.se)

SFBUP:s hemsida: www.sfbup.se

Sist men inte minst tänker jag att det finns en koppling till komplexiteten i specialiteten. Barns psykiska ohälsa används lätt som ett politiskt slagtrå och vi förväntas inom barnpsykiatri lösa samhällsproblem. Förväntningarna blir orimliga. Och känslan av att man arbetar väldigt hårt och ändå bara får kritik är lätt att hamna i. Kunskapen och förmågan att ta hand om barns psykiska ohälsa måste öka inom andra delar av samhället än BUP.

När jag skriver det här är det två veckor kvar till valet. Ett val som jag på många sätt har lite ont i magen inför. Men jag hoppas på att barns psykiska ohälsa ska bli en fråga som dom politiska vinnarna kommer vilja jobba långsiktigt med – vi kommer i alla fall från styrelsen fortsätta driva den linjen oavsett valutgång.

Allt gott!

Susanne Buchmayer
Ordförande SFBUP

En tung sommar



PETER ANDINÉ

Ordförande Svenska Rättspsykiatriska Föreningen



Tragedin i Almedalen ligger tung över psykiatrin. Hur kunde det ske och hur ska det gå? Gärningsmannen har en allvarlig psykisk störning och kommer med stor sannolikhet att överlämnas till rättspsykiatrisk vård. Låt oss inte dra för snabba slutsatser eller peka mot enkla lösningar utan istället arbeta steg för steg mot en bättre psykiatri och ett bättre samhälle.

Mordet på kollegan Ing-Marie Wieselgren i Almedalen den 6 juli kom att överskugga allt annat denna sommar. Det var ofattbart. Mordet var ett angrepp på psykiatrin, sade åklagaren. I media fanns även öar av information kring högerextremism och terrorbrott. Gärningspersonen hade en allvarlig psykisk störning vid gärningen enligt den rättspsykiatriska undersökningens slutsats. Även om en liten tid nu gått och händelsen har börjat att inkorporeras i vår världsbild så bör vi invänta en mer komplett bild av tragedin innan vi drar för många slutsatser. För ingredienserna i det som skett är inte nya. Angrepp mot psykiatrin har alltid funnits och är en oerhört tråkig del av vår vardag. Professionen vet att många blir hjälpta av psykiatrin men i media syns främst misslyckanden. Stigma och rädsla gör var och en till expert på sin psykiska hälsa och där någonstans har vi en grogrund för en allmän bitterhet och avoghet som ibland går över i ilska och hat. Vilka motiv som egentligen låg bakom Almedalsförövarens handlingar får vi förhoppningsvis veta efter den juridiska processens gång. Hans allvarliga psykiska störning antyder att dådet skedde i en vanföreställningsvärld. Det skulle göra en dom till rättspsykiatrisk vård logisk och ge honom en möjlighet att få god psykiatrisk vård och behandling. Som så ofta finns en tragedi bakom en dom till rättspsykiatrisk vård. Besinna er och betänk svårigheten med en sådan vård och rehabilitering, vill man säga till alla efterkloka med snabba och enkla lösningar. Det finns inga enkla lösningar, det finns endast hopp om stegvisa förbättringar genom kloka människors envisa arbete med att förbättra vår psykiatri och vårt samhälle, ad modum Ing-Marie.

För att inte låta tragedin överskugga allt eller bli handlingsförlamad eller fastna i än mer fokus på säkerhetsfrågor vill jag berätta om något uppbyggligt, om 14th Nordic Symposium on Forensic Psychiatry som just avslutades i vackra Helsingfors. En sådan konferens är just ett litet steg mot något bättre inom rättspsykiatrin. Närmare 300 personer deltog varav några via länk. Programmet var fyllt med både klinik och forskning, och berörde allt från filosofi till behandling med virtual reality. Efteråt kände jag mig återigen hoppfull. Min personliga höjdpunkt var att få träffa professor Harry Kennedy från Dublin och höra om hans arbete kring evidensbaserad vård, vårdmodeller och rättspsykiatrisk excellens. I dessa frågor lär vi återkomma. Han talade även om att psykiatrikern ofta utsätts för hermenoia – tendensen att felaktigt skylla på budbäraren. En finsk kollega visade preliminära data där finska rättspsykiatriska patienter återföll i mindre omfattning än svenska, något som vi naturligtvis ska följa upp när studien är publicerad.

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

Jag kände inte Ing-Marie Wieselgren men på vår styrelses attgöralista för hösten fanns att träffa henne för att diskutera evidensbaserad rättspsykiatri. Vi hade förstätt att ville man få något gjort skulle man tala med Ing-Marie. Frid över henne.

Peter Andiné
Ordförande SRPF

Rekommenderad fördjupning:

Thornton J (2022) Violence against health workers rises during COVID-19. Lancet <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9333996/>

Carabellese F et al. (2022) Reform of forensic mental health services in Italy: stigma and blaming the messenger: hermenoia. Int J Off Ther Comp Crim <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1177/0306624X221113531>

SVENSK PSYKIATRI

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **16/11**
Tema: *Tabu*



Utgivning 2022-2023

NUMMER 4 2022

Tema: *Tabu*

Deadline: 16 november

Utkommer: Vecka 49

NUMMER 1 2023

Tema: *Mognad*

Deadline: 8 februari

Utkommer: Vecka 10

NUMMER 2 2023

Tema: *Meddelas senare*

Deadline: 17 maj

Utkommer: Vecka 23

NUMMER 3 2023

Tema: *Meddelas senare*

Deadline: 30 augusti

Utkommer: Vecka 38

NUMMER 4 2023

Tema: *Meddelas senare*

Deadline: 15 november

Utkommer: Vecka 49

Temat är avsett att inspirera till alternativa ingångar till förhållanden och problemställningar inom psykiatri. 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



Vill du bli chef? Anmäl dig frivilligt!

En lättillgänglig övning i ledarskap

Foto: Shutterstock/sirtravelalot

► Alla känner vi igen situationen; mötet har precis börjat och alla tittar ner trots att de faktiskt själva valt att vara där. Ordföranden har kastat frågan på bordet, vem skriver protokollet idag? Är gruppen någorlunda sammansvetsad så brister alla i skratt efter sisådär fem sekunder och någon erkänner "det är nog min tur". Är gruppen ny så finns det alltid någon som bestämt hävdar att vi borde skaffa oss en sekreterare, tills någon annan påpekar att vi inte har resurser för det.

Efter många års erfarenhet av olika möten i olika sammanhang har jag insett att det som sker under de korta sekunderna kan avgöra ens framtid, åtminstone karriärmässigt. De självklara cheferna med medfödd, blytung pondus, de karismatiska ledarna som utstrålar ett magnetiskt fält som nästan hypnotiserar publiken, de kan sluta läsa här. För oss andra, vanliga dödliga, kommer faktiskt ett konkret tips som jag rekommenderar alla att pröva. Vill du bli chef eller ledare? Skriv protokollet!

Alltså gör det frivilligt och regelbundet, gör det kort och gör det bra. Det sistnämnda är inte så svårt för du blir bättre och bättre ju fler protokoll du skriver. Kan verkligen något så enkelt vara så bra för ens utveckling? Det hävdar jag och gör det bestämt. Ingen vetenskap men desto mer beprövad erfarenhet.

Här är några argument.

1. Du övar på att lyssna. Du lyssnar aldrig på dina kollegor så noga som när du ska sammanfatta deras utsagor. För att inte tala om en stor och hederlig diskussion. Kanske tycker du att du redan är bra på att lyssna – det är du säkert. Men ingenting är bra som inte kan bli bättre.
2. Har du någonsin bidragit med ett riktigt bra förslag på ett möte, som till din besvikelse inte hängde med i protokollet och tappades bort? Visst var det tråkigt, men det är lätt att ändra på. När du skriver själv är det du som väljer vad som hamnar där.

3. Kanske viktigast av allt, utvecklar du din förmåga att sammanfatta, både dig själv och andra. Att koka ner ett samtal till det viktigaste. Detta kommer du att ha stor nytta av i ett flertal sammanhang, från patientmöten, medarbetarsamtal, undervisning, faktiskt även i fikaummet och i privatlivet.

4. Genom att tvinga dig till en (ofta rätt så) tråkig uppgift tränar du på att leda dig själv, en värdefull egenskap när du en vacker dag ska leda andra. Dessutom visar du för din omgivning att du inte räds tråkiga arbetsuppgifter och föregår med gott exempel.

Jag hoppas att du blev lite intresserad av det här synsättet på en stackars pappersprodukt som faktiskt förtjänar ett bättre rykte. Kanske är du till och med nyfiken på att pröva? Du kan ju alltid sluta om du inte trivs med det. I förlängningen kan det till och med bli så, att folk kommer att lyssna på dig mer och bättre. Eller så är det du som ändrat ditt sätt att kommunicera som bättre når fram, till följd av denna övning.

Mötet är slut och nästa tid ska bokas. Eller ska det? En kollega skruvar på sig och säger att det är så mycket möten redan, behövs detta verkligen? En vanligtvis vettig kommentar, som i det här specifika fallet faller platt som en pannkaka. Kollegan i fråga hade dykt upp för sent (kanske för att slippa skriva protokollet?) och inte deltagit speciellt mycket, rättare sagt varit ofokuserad emellanåt. Detta under ett möte som bjöd på konstruktiva samtal och erfarenhetsutbyten som angick alla inklusive honom, som kan underlätta det dagliga arbetet – förutsatt att man deltar, förstås. Men visst är livet inte rättvist och inte arbetslivet heller. Han kanske var trött och stressad den dagen. Men chef, det lär han inte bli.

Alessandra Hedlund
Psykiater
Stockholm

Om att anmäla



Foto: Shutterstock/Andrei Korzhyts

► Många av oss psykiatrer har säkert blivit "anmälda" ett antal gånger för misstänkta/begångna brister och fel i vår yrkesutövning. Numera är det IVO som i första hand uppmärksammas på brister i vården, och som kan anmäla till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN, om ärendet anses böra behandlas där. Förr blev man anmäld direkt till HSAN.

Jag har nog sluppit lindrigt undan eftersom jag blivit anmäld till HSAN endast en gång, någon gång i början av 1980-talet (jag blev specialist 1980). En patient som var missnöjd med sin medicinering och tyckte den gav biverkningar – som dock aldrig meddelades mig – anmälde mig. Efter en hel del pappersarbete och skriftväxling fick jag beskedet att man inte ansåg att jag brustit i min yrkesutövning. Det som framför allt fastnat i mitt minne är det epitete patienten genomgående gav mig, "slaktarpsykiatern", vilket kändes så inkongruent med min självbild att det nästan var komiskt. Men man kan reflektera över hur olika uppfattningar patienter och läkare kan ha, och att i detta fall hade jag misslyckats med att få patientens förtroende och uppnå samförstånd.

En annan gång, drygt 10 år senare, tyckte jag själv att jag misslyckades totalt i mitt arbete och att jag borde kunnat förhindra att den aktuella patienten begick självmord, ett ovanligt otäckt dessutom. Jag uppmanade de anhöriga att anmäla mig och instruerade dem i hur de skulle göra, men de vägrade bestämt och sade att de tyckte att jag gjort vad jag kunde och att jag redan "fått straff nog" genom att händelsen inträffat och den delaktighet i detta som jag kände. Här kan man kanske i stället tycka att jag ändå hade lyckats få en god kontakt, om än tyvärr inte med patienten så i alla fall med de anhöriga.

Att man skulle kunna anmäla sig själv föresvävade mig inte. Det gjorde det däremot en kollega, Hans Bendz, som någon gång på 1990-talet, när vi arbetade på samma mottagning, anmälde sig själv för försummelse. Försummelsen bestod i att han alltför länge dröjt med att se till att en verkningslös psykoterapi avslutades. Jag vill minnas att han fick ett något förbryllat svar, ungefär "vi kan inte förstå på vilket sätt ni anser er ha brustit i er yrkesutövning" och att det hela inte föranledde någon ytterligare åtgärd eller skriftväxling.

I det ovan beskrivna handlar det om anmälningar av fel och brister, och det är väl vad som oftast avses när man pratar om anmälningar och att bli anmäld. Men varför inte lika gärna tvärtom, också?

Jag tänker att det borde finnas ett forum för anmälningar av god vård och goda exempel, där både patienter, medarbetare och kollegor skulle kunna beskriva när man upplevt riktigt god kvalitet i den psykiatriska vården – när man fått "det lilla extra", det som varit över det förväntade vilket är det som kännetecknar god kvalitet. Det räcker inte med enbart avsaknad av brister, eller med följsamhet till rutiner och vårdprogram – vilket ofta anförts till försvar i anmälningsärenden, men som bara är en lägstanivå. Skulle inte ett sådant forum kunna finnas inom SPF, eller kanske en spalt i stil med "Dagens ros" i Svensk Psykiatri? Goda exempel är lärerika och kan bidra till reflektion och utveckling.

Lena Nylander
*Psykiater, med dr
Lund*

Anmälan - några reflektioner

► En anmälan kan innebära ett tillkännagivande som har en riktning och som också ofta rymmer en maktaspekt, makten att stödja någon eller att anklaga någon vilket kan leda till utredning och bedömning hos en dömande instans. Man kan bli anmäld till eller för något, man kan vara den som anmäler eller den som blir anmäld. Att bli anmäld eller anmäla sig till något positivt kan skapa framtida möjligheter. Att bli anmäld därför att man inte handlat korrekt i till exempel sitt yrke innebär problem. Frågor om anmälan kan rymma många aspekter och vara komplicerade.

Jag minns en märklig jourhändelse under min tid som vikarierande underläkare vid en psykiatrisk Stockholmsklinik. Två personer satt i väntrummet. Ett efternamn ropades upp, en av dem stegade raskt in i mottagningsrummet, slog sig ner och började ivrigt berätta medan partnern långsamt kom efter. Den första personen fortsatte med långa utläggningar angående partners tillkortakommanden, omöjlighet att sammanleva med på grund av märkliga psykiska symtom och aggressiva utbrott. Ibland hade handgemäng förekommit i hemmet. Efter en stund öppnade partnern sin mun och kom med motsvarande, till synes välunderbyggda anklagelser angående den första personen. Båda var inställda på att den andra borde polisanmälas eller hellre omhändertas av psykiatri, gärna genom inläggning eller på annat sätt. Jag ringde bakjouren, redogjorde för situationen. Han suckade, en akutinläggning föreföll inte vara nödvändig och att paret skulle polisanmäla varandra var knappast tillrådligt. Paret hänvisades till ett snart poliklinikbe-

sök och lät sig nöja med det. Uppenbart för mig var att den som tog sig först in genom dörren ville bli och kom också att bli betraktad som anhörig, den andra som patient. Det fortsatta förloppet i samtalet visade dock att rollfördelningen väl hade kunnat bedömas som det motsatta.

Jag minns också under tiden som kliniker hur risken att bli anmäld hela tiden fanns som ett orosmoln vid horisonten. Jag ställdes aldrig inför några avgörande svårigheter men kunde ju ändå ibland känna hur svårt det kunde vara att ta upp vissa frågor. Frågor som skulle kunna tänkas leda till någon slags anmälan, med oro för vad detta skulle göra för arbetsrelationen med patienten. Det kunde röra sig om frågor om kriminalitet, områden där patientens fantasi och verklighet flöt samman kring att skada sig själv och andra. I sådana lägen var klinisk handledning en avgörande hjälp. Nu för tiden är det allt viktigare att man dokumenterar och följer alla formella regler och riktlinjer vid behandlingar inom vården. Vid hanteringen av ett ärende tycks det vara viktigare att denna dokumentation varit korrekt snarare än frågan om åtgärden varit adekvat. Det förefaller som om IVO ibland tillämpar den principen, vid bedömningar av problematiska bältesläggningar och avskiljningar.

Inom familjeterapi med separerade föräldrar möter man inte sällan problem kring anmälan, då ofta i vårdnadstvister. Båda föräldrarna kan bedöma den andra som otillräcklig eller rent av skadlig som förälder och båda yrkar på enskild vårdnad. Inte sällan söker föräldrarna stöd hos terapeuten för sin uppfattning och stämningen i terapisessionen förvandlas till "rättssal" med



Foto: Shutterstock/shisu_ka

terapeuten som domare där barnens bästa kan förloras ur sikte. Familjer med psykosociala och ekonomiska svårigheter har rätt att få stöd av socialtjänsten. Familjers benägenhet att söka stöd kan kompliceras av att samma instans som kan ge stöd också har makt att omhänderta barnen. En orosanmälan innebär dock endast att socialtjänsten är skyldig att ta ställning till om en utredning ska göras.

En situation av betydelse både direkt och indirekt inom barnpsykiatri är våld i hemmet där barn antingen själva råkar illa ut eller får bevittna hur en familjemedlem blir misshandlad. Här har hanteringen av en polisanmälan stor betydelse. Om en kvinna blir misshandlad är det ofta hon själv som anmäler misshandeln till polisen men också att hon tar tillbaka sin anmälan. I hennes situation kan det vara svårt att hantera de blandade känslor som väcks av längtan efter frihet, skräck för våldsverkaren om en separation genomförs och medkänsla med denne om han betar sig ångerfullt och förkrossat. Det är väsentligt att man som behandlare inte låter sig dras in i ett försök till övertalning till en separation. För behandlaren kan detta vara svårt att undvika, då frestelsen kan vara stark. För att ett uppbrott ska fungera måste kvinnan själv komma fram till beslutet. En tendens till övertalning kan lätt finnas i den icke-verbala undertexten även om den inte finns uttalad.

Det är klart att den som utsätts för övergrepp ska få möjlighet till upprättelse och att den skyldige ska ha sitt straff. Men att göra polisanmälan och rättsak kan också innebära komplicerade, provocerande och ibland direkt traumatiska konsekven-

ser för brottsoffret. Detta gäller särskilt vid sexuella övergrepp mot barn och unga, där utredning och rättegång kan bli upp-slitande. Om en rättegång inte leder till fällande dom, vilket den inte alltid gör, blir det inte den upprättelse man räknat med. Om den anklagade blir fälld och dömd till fängelsestraff kan även detta utfall föranleda svåra familjekonflikter, något som brottsoffret ibland kan göras ansvarig för. Det krävs därför förståelse för brottsoffrets rädsla och vanda inför att göra polisanmälan. Detta är en problematik man som läkare kan bli indragen i.

Parallellt med att bedömningar och anmälningar görs i den yttre världen har vi alla en inre etisk kompass som också styr oss. Man kan kalla den för jagideal, överjag eller samvete. Vi ställer oss ständigt frågor som "gör jag rätt eller fel?". När vi till dessa instanser "anmäler" våra egna tillkortakommanden tycks vi benägna att ofta vara strängare mot oss själva än mot andra, speciellt mot våra vänner. Om man kopplar samman två teman i den kristna traditionen kan man tänka sig att man till slut kommer att göra en högaktfull anmälan och anhållan om tillträde hos Sankte Per som har nycklarna till himmelsrikets port. Han hänvisar då till Jesus som vid yttersta domen avgör om de sökande hör till fåren som får sitta på Guds högra sida eller till getterna som får sätta sig på den vänstra. En anmälan och bedömning som man kan bäva inför.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm



Foto: Shutterstock/Ilike

Anmälan om oro att ett barn far illa

► Socialtjänsten har en viktig roll för att barn och unga ska kunna växa upp under de trygga förhållanden som de har rätt till. Detta förutsätter att socialtjänsten får kännedom om barn som kan behöva skydd och hjälp i form av en orosanmälan. Man kan även behöva göra polisanmälan vid till exempel allvarliga brott.

Anmälningsskyldighet

Alla bör göra en orosanmälan men vissa, exempelvis hälso- och sjukvårdens personal, har en anmälningsskyldighet enligt socialtjänstlagens 14:e kapitel, 1 och 1 c §§ (1). Skyldigheten gäller oberoende av om den verksamhet man arbetar i riktar sig till barn eller inte. Man är alltså anmälningsskyldig även om man arbetar inom en verksamhet som enbart riktar sig till vuxna såsom vuxenpsykiatriska kliniker. Anmälningsskyldigheten är personlig och den kan inte överlämnas till någon annan. Den som har anmälningsskyldighet kan heller inte vara anonym i kontakten med socialtjänsten.

Att tänka på för yrkesverksamma när man är orolig för att ett barn far illa

Anmälan görs omgående om man i sin yrkesroll misstänker eller får kännedom om att barn kan fara illa. Handlar oron om bevitnat våld eller att barnet själv kan vara utsatt för våld finns det en möjlighet att göra en polisanmälan utan att man gör sig skyldig till sekretessbrott (2). Det har även införts en möjlighet för hälso- och sjukvårdspersonal att polisanmäla i syfte att förhindra att en person begår ett allvarligt brott mot en närstående som kan riskera personens liv och hälsa (3). Detta innebär att man inom hälso- och sjukvården kan göra en polisanmälan

både när det gäller misstanke om att ett brott har skett och när det gäller misstanke om att ett brott skulle kunna ske.

För att göra en orosanmälan behöver man inte vara säker på att barnet faktiskt far illa oavsett vad oron handlar om. Socialtjänsten avgör om ett barn har behov av skydd och/eller stöd. Gäller det en polisanmälan är det åklagarens roll i sin tur att ta ställning till om det finns tillräcklig bevisning för att styrka ett brott. Handlar oron om att barnet kan ha varit utsatt för våld så är det viktigt att detta tydligt framgår då socialtjänsten så fort de får kännedom om sådana uppgifter är skyldiga att omgående inleda en utredning.

Det kan kännas svårt att göra en orosanmälan. Många som arbetar med barn berättar att de kan tvivla på om deras misstankar verkligen stämmer. En del känner sig också rädda för att en anmälan till exempel kan leda till en försämrad relation till barnet eller omsorgspersonerna och/eller att det kan bli värre för barnet. Risken för att blir utsatt för hot och repressalier från barnets omsorgspersoner, familj och nätverk kan också bli avgörande för en del när de fattar beslut om de ska lämna in en orosanmälan eller inte. Då kan det vara viktigt att tänka på att även om alla yrkesverksamma har ett personligt ansvar att göra en anmälan, är barnets rätt till skydd, stöd och delaktighet en gemensam angelägenhet för hela verksamheten. Det är också viktigt att få stöd och hjälp av kollegor och arbetsledning för att känna sig trygg i situationen. Om man känner sig osäker, kan man även diskutera den aktuella situationen med socialtjänsten utan att röja barnets identitet. Syftet med en sådan konsultation är att man ska få vägledning och stöd i hur man

kan gå vidare med sin oro. Tänk på att det samtalet dock aldrig ersätter en anmälan.

Inom hälso- och sjukvården finns det krav på att ha fastställda rutiner för anmälningskyldigheten vad gäller ett barn som kan ha bevittnat våld eller själv vara utsatt för våld (4). Det är viktigt att ta reda på den egna verksamhetens rutiner.

Ska man prata med omsorgspersoner/vårdnadshavare?

I de flesta fall är det bra om anmälaren pratar med barnets vårdnadshavare om oron för barnet innan eller i samband med att man gör en orosanmälan. När oron handlar om misstanke om våld och den misstänkte är en närstående så bör man däremot inte prata med vårdnadshavarna om att man kommer att anmäla. När det gäller den typen av uppgifter så är det till och med så att socialtjänsten får vänta med att underrätta barnets vårdnadshavare (5). Detta beror på att vid misstänkt brott mot barn (enligt 3, 4 eller 6 kap. brottsbalken, eller lagen (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor) så bör socialtjänsten samråda med polis och åklagare innan barnets vårdnadshavare underrättas. Anledningen till detta är att om socialtjänsten gör en polisanmälan och åklagaren tar beslut om att inleda förundersökning så kan det vara av yttersta vikt att barnet kan förhöras utan att vårdnadshavarna fått någon information varken om anmälan eller att socialtjänsten inlett en utredning. Detta är för att förhindra en eventuell påverkan av barnets berättelse inför förhöret.

Vad händer efter en anmälan?

Man har enligt lagen rätt att få veta att en anmälan mottagits. Socialtjänsten får även informera den som gjort anmälan att utredning har inletts, inte har inletts eller redan pågår om det inte är olämpligt. Det kan även vara så att socialtjänsten tar kontakt med anmälaren om socialtjänsten behöver förtydliganden eller om socialtjänsten vill ha ett möte tillsammans med anmälaren och familjen.

Socialtjänsten ska alltid omgående inleda en utredning om det av en anmälan direkt framgår att ett barn har behov som kan föranleda insatser från socialtjänsten. Utredningen ska enligt lagen bedrivas skyndsamt och inte pågå längre än fyra månader om det inte finns särskilda skäl. När socialtjänsten får in en anmälan ska de även göra en skyddsbedömning för att snabbt kunna ta ställning till om barnet har ett behov av att skyddas (6).

Det kan vara bra att veta att man inte har rätt att ta del av annan övrig information gällande utredningen och eventuella insatser. Om vårdnadshavaren och barnet samtycker kan socialtjänsten dock lämna ut uppgifter om exempelvis ifall utredningen har avslutats och insatser beviljats.

Framkommer det nya uppgifter efter att man gjort en anmälan ska man göra en ny anmälan. Det är även viktigt att göra en ny anmälan om oron kvarstår efter den första utredningen.

Vad kan barnet få hjälp med?

Insatser från socialtjänsten kan till exempel handla om alltifrån att ett barn behöver skyddas och bo någon annanstans än

hemma till att barnet och föräldrarna får en samtalskontakt eller en familjebehandling medan barnet kan bo kvar i hemmet. Insatserna syftar alltid till att säkerställa att barnet får den hjälp och det stöd som barnet behöver för att kunna få sina behov tillgodosedda. Att få insatser från socialtjänsten framtar inte andra huvudmän sitt ansvar att ge olika former av stöd.

Maria Johansson

Socionom och utredare med ansvar för program Socialtjänst på Barnafriad

Anna Nelsson

Socionom och utredare på Barnafriad

Laura Korhonen

Professor i barn- och ungdomspsykiatri och centrumchef för Barnafriad

Nationellt kunskapscentrum Barnafriad, Linköpings universitet

Litteratur:

1. Socialstyrelsens handbok om att anmäla oro för barn Anmäla oro för barn – Stöd för anmälningskyldiga och andra anmälare (socialstyrelsen.se)
2. 10 kap. 18 a–24 §§ OSL
3. 10 kap. 18 c § OSL
4. 8 kap. 2 § SOSFS 2014:4
5. 11 kap. 2 § tredje stycket SoL
6. 11 kap. 1 och 1 a §§ SoL

Foto: Shutterstock/ Ilike

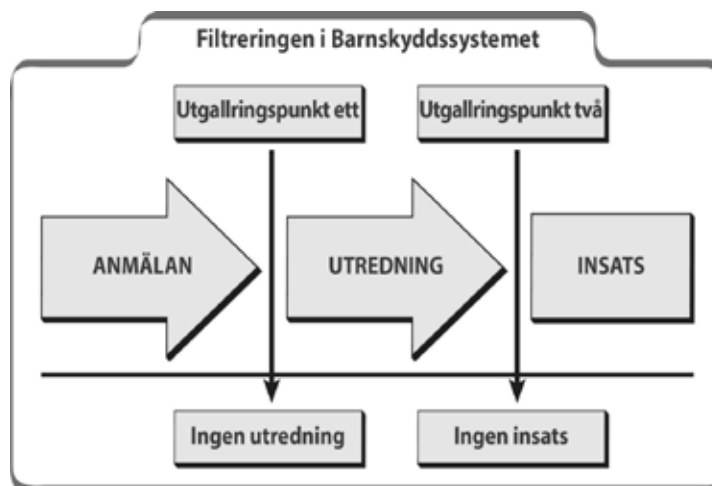
Faktaruta

Hur går man till väga med orosanmälan?

- En anmälan bör göras skriftligt till aktuell socialtjänst, på kommunens hemsida finns ofta information om kontaktuppgifter eller om kommunen har någon e-tjänst för anmälan. I brådskande fall kan anmälan göras muntligt för att lämnas in skriftligt i efterhand.
- Det ska framgå vilket barn det gäller.
- Det är bra om man berättar hur man fått till sig informationen.
- Innehålla en beskrivning av vad oron handlar om, gärna på ett så konkret och detaljerat sätt som möjligt.

Barns rätt till skydd - en bristande konstruktion

► I Sverige finns det en lagstiftning som syftar till att skydda barn från att fara illa. Barnskyddssystemet innefattar tre nivåer: *anmälan* enligt 14 kap. socialtjänstlagen, *utredning* enligt 11 kap. socialtjänstlagen samt *insatser* med stöd av lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (1990: 52). Skyddsnivåerna genererar två utgallringspunkter som sammantaget skapar en filtreringsprocess, se bild.



När det uppdagats att barn misshandlas, utsätts för sexuella övergrepp och/eller grav omsorgsbrist utan att bli identifierade eller det sker under det att barn befinner sig i samhällsvård uttrycker massmedia, allmänhet och professionella be- drövelse och ilska. Hur kan det vara möjligt? Då det faktiska arbetet med att utforma barnskyddssystemet är delegerat till de 290 kommunerna får den aktuella socialtjänsten oftast klä skott för kritiken. I mitt avhandlingsarbete (Cocozza, 2007) undersöktes hur barns behov av skydd är tillvaratagen inom socialvården. I studien framkom brister i själva konstruktionen av barnskyddssystemet. En del av dessa brister presenteras nedan mot bakgrund av analyser och kunskapsläget idag, samt med förslag till förändringar. En utförligare beskrivning finns i *Barn far illa – en analys av bristerna i samhällets familjebygge* (Cocozza, 2013).

Avsaknad av nationell statistik

I Sverige saknas nationell statistik över barnskyddssystemet. Vi vet inte hur många anmälningar som görs enligt 14 kap. SoL, vad som anmäls, vilka professionella som anmäler eller vilka anmälningar/utredningar som inte leder vidare vid de två utgallringspunkterna. Det innebär att filtreringen från anmälan till insats på nationell nivå inte går att följa. Konsekvensen av detta är att ett viktigt verktyg för att utvärdera barns skydd saknas. Vid några tillfällen har Socialstyrelsen undersökt om kommunerna för statistik på ett sätt som möjliggör en nationell sammanställning. De har då tvingats konstatera att det av olika skäl inte låter sig göras (exempelvis Socialstyrelsen, 1998; 2012; 2018). Motivet till att det inte går att föra nationell statistik över barnskyddssystemet är att det bedöms som alltför oetiskt att föra personnummerbaserad statistik avseende anmälningar (Socialstyrelsen, 2012). Det är således inte en teknisk fråga som hindrar införandet av nationell statistik utan en ideologisk blockering. Det faktum att kommunerna inte tillåts

föra personnummerbaserad statistik vad avser anmälningar, får flera negativa konsekvenser (Cocozza, 2007). En av dessa är att det endast manuellt går att ta reda på hur många anmälningar som filtreras ut vid första utgallringspunkten. En anmälan som filtreras ut ur barnskyddssystemet ska sättas in i pärmar, bland andra ärenden i kommunen som inte leder vidare till utredning (Socialstyrelsen 2011). En annan konsekvens av denna ordning är att om ett barn anmäls flera gånger under ett år och inte utreds, uppmärksammas inte detta per automatik.

Barns skydd som en social tjänst

Barnskyddssystemet är integrerat i socialtjänsten. Detta skedde i och med införandet av socialtjänstlagen år 1980. Frivillighet och service kom att bli centrala begrepp i socialvårdsreformen och då barns skydd integrerades i socialvården kom dessa begrepp även att gälla för barnskyddssystemet (Cocozza, 2013). Det är de 290 kommunerna som har att utverka skyddet till barn som far illa. Dessa skiljer sig avsevärt åt vad avser exempelvis ekonomi, area och population, skillnader som kommer att få avgörande betydelse för utformningen av barnskyddssystemet. Varje kommun har även egna regleringar, bestämmelser och organiserar barns skydd olika (Höjer, Sallnäs & Sjöblom, 2012).

Den socialpolitiska åtgärden att skydda barn från att fara illa kan dateras till år 1902 då lag om vanartade och i sedligt avseende försummade barn vann laga kraft. Trots att lagstiftningen på barnavårdens område reformerats vid flera tillfällen kvarstår avgörande hörnstenar i detta vanartsparadigm. Två betydande sådana är barnskyddssystemets koppling till socialt belastad grupp och definitionen av målgruppen för tvångsomhändertaganden. Lag om vanartade och i sedligt avseende försummade barn riktade sig till de fattiga, de ensamstående mödrarna och deras barn. De blev föremål för statens kontroll av hur de vär-

dade sina barn (Sundkvist, 1993). Denna ideologiska grund, i vilken barn som far illa kopplas till socialt belastade grupper kvarstår och är skälet till att barnskyddssystemet integrerats i socialtjänsten; socialtjänsten riktar sig till människor med sociala problem och är en socialt färgad myndighet.

Det finns minst två negativa konsekvenser med vanartsparadigmets samordning av socialt belastade grupper och barnskyddssystemet. Den ena är att människor som vänder sig till socialtjänsten med ansökan om hjälp (ex. kontaktperson eller kontaktfamilj) per automatik kommer att vända sig till professionella som utreder barns behov av skydd då 11 kap i socialtjänstlagen definierar alla utredningar som genomförs inom socialtjänsten. Det finns följaktligen inget specifikt barnavårdsutredningslagrum. Den ordningen löper stor risk att motverka själva syftet med socialtjänsten, dvs. att människor med sociala problem frivilligt ansöker om hjälp. En annan konsekvens av samordningen mellan socialt belastade grupper och barn som far illa är att barn som inte lever i familjer som definieras tillhöra socialtjänstens målgrupp får svårare att få skydd.

Avsaknad av barnskyddsutbildning

De lagar som reglerar barnskyddssystemet är till sin karaktär mål/ramlagar. De innehåller inte specifika metoder av hur skyddet till barn/ungdomar skall utformas. Den professionella nivån blir då betydelsefull för hur skyddet utformas i den sociala praktiken. Den professionella nivån regleras på följande sätt i SoL:

"Socialnämnden ska använda handläggare som har avlagt svensk socionomexamen eller annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan för utförande av sådana uppgifter inom socialtjänsten rörande barn och unga som innefattar

1. bedömning av om utredning ska inledas,
2. utredning och bedömning av behovet av insatser eller andra åtgärder, eller
3. uppföljning av beslutade insatser.

Socialnämnden ansvarar för att den handläggare som självständigt utför arbetsuppgifter som avses i andra stycket har tillräcklig erfarenhet för uppgiften."

Lag (2016:147)

Det innebär att lagstiftaren bedömt att det är socionomer som är bäst lämpade att utföra arbetet med barn som far illa och att varje socialnämnd får avgöra huruvida den professionelle har tillräckligt med erfarenhet. Socionomutbildningen är en yrkesexamen på grundnivå som innefattar 180 hp (3,5 år). Det är en generalistutbildning i vilken socionomer utbildas för verksamheter inom olika sociala områden exempelvis missbruksvård, ekonomiskt bistånd, skolor och äldreomsorgen. Nyutexaminerade socionomer kan inte förväntas vara utbildade för det specifika uppdraget att skydda barn som far illa. Detta till trots innebär denna ordning att en student efter gymnasium direkt kan påbörja socionomprogrammet och efter avslutad utbildning direkt anställas för att arbeta med barns skydd endast 23 år gammal. Det finns inga stopp på vägen utifrån den lagtext och den ordning som råder. I Länsstyrelsernas nationella granskning (Länsstyrelserna, 2008) av barn- och ungdomsvården fann man att det i flera län var stor omsättning av socialsekreterare inom myndighetsutövningen. Slutsatsen efter denna granskning var att risken kvarstod för att de som hanterar myndighetsutövningen inom barn- och ungdomsvården, är de med minst erfarenhet och de som saknar vidareutbildning.

Förslag till förändringar

Inför nationell statistik

För att ansvarig myndighet ska kunna utvärdera barnskyddssystemet bör det med enkelhet kunna gå att följa anmälningar och deras filtreringsprocess genom de tre skyddsnivåerna. På så sätt kan myndigheten exempelvis ha uppsikt över vilka professionella som anmäler, anmälningsorsakerna och om anmälningar som rör barn som far illa utreds. Det är högt tid att släppa den ideologiska blockeringen som förhindrar personnummerbaserad statistik vad avser anmälningar.

Konsekvensen av detta skulle då vara att alla barn som anmäls diarieförs med personnummer och i de fall anmälan inte leder till utredning, med ett motiv till bedömningen. Handlingen kommer sedan liksom övriga handlingar på socialtjänsten att vara sekretessbelagd. Det är en registrering som de flesta människor år 2022 skulle acceptera.

Tillskapa en barnskyddsmyndighet

Samhällets skydd till barn som far illa är ett specifikt politiskt uppdrag som innefattar ett frihetsberövande ingrepp. Det är inte rimligt att en myndighetsutövning av det slaget organiseras som en social tjänst och åläggs 290 kommuner. En central myndighet med specifikt uppdrag att skydda barn som far illa behöver tillskapas. Barnskyddsmyndigheten bör innehålla en central och flera regionala enheter. Den bör vara tvärvetenskaplig dvs. innehålla olika professioner som tillsammans kan utverka ett genomgripande skydd. Exempel på professionella som skulle kunna tänkas vara representerade är: vuxenpsykiatrer för att utreda och behandla föräldrar, barnpsykologer för att utreda och behandla barn och familjer, socionomer för att utreda och bedriva socialt arbete med barn och familjer, specifikt utbildade professionella för att tvångsomhänderta barn samt jurister.

Inför en barnskyddsutbildning

De professionella som arbetar med barns skydd behöver vara specialistutbildade. En specialistutbildning som saknas i utbildningsordningen idag. Socionomutbildningen och dess vetenskapliga bas, socialt arbete, är inte tillräcklig som kunskapsbank för arbetet med barns skydd. Barns skydd är ett åtagande som till sin grund är tvärvetenskapligt och en för arbetsuppgifterna avpassad utbildning behöver därför vara en påbyggnadsutbildning i vilken professionella från olika vetenskapliga discipliner rekryteras (Cocozza, 2013).

Barn som far illa är beroende av samhället för att erhålla skydd och nya uppväxtvillkor. Ett barnskyddssystem behöver därför vara rättssäkert och i största möjligaste mån garantera att barn som far illa, anmäls av professionella, identifieras och utreds av ansvarig myndighet och erbjuds nya och bättre livsvillkor i ett samhälleligt föräldraskap. Barn som far illa ska när samhället träder in garanteras uppväxtvillkor i vilka det inte längre far illa. Idag brister konstruktionen av barnskyddssystemet, på ett sätt som medför att den garantin alltför ofta inte infrias.

Madeleine Cocozza

Socionom, leg. psykoterapeut, med.dr. och författare.

Lektor vid Linköpings universitet

Detta är en sammanfattning av en längre text som tillsammans med referenser finns att läsa på vår hemsida

Risk att barn utsätts för fortsatt våld parallellt med behandling inom barn- och ungdomspsykiatri



Foto: Shutterstock/New Africa

► Psykisk ohälsa bland barn och unga är ett växande samhällsproblem som kan medföra ett allvarligt lidande och nedsatt livskvalité för de drabbade. Forskning visar tydligt att utsatthet för trauma så som våld, omsorgssvikt och övergrepp under barndomen innebär en ökad risk för utvecklandet av fysisk såväl som psykisk ohälsa. Även risken för missbruk, risktagande beteende och suicid ökar. Utöver det individuella lidande traumatisering orsakar samt upplevd oro hos närstående, medför det även stora samhällskostnader – på kort och lång sikt.

Mot bakgrund av detta är det angeläget att identifiera fungerande samhällsinsatser och att barn och ungdomspsykiatri (BUP) erbjuder effektiva behandlingsmetoder. Flera metoder visar goda resultat i minskade traumasymtom men långt ifrån alla barn blir hjälpta. Utvärderingar av behandling fokuserar traditionellt sett ofta på att mäta psykiatriska symtom, mer sällan är barnens upplevelser och åsikter i fokus. Benägenheten att inte fråga barnen är än större om de anses tillhöra en utsatt grupp. I förlängningen medför det att de barn som sannolikt

är i störst behov av behandling är de som i minst mån tillåts påverka hur den utformas.

Under början av 2010-talet genomfördes en kartläggning av hur många av de barn och unga som kom på nybesök till BUP som hade utsatts för våld i hemmet. Resultatet visade att hälften hade upplevt våld direkt riktat mot sig eller bevittnat våld i familjen, majoriteten hade erfarenhet av båda delarna. Utöver kartläggningen genomfördes även en behandlingsstudie med barn som upplevt våld i familjen. Resultaten som beskrivs nedan utgörs av en uppföljning där tretton av barnen från behandlingsstudien, fyra-fem år efter avslutat deltagande, intervjuats med fokus på hur de upplevt kontakten med BUP.

Tematisk analys mynnade i tre övergripande teman som berörde upplevelser kopplat till **hem och familj**, **skola och vänner** samt **socialtjänst och rättsväsende**. Genomgående framkom att deltagarna under tiden de haft kontakt med BUP fortsatt att vara utsatta inom många arenor.

Majoriteten beskrev att de känt sig älskade under uppväxten och att åtminstone en förälder eller annan vuxen alltid funnits

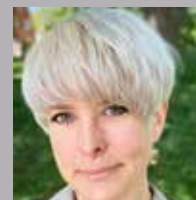
där för dem. Parallellt hade dock många hemsituation präglats av allvarliga konflikter, de hade själva bråkat mycket med en vuxen och/eller så hade vuxna i familjen bråkat med varandra. Samtliga föräldrar hade separerat men relationen hade ofta präglats av fortsatt negativitet, där föräldrar kunde baktala och ljuga om varandra inför barnen. Vissa beskrev att deras förälder försökt liera sig med dem gentemot den andre föräldern. Även om våldsutsattheten varit känd och socialtjänsten ibland hade varit inkopplad, hade relationen till förövande föräldrar ofta fortsatt att vara skrämmande och några hade valt att säga upp kontakten helt. Vissa levde under hot om att föräldern närsomhelst kunde dyka upp och bete sig illa, i hemmet, ute i samhället eller på nätet. Några av deltagarna berättade att de utsatts för sexuella övergrepp, vissa av släkt eller familjemedlemmar. Övergreppen hade i ett fall pågått under kontakten med BUP men där och då hade det känts omöjligt att berätta om det.

Skolan beskrevs av majoriteteten av deltagarna i övervägande negativa ordalag, många hade utsatts för mobbing och hade haft svårt att klara skolarbetet. Få upplevde att de fått stöd av skolpersonalen. Istället hade flera upplevt sig bli utpekade som problem, vilket medfört känslor av att vara avvikande. Ensamhet och känslor av annorlundaskap var vanligt och få hade berättat för någon annan om vad de gick igenom.

Kontakt med socialtjänsten och/eller rättsväsendet var vanliga erfarenheter, vilket många beskrev som skrämmande och förvirrande. Även om det fanns undantag beskrev majoriteteten att de upplevt sig osynliggjorda, att deras röster inte giltiggjorts.

Närpå hälften av den psykiska ohälsa som drabbar barn och unga har sitt ursprung i utsatthet för våld, övergrepp och omsorgssvikt under barndomen, en utsatthet som med rätt insatser går att förhindra. Barn som utsatts för familjevåld befinner sig i en komplex livssituation och ofta är flera aktörer involverade, vilket kan upplevas som förvirrande och stressfyllt. I studien beskrevs återkommande känslor av oro över situationen i familjen; ekonomin, föräldrars hälsa, syskons men även vänners mående. Utöver det var även skolan en källa till oro för många och en arena för fortsatt utsatthet. Insatser som enögt fokuserar på en aspekt av barnets liv; barnpsykiatriska symtom, skolprestationer eller föräldrars förmåga, riskerar att vara ineffektiva. I arbetet med att utforma metoder behöver behandlare ges tid och utrymme att utforska de många delar som påverkar barnet i familjen, hemmet, så väl som i skolan och tillsammans med vänner. Sannolikt hade ett förbättrat samarbete mellan sjukvård, socialtjänst, skola och rättsväsende kunnat göra skillnad, att föräldrar och barn erbjuds behandling och stöd – insatser som samordnas och kompletterar varandra.

Resultatet av studien pekar på betydelsen av att inte förutsätta att våld upphör bara för att det en gång avslöjats, tvärtom. Behandlare bör vara medvetna om att våldet riskerar att fortsätta, där kontinuerliga bedömningar av utsatthet samt utformandet av konkreta säkerhetsplaner kan vara ett sätt att öka tryggheten.



Marja Onsjö

*Leg psykolog, doktorand vid Psykologiska Institutionen,
Göteborgs universitet*

Foto: Privat



Jennifer Strand

Docent i psykologi, Göteborgs universitet

Foto: Privat



Ulf Axberg

*Leg psykolog, leg psykoterapeut, professor vid VID Specialized
University i Oslo*

Foto: Göran Olofsson

Texten är en sammanfattning av en vetenskaplig publikation på engelska som inklusive referenslista finns tillgänglig på vår hemsida <http://www.svenskpsykiatri.se/tidsskriften/>

Rådjuret

Anmäl en olycka

Bilar rullar genom disig kväll,
skyndar ta oss hem till nattens vila.
Plötsligt bromsar bilar, något fel?
Bilen står vid vägen stilla.

I slow motion rör vi oss förbi.
En bilförare med telefon i handen.
Motorstopp som drabbat denna bil?
Men så plötslig ser vi något annat.

Ett rådjur som sitter vid vägren,
lugn och verkar utan smärta.
Har han skadat sina snabba ben?
Vad är det som håller på att hända?

Vad är det du känner, lilla vän?
Tillitsfulla ögon tittar troget.
Ska du ställa dig och springa sen?
Gå tillbaka till frihet i skogen?

Eller vet du att ditt liv tar slut,
känner det och är förlägen.
Kommer livet sakta rinna ut...
Följt av bilarna på vägen.

Bilen tar oss förbi denna bild,
men den bilden dröjer på näthinna.
Dessa lugna ögon, denna blick...
Stannar kvar och vägrar att försvinna.



En bilförare stående vid vägren med mobiltelefon i handen som vill anmäla en vilt djursolycka. Bilden fastnade på min näthinna. Det skadade rådjuret som satt där oförstående inför sitt öde. Eller tvärtom – med insikt och acceptans för sin maktlöshet inför det. Frågor man ständigt brottas med i vårt arbete: våra patienters maktlöshet inför sin situation och vår sviktande förmåga att förändra den. Kanske orsakar vi i viss mån den själva. Är vi bilar passerande förbi? Är vi bilförare vid vägren som anmäler en olycka som han själv orsakat? Det behövs hjälp! Den saken är klar!

Lioudmila Mendoza
*Psykiater
Södertälje*



Foto: Shutterstock/LensWorld

Bekännelse

► För många år sedan, så pass många år att jag skulle kunna skylla på att jag var ung och dum, hade jag en tidsbegränsad anställning på en klinik där jag hoppades kunna göra fortsatt karriär.

En måndagsmorgon var jag ovanligt tidigt på jobbet. Korridoren låg tyst och öde, jag var först på plats. Efter att ha tagit av mig ytterkläderna på mitt rum fortsatte jag till fikarummet för att göra mig en kopp kaffe. Någon minut senare dök en senior kollega upp och vi började småprata om helgen som varit.

Hen var onykter. Inte dyngrak, inte plakat. Men tillräckligt förändrad för att jag skulle misstänka alkoholpåverkan.

Vad göra?

Fråga vederbörande själv? Men hur väl inlindat man än lyckas formulera en sådan fråga så är den naturliga responsen nog "Absolut inte!". Och vad har man då åstadkommit mer än att kollegan fortsättningsvis tycker illa om en?

Prata med vederbörandes chef? Ja, det borde jag ju. Men jag visste att kollegan och chefen hade arbetat tillsammans i många år och var goda vänner även privat.

Skulle min rapportering uppskattas? Knappast.
Skulle min iakttagelse bekräftas? Knappast.

Skulle min rapportering leda till att kollegan fick hjälp, om nu sådan behövdes? Knappast.

Skulle jag få fortsatt anställning? Knappast.

Skulle jag få goda referenser? Knappast.

Så tänkte jag då i alla fall.

Så jag sa inget. Inte till någon.

Jag räddade mitt eget skinn och föraktade mig själv.

Jag tror att en och annan läsare på ett eller annat sätt känner igen sig i historien.

Man är i beroendeställning, man upptäcker en oegentlighet.

Ska jag rapportera?

Kommer jag att bli trodd? Ord kommer att stå mot ord.

Kommer det hela bara att falla tillbaka på mig själv, blytungt?

Men, tänker nog den kloke läsaren nu, i första hand måste man ställa sig frågan: Kommer patienter att drabbas?

Jo, jag vet.

Tove Gunnarsson

*Psykiater
Stockholm*



Om LPT-malörer, IVO och rättvisan

Foto: Shutterstock/Fizkes

► Varför dessa rader?

Augusti 2018 kallades jag oväntat till förhör vid enheten för "Grova brott i Polisområde City" vilket blev inledningen på ett två månader långt debacle. För att inte eventuellt oinformerade kollegor ska trampa i samma fälla vill jag här förmedla några varningens ord. Av utrymmesskäl är artikeln kraftigt komprimerad; en utförligare redogörelse finns på www.svenskpsykiatri.se/tidsskriften/. Mitt centrala budskap är att IVO vid misstanke om tjänstefel har direktiv att rapportera vederbörande till polisen för "anmälan till åtal". Tjänstefel innebär att man "uppsåtligen eller av oaktsamhet vid myndighetsutövning genom handling eller underlåtenhet åsidosätter vad som gäller för uppgiften". Även om vårdgivaren och IVO letar förklaringar på systemnivå kan en anmälan alltså sluta illa för den enskilde.

Vad hände?

En marsdag 2017 är jag bakjour i beredskap med trettio minuters inställelsetid. Jag blir på hemvägen uppringd av en sjuksköterska om en patient som "är på LPT" och enligt hans bedömning i behov av omgående avskiljning p.g.a. "nakna tjurrusningar i korridoren". Jag har inte tillgång till kliniken digitala journalsystem men efter en kontrollfråga om patientens

LPT-status är jag övertygad om att patienten är intagen enligt 6b § LPT och beslutar om avskiljning.

Dagen efter uppträcks att avdelningen missat att enligt rutin tillkalla specialist för vårdintygssprövning och att grund för avskiljning enligt 20 § LPT således saknades. Patienten är fortfarande svårt sjuk och konverteras enligt 11 § LPT.

Kliniken gör utan min kännedom en internutredning som bifogas en anmälan enligt Lex Maria till SLSO:s cheffläkare som vidarebefordrar till IVO. "Bakjouren har vare sig i kommunikationen med avdelningspersonalen eller genom journalläsning tillräckligt noggrant klarlagt gällande vårdform innan beslut om tvångsåtgärder fattades" följs av "Identifierad orsak: Bakjour vinnlade sig inte om att i tillräcklig utsträckning säkerställa att patienten vårdades enligt LPT innan beslut om tvångsåtgärder fattades." Hur bakjouren förväntas säkerställa patientens vårdform när hen inte har tillgång till journalen är förstås den avgörande frågan men kommenteras inte vidare i utredningen.

IVO svarar åtta månader senare att kliniken vidtagit adekvata åtgärder för att minska risken för ett uppreparande, men IVO har anmält mig till polisen "för åtal" med åberopande av direktivet "Om hälso- och sjukvårdspersonal är skäligen misstänkt för att i yrkesutövningen ha begått ett brott för vilket fängelse är föreskrivet, ska Inspektionen för vård och omsorg, om inte annat följer av 9 kap. 17 § göra anmälan till åtal."

Ytterligare sju månader senare kallas jag till förhör vid enheten för "Grova brott i Polisområde City". Skärrad börjar jag frentiskt jaga information och juridiskt bistånd för att försöka undkomma åtal. Fängelsestraff finns i straffskalan, men mer troligt är dagsböter motsvarande en dryg månadslön. Jag nekas att förbereda mig genom att ta del av mina journalanteckningar från vårdtillfället då jag inte längre deltar i vården, således är jag hänvisad till en nitton månader gammal minnesbild från ett hektiskt bakjournsdygn. Parodiska kontakter med en arrogant utredare som inte besvarar ett enda mejl följs av ett förhör där det blir uppenbart att förhørsledaren inte är insatt i slutenvårdspsykiatri och bakjourens arbetsförhållanden. Efter två omtumlande månader läggs förundersökningen ner i brist på bevis. Kliniken har trots skrivet förslag från mig ännu ingen skriftlig rutin för hur denna situation ska hanteras.

Vad jag lärde mig

Det visade sig svårt att få den hjälp jag efterfrågade. Läkarförbundet nekade trots 35 års medlemskap all hjälp då misstanke om brott enligt Brottbalken förelåg. Folksam nekade av samma anledning; inte ens maximal hem-, ansvars- eller yrkesförsäkring berättigade till hjälp. Arbetsgivaren avböjde att tillhandahålla juridiskt bistånd med hänvisning till att de måste stå neutrala i en konflikt. Via rättsväsendet erhöll jag en i sjukvårdsfrågor synnerligen oinformerad jurist som jag skulle få bekosta själv om jag blev fälld.

Min kraftiga reaktion ser jag nu i ljuset av att jag var så oförberedd på att detta kunde inträffa. Jag lyckades något så när hålla min inre rättshaverist i schack men kastade bort en massa tid och energi till ingen nytta. Eftersom livet är kort och världen lär fortsätta vara galen skulle jag om jag blev anmäld idag slösa minimalt med krut på idiotin och använda min tid till något roligare.

På pluskontot landar allt stöd jag fick från vår chefsöverläkare och andra omtänksamma kollegor vid kliniken.

Några förslag till kollegorna

- LPT innebär myndighetsutövning. Misstag kan falla under allmänt åtal med avsevärda personliga konsekvenser. Oavsett vem som gör fel är det läkaren som sträls till svars. Var därför maximalt omsorgsfull i hanteringen. Lita inte på andrahandsuppgifter utan läs själv!
- Läs på om regelverket gällande myndighetsutövning, ämbetsmannans ansvar och tjänstefel.
- Du har rätt till instruktion om hur du ska utföra arbetet. Begär därför av din klinik tydliga rutiner för vanligt förekommande situationer och dilemman.

- Om du blir anmäld så skaffa dig både mänskligt och juridiskt stöd. Överväg att teckna en privat försäkring som täcker dina kostnader för juridisk hjälp vid brottmål.
- Läs min utförligare redogörelse www.svenskpsykiatri.se/tidsskriften/. Den innehåller mycket matnyttigt som jag här behövt utelämna.



Michael Rangne
Specialist i psykiatri
Stockholm
mrangne@gmail.com

Foto: Sverker Buhlin

Tidigare bidrag om att bli polisanmäld

På sidan 36 i nr 1/2018 publicerade vi en artikel av kollegan Cecilia Mattisson, **Äkta kärlek och juridik**, där hon beskrev händelseförloppet med IVO och polis efter att ha missat en ansökan om LPT-förlängning.

Om du inte har tillgång till papperstidsskriften så hittar du artikeln på <http://www.svenskpsykiatri.se/tidsskriften/>

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



Foto: Shutterstock/Standret

Könets inverkan på diagnostik och behandling – något som borde anmälas?

► Enligt en rapport från Folkhälsomyndigheten 2018 har psykisk hälsa gradvis försämrats 1985 – 2018. Störst försämring redovisas hos 15-åriga flickor, från 30 % till 60 %.

Många ungdomar som söker för ”psykisk ohälsa”, ofta ångest eller depressivitet, får erbjudande om ”bred neuropsykiatrisk utredning”. Frågeställningen brukar vara ADHD/ADD eller autism, som antas kunna vara orsak eller bidra till symtomen. Allt oftare blir flickor med tydlig ångest och depressivitet hänvisade till dessa utredningar. Mera sällan misstänker man att symtomen skulle kunna orsakas av vanligare problem, som en

diskrepans mellan intellektuell funktionsnivå och krav som ställs av omgivningen. I ovan nämnda rapport påtalas att försämringen av psykisk hälsa sammanfaller med förändringar i den svenska skolan, innebärande att såväl hög- som lågpresterande elevers behov blir dåligt tillgodosedda.

Väntetiden för dessa utredningar är minst 6 månader, ofta mer än ett år. När patienten ställts på väntelista verkar det av oförklarlig anledning inte möjligt att sätta in behandling för de symtom som ungdomen sökt hjälp för förrän den särskilda utredningen är slutförd – trots att en ADHD- eller autismdiagnos inte innebär någon annorlunda behandling av t.ex. samtidiga depressionssymtom.

Många flickor som på detta sätt kommer till utredning uppvisar ett antal symtom. De mest uppenbara är generell ångest, depressivitet, social fobi, prestationsångest och skolleda. I denna symtomflora ska utredarna ta reda på om det kan finnas en utvecklingsrelaterad störning. Inte så sällan har symtomen förvärrats under väntetiden. Inte bara sunt förnuft utan även forskning visar att det är negativt och ofta t.o.m. destruktivt att stå på väntelista.

Att autism kan finnas hos normalbegåvade pojkar är välbekant sedan länge. Men i vilken omfattning flickor skulle kunna ha samma störning har varit mera osäkert. Pojkarnas "välkända symtom", ofta stereotypt beskrivna som introversion och oförmåga till blickkontakt, upptagenhet av tabeller och liknande intressen, högtravande egendomligt språk och starkt rutinberoende har mindre ofta iakttagits hos flickor. I de flesta material är det betydligt fler pojkar/män än flickor/kvinnor som fått autismdiagnos, särskilt när det gäller normalbegåvade. Att det finns en könsskillnad i frekvens av diagnostiserad autism har uppfattats som tydande på att autism är underdiagnostiserad hos kvinnor, och att detta i sin tur beror på att symtomen varierar beroende på kön. När det gäller andra diagnoser, psykiatriska såväl som somatiska, finns också könsskillnader, men när det gäller de flesta somatiska diagnoser finns mätbara, objektiva kriterier för diagnos. Så är inte fallet när det gäller psykiatriska diagnoser, t.ex. autism. Olika diffusa beskrivningar av autism hos kvinnor har diskuterats de senaste 10 åren. Många verkar mena att även mycket få och milda symtom, som sannolikt är tämligen vanliga i befolkningen, skulle kunna betraktas som autistiska när de förekommer hos flickor/kvinnor.

Ofta behöver utredarna leta intensivt och länge för att "hittra" symtom som man med stor generositet skulle kunna kalla autistiska. För att ändå kunna hävda att det handlar om autism har en hypotes formulerats om att flickor med autism har lärt in en förmåga att "kamouflera" sina brister avseende social/kommunikativ kompetens. Enligt hypotesen har man lärt sig genom att studera jämnårigas beteenden. Detta förutsätter förmåga att sätta sig in i hur andra fungerar, samt att flexibelt kunna anpassa sitt beteende så att andra inte märker att man inte kan just detta. Dessa förmågor ("theory of mind") har i många studier visats vara nedsatta vid autism. Är det då verkligen autism det handlar om, är det något annat – eller är det den normala socialiseringsprocessen, dvs. att unga personer iakttar, lär av och imiterar sin omgivning? Hur kan det komma sig att förmågan att "kamouflera" inte verkar finnas hos pojkarna? Finns det ett behov utifrån rättvisekrav/jämställdhet av att flickor också måste kunna få bli diagnostiserade med just autism? Hur vet vi att det inte skulle kunna vara en ojämn könsfördelning? Varför behöver man LSS-insatser och habilitering om man inte har märkbara symtom? Habiliteringen erbjuder inte psykiatrisk vård, och på BUP finns risk för att man menar att alla symtom "beror på" autismen. Den unga patienten hamnar mellan stolarna och får inte den psykiatriska vård hon behöver. Habiliteringen får ta ansvar för "autismsymtomen" – som inte märks.

Vi behöver en diskussion om hur vi ska definiera autism, särskilt när vi inte känner igen symtomen hos flickor/kvinnor

som lider (i ordets rätta bemärkelse) av psykiska besvär/sjukdom. Det handlar inte bara om en osäkerhet kring vilka bedömningar vi gör avseende flickor med psykiska besvär. Dessa flickor får också vänta orimligt lång tid på behandling för de symtom de ursprungligen sökte BUP för.

Vi behöver en diskussion om ifall autism kan se ut nästan hur som helst – om flickor/kvinnor kan ha autism utan att det märks, och i så fall varför detta inte också gäller pojkar/män. Ibland liknar diskussionerna om "kamouflage" gamla tiders diskussioner kring det som kallades neuroser – hade bedömare bestämt sig för att patienten var "neurotisk" så kunde t.ex. ett motsatt beteende förklaras med försvarsmekanismen reaktionsbildning osv.

En fråga som också måste belysas är bristen på samordning mellan behandlande instanser. Som det är nu ansvarar habiliteringen för behandling/insatser avseende funktionsnedsättning – en autism och psykiatrisk mottagning för behandling/insatser när det gäller psykisk sjukdom och psykiska besvär – och aldrig mötas de två!

Det ska inte vara så att patienten måste passa in i vårdsystemet för att få hjälp. Hjälpens måste anpassas/samordnas efter patientens behov av stöd och behandling, och utan onödiga dröjsmål och väntelistor. Vi tror också att en bättre anpassning och samordning skulle leda till en mera rimlig och patientvänlig diagnostik. Den diagnostiska förvirringen och bristen på samordning drabbar idag många, och utifrån vår erfarenhet särskilt flickor/kvinnor. Är detta en form av könsdiskriminering?

Nils Haglund
Leg psykolog, dr med vet, Lund

Lena Nylander
Psykiater, med dr, Lund

Förlustanmälan



► Jag vill på detta sätt i Tidskriften anmäla förlust av en kollega. Det tycks annars inte finnas någonstans man kan vända sig i denna fråga, men genom att dela förlusten med andra kolleger kan den kanske bli delad gemensamt.

Första gången jag stötte på Ing-Marie Wieselgren var på Nordiska Psykiaterkongressen i Trondheim 1997. Det var den första kongress jag var på och jag var helt uppfylld av att möta äldre kolleger jag läst artiklar av och ta del av det vetenskapliga och kulturella programmet. Den enda jag särskilt minns av övriga kolleger som då inte var kända av mig är Ing-Marie. Jag tror hon haft en punkt på programmet och hennes stolta överläkare Frits-Axel Wiesel spådde henne en lysande framtid. Jag minns henne från kongressmiddagen där hon var lugn och glad och vänlig. Detta trots att hon hade med sig sin 3-månadarsbebis. Jag var imponerad.

Sedan såg vi Ing-Marie i olika paneler under årens lopp, senast på Psykiatrikongressen i våras i rollen som samordnare för psykiatrin. Jag växlade några ord med henne om att beroendesjukdomarna nu skulle få samma huvudman som övrig psykiatri och vi ansåg båda två att det var på tiden.

På kvällen 6/7 ringde min dotter strax före klockan 23. Jag förstod att det var något som hänt då hon ringde så sent, hon lät skakig på rösten och väldigt berörd. Hon berättade att hon just fått reda på att den dödade kvinnan i Visby var Ing-Marie Wieselgren och undrade om jag kände henne. Jag svarade att

alla vi psykiatrer kände till henne. Min dotter skulle som journalist ha intervjuat Ing-Marie om planeringen för traumatiserade flyktingar från Ukraina samma dag, då det ingick i hennes arbete som samordnare. De skulle hörts av på telefon halv fem, men de fick ingen kontakt vilket min dotter tyckt var konstigt. Vi pratade lite till om det som hänt innan vi avslutade.

Jag fylldes efteråt av en stark känsla av meningslöshet, överklighet och sorg över den förlust som drabbat hennes familj och psykiatrin. En som jag såg det vänlig, ambitiös och rättskaffens kollega var borta.

För att slutligen citera en annan humanist, Antoine de Saint-Exupéry som i "Kamrater på en irrande planet" skriver:

"... Men en dag förstår vi att vi aldrig mer ska få höra det glada skrattet från en kamrat, vi förstår att trädgården för evigt är tillsluten. Det är då den verkliga sorgen drabbar oss. Men den är inte översiggiven, bara en smula bitter. För inget kan någonsin ersätta en kamrat som gått bort. Man kan inte skaffa sig gamla vänner..."

Cecilia Gotby
Överläkare BUP, leg. psykoterapeut
Stockholm

ANNONS

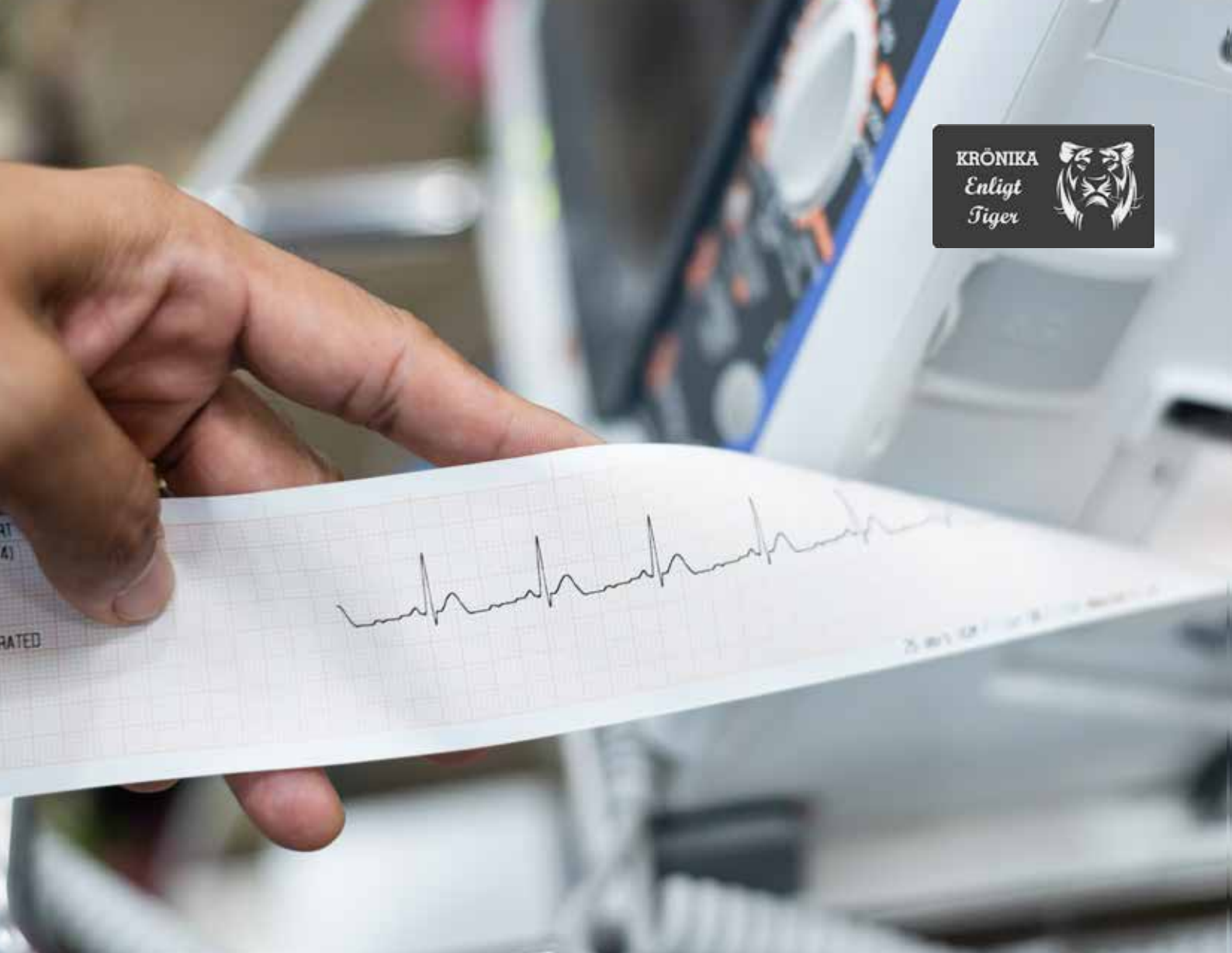


Foto: Shutterstock/Komsan Loonprom

Konsten att söka vård

► Man kan parafrasera Aristoteles yttrande om ilska: vem som helst kan söka vård – det är lätt. Men att söka vård vid rätt tillfälle, av rätt anledning och på rätt sätt – det är inte lätt. Med alla hinder för att tänka klart kring den egna hälsan blir det lätt så att vi söker antingen för mycket eller för lite vård.

För den som har långt till sjukhus och som är van att vädra ut vart symtom uppstår lätt patient's delay, att man inte söker vård i tid. Min vän berättade om en patient som han hade stött på under AT-tjänstgöring, där patienten sökte för ansträngningskorrelerad dyspné. Patienten berättade att han dagen innan hade haft ett infernaliskt tryck över bröstet och nu fick han svårt med andningen när han skulle gå i trappor. En annan patient hamnade i fällan att han inte hade tid att vara sjuk. Patienten, en man mitt i livet, drabbades av bröstsmärta under den första sårbara dagen av semestern, på E4:an söderut. Efter några timmars ojämn kamp och efter insisterande från hustrun sökte han slutligen närmaste akutmottagning. Påföljande dag hade han Q-vågor över stora delar av EKG:t och han hade från en dag till en annan gått från att vara frisk till att bli hjärtinvalid. Även om vi i psykiatrien nog har respekt för nyttillkommen bröstsmärta som symtom finns risk att vi missar somatiska orsaker, då vi primärt har glasögon för patientens psykiska tillstånd. En kardiolog jag känner sa att han hade hittat ett

tio totala hjärtinfarkter under det år som han vikarierade på psykiatriakuten. Den psykiatriska patienten söker av gammal vana vård där hen brukar och då en hjärtinfarkt kan gå med bröstsmärta och ångest, kan den föra patienten till psykiatri.

Vidare kan patienten inte alltid tala för sig och vid eventuell förvrängd verklighetsuppfattning finns risken att patienten inte blir tagen på allvar. En av mina patienter konstaterade torrt att en benbit hade smugit sig på under natten och kilat in sig i höften. Samma patient brukade insistera på att hon hade en dalahäst i halsen och en decimeterstor rospigg i buken. Denna gång kvarstod dock det faktum att patienten hade svårt att gå, till och med till rökrummet. När vi efter en logistisk tour de force fick till en röntgenundersökning kunde man se att patienten hade en bäckenfraktur. En annan schizofrenipatient drabbades av en liknande språkförbistring när han efter att ha stört grannarna med nattliga skrik intogs enligt LPT. Vi tänkte att patientens psykossjukdom hade blossat upp på grund av utebliven neuroleptikamedicinering. Väl inne på rummet kunde vi dock konstatera att patienten var gul som en kanariefågel. Hans ikterus berodde på en koledokussten, vilken också förklarade hans skrik, som var av smärta. När stenen väl hade avlägsnats kunde LPT avskrivas och patienten så småningom skrivas ut i sitt habitualtillstånd, utan psykiatrisk intervention.

Även inom psykiatri kan det dröja innan patienten kommer till vård. I psykosvården är det många gånger omgivningen som ser att det är dags att lägga in patienten. Vid affektiv sjukdom söker patienten i större utsträckning själv, och vid tecken på mani kan patienten göra det, fram till en viss gräns, när patienten går till våders i sin förhöjda grundstämning. Jag minns en patient som kom direkt från en psykiatrisk öppenvårdsmottagning med ett vårdintyg för en manisk episod. Hon var propert klädd med pressveck och hade varit på arbetet tidigare under dagen. Patientens hade sovvit dåligt och jag märkte av en viss anspänning, men hon var inte uppenbart sjuk. Ett par timmar senare låg hon dock i bältesäng, i ett fulminant maniskt tillstånd. Vid depression kan det också brådska med vård, i synnerhet vid självmordsrisk. Vi hade tät kontakt med en deprimerad man som inte ville läggas in. På en given signal skickade vi hem en polispatrull som tog ned patienten från en snara över köksbordet. Denna gång togs han in enligt LPT. Hans depression behandlades enligt konstens regler och han blev återställd och tacksam över att han hade tvångsvårdats.

Det som gör det svårt att söka vård är att det inte alltid är rätt att göra det. Varje intervention inom sjukvården är behäftad med risk. Även en till synes oskyldig behandling som psykoterapi kan ha biverkningar. Vi är också psykologiskt påverkbara och det är lätt att ängsligt observera bruset från kroppen som symtom eller hamna i en sjukroll. En patient som var fullt arbetsför gick i psykoanalys i fem år. När behandlingen avslutades inleddes istället

en episk överkonsumtion av sjukvård. Patienten sökte dagligen akuten, både den somatiska och den psykiatriska. Till sist lade man upp ett schema där olika vårdavdelningar turades om att ha patienten inlagd där. Den berömda neurologen Charcots favoritpatient Blanche slutade ha sina spektakulära dissociativa anfall när Charcot dog. En särskild risk föreligger vid somatisering. På en psykiatrisk vårdavdelning träffade jag en patient som ville ta livet av sig för att han var trött på sin stomi. Han hade opererats 17 gånger i buken. Vid första operationen fanns inga objektiva hållpunkter för patologi, bara en insisterande patient som upplevde att något var fel i buken. Efterföljande operationer var för att hantera komplikationer av den första. Ända in i den psykiatriska vårdavdelningen var patienten upptagen vid det kroppsliga och han hade som tur var en klok gastroenterolog som förstod att inte vårdskada honom ytterligare, sitt stora lidande och vårdhaveristiska beteende till trots.

Vid oro för sjukdom kan ett välriktat lugnande besked göra hela skillnaden. I Liverpool stötte jag på en patient som hade överkonsumerat vård, med turer till akutmottagningen varje vecka för en klumpkänsla i halsen. Hon var väl undersökt, men inte lugnad. En erfaren öron-näsa-hals-läkare satte sig till slut ned med patienten och förklarade för henne vilka undersökningar som hade gjorts för att utesluta allvarlig sjukdom och att hennes symtom var vanliga och i någon mening fysiologiska. Efter det samtalet slutade hon söka akuten för sina symtom och gick tacksamt på glesa besök hos sin doktor.

Det är dock inte bara en konst att söka vård, det är också svårt att bedriva vård. Redan de gamla grekerna visste detta. Hippokrates lär ha sagt om läkekonsten: "Livet är kort, konsten är lång, rätta tillfället flyktigt, omdömet svårt".

Mikael Tiger
*Psykiater
Stockholm*



Ing-Marie – kollega, ledare och vän

► Ing-Marie var vår kollega, ledare och vän. Hon sa ofta att det fanns oceaner av tid, med glimten i ögat inför en stundande deadline eller lite rufsigt i håret precis i tid för nästa möte. Nu finns inte längre oceaner av tid tillsammans och att fortsätta vårt gemensamma arbete är både svårt och jobbigt – men kanske viktigare än någonsin.

Ingen av oss i Ing-Maries team för Uppdrag Psykisk Hälsa på Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, kommer glömma vad vi gjorde eller var vi befann oss när den fruktansvärda nyheten kom den 6 juli. Ett par av oss väntade på henne i Almedalen, beredda att med publik och panel prata om ”Stegvisa insatser efter behov” och frågan ”Kan vi rädda alla ungar?”.

Några meter nedåt gatan fick vi höra att en kvinna hade skadats och delar av publiken kom chockade in på gården där våra seminarier skulle hållas. Då visste vi inte vem som råkat illa ut, men det gick inte att nå Ing-Marie som skulle moderera. Kanske hade hon stannat och hjälpt till, som den goda person och läkare hon var? Vi höll våra två seminarier medan oron växte sig större i magen, Ing-Marie dök inte upp.

Resten är en sorglig historia och under de kommande timmarna, dagarna och veckorna kastades vi in i ett intensivt krisläge och krisarbete. Överkligt för oss alla och särskilt orättfärdigt att den

kvinna som alltid kämpade för att förebygga psykisk ohälsa, utanförskap och destruktivitet attackeras.

Ing-Marie brukade säga att ”man agerar sig ur kriser”. Vi jobbar på för att hålla det viktiga arbetet igång varje dag och fortsätta det i hennes anda.

”Det är inte svårt – bara jobbigt!”

Ing-Marie uppmuntrade alltid sina medarbetare att vara kreativa, gå utanför boxen och omsätta idéer till handling. Hon backade alltid upp och gick något inte som tänkt var det bara att hitta nya vägar och ”på t igen”, som hon brukade säga. Ing-Marie stod stadigt på samhällets mest utsatta sida, både i sitt uppdrag på SKR och i sitt kliniska arbete på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Hon hade sedan hon skrev sin avhandling om schizofreni ett starkt engagemang för de svårast sjuka och deras familjer. Under många år var hon registerhållare för kvalitetsregistret PsykosR och engagerade sig för kunskapsutveckling och uppföljning inom den specialiserade psykiatri. Hon spelade även en stor roll för läkarnas specialistutbildning i psykiatri. Efter årets Almedalsvecka skulle hon, som vanligt, ha arbetat ett par veckor som sommarvikarie- rande överläkare inom psykiatri.

Några av Ing-Maries hjärtefrågor:

- Att alla har rätt **att utifrån sina förutsättningar utvecklas** så långt det är möjligt är avgörande för ett hållbart samhälle. Sociala investeringar kan vara en väg att mobilisera resurser för det främjande och förebyggande arbetet.
- Att vi **tidigt upptäcker barn och unga** som inte mår bra. Det är lättare att hjälpa tidigt innan problemen blivit för stora. Genom utveckling av första linjen kan insatser göras tidigt.
- Verksamheter ska kunna **samverka och samordna** sina insatser. Regler och lagstiftning måste harmoniseras för att det ska fungera på riktigt. Helhetsperspektiv med människan i centrum ska genomsyra samhällets insatser. Ingen som söker hjälp ska behöva falla mellan stolarna. Alla samhällsaktörer har ett ansvar.
- Att de som får hjälp också ska få vara med och **påverka**. Brukare, patienter, ung som gammal, anhöriga och civilsamhället behöver mer inflytande. Vi måste arbeta tillsammans.

Låter det omöjligt? Ing-Marie skulle ha sagt "det är inte svårt – bara jobbigt!". Ofta med tillägget "Vi vet ju vad som ska göras – nu ska vi bara göra det också".

En Kraftsamling med huskurer och ABC

När Ing-Marie bestämde sig för att åstadkomma något blev det ofta verklighet. I början av 2019 tog hon initiativ till att SKR skulle vara navet för en ny, nationell kraftsamling för psykisk hälsa. Hon jämförde satsningen med hur samhället ställt om i kampen mot den kroppsliga ohälsan i början av förra seklet. Nu behöver samma resa göras för den psykiska hälsan. Alla aktörer måste upp på banan samtidigt i breda nya samarbeten. Utgångspunkten är att psykisk hälsa berör alla och att lösningar därför måste vara breda och inkludera hela samhället.

Inom ramen för *Kraftsamling för psykisk hälsa* har huskurer för psykisk hälsa tagits fram och flera nätverk bildats. SKR stöttar arbetet och Kraftsamlingen lever i olika delarenor och teman. Hundratals människor och organisationer deltar. Kraftsamlingen är öppen för medverkan från alla aktörer – offentliga, privata och från civilsamhället.

Kraftsamlingens tre arbetsområden:

- Ett mer hälsofrämjande samhälle och levnadsätt
- Individer rustade för att nå sin fulla potential och välmående
- Hållbara stöd till dem som behöver

I sorgen påminns vi om att Ing-Marie var den som i mångt och mycket lärt oss att hantera sorg och kriser. Hon skulle ha varit det bästa stödet i en svår situation, såsom denna. På sätt och vis är hon det fortfarande och ett av råden är: *"ABC för svåra stunder; hålla igång rutinerna, ta hand om varandra och gräva sig igenom skiten med små, små teskedar åt gången."*

Ing-Marie följde sitt hjärta och sin framtidstro. Trots osäkerhet och ofta kortsiktiga budgetar gav hon inte vika. Med blicken riktad framåt och med envishet och ihärdighet som vapen. Hon var en väldigt upptagen och efterfrågad person, men hade ändå alltid tid för oss alla i teamet.

Vi gräver nu gemensamt envist vidare.

Älskad och kontroversiell – en lojal rebell

Att enbart beskriva Ing-Maries formella uppdrag på SKR skulle kännas torftigt och inte göra henne rättvisa, därför blir den här texten ganska personlig. Grunden för Uppdrag Psykisk Hälsa är överenskommelser med regeringen, ett vardagligt samarbete med myndigheter, regioner, kommuner och många andra aktörer. Utbildningar och seminarier. Stora internationella konferenser eller ett mer intimt, webbsänt samtal om existentiell hälsa. Inget var främmande och allt lika viktigt. I SKR:s kontext och med både medlemmarnas, patienternas och anhörigas situation för ögonen lyckades Ing-Marie hitta vägar för att verkligen göra skillnad.

Ing-Marie var en stark röst för dem som inte orkade själva. Den som gav hopp i de rum hon intog med ettrig iver, som väckte vilja i dem hon mötte med stadig blick och progressivt förstånd. Okonstlad, självklar och väldigt närvarande.

Ing-Marie var den som aldrig duckade, som gav det minsta utrymme och det största en enkel förklaring. Den som visade att utan att kämpa byggs inga broar och rivs inga murar. Att inget händer om ingen vågar göra. Ing-Marie hade ett sätt att med hela sin person visa vägen framåt i det svåra och i det enkla visade hon storheten.

SKR och vi i teamet behöver behålla glöden och hitta tillbaka till gnistan. Vi kommer att bevara Ing-Maries minne, men också hitta nya vägar framåt. Tillsammans kommer vi också att hitta tillbaka till skrattet igen, så småningom.

Medarbetarna i teamet Uppdrag Psykisk Hälsa, SKR

Anders Printz, Anna Jonsson, Anna Östbom, Cecilia Moore, Ellinor Holm, Fredrik Lindencrona, Helena Orrevad, Henrik Tunér, Ingela Larsen, Jonas Boutani Werner, Karin Lindström, Linda Rydberg, Linnea Adebjörk, Lisa Minell, Louise Kimby, Malin Vallentin Harman, Maria Svernehem, Martin Rödhölm, Mikael Malm, Ola Winqvist, Sofie Johansson, Susanne Nordling, Viveca Axelsson och Zophia Mellgren

Länkar

Uppdrag Psykisk Hälsa

<https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/>

Kraftsamling för psykisk hälsa <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/psykiskhalsa/kraftsamlingforpsykiskhalsa.28676.html>



Så minns vi Ing-Marie Wieselgren

► Kanske mordet på Ing-Marie Wieselgren blir en sådan händelse där man för evigt kommer komma ihåg var man befann sig och vad man gjorde när man nåddes av budskapet. Vissa händelser skakar om en mer än andra! Det dröjde inte länge innan vi fick veta att förövaren var en ung man med psykiska problem och att det hela var planlagt. Ett sätt att visa omvärlden sitt eget missnöje med psykiatri. I detta dåd dödade han en företrädare, som om han mött henne i hennes egenskap av psykiater eller på något av alla de möten Ing-Marie hade med olika patientgrupper, förmodligen inte alls gjort det han nu ska dömas för. För Ing-Marie var en psykiater som också i så hög utsträckning hade en förmåga att lyssna på patienter och anhöriga, se och förstå deras perspektiv och alltid med utgångspunkten att ta de svagas parti.

Vi båda, Lise-Lotte som var i Visby och stod och väntade på Ing-Marie ca 30 meter från platsen för dådet eftersom Ing-Marie skulle ha modererat ett gemensamt seminarium och Herman, har haft förmånen att få möta Ing-Marie genom åren i många olika sammanhang och vi ska försöka ge några vinjetter som vi tycker kan belysa vem Ing-Marie var för oss.

Herman arbetade under åren 2008 – 2014 deltid för Ing-Marie på SKL (nuvarande SKR). En fråga som diskuterades mycket var **antalet vårdplatser inom slutenvårdspsykiatri och hur dessa nyttjades**. Det visade sig att det fanns många frågetecken om detta i de data SKL och Socialstyrelsen hade. Ing-Maries idé var att jag och några till personligen skulle besöka all slutenvård

inom psykiatri. Gå igenom varje inläggande patient på varje enskild vårdavdelning tillsammans med ansvarig slutenvårdsläkare. Tillsammans belysa olika frågor varav en var prövning av vårdbehovet just denna aktuella dag. Vi skulle också bedöma sådant som lokaler, vårdmiljö, personalbemanning mm. Jag sade nej på stående fot eftersom jag snabbt tänkte det skulle vara ett omöjligt arbete. Men Ing-Marie återkom, pekade på möjligheter och inte minst hur fantastiskt kul det skulle vara! Jag ångrade mig och köpte en husbil som under ett par år var en kombination av boende och kontor. Tillsammans med flera kollegor besökte vi 259 vårdavdelningar inom vuxenpsykiatri, 105 rättspsykiatriska och 30 inom BUP. Vi diskuterade totalt sett cirka 4 500 patienter. Ing-Marie fanns hela tiden i bakgrunden, ivrigt påhejande och helhjärtat stödande vilket möjliggjorde det hela.

Sedan använde hon resultaten i fortsatt arbete med att förbättra vården. När kartläggningen visade att cirka 15 % av patienterna inte hade något vårdbehov utan väntade på att kommunen skulle erbjuda boende/vård blev det en viktig ingång till förändring av **betalningsansvarslagen där psykiatri** idag precis som övrig vård enbart har 7 dagar istället för tidigare 30 dagar. Våra observationer från vården bidrog också till Ing-Maries nästa stora projekt **”Bättre vård – Mindre tvång”**. Detta bar Ing-Maries signum genom att vara hands-on, konkret och till en början så omfattande att många nog tänkte att det inte skulle gå att ro iland. Men Ing-Marie var bra på att ro! Och hon var också bra på att få andra att tro att de också kunde och åtminstone vågade sätta sig i ekan och fatta årorna! Hennes entusiasm och tro smittade! När det stora



arbetet med översyn av nuvarande tvångsvårdslag påbörjades var Ing-Marie en viktig del. Det omfattande lagförslag som lades fram blev dock inte verklighet. Däremot en rad mindre förändringar som också Ing-Marie varit delaktig i. Den jag främst tänker på är att sedan 2017 ska **alla patienter som varit med om en tvångs-åtgärd erbjudas ett uppföljningssamtal**.

Ing-Marie blev bekant för många av oss inom psykiatrin när hon fick uppdraget att vara huvudsekreterare och enda psykiater i den s.k. **Miltonutredningen** ihop med Anders Milton 2003–2006.

Efter det följde en satsning med statliga stimulansmedel till psykiatrin och där Ing-Marie, som efter utredningen var klar kom att arbeta på SKL, hade ansvar för diskussioner med staten. I samband med det var jag, Lise-Lotte, s.k. facklig sekreterare i SPF och med uppdrag för utbildningsutskottet kring bl.a. SK-kurser. Vi var flera från SPF som beklagade oss hos Ing-Marie över hur bristfälligt systemet var med de då 10–12 kurser som fanns/år. Mitt i juni ett år hörde Ing-Marie av sig och sa ungefär "staten har fått lite statsbidrag över. Vill ni göra ett projekt kring **SK-kurser inom psykiatrin**". Ja, svarade jag, när i höst behöver du få en ansökan? I övermorgon, blev svaret. Det var Ing-Marie i ett litet nötskal; det skulle gå fort men med hennes tro på att det kunde gå så skrev Raffaella Björck (också hon så tragiskt bort sedan flera år) och Kajsa Nordström dag och natt och det kom in en ansökan. Den godkändes och fick flera miljoner i flera år. Efter 5–6 års projekt-tid permanentades det och är nu det som är **METIS**, en självklarhet för ST-läkare och unga specialister.

Även det mångåriga arbetet **Nationella självskadeprojektet** kom till på samma sätt och har nu gått över i ordinarie form i Nationell arbetsgrupp för självskada inom det **Nationella systemet för kunskapsstyrning**. Det sistnämnda startade inom psykiatrin

två år tidigare genom statsbidrag i form av 6 sjukvårdsregionala Resurscentrum för psykisk hälsa där regioner och kommuner skulle samarbeta kring kunskapsinnehåll för att ge bättre förutsättningar för jämlik vård. Tanken var ny och banbrytande och medan vi arbetade med detta var Ing-Maries metafor "vi bygger flygplanet medan vi flyger", något som ibland fick en och annan höjdrädd att få svindel. Även där gav Ing-Marie upphov till något som blivit bestående och fortsätter att utvecklas.

För att balansera det hela kan nog också nämnas en del som varken Ing-Marie eller någon annan rätt på. Till skillnad mot vad många tror pågår en **fortsatt nedrustning av delar av psykiatrin**. Ing-Marie var väl medveten om detta och vi talade om det vid flera tillfällen. Vid kartläggningen 2010 fann vi 3 241 vårdplatser inom vuxenpsykiatrin. Idag har vi trots ökad folkmängd och ökat behov mer än 300 färre. Jag, Herman, såg vid en översyn i region Skåne att psykiatrins del av de sammanlagda kostnaderna för vården minskat från 13 till 9 % under perioden 2005–2017. Det som ökat är i huvudsak kostnaderna för den somatiska sjukhusvården som tar en allt större del av budgeten. Ing-Marie berättade att bilden, om än inte lika mycket som i Skåne, var densamma nationellt. Våra patienter får en allt mindre del av den gemensamma kakan. Vi önskar så att hon funnits kvar och bidragit till att rätta till även detta!

Lise-Lotte Risö Bergerlind
*Ordförande Nationellt programområde Psykisk hälsa
 Teamledare Kunskapsstöd psykisk hälsa, VGR*

Herman Holm
Överläkare, psykiatrin Mariehamn, Åland



► För ett par dagar sedan satt jag i Visby och åt glass i väntan på färjan tillsammans med övriga från Fonden för psykisk hälsa och MHR. Trötta och glada över hur lyckade seminarium och monter blivit planerade vi redan för nästa år. Och naturligtvis är det någon som säger "Lika bra jag slänger iväg ett mess till Ing-Marie på en gång för och se hur hon tänker", så som det alltid har gjorts. När jag för åtta-nio år sedan började arbeta ideellt i psykiatriska organisationer tänkte jag mig Ing-Marie Wieselgren som ett väsen. Ing-Marie visste, Ing-Marie kunde ordna, Ing-Marie bjöd in och framförallt: Ing-Marie gjorde.

För snart lärde jag mig, efter att ha läst och hört henne tala och vid några tillfällen träffat, att hon var inget väsen utan en kraft. Ing-Marie Wieselgren var psykiatrins goda kraft i maktens korridorer.

Förmågan att vara fortsatt grundad i verkligheten och behålla sitt osvikliga engagemang för de allra svagaste, samtidigt som man kliver in i toppen på en stor organisation med mycket makt, är helt unik. Att en nazist och antidemokrat väljer att ge sig på psykiatrin genom att mörda den person som vikt sitt liv åt att i det offentliga rummet och genom de demokratiska organisationerna försöka ändra psykiatrin i grunden, för dem som inte har röst där, det är så mörkt att mina ord tar slut.

Vid min mammas begravning var prästens huvudbudskap: "vi samlas här i en protest mot döden och för livet". Mina tankar går nu till Ing-Maries familj, anhöriga, vänner och kollegor. Jag skickar mina tankar i protest för det här, det fick verkligen inte hända.

Inlägg på Facebook 7 juli 2022

Tove Mogren

Ledamot i Fonden för psykisk hälsa och tidigare ordförande för ST-läkare i psykiatri

► Ing-Marie var vår kanske främsta ljusbärare och förkämpe inom dagens psykiatri. Hon har nu ofattbart, hastigt och grymt ryckts ifrån oss. Ing-Marie med sitt varma leende, sin fantastiska empatiska förmåga, sin klokskap och sin aldrig sinande kämpaglöd har betytt så oerhört mycket för just våra medlemmar i Schizofreniförbundet. Ingen har som hon slagits för de allra svårast psykiskt sjuka, alla de människor som drabbats av allvarlig psykossjukdom.

Ur minnesruna publicerad i SvD den 21 juli 2022

Margaretha Herthelius
Ordförande Schizofreniförbundet

ANNONS

Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott

► Det har varit en tung sommar för psykiatri i Sverige med Ing-Marie Wieselgrens och Johan Cullbergs bortgång. Två personer som har betytt oerhört mycket för psykiatri i Sverige. Deras bortgång har för mig och kollegor rört upp mycket tankar och känslor. Trots att det känns tungt försöker jag och resten av oss i utbildningsutskottet blicka framåt. Utskottets arbete återupptas nu efter sommarens uppehåll. Här kommer kort två av de frågor som vi ser fram emot att få arbeta vidare med under hösten och vintern:

Uppdatering av SPF:s rekommendationer för delmålet för medicinsk vetenskap för ST 2021

Detta är en av de största förändringarna i nya ST-föreskrifterna, att ett vetenskapligt arbete under ST:n inte längre är obligatoriskt. Det har varit många och långa diskussioner i utskottet kring detta, denna förändrings eventuella konsekvenser och möjligheter. Vi har landat i att den individuella planeringen för hur ST-läkaren ska uppnå den vetenskapliga kompetens som beskrivs i delmålet bör ske tidigt under specialistutbildningen. Detta för att skapa förutsättningar för träning i vetenskapligt tänkande i de kliniska placeringarna och uppmuntra ST-läkaren att kontinuerligt söka och värdera relevant vetenskaplig litteratur. Vi hoppas på att bli klara med och publicera de nya rekommendationerna till slutet av året.

Utvecklingen av fortbildningskurser för specialister

Fortbildning av specialister är personligen en av de frågor som jag brinner lite extra för! Det är anmärkningsvärt att rätten till utbildning mer eller mindre försvinner i och med att man blir klar med sin specialistutbildning. Jag tror att det finns både ett intresse och ett behov av fortsatt utbildning genom hela ens yrkesliv som läkare. I enkäter som gjorts av Läkarförbundet framkommer skrämmande siffror, att tid för extern fortbildning för specialister har sjunkit med åren och att den interna utbildningen fortfarande inte prioriteras i tid för specialister. Det är viktigt att fortsätta arbeta för frågan att även vi som specialister ska få rätt till vidareutbildning och kompetensutveckling. Därmed ser jag mycket fram emot att under hösten få ta del i arbetet som METIS påbörjat för att utveckla kurser speciellt riktade till specialister!



Matilda Naesström
Facklig sekreterare SPF
Ordförande UU

Slutligen något som jag också ser fram emot är de synpunkter och förslag till utbildningsutskottet som brukar komma löpande från våra medlemmar i SPF. Så har du något relevant för utskottet som du brinner för eller vill göra oss uppmärksamma på så hör av dig!

Matilda Naesström
Facklig sekreterare SPF
Ordförande UU

Utmärkelse för
pedagogiska
insatser för psykiatri till

Raffaella Björcks minne



Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:

Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatri till Raffaella Björcks minne.

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

Vill du nominera någon till priset?

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

Forskningsanslag ur Fredrik och Ingrid Thurings Stiftelse

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

Stiftelsen delar ut cirka 4 miljoner kronor årligen. Anslagen ligger i storleksordningen 50 – 300 000 kronor.

Ansökan sker elektroniskt via thuringsstiftelse.com.

Ansökningsperioden är öppen mellan 15 september och 15 oktober.

Samhälls- intresserade kollegor se hit!

Svenska Psykiatriska Föreningen får årligen en mängd remisser från bland annat Socialdepartementet, Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbund att besvara. Remisserna avser aktuella vårdfrågor och svaren är viktiga underlag för beslutsfattarna. Nu söker vi intresserade kollegor att adjungera för hjälp att läsa och sammanfatta så att styrelsen därefter kan formulera välgrundade svar. Hör av dig med mejl till någon av oss i styrelsen (se hemsidan) om du är intresserad.

Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen



Varmt välkomna till SPK 2023 på Svenska Mässan i Göteborg!

SPK 2023 går av stapeln 15–17 mars med ett mycket spännande, intressant och relevant program med både nationella och internationella inslag!

Några smakprov

- ***Nya kliniska riktlinjer***
Föreningens nya kliniska riktlinjer för utmattningsyndrom presenteras.
- ***Historiska perspektiv***
Under Allvarligt talat får vi lyssna på "past presidents" erfarenheter kring sin tids stora psykiatriska frågor.
- ***Neuropsykiatriska kontroverser***
Könsaspekter och diagnostisk förvirring.
- ***Särskilda spår***
SFBUP återkommer även i år med ett ännu större programspår.

I ljuset av aktuella händelser i vårt eget land och omvärld så kommer det att bli inslag om säkerhetsaspekter, krig och katastrof där även vår försvarsmakt deltar.

Varma hälsningar,

Martin Hultén
Ordförande SPF

Jonas Eberhard
Vetenskaplig sekreterare SPF

Håll utkik på svenskapsykiatrikongressen.se där ett preliminärt program kommer att publiceras i slutet av oktober. Då finns också möjlighet att anmäla sig.

Tidskriften för
Svensk Psykiatri

DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: **16/11**

TEMA: *Tabu*





Ny portal med data om substansbruk hos unga i Europa

► **Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, är ett nationellt kompetenscentrum med undersökningar, forskning och kunskapshöjande insatser om alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel (ANDTS).**

Bl.a. genomför CAN varje år undersökningar om erfarenheter av ANDTS bland elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2.

På europeisk nivå finns The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD, som samlar in jämförbara data om europeiska skolungdomars substanserfarenheter. Målgruppen är elever i ordinarie skolgång som fyller 16 år under datainsamlingsåret. Detta motsvarar årskurs 9 för Sveriges del.

ESPAD initierades av CAN som, med ekonomiskt stöd från Socialdepartementet, under en tjugofemårsperiod ansvarade för koordineringen av projektet och gav ut de internationella rapporterna. Idag koordineras projektet i samarbete mellan italienska Consiglio Nazionale della Ricerche (CNR) och EU:s narkotikabyrå, med ekonomiskt stöd från EU. CAN är svensk samarbetspart i ESPAD-projektet och ansvarar för att de svenska datainsamlingarna genomförs.

Normalt deltar cirka 100 000 16-åriga elever vid varje undersökningsomgång, vilket gör det till världens största studie om drogvanor bland skolungdom. Vid undersökningen ställs frågor om tobak, alkohol, narkotika, läkemedel, sociala medier och spel om pengar. För jämförbarhetens skull är metoden i

hög grad standardiserad och alla deltagande länder måste följa det gemensamma protokollet.

I stort sett samtliga europeiska länder har medverkat vid åtminstone något av de sju undersökningstillfällena och många länder har medverkat vid samtliga. Den första datainsamlingen genomfördes 1995 och den senaste 2019. Nästa undersökningstillfälle är planerat till 2024.

Nu finns det en ny dataportal med tillgång till över 20 års ESPAD-data, <https://data.espad.org/>.

Den nya dataportalen, som är utvecklad av CNR, erbjuder en unik översikt över uppgifter om ungdomars substansanvändning och riskbeteenden i Europa. Syftet med portalen är att göra data tillgängliga för ett brett spektrum av intresserade, från allmänheten, journalister och lärare till preventionssamordnare och forskare.

På startsidan finns en färgglad Europakarta. De olika färgerna symboliserar livstidsprevalensen av cannabisanvändning i respektive land år 2019 och man kan konstatera att Sverige med sina 8 % ligger i gruppen med lägst användning. Högsta siffran återfinns i Tjeckien med 28,4 % följt av Italien med 26,9 % och Lettland med 25,8 %.

I portalen finns mycket intressant information att hämta: jämförelser över tid, mellan länder, mellan kön osv. Rekommenderas för den intresserade!

Tove Gunnarsson
*Psykiater
Stockholm*

www.can.se
www.espad.org
<https://data.espad.org/>

Nu vet vi hur det gick i valet!

Några reflektioner

► Det vill säga vi vet när vi läser detta, inte när jag nu skriver. Jag tycker sjukvård måste vara knepigt att styra för sjukvårdspolitiker. Det är komplicerade processer som inte heller vi proffs har särskilt bra koll på, t.ex. val mellan avancerade behandlingsmetoder och styrning av vårdkedjor med flera engagerade organisationer.

Proffsens roll

Jag pratade nyss med en professor emeritus om att engagera sig politiskt för att hjälpa till i processerna. Han sade att då blir man körd som vetenskapsman och oberoende sakkunnig. Han angav ett näraliggande exempel. Kanske har han rätt. Men man hör ofta att vi läkare har fått för lite att säga till om. Under pandemin ändrades detta och man tog själv kommandot på vårdgolvet och fixade till bäst möjligt under svåra förhållanden. Sannolikt tittade man mindre i manualer än annars.

Mätbart

Jag har dåligt samvete för att jag för 25 år sedan arbetade i projekt för att bättre beskriva vad vi gjorde i vården, med kvalitetsindikatorer osv. Min tanke var att man enkelt skulle ta data ur journaler – inte att man skulle fylla i långa listor extra och inte att man skulle styckeprisersätta varje åtgärd, inte att upphandling skulle ske i konkurrens där lägsta pris styrde.

Aktuell kunskap

Situationen att inte ha kunskap som kommer att vara uppenbar om en snar framtid är annars vanlig i vården. Hur en behandling kommer att fungera på en viss patient vet vi egentligen aldrig även om vi kan ha rationella skäl att tro på ett hyggligt utfall. Men det är lätt att vara efterklok!

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

STP-konferensen 2023

18-20 januari
Stenungsbaden

Datum för 2023 års konferens är klart och planering för program är i full gång.

Program och anmälan kommer under hösten!

Följ oss på: stpsykiatri.se

 @stpsyk

 @STP - ST-läkare i Psykiatri



Till minne av Johan Cullberg – digital samlingssida hos Natur & Kultur



Foto: Ulla Montan

I nästan 50 år samarbetade Johan Cullberg med Natur & Kultur som givit ut hans böcker och finansierar resestipendiet som är uppkallat efter honom.

Som en hyllning till Johan har förlaget samlat material om honom på en egen sida, nok.se/johancullberg.

Där finns minnestexter som publicerats efter hans bortgång i juni, ett flertal längre intervjuer med honom, en filmad föreläsning och information om hans böcker och Cullbergstipendiet.

Tove Gunnarsson
Sammanställande i kommittén för Cullbergstipendiet



Så minns vi Johan Cullberg 1934–2022

Svenska Psykiatriska Föreningens hedersledamot Johan Cullberg avled i juni i en ålder av 88 år. Han efterlämnade hustrun Inger Alfvén som avled bara en dryg månad senare samt fyra barn med familjer. Kvar finns också allt han bidragit med för en positiv utveckling av den svenska psykiatrin.

Psykiatern

Daniel Frydman skriver här intill att Johans gärning var en "till synes lång och kanske svåröverblickbar sträcka". Jag gör i det följande ett försök att kartlägga några delar av sträckan.

Efter uppväxten i Västerås, där fadern var biskop, genomförde Johan medicinarstudier i Uppsala och Stockholm där han sedermera utbildade sig till psykiater och psykoanalytiker. 1972 disputerade han på en avhandling om psykiska biverkningar av behandling med p-piller och året därpå blev han docent i psykiatri. Brodern Erlands insjuknande i schizofreni på 50-talet fick stor betydelse för Johans fortsatta inriktning. Under åren var han involverad i och drev flera olika projekt för att reformera och utveckla den psykiatriska vården som t.ex. det nydanande Nackaprojektet på 1970-talet. Särskilt engagerad var han i vården av nyinsjuknade i psykos.

Johan fick professors namn av regeringen 1995 och under flera år var han även en uppskattad gästprofessor på Ersta Sköndal högskola (numera Marie Cederschiöld högskola).

Författaren

Johan Cullberg debuterade som författare 1971 med *Det psykiska traumat*. Det stora genombrottet kom 1975 med *Kris och utveckling* som fick ett oerhört genomslag och har beskrivits som en "folkbildande klassiker". Med översättningar inräknade har den sålts i över 400 000 exemplar.

Nästa uppmärksammade fackbok blev *Dynamisk psykiatri* 1984 som bl.a. använts som kurslitteratur på läkarutbildningen.

Känd för den stora allmänheten blev han genom ett antal böcker med psykiatriska analyser av kända svenska författare: August Strindberg, Stig Dagerman, Gustaf Fröding, Gunnar Ekelöf och Hjalmar Söderberg.

2007 kom hans memoarer *Mitt psykiatriska liv*, där han skildrar sitt liv från uppväxtåren och framåt.

Den sista boken blev *Att insjukna i psykos* 2020 som han skrev tillsammans med Maria Skott och Pontus Strålin.

Böckerna har översatts till totalt 8 språk.

Johan tilldelades 1991 Svenska Förläggareföreningens fackbokspris, vilket var föregångaren till Augustpriset, och 2008 fick han Svenska Akademiens Doblougskas pris.

Första gången jag själv stötte på namnet Johan Cullberg var under läkarutbildningens första termin där *Kris och utveckling* hörde till den obligatoriska kurslitteraturen. Boken gjorde ett outplånligt

intryck på mig genom att förklara och sätta ord på sådant som jag erfärit och sett utan att då förstå vad som hände.

Kontakt på kongress

Min första kontakt med Johan "på riktigt" var 1991. Stockholm skulle stå värd för Xth International Symposium for the Psychotherapy of Schizophrenia, Johan var lokalt ansvarig som "President of the Symposium". Ett antal ST-läkare (eller FV som det då hette) engagerades för att bistå som värdar och jag fick lyckan att bli en av dem. Det var min första internationella kongress och därför oerhört spännande. I värdarnas arbetsuppgifter ingick sådant som att registrera deltagare, visa tillrätta och leta efter försvunna paraplyer. När vi inte behövdes fick vi gå på föredragen. Alla var inte helt lättillgängliga för en i psykoterapi obehövad person men några var ändå fullt begripliga. Jag minns särskilt en workshop där det berättades om hur man på ett psykiatriskt sjukhus i USA satte upp teaterpjäser med patienter med schizofreni som skådespelare. Man kan tycka att det var belöning nog, att få gå på föredragen, men efter kongressen bjöd Johan oss värdar på lunch i sitt hem som ett ytterligare tack. Det kom jag senare att se som typiskt för Johan – generositeten, intresset och engagemanget för alla han mötte. Ingen var bara en anonym kugge i maskineriet.

Cullbergstipendiet

Vi stötte sedan ihop i olika sammanhang genom åren men vår huvudsakliga kontakt kom att utvecklas i och med Cullbergstipendiets tillblivelse där jag ända från starten ingick i kommittén som utser stipendiaterna.

Johan ansåg att hans egna studieresor utomlands hade varit ovärderliga för hans professionella utveckling och därför ville han ge ST-läkare i psykiatri möjlighet att också åka ut i världen och ta del av nya och annorlunda arbetssätt. Det fick honom att ta initiativet till att instifta ett resestipendium, till en början enbart för ST-läkare men efter några år även för specialister. Stipendiet, som finansieras av Natur & Kultur, bekostar auskultation under två till fyra veckor i ett annat land. Sedan starten 2009 har hittills 60 personer utsetts till stipendiater. De resor som genomförts har bidragit till såväl egen professionell utveckling som till att föra hem kunskaper av betydelse för att utveckla den svenska psykiatrin.

De första åren skedde kommitténs överläggningar runt matbordet i Johans och Ingers lägenhet på Reimersholme i Stockholm. Jag tror att vi alla, liksom jag själv varit redan 1991, inledningsvis var en smula "starstruck" men Johans värme och lättsamhet gjorde att han mycket snart kändes som en gammal vän.

Efter några år flyttades mötena till Natur & Kulturs lokaler där de sedan dess ägt rum med undantag för pandemibetingade möten över nätet.

Stipendiet var en stor glädje för Johan och han var ända till slutet djupt engagerad i bedömningen av ansökningarna. I år kunde han för första gången inte delta i överläggningarna men han läste ansökningarna, vi diskuterade igenom dem på telefon och han hade tydliga synpunkter.

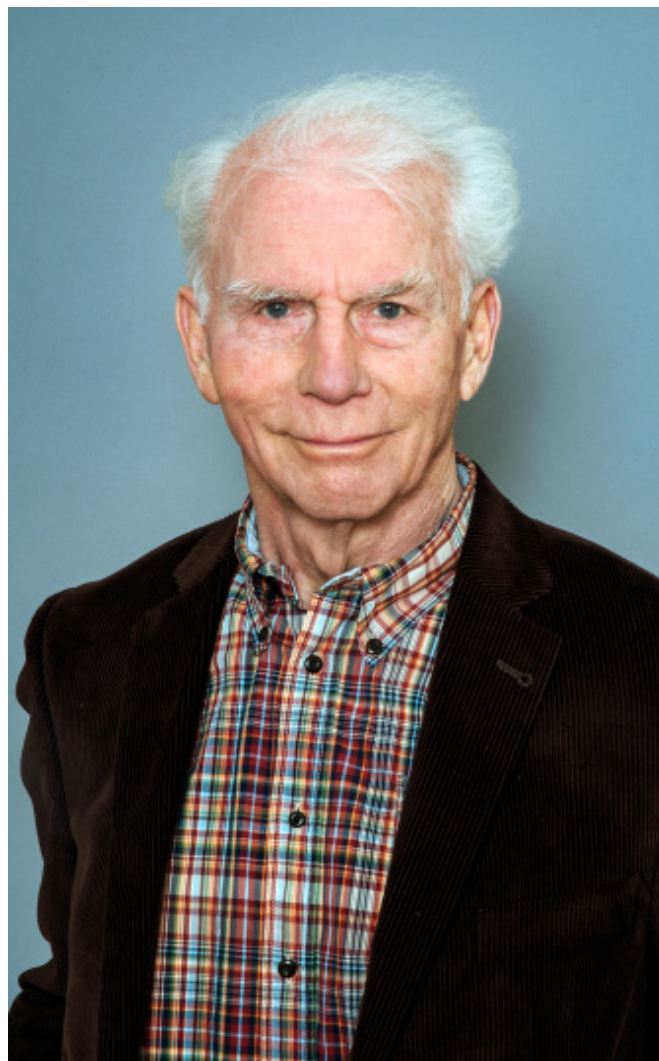


Foto: Ulla Montan

Vännen

Beskedet om Johans bortgång var väntat men kändes ändå överkligt. Han hade ju alltid funnits!

Många är de minnestexter som skrivits och många är de vackra ord som använts för att beskriva Johan som kollega och vän: värme, intresse, nyfikenhet, engagemang, outtröttlighet, inspiratör, föregångare, nestor.

Mig tycktes det som att han genom livet bevarat barnets entusiasm och nyfikenhet inför tillvarons förunderligheter.

Det blir tomt utan Johan.

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri
Sammankallande i kommittén för Cullbergstipendiet

Johan Cullberg – minnen av en mentor och vän

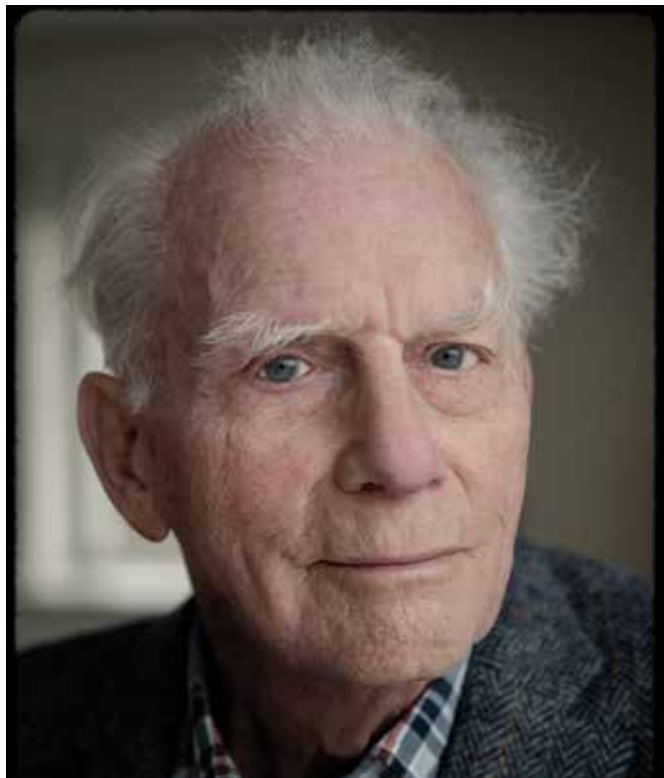


Foto: Håkan Elofsson

► Johan Cullberg rörde sig mellan olika områden i sin psykiatriska gärning. Från den på sin tid epokgörande kristeorin till arbetet med patienter med nydebuterad psykos och vidare till att mot slutet av hans liv intressera sig för personer med pedofil läggning – en till synes lång och kanske svåröverblickbar sträcka.

Jag lärde känna Johan Cullberg vid mitt första underläkarvik efter läkarexamen, på Södersjukhusets psykiatriska klinik. Cullberg förestod mottagningen för nyinsjuknade – en sorts fortsättning på Nackaprojektets arbete med samma grupp – och fungerade också som klinisk handledare åt underläkarna på kliniken. Väldigt snabbt blev det tydligt att han förutom de självklara kliniska frågeställningarna om patienternas tillstånd, hade patienternas personliga omständigheter och förutsättningar i fokus för sitt intresse.

När jag jobbat några månader så var det en patient på avdelningen som varken jag eller avdelningens överläkare blev kloka på. Jag minns att jag när jag tog upp patienten vid ett handledningstillfälle sa ungefär ”Jag är ju helt ny i gebitet och fattar inget av vad som händer med min patient, det gör mig nyfiken.” Istället för

diskussioner om patientens tillstånd så kom ett annat sorts svar: ”Ja du, det är likadant för mig. Jag har visserligen jobbat ganska många år – och kan ganska många saker. Men man blir ändå nyfiken, vad är det som pågår i patienten? Det vill man ju förstå.”

Under våra samtal uppmärksammade Johan också mitt intresse för psykoanalys. Upprepade gånger fick jag frågan om jag ville bli psykoanalytiker eller psykiater. När jag tyckte att jag svarat på frågan väldigt många gånger så blev jag osäker på vad frågan gällde. Hade han glömt vad vi pratat om eller vad var det egentligen frågan om? Till slut frågade jag varför han ”tjatade” om det. Hans svar var egentligen enkelt och hängde ihop med hans eget tvivel om disciplinerna. Han beskrev en oro för att det psykoanalytiska undersökandet av det inre livet skulle dominera över den kliniska psykiatrin, som i sin praktik handlar om det yttre fungerandet. Genom att ställa frågan flera gånger om, hade han velat göra mig uppmärksam på att det ”vanliga” viktiga psykiaterarbetet kunde befruktas av psykoanalysens sätt att närma sig patienterna, istället för att det skulle finnas en dikotomi mellan områdena.

Kontakten med Johan Cullberg upphörde inte med vikariatet på Södersjukhuset, genom åren möttes vi vid flera tillfällen för att diskutera såväl psykiatriska ämnen som frågor inom den kulturella sfären. Alltid givande samtal, om de författare han skrivit om och om annat. Johan själv omsatte ju sitt intresse för konstnärer i text och han var nyfiken på mitt engagemang för poeten Nelly Sachs och ”drev på” för att det skulle komma ut något av det. Med hans hjälp fick jag också möjlighet att ta del av hennes sjukhistoria på ett sätt som annars inte varit möjligt. Förhoppningsvis kommer jag någon dag att komma i mål med det projektet.

Det Cullbergska sättet att ställa frågor och intressera sig för patienterna från många olika håll föll väl in i min personliga läggning och kom att bli vägledande för ett sätt att jobba. Kanske hade jag tänkt som jag tänker idag ändå, men det känns verkligen som att min inställning till det psykiatriska arbetet hade blivit annorlunda om jag bara mött produktionsperspektivet från avdelningen, utan den nyfikna hjälptänkaren.

Det ter sig som att kompassnålen som styrt Johan Cullbergs arbetsinriktning har orienterat efter nyfikenhetens gravitation. Det har förstås också gällt hans författarskap, med intressanta porträtt av Strindberg, Dagerman, Ekelöf och andra.

Jag känner mig tacksam för alla samtal vi fört, om patienter, poeter och ängschampinjoner.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoanalytiker, psykoanalytiker
Stockholm



Varje gång du väljer förlaget Natur & Kultur är du med och bidrar till något större. Vi är en oberoende stiftelse som ska göra skillnad i samhället. Förutom att inspirera till läsande och lärande stärker vi röster i det demokratiska samtalet genom priser, stipendier och stöd.
Vi ger ordet till fler.

Cullbergstipendiet

Vill du bli inspirerad till nya arbetssätt genom att lära av kolleger utomlands? Ta chansen att resa ut i världen i Johan Cullbergs anda. Välkommen att ansöka om resestipendier för ST-läkare i psykiatri och psykiatrer senast den 1 februari. Stipendierna finansieras av stiftelsen Natur & Kultur.

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

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

integrativa synsätt eller studera förebyggande arbete och/eller behandlingsprojekt är några av de områden som kan omfattas. Maximalt 60 000 kr kan sökas. På nok.se/cullbergstipendiet kan du läsa mer om stipendiet och hur du ansöker.

Ansökan

Ansökan ska vara stipendie-nämnden tillhanda senast den 1 februari 2023. Stipendiernas namn tillkännages i mars.

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

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

Vid frågor kontakta kanslisten@svenskpsykiatri.se

Stipendiekommitté

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

nok.se/cullbergstipendiet

Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdom presenterar stolt:

Höstmötet 2022

"Sjukdomens många ansikten"

Fredag den 18 november på Medelhavsmuseet i Stockholm

09.00 **Kaffe och smörgås**

09.30 **Inledning**

Katrin Skogberg Wirén, överläkare och medicinskt ansvarig Affektiva Mottagningen
Psykiatri Sydväst, ordförande SSBS.

09.45 **Fenomenologiska aspekter på bipolär sjukdom**

Sofia Olsson, ST-läkare Region Skåne

10.15 **Den deprimerade tonåringen – när är ECT svaret?**

Håkan Jarbin, med. dr, chefsöverläkare BUP Halland

10.45 **Braining**

Åsa Anger, överläkare vid Affektiva och ångestprogrammet, Psykiatri Sydväst

11.00 **Bipolär sjukdom ur ett transkulturellt perspektiv**

Michael Ioannou, Överläkare Sahlgrenska Universitetssjukhuset, SSBS styrelse

11.30 **Bipolär sjukdom och konstnären**

Johannes Nordholm, psykolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

12.00 **Lunch**

13.15 **Kultur till kaffet: Marcel Proust – Hans lidanden och läkare**

Carl Lindgren, barnläkare och författare

13.45 **Den bipolära föräldern – förmågor och farhågor**

Petra Bygdevall, specialist i psykiatri och gynekologi, Psykiatri Sydväst

14.15 **Det bipolära föräldraskapet**

Linda Wärlegård och Annette Ståhl, kuratorer, Psykiatri Sydväst

14.45 **Frågestund/diskussion**

15.00 **Kaffe**

15.30 **Bipolär sjukdom inom rättspsykiatri**

Axel Haglund, med.dr, överläkare Rättsmedicinalverket

16.00 **Senaste nytt från Bipolär**

Representant för BipolärRs styrgrupp

16.15 **Den delaktiga patienten**

Lena Backlund, med.dr, hedersmedlem i SSBS och Fredrik Wikström

17.00 **Sammanfattning och framåtblick**

Styrelsen

17.15 **Mingel, middag och musik!**

(Programmet är preliminärt och enstaka punkter kan ändras eller flyttas)

SSBS höstmöte riktar sig till personer med yrkesmässigt intresse för bipolär sjukdom. Möte inklusive middag kostar 900 kr för medlemmar, 1700 kr för övriga. Anmälan görs senast den 22 oktober till Kristina Lindwall Sundel på kls@medicalresource.se

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

Vill du bli sakkunnig läkare i Stockholm?

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

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

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

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

Vi vill särskilt uppmärksamma att förvaltningsrätten i Stockholm har stort behov av flera sakkunniga, särskilt de som kan vara på plats, sjukhus alt. domstol.

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

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

Nuvarande förordnandeperiod gäller till och med 31 jan 2024.

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

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

ST-läkare i psykiatri:
www.stpsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srpf.se

ANNONS



Några frågor som SFBUP arbetar med

► Efter en något lugnare period under pandemin är nu styrelsearbetet på högvarv igen. Frågorna som figurerar är många och ganska spridda.

Utöver det löpande arbetet med **remisser**, bl.a. kring den psykiatriska tvångsvården och föreskrifter kring denna, så fortgår arbetet att tillsammans med SoS stärka den barnpsykiatriska heldygnsvården, liksom arbetet med SiS/Socialdepartementet kring "Barn och unga i samhällets vård".

Riktlinjearbetet fortsätter också – just nu med riktlinjer för ätstörningsvården – ett viktigt och tyvärr växande område för barn- och ungdomspsykiatri.

Styrelsen håller också som bäst på att utarbeta ett nytt **utbildningsutskott**, där tanken är ett omtag, helhetsgrepp kring barnpsykiatrisk kompetens och utbildning, från grundutbildning och BT/AT, via primärvård/första linjen till färdig specialist. Vidare finns ett pågående arbete med uppdatering av **målbeskrivning** av ST för BUP, ST-nätverkets pågående uppdatering av **ST-rekommendationer** enligt SOSFS 2015:8 samt arbete med att ta fram nya rekommendationer enligt HSLF-FS 2021:8.

Vi har även nyligen tagit fram en policy runt hur SFBUP ser på **journal på nätet**, vilken man kan se på vår nya uppdaterade hemsida via SLF.

En fråga som lyfts från våra medlemmar är det **medicinska ledarskapet** – där vi nu initierat en dialog med SLF kring hur vi ska kunna arbeta med denna fråga inom barn- och ungdomspsykiatri. Ett viktigt område, där det inte minst är stor skillnad regioner och kliniker emellan.

Vidare är det tydligt att det är valår och att barns psykiska mående är en viktig valfråga. Styrelsen har därför figurerat en del i media i olika sammanhang. Och valde även att själva skriva en **debattartikel** i SvD 2022-08-12 för att beskriva vår syn på barn- och ungdomspsykiatriens utmaningar.

En viktig punkt som styrelsen arbetar med är naturligtvis en kommande **kongress**, vilket legat i dvala under pandemin. Här har vi olika idéer och en samtidig dialog med SPF. Glädjande nog har vi blivit fler i styrelsen och hoppas kunna arbeta mer intensivt med denna fråga framöver – vi välkomnar de nya ledamöterna!

I samarbete med SLS arrangerat ett **webinar om kommersiell sexuell exploatering av barn i Sverige**. Se separat referat av Maria Unenge Hallerbäck i nr 2/2022.

Information om kommande utbildningar och möten

- Huvudhandledarkurs den 17–19 oktober 2022
- I samarbete med Socialstyrelsen webinarie kring autism den 25 oktober 2022. Save the date!
- I samarbete med SKR och Socialstyrelsen webinarie kring ätstörningar den 17 november 2022. Save the date!
- Psykofarmakologisk uppdatering för specialister inom barn- och ungdomspsykiatri, Stockholm, den 26–27 januari 2023
- Psykofarmakologisk uppdatering för specialister inom barn- och ungdomspsykiatri, Göteborg, den 2–3 februari 2023
- Samarbete med SPF kring barnpsykiatriskt relevant innehåll på SPK 2023

Se vår hemsida för uppdateringar!

Styrelsen SFBUP

Har du uppdaterat dina kontaktuppgifter på kansliet?

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

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

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

För säkerhets skull!



Foto: Shutterstock/Monster Ztudio

Fortsatt fortbildning

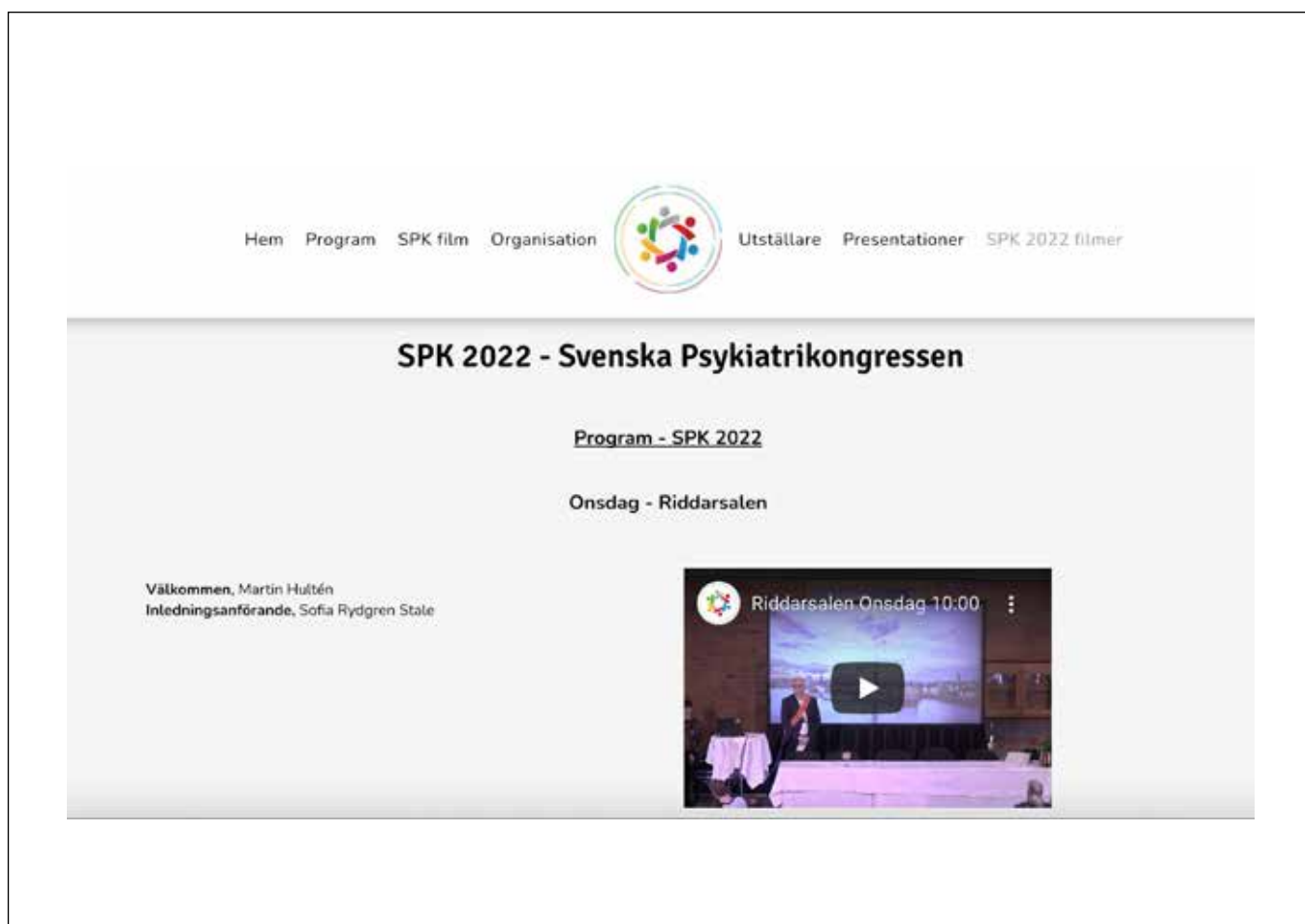
Missa inte filmerna från SPK!

► 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



ANNONS

Rapport från UEMS Psychiatry-möte i Zagreb juni 2022



► Min vana trogen tog jag tåget genom Centraleuropa för att nå Kroatien och dess huvudstad. Det är trevligt att kunna förena klimatnytta, arbete och nöje på detta sätt. Tid är en prioriteringsfråga.

Direkt efter att jag anlänt till järnvägsstationen Glavni Kolodvor, var det dags för ett studiebesök på den nybyggda Rättspsykiatriska kliniken, Vrapce Hospital, som ligger i anslutning till det gamla mentalsjukhuset. Det var med tydlig stolthet man visade upp huset som var anpassat efter en stegvis rehabiliteringsmodell. Vi fick också en kort genomgång av den kroatiska lagstiftningen, som byggde på habsburgska traditioner och var lik österrikisk, tysk m.fl. länders lagstiftning. Den stora skillnaden jämfört med andra länder var att det var en tydlig rågång mellan psykiatri och rättspsykiatri å ena sidan och fängelsevården å andra sidan, vilket innebär att fängelserna har egna psyk.avd. och att konvertering inte är möjlig.

Atmosfären på kliniken var öppen och vänlig och vi fick röra oss fritt bland patienterna. Vi hade också en frågestund där patienterna fick ställa frågor till oss och tvärtom. Det framkom också att socialpsykiatri har en förhållandevis framträdande roll, med organiserad utslussning i samhället och ständigt närvarande ar-

betsterapi. 80 % av patienterna på kliniken har en schizofrenidiagnos. Det var ca 75 patienter intagna på kliniken och för dessa ansvarade 2,5 specialister i rättspsykiatri. Det finns ytterligare två rättspsykiatriska kliniker i Kroatien (4,2 miljoner inv.), med 200 respektive 28 platser.

Liksom vid tidigare studiebesök och presentation av specialistutbildningen i vördlandet, som i Kroatien är 5 år lång, framkommer att utbildning i psykoterapi har en avsevärt mer framträdande plats än i Sverige. En annan central fråga där det också finns stora regionala skillnader i Europa är användandet av tvångsåtgärder. Det är svårt att förklara eftersom patienterna bör vara ganska lika mellan länder och inom länder. Frågan är svår att diskutera förutsättningslöst, eftersom den utlöser allehanda mer eller mindre vetenskapligt förankrade försvar.

Årets UEMS-möte var ett hybridmöte där ca hälften av deltagarna fanns på plats och den andra halvan deltog via Zoom. Det är bara att konstatera att möte i riktiga livet i detta sammanhang har stora fördelar.

Det togs en del beslut, bl.a. angående en ny logotyp och en ny hemsida, där uppdaterade och godkända dokument ska vara lätta att hitta. Vid mötet i Zagreb godkändes ex. "Rekommendationer vad som ska ingå i en specialistutbildning" och "Plan för sektionsens arbete under kommande år" där styrelsen uppmanades undersöka varför en del delegater uteblir, vad de saknar eller önskar ska diskuteras för att mötet ska vara intressant. Det beslutades också att erbjuda Ukraina observationsstatus. Tack vare inställda fysiska möten har UEMS ekonomi förbättrats påtagligt och är stabil.

I samband med mötet valdes också en ny ordförande, dr Marisa Casanova Dias, ursprungligen från Portugal, boende i London, men forskar i Cardiff kring neonatal psykiatri. Hon tackar för förtroendet och ger uttryck för sina ambitioner på detta utmärkta sätt:

"In the next four years I look forward to progressing our equality, diversity, and inclusion agenda, engaging with members across Europe and external stakeholders, supporting the European Exam project and working to harmonise not only training but human rights aspects of psychiatric practice."

Nästa möte blir sannolikt i Mechelen, Belgien, i höst.

Olle Hollertz
Oskarshamn

Från stipendiat till professor

Rapport från SPK 2022



Foto: Bengt Gerdin

► Det är väl känt att vi behöver mer forskning för bättre förebyggande och behandlande metoder inom psykiatri. Glädjande kan man nu ana en positiv utveckling i form av ökade forskningsanslag generellt. Forte har exempelvis ansvar för ett tioårigt nationellt forskningsprogram för psykisk hälsa vilket är hoppfullt. Bland annat så kommer det mellan åren 2022 – 2035 att avsättas 70 miljoner kronor för forskning om barns och ungas psykiska hälsa. Dessutom utvecklas Fonden för Psykisk Hälsa www.fondenpsykiskhalsa.se vidare och förhoppningsvis kommer filantropin också bidra till att forskningsmedel snart motsvarar de nivåer som gäller för andra stora sjukdomsgrupper.

För att bedriva forskningen behövs fler forskare och under Svenska Psykiatrikongressen i mars i år anordnade därför Fonden för Psykisk Hälsa en programpunkt modererad av Tove Mogren som är ordförande i Fondens programutskott. Seminariet, "Från stipendiat till professor", inleddes med att två av Fondens stipendiater berättade om sin forskning.

Den ena var **Cécile Grudet** från Lunds universitet som presenterade sin forskning kring relationen mellan D-vitamin, inflammation och självmordsbenägenhet.

Den andra var **Hanna Edberg** från Karolinska Institutet som berättade om sin forskning kring intellektuella funktionsnedsättningar hos brottsutövare.

Professor **Martin Schalling**, ordförande för Fonden, underströk i sitt bidrag vikten av mer psykiatrisk forskning.

Seniorprofessor **Lisa Ekselius** som också är med i Fondens vetenskapliga råd, avslutade med att ge råd till en blivande forskarkollega, och tillsammans med **Carl-Henrik Heldin**, tidigare ordförande i Nobelstiftelsen, gav hon "ett kokboksrecept" för hur man

från början kan utveckla en välfungerande forskargrupp för att nå högsta akademiska nivå.

Föreläsningen finns att se i sin helhet på <https://www.svenskapsykiatrikongressen.se/> där man även kan hitta uppemot ett hundratal andra föreläsningar från SPK 2022 och tidigare som inspiration i väntan på nästa års kongress. De som inte kan ta del av hela föreläsningen hittar nedan de råd som Lisa förmedlade.

De råd som Lisas Ekselius ger till en ung och blivande forskarkollega

- Lär känna ditt universitet och vad som gäller i akademien
- Välj din handledare/medarbetare utifrån ett intresse-, förmåge- och win-winperspektiv
- Gödsla din nyfikenhet
- Håll fokus
- Åk gärna på postdoc
- Börja med ansökningar i god tid (VR = 1 år)
- Var noga med återhämtning
- Hitta intressen utanför professionen
- Försök hitta en extern person som kan vara en informell mentor

Carl-Henrik Heldins och Lisa Ekselius råd för att utveckla en världsledande forskargrupp

- **Rekrytering.** Framgång inom forskningen står och faller med rekrytering av rätt personer. Å ena sidan personer med förmåga, driv och engagemang. Å andra sidan forskare som metodologiskt och intressebaserat kompletterar varandra så att synergier kan uppstå. *Viktiga forskningsfynd görs ju ofta i gränsskikt mellan discipliner.*
- **Uppmuntra interaktioner.** Fritt informationsflöde inom gruppen, inga hemligheter, undvik intern konkurrens. Seminarier som *alla* deltar i är viktigt. Gemensamma aktiviteter även utanför "jobbet" underlättar interaktioner.
- **Uppmuntra mångfald** och skapa tolerans för olikheter. Duktiga forskare kan ha väldigt olika personligheter. Viktigt dock att inte tillåta att individer "kör sitt eget race" utan hänsyn till andra.
- Skapa en **trygg miljö**. Forskare ska känna att man kan dela med sig av metoder och idéer utan att riskera att bli "blåst".
- Skapa en **god gruppdynamik** – gruppen har prioritet framför individen. I det långa loppet tjänar alla på att gruppen fungerar bra.
- Skapa **god stämning**. Människor presterar bättre om de trivs.
- **Ordning och reda.** Tydliga regler för hur gruppen ska fungera och vem som har ansvar för vad. Viktigt också att alla bidrar till de vardagliga rutinsysslorna.
- **Lagom stora enheter.** Det är viktigt att ha viss kritisk massa, så enheterna får inte vara för små. Å andra sidan fungerar en miljö bäst om antalet personer inte är så stort att folk inte vet vad de andra heter.

Maria Larsson
Vice ordförande SPF

Har vi kommit till en effektiviseringsgräns?

► I USA användes metylfenidat redan 1960 för behandling av hyperaktiva barn, men i Sverige förekom behandlingen endast sporadiskt. I Sverige drogs dessutom preparatet in 1968 pga missbruk. Det återkom inte förrän Concerta kom till Sverige, 20 år efter USA. Diagnosen ADHD lanserades för första gången i tredje upplagan av DSM 1980. Idag är ADHD en diagnos som är välkänd för alla även utanför psykiatriska kretsar.

Det finns skillnader i Sverige både när det gäller möjligheter till utredning men också möjligheten till behandling och uppföljning. Trycket från patienter, anhöriga och skolan är högt. Via media kan vi följa problemen med de långa köerna och missnöjet från patienter och anhöriga som inte får hjälp i tid. Det finns en förväntan att psykiatrin ska utreda och behandla så många som möjligt.

Vad kan då göras för att minska köerna och öka möjligheterna för patienter att få vård i god tid?

På SPK fanns möjlighet att lyssna till överläkare och sektionschef Katarina Trantou och verksamhetschef Mathias Alvidius som berättade om sitt arbete med den neuropsykiatriska vårdprocessen på Psykiatri Affektiva, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Arbetet startades 2016. Då hade 95 patienter väntat mer än 1,5 år på en bedömning och utredning med neuropsykiatrisk frågeställning. Anledningen till de långa väntetiderna var en stor efterfrågan i kombination med bristande struktur och bristande kompetens.

Läkarna och psykologerna på mottagningen började titta på utredningsprocessen för att göra den så effektiv som möjligt.



Efter en noggrann analys av processen valde man att göra läkarna direkt involverade i remissbedömningen. Psykologer fick genomföra screening. Sedan lät man läkare och psykolog träffa patient och anhörig tillsammans under ett längre besök och genomföra utredningen. En koordinator förberedde patienten för utredning, allt från att förbereda blodprover till att boka tid.

Resultatet blev en stor förbättring av väntetider och genomloppstid. Man fick ner väntetiden till första besök till en månad. Man kunde också korta utredningstiden till två och en halv månad.

Patienterna har blivit nöjdare och antalet avvikelser och klagomål har minskat markant.

Trots det goda resultatet uttrycker överläkaren och verksamhetschefen oro för framtiden. Antalet patienter har ökad med hela

76 % från 2014 (total 6800 patienter) till 12 000 patienter 2022 vilket gör att det är en stor utmaning att fortsätta hålla kötider och genomloppstider. Men trots orosmoln finns det fortfarande inga köer för ADHD-utredning på Psykiatri Affektiva tack vare ett strukturerat arbete och engagemang från många kollegor.

För de som vill bli inspirerade att göra ett liknande arbete finns föreläsningen på konferensens hemsida <https://www.svenskapsykiatrikongressen.se/>.

Denada Aiff
Skattmästare SPF

Från hopp till mörker

Rapport från SPF i Almedalen 2022

► Att skriva en rapport från SPF:s programpunkt i Almedalen i år känns näst intill omöjligt. Tragedin med mordet på Ing-Marie Wieselgren överskuggar. Den positiva känslan om utveckling av vården av människor med beroende och andra psykiatriska tillstånd som det seminarium om "Samsjuklighetsutredningen" vi var medarrangörer till den 4 juli gav, förbyttes till djupaste mörker två dygn senare.

Själv lämnade jag Almedalen måndag eftermiddag med ny kunskap och idéer. Programpunkten *"Kan samsjukligheten rädda personer med både beroende och andra psykiatriska tillstånd?"* som vi anordnade med Fonden för Psykisk Hälsa och 1,6 & 2,6 miljonerklubben hade gett hopp om att framtiden skulle kunna innebära en förändring för våra mest utsatta. Med i programpunkten var både Gerhard Larsson som var ansvarig för Missbruksutredningen och Anders Printz som nu har huvudansvar för Samsjuklighetsutredningen. Det kändes fint och hoppfullt att ta del av deras utbyten och samsyn om att vården behöver få ett större ansvar för behandling även av beroendetillstånd. Något som även riksdagsmannen Anders W Jonsson beskrev att hela socialutskottet höll med om.

Som representant för SPF försökte jag understryka att en förändring behövs där vården även blir huvudman för vård av skadligt bruk av alkohol och droger. Att förändringen behöver påbörjas direkt men att det behövs en långsiktig plan med etapper där resurs och kompetensförstärkning behöver prioriteras samt lagar och förordningar anpassas och tydliggöra ansvarsfördelningen.

Sannes mamma, Eva Dozzi, som tagit initiativ till Uppdrag Granskings *"Vem kan rädda Sanne"* som hösten 2018 gett upptakt till att riksdagen 2019 tog beslut om en ny utredning kring patienter med komplex samsjuklighet, bidrog med både personlig kunskap och engagemang. Aldrig har hennes slutord på seminariet kopplat till hur ett samhälle aldrig blir bättre än hur vi tar hand om våra mest utsatta känts mer sanna och viktigare att lyssna på än när hon beskrev sin besvikelse över den vård hennes dotter fått och att vi borde kunna bidra mer i vårt land.

Programpunkten modererades av Tove Mogren, ordförande för Fonden för Psykisk Hälsas programutskott och Karl Lundblad från SPF:s styrelse.

När vi tillsammans efter programpunkten i en något för varm sol åt lunch och fortsatte diskussionen kändes den psykiatriska framtiden ljus. Ingen av oss hade väl då anat att minnet från Almedalen 2022 skulle präglas av det motsatta.



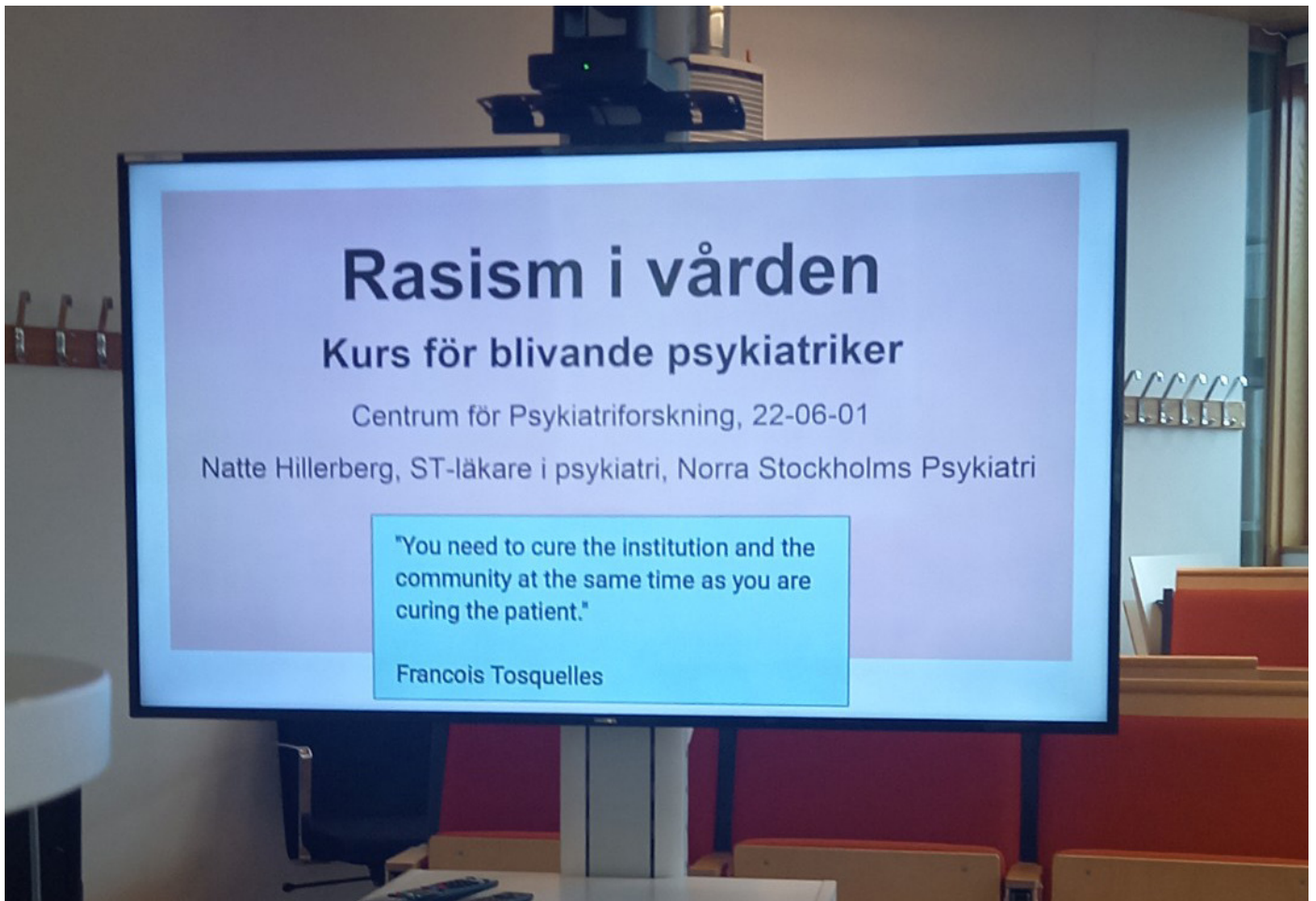
Foto: Shutterstock/GenOMart

Jag har haft förmånen flera år att träffa Ing-Marie i det så kallade *"Psykisk Hälsa Huset"* som varit en samlingspunkt för utbyten kring psykisk hälsa, innan pandemin, under Almedalsveckan och som Ing-Marie ansvarade för. Den grund för samverkan som gavs där var ovärderlig för stärkt nätverk mellan olika organisationer som jobbar för psykisk hälsa och utbyte med beslutsfattare. I år blev det inget *"Psykisk Hälsa Hus"* då kontraktet för detsamma gått ut under pandemin men mötesutbytet och diskussionerna fortsatte på annat sätt. Jag och Ing-Marie hade ett utbyte om det senast i juni. I mitt sista meddelande till henne skrev jag att jag hoppades att vi skulle ses ändå om än inte i någon gemensam programpunkt detta år och att *"inget Almedalen utan dig"*. Orden känns idag ödesladdade. Nu kommer det nog bli ett Almedalen utan Ing-Marie och många andra mötesplatser utan henne. Alternativet att inte fortsätta bidra till påverkan och utveckling finns ju inte. Kanske får vi på grund av hennes bortgång lite extra lyfta arbetet för att även hedra hennes minne. Inspireras av den ovanliga person hon var till att försöka lite till, hjälpas åt lite mer och tänka lite större.

Som ett led i detta och som en annan fortsättning från Almedalsveckan 2022 fortsätter SPF sitt arbete med att försöka påverka utvecklingen av vården av patienter med komplex samsjuklighet, närmast via ett möte om Samsjuklighetsutredningen i oktober med Anders Printz och några av våra syskonföreningar. För som Eva Dozzi, vars barn drabbats av bristerna i nuvarande system för individer med beroendetillstånd och andra psykiatriska tillstånd, påminde oss om är det alltid någons barn.

Maria Larsson
Vice ordförande SPF

Psykiatrin i framkant med utbildning om rasism



► Ny kurs om rasism

Den 1 juni gick den sannolikt första kursen i Sverige om rasism i psykiatrin av stapeln på Centrum för Psykiatrforskning i centrala Stockholm. Kursen hette "Rasism i vården för blivande psykiatriker" och målgruppen var, som man kanske kan gissa av namnet, ST-läkare i psykiatri (1).

Bakgrund

Bara dryga två veckor tidigare fattade regeringen ett beslut om att ge Socialstyrelsen i uppdrag att "ta fram, utveckla och sprida kunskapsstöd för att förebygga och motverka rasism inom hälso- och sjukvården" (2).

Beslutet är efterlängtat av många. Redan i mars 2021 skrev över 1000 läkare på ett upprop mot rasismen i vården, på initiativ av läkarstudenten Kaberi Mitra. Två av kraven var att "all vårdpersonal fortbildas om hur rasism påverkar vården, både ur personal- och patientperspektiv" samt att "alla vårdutbildningar inkluderar mo-

ment om diskriminering, både ur personal- och patientperspektiv" (3). Trots att uppropet lyfte debatten om rasism i vården till nationell nivå, och ett flertal tidningar tog upp ämnet i reportage, uteblev konkreta åtgärder från såväl vårt fackförbund som SKR.

Därför är anordnandet av en kurs om rasism i psykiatrin för ST-läkare en viktig markering och milstolpe i svensk sjukvård.

Svensk hälsoexceptionalism och avsaknad av jämlikhetsdata

Bland föreläsarna fanns bland andra Sarah Hamed, tandläkare och doktorand på Uppsala universitet som genomfört flera studier om rasism i svensk sjukvård. Hon föreläste om hur rasism uttrycks i svensk sjukvård, och att rasismen mot såväl patienter som personal ofta är svårt att bevisa. För hur bevisar man en undervärdering av akuta symtom, ett mer otrevligt bemötande, eller ett hårdhänt hanterande? Hamed tog också upp att forskning på hur rasismen drabbar olika grupper saknas i Sverige då vi inte samlar in jämlikhetsdata, och att rasism i vården är extra svårt att komma åt

eftersom vi som vårdpersonal anser att vi är objektiva och går efter neutrala värden, så kallad "hälsoexceptionalism".

Från svensk rasbiologi till rasism mot personal

Jag och Kalyani Mudigonda, AT-läkare på Karolinska Universitetssjukhuset, föreläste om rasbiologi och rasismens historia i Sverige, och hur den utvecklats från Carl von Linnés varieteter, Gustaf Retzius skallmätning och Herman Lundborgs rasbiologiska institut till dagens rasism som istället benämns som "kulturella" faktorer och fenomen eller omedvetet påverkar vårdpersonalens bedömningar. Vi lyfte flera studier som visar att en patients tillskrivna ras är signifikant korrelerat till diagnostik och behandling i flera olika avseenden, liksom risk att utsättas för tvångsåtgärder och att inkomma till vården med polis jämfört med att söka själv.

Vi föreläste också om rasism mot vårdpersonal, som tar sig uttryck i allt från frågor om ursprung till nekade arbetsintervjuer och skällsord. Vi problematiserade att dagens rådande kontrollsystem för trakasserier och diskriminering i vården inte fungerar: Kliniker lägger ansvaret att anmäla rasism på den utsatta individen, något som oftast leder till att individen tystas och fördrivs från kliniken, istället för att bedriva förändring uppifrån. Jag som vit berättade om hur rasism kontinuerligt påverkar mitt bemötande av kollegor och handläggning av patienter.

Racial trauma och svart/afrikansk psykologi

Professor Shawn Utsey på Virginia Commonwealth University föreläste om svart/afrikansk psykologi, och om hur många begrepp och behandlingar i västerländsk psykologi och psykiatri är direkt extraherat från svarta och urfolk. Utsey tog också upp "Racial trauma", ett begrepp för vilket svensk översättning ännu saknas, men en ungefärlig sådan är "rastrauma", d.v.s trauma riktat mot en grupp baserat på hur de har rasifierats, d.v.s tillskrivits en rastillhörighet. Racial trauma är något som svensk sjukvård saknar kunskap om. Något ytterligare som han tog upp under föreläsningen var American Psychiatric Associations ursäkt för sin medverkan i och upprätthållande av strukturell rasism, som de publicerade föregående år (4). En ursäkt som Shawn Utsey underströk att han som presumtiv mottagare inte accepterade – Det var "too little, too late".

Fall där rasism lett till felbehandling

Sociologiprofessor Mino Alinia föreläste om ett tragiskt fall som kommit till hennes kännedom i yrket, i vilket rasistiska föreställningar från vårdpersonal inte bara hindrade en patient från att få den psykiatriska vård hen behövde, utan också skadade hen ytterligare.

Psykiatri och kolonialism

Slutligen föreläste aktivisten och psykologiutbildade Lina Mohageb om västvärldens kolonialism, och hur vi historiskt och pågå-

ende har använt och använder psykiatri som ett maktverktyg, genom att sjukdomsstämpla och låsa in de grupper som utgör hot för koloniserande nationers målsättning om mark- och resursövertag. Hon redogjorde också för hur föreställningar om ras och vithet har format den institutionella psykiatri.

Kvalitetsarbete med positiv feedback

Kursen utfördes som kvalitetsarbete inom ramen för ST, där specialistläkare i psykiatri Sarantos Stasinakis var huvudansvarig och handledare. Kursen finansierades med extramedel från hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Den handläggare på Socialstyrelsen som ansvarar för uppdraget att ta fram ett kunskapsstöd om rasism i sjukvården har uttryckt intresse för att få veta mer om kursen, och vi har hunnit ha ett möte. Flera kursdeltagare kom med positiv feedback efter kursens avslutande. Många tyckte att kursen var både bra och jobbig, eftersom den medförde viktiga och ibland obekväma insikter.

Början på en viktig resa

Anordnandet av kursen visar att psykiatri i Stockholm är i framkant av den utbildningsutveckling som svensk sjukvård kommer att genomgå de närmaste åren, även om det förstås har dröjt alltför länge innan vi kom till denna punkt.

Kursens "take home"-message från samtliga föreläsare var tydligt – för att motverka rasismen i vården måste vi vårdpersonal börja med att våga granska oss själva, och acceptera att rasism är något vi ständigt bär med oss och utövar, vare sig vi vill det eller ej. Först när vi blir medvetna om det, är förändring möjlig. Därför är utbildning om rasism i vården viktig.

Natte Hillerberg

ST-läkare i psykiatri, Norra Stockholms Psykiatri

Referenser

1. Rasism i vården för blivande psykiatriker (psykiatriforskning.se)
2. Regeringsbeslut 2022-05-12, A2022/00751: "Uppdrag att ta fram, utveckla och sprida kunskapsstöd för att förebygga och motverka rasism inom hälso- och sjukvården"
3. 1 011 läkare och läkarstudenter i upprop: Agera mot rasismen i vården (expressen.se)
4. Psychiatry.org – APA's Apology to Black, Indigenous and People of Color for Its Support of Structural Racism in Psych

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 och 2 /2022 publicerade vi de tre första delarna av hans text, här följer nu den fjärde och avslutande delen.

Skymningstankar och spekulationer

► Beprövad erfarenhet och omstörtande vetenskap

Tidvis känner jag mig ensam i mitt arbete som allmänpsykiater med inriktning mot neuropsykiatri. Det är inte på grund av geografin, en arbetsplats i landsorten, långt från storstaden och akademien. Arbetet på en öppenvårdsmottagning har istället inneburit en möjlighet att träffa ett stort antal patienter under många år. Strax före millennieskiftet började jag identifiera en symptombild förenlig med kriterierna för adhd. Under de första åren var jag ensam om att behandla vuxna med adhd, 7 dagar i veckan, året om. Det var positivt i den meningen att erfarenheten ökade snabbt.

Anledningen var att på den tiden fanns det en uttalad skepticism hos mina kollegor mot både diagnos och behandling, något som jag tyvärr stöter på även år 2021. Det är dock betydligt bättre idag, men jag är orolig för vem som ska ta över mina patienter när jag går i pension. I en värld av tolkningar, kanske det är därför jag skriver denna artikel just nu, då jag i höst fyller 65 år. Jag är övertygad om att mina möjligheter att arbeta med adhd-patienter har varit mycket bättre i Oskarshamn än om jag varit verksam i Stockholm. Om du ser möjligheterna och kan utnyttja dem, finns en större frihet i arbetet och tänkandet på landsorten. Jag föreställer mig, att inom stora institutioner, typ "Centre of Excellence", finns ett större outtalat tryck att befinna sig inom det etablerade paradigmet. Mitt nästa projekt kommer därför att fokusera på att hitta äldre med adhd, vilka idag är feldiagnostiserade och felbehandlade.

Med jämna mellanrum har jag upplevt att adhd-diagnosen har fungerat som en murbräcka, som har skakat om en psykiatri som fastnat i ett paradigm präglad av cirkelresonemang. Det har inneburit att arbetet varit utmanande och engagerande, men också givit bekräftelse och tacksamhet från patienter.

Centrum och periferi – politik och samhälle

Utan egentlig ambition och drivkraft att ägna mig åt forskning har jag återkommande upplevt att jag befunnit mig i frontlinjen, både kliniskt och teoretiskt. 2016 var jag ombedd att ingå i Läke-medelsverkets referensgrupp som tog fram den andra versionen av riktlinjer för behandling av vuxna med adhd (9). Ett stort problem med dessa riktlinjer var att vi inte kunde ge tydliga råd när det gäller dosering av CS. Tyvärr gäller detsamma fortfarande, vilket leder till svårförklarliga variationer när det gäller doser och en otydlighet. CS är speciellt på så sätt att låga doser lugnar, medan höga doser orsakar excitation, vilket uppskattas av missbrukare

och utgör ett problem. Å andra sidan finner jag den skepticism som finns gentemot CS, som bl.a. kommer till uttryck i begränsningar i förskrivningsrätten, inkonsekvent och ologisk. När det gäller opioidanalgetika finns inga liknande begränsningar, trots att dessa preparat skapar ett beroende, tolerans och bidrar till död pga överdosering. Jag kan ha förståelse för att CS kan uppfattas som en genväg till att behandla uppförandesymtom, ångest, relationsproblem, m.m, men samtidigt ser samhället, familjebilderna, skolan och yrkeslivet ut som det gör. Jag kan tänka mig att de med lindrig till måttlig adhd kan hjälpas av tydlighet och rutiner i vardagen, inklusive skolan, men så är inte alltid fallet och då kan CS vara näst bästa alternativet. Men när det gäller individer med svår adhd vill jag hävda att CS är närmast nödvändigt för att de ska klara kraven i vårt samhälle. Troligen var inte situationen densamma för 100 år sedan. Ibland tycker jag att ett önsketänkande, som jag kan sympatisera med, hindrar oss från att se verkligheten.

Vad finns det för evidens för sunt förnuft?

I början av 2010-talet deltog jag och mina patienter i en naturalistisk studie vid Farmakologiska Institutionen i Linköping, vars syfte var att försöka hitta en korrelation mellan CS-dos, serumkoncentration, koncentration i saliv och effekt vid behandling med metylfenidat. Resultatet var tyvärr nedslående, pga tekniska omständigheter, kliniska problem och stora variationer (10).

Idag är jag deltagare i en projektgrupp i Socialstyrelsens regi, som ska ta fram nationella kliniska riktlinjer för adhd och autismspektrumstörning. Under arbetets gång har det förutom att ge specifika råd angående evidensläget för olika åtgärder och behandlingar, blivit tydligt hur viktigt det är att behandlare och diagnostiker har rätt kompetens. Vi betonar också att ett vetenskapligt förhållningssätt förutsätter kontinuitet mellan utredning, diagnos och behandling, för att möjliggöra återkoppling och kunskapsutveckling. Grundtanken i riktlinjearbetet är attraktiv, vi ska inte komplicera utredningarna mer än nödvändigt, för att spara resurser och korta köer. Problemet kan sammanfattas av min och Lena Nylanders uppfattning (dock två gamla cyniker), att diagnostiken inte är bättre idag än för 15 år sedan. Det förekommer överdiagnostik, underdiagnostik och feldiagnostik. Det är troligen inte värre inom detta område än inom övrig psykiatri och förvisso även inom vissa delar av somatiken.

Diagnostiken sker hela tiden i samspel med närmiljön, strukturer i skola och arbetsliv och värderingar i samhället. Vi har upprepade

gångar i gruppen konstaterat att en måttlig adhd kan under en period av livet vara en tillgång, men under en annan period vara ett besvärande symtom. Ett samhälles stabilitet förutsätter att det finns konsensus kring vissa krav och grundläggande normer, men detta riskerar att luckras upp om alltför många får en diagnos på tvivelaktiga grunder, vilket i sin tur leder till att alltför många blir undantagsfall. Efter denna samhällsfilosofiska utveckling vill jag bara understryka att rätt satta adhd- och autismspektrumstörnings (AST)-diagnoser är en positiv utveckling av psykiatri. Problemet här är att vi avser en ganska stor grupp individer, med ett oftast ärftligt tillstånd, som präglar hela livet i varierande grad. Det är också möjligt att tolka kriterierna, fr.a. svårighetsgraden och karaktären, på olika sätt. Exempelvis kan koncentrationsproblem ha många olika orsaker och yttra sig på olika sätt, men väger tungt när man misstänker adhd. Har professionen rätt kompetens och erfarenhet är diagnostiken inte överdrivet svår. Medicinering fungerar ofta förbluffande bra vid adhd, effekten förbättras av pedagogiska insatser som sätter diagnosen i ett samhälleligt sammanhang. Medicinering med centralstimulantia är inte komplicerad, men måste som all medicinering skötas med omsorg. AST-diagnosen har en särställning, eftersom den har en legal aspekt (LSS) och är kopplad till ekonomiska konsekvenser. Det medför speciella hänsynstagande och kan leda helt fel om diagnosen är fel. Hur som helst gynnas diagnostik och behandling av kompetent och erfaren personal, som med frihet under ansvar, har förtroende att sätta diagnos, när underlaget bedöms som tillräckligt. Feldiagnostik kan korrigeras genom kontinuitet och regelbunden uppföljning. Eftersom ingen är född kompetent behövs också en genomtänkt plan för utbildning och träning.

Kriteriediagnoser är ett hinder för psykiatrins och psykofarmakas utveckling

Mot bakgrund av mina erfarenheter från arbetet med adhd och AST hoppas jag att vi inom psykiatri kan utveckla ett diagnostiskt system som bättre korrelerar etiologi med diagnos, vilket jag anar är möjligt. Ett initiativ togs för ca 12 år sedan i USA med lanseringen av RDoC (Research Domain Criteria). Trots uppbackning från högsta ort, National Institute of Mental Health (NIMH) (11), har det vad jag vet inte fått något större genomslag i Sverige. Idag lever och verkar jag i en värld där de flesta tänker, talar och beskriver i enlighet med DSM. Mitt problem är att professor Nancy Andreasen i förordet till DSM III skrev att det inte går att forska inom psykiatri med DSM som utgångspunkt (12). Orsaken är att DSM är neutral i förhållande till etiologi. Jag respektar att DSM har varit ytterst värdefullt för att skapa ordning och reda inom psykiatri, men bedömer att det har stora brister som grundval för forskning och utveckling av nya psykofarmaka. Tyvärr upplever jag nästan alltid som om ingen riktigt förstår vad jag menar, men det är väl det som kännetecknar när man rör sig utanför ett etablerat paradig.

Filterrets egenskaper förklarar överföring och motöverföring

Till sist några mer generella funderingar angående stimuli, medvetenhet och respons, men även en arbetshypotes, kring hjärnans funktion, med relevans för adhd och AST. En av hjärnans huvuduppgifter är att skapa funktionella tolkningar och sammanhang utifrån inkommande stimuli. Det är då viktigt att det någonstans i CNS finns en filterfunktion, sannolikt i formatio reticularis, som

har en viktig funktion i att bibehålla vakenhet och medvetenhet på en optimal nivå. Formatio reticularis har en övergripande roll för att styra och reglera motorik, puls och blodtryck, smärtmodulering, sömn och vakenhet och tillvänjning. I min arbetshypotes för att förklara adhd och även AST har filterfunktion varit central. Om du har ett gles filter och ett högt inflöde av stimuli behöver detta reduceras med ett autistiskt försvar för att undvika överbelastning. Fördelen med ett gles filter är att det möjliggör uppmärksamhet på nyanser och små detaljer, men försvårar överblick och snabba reaktioner. Å andra sidan, om filtret är för tätt, måste du aktivt söka stimulans, vilket ibland uppfattas som överaktivitet och rastlöshet. Understimulering leder till ångestliknande symptom, vilka kan dämpas med fysisk aktivitet och alla typer av adrenalinkickar. Möjligen fungerar CS som filteröppnare, vilket gör det lättare för en individ med adhd att koncentrera sig, orientera sig och leder till ett lugnare tempo. Denna arbetshypotes har varit till stor nytta i mitt dagliga arbete sedan 22 år tillbaka, speciellt för att förklara mitt eget beteende när jag möter en person med adhd eller AST. Att samtala med en person med adhd skapar mer utåtriktad energi i samtalet, både verbalt och icke verbalt. En person med AST får mig att bli lugnare och mer fokuserad, bli mer noggrann med ordens mening och bli mer uppmärksam på det diskreta kroppsspråket. Denna hypotes hjälper mig också på ett bra sätt att förklara för patienter, anhöriga och arbetsgivare vad som är typiskt för adhd och AST.

Avslutningsvis vill jag understryka att min övertygelse långsamt stärkts att både adhd och AST är psykologiska och biologiska manifestationer av en systemsjukdom. Är det sedan möjligt att hitta en biologisk markör kopplad till en identifierad systemsjukdom skulle det vara ett stort fall framåt för psykiatri.

Olle Hollertz

Psykiater

Öppenvårdsmott., Oskarshamn

Referenser: www.svenskpsykiatri.se

Foto: Shutterstock/Billion Photos





Vår integrativa biopsykosociala hjärna – en helhetssyn

Foto: Shutterstock/r.classen

► Från födelsen och genom livet fylls hjärnan med ett växande antal psykosociala upplevelser och erfarenheter. Problemfyllda uppväxtmiljöer kan vara både etiologiska och leda till en ackumulering av negativa upplevelser och erfarenheter och bidra till att utveckla ett negativt tankeinnehåll med åtföljande negativa känslor och beteenden samt, som konsekvens av detta, en försämrad funktionsförmåga. Den stress och biologiska påverkan som denna negativa triad kan skapa har bl.a. uppmärksammats och framgångsrikt behandlats i terapiformerna KBT och ACT.

Hjärnans utveckling

Hjärnans anatomi, struktur och funktion har under tiotusentals år genomgått en kontinuerlig utveckling för att överleva och utvecklas i en fysisk, biologisk och psykosocial miljö som i sig befinner sig i en ständig utveckling och där människan själv genom sin gradvis utvecklade begåvning, kreativitet och uppfinningsriktighet aktivt har bidragit.

Nobelpriset i medicin/fysiologi 2000 tilldelades professor Erik Kandel som visat att förändringar i synapserna är centralt för inlärning och minnen. Studier om förändring i neurala förbindelser som leder till inlärning och minnen har förbättrat vår kunskap om sambandet och samspillet mellan biologiska processer och psykosociala upplevelser och erfarenheter från vårt ständiga samspel med omvärlden.

Hjärnans allt mer komplexa biologiska utveckling skapar en grund för de hjärnfunktioner som ligger bakom inte bara enkelt motoriskt beteende, som att gå och äta, utan också utveckling av allt mer komplexa kognitiva processer, känslor och beteenden som vi betraktar som mänskliga som tänkande, talande och konstnärligt kreativt arbete. Dagens uppfattning är att medvetande och mentala processer är ett resultat av interaktionen mellan många enheter i hjärnan (elementary processing units). Detta möjliggörs genom både serie- och parallellkoppling mellan skilda hjärnregioner och genom förändringsbara nätverksprocesser av olika komplexitet (1).

Anknytning

Redan i samband med födelsen, eventuellt tidigare, startar den grundläggande, livslånga och livsviktiga anknytningsprocessen som i ca 60–70 % av barn- och föräldrelationen garanterar det växande barnet trygghet och förutsägbarhet. Ca 15–25 % av barn- och föräldrelationen präglas av otrygg/undvikande anknytning, 5–15 % av en otrygg/ambivalent anknytning och 15–18 % av en desorganiserad anknytning till minst en omvårdnadsperson. I riskgrupper med mycket hög socioekonomisk problemnivå, psykiatrisk sjukdom, pågående missbruk hos en förälder eller allvarig omsorgssvikt (t.ex. övergrepp eller vanvård) var förekomsten av desorganiserad anknytning betydligt högre – i genomsnitt närmare 50 % (2,3).

Barn uppväxta under *trygga och förutsägbara förhållanden* får helt andra erfarenheter och syn på både sig själva, andra och omvärlden, det förflutna, nuet och framtiden än barn som växer upp under *otrygga och oförutsägbara förhållanden*.

Tidigare forskning

Barnmisshandel i olika former är ett globalt problem och kopplat till varierande ogynnsamma konsekvenser (6). Översiktsstudier visar en mycket högre proportion av misshandel än vad som rapporteras av barnavårdsmyndigheter (7,8). Enligt en metaanalys 2015 av den globala prevalensen av barnmisshandel hade 7,6 % av pojkarna och 18 % av flickorna erfarenhet av sexuellt utnyttjande, 22,6 % av barnen hade upplevt fysisk misshandel, 35,3 % upplevt känslomässig misshandel, och 18 % upplevt nonchalans (9).

Olika typer av vanvård eller misshandel av barn tar sig generella uttryck i påverkan och är inte specifikt kopplade enbart till typ av misshandel/vanvård som man tidigare trott. Exempel på generella uttryck är *internalisering* som ångslan och depression eller *externalisering* som regelbrytande och aggressivitet och ligger bakom många typer av psykiska- och beteendestörningar hos både pojkar och flickor av olika etnicitet. En konsekvens av detta är att varje åtgärd, oberoende av etiologin till besvären, har ett värde (10).

Försummelse, vanskötsel och vanvård av barn kan omfatta både fysisk, psykologisk och sexuell utsatthet samt åsidosättande av behov och får signifikanta konsekvenser för barnens fungerande senare i livet. De är också associerade med mentala, emotionella och beteenderelaterade problem (11). Ofta rör det sig om en kombination av ett flertal negativa omständigheter. De vanligaste prediktiva riskfaktorerna är *socioekonomisk marginalisering*: t.ex. fattigdom, arbetslöshet, bristfällig utbildning; *torftig familjeinteraktion*: t.ex. våld mellan familjemedlemmar, allvarliga äktenskapsproblem, dysfunktionellt föräldraskap pga mentala problem, drogproblem, alkoholproblem, beteendeproblem och medicinska problem; och/eller *våld i grannskapet*: osäker lekmiljö utomhus, acceptans för att använda fysisk bestraffning och våld mot barnen.

Barn som varit utsatta för *mobbing/trakasserier* under barndomen har återkommande uppvisat omfattande fysiska, sociala, kognitiva och hälsorelaterade besvär (13) och med risk för livslånga konsekvenser (14,15,16,17,18,19). Identifiering av förebud skulle underlätta tidiga fysiska och mentala målinriktade åtgärder (20).

Stress och HPA-axeln

HPA-axeln (hypothalamic–pituitary–adrenal axis) är ett livsviktigt system för stress men är också involverad i minne, inlärning och känslor (32) och tycks specifikt reagera på situationer med psykologisk stress som omfattar något nytt/okänt, negativa känslomässiga bindningar och upplevelser av brist på kontroll (33, 34) och dämpas av lyhört omhändertagande av barn (35). *Stress tidigt* i livet påverkar hjärnans komplexa biologi och är kopplat till en ökad risk för både den mentala och fysiska hälsan under hela livet (36, 37, 38).

Hjärnan processar information i neuronala nätverk som formats av erfarenheter i tidig barndom. Fyndet att epigenetiska förändringar har stor betydelse för inlärning, minne och beteendeförändringar ger en *ny dimension* till att förstå hur omvärlden och social interaktion kan ge långvariga förändringar i nervsystemet.

Ny forskning har visat att antidepressiva (AD) läkemedel reaktiverar en "barndoms plasticitet" i den vuxnes cortex som leder till ökad tillgänglighet för psykoterapeutisk behandling som i sin tur ökar den medicinska effekten. Förbättringen av depressionen sker således som ett gradvis ömsesidigt positivt samspel mellan AD och psykoterapi (42).

Teoretiska utgångspunkter

Teorin om den "*Integrativa biopsykosociala helhetssynen*" avser en utvecklingsprocess som omfattar både etiologi (orsak), ackumulering, konsekvenser av detta samt en dynamisk, integrativ och inlärningspsykologiskt baserad *samspelseffekt* mellan biologiska och psykosociala aspekter samt positiva eller negativa upplevelser och erfarenheter, minnes- och bearbetande processer (t.ex. kognition, känslor och värderingar) samt en helhetssyn över tiden. Den bör rimligen resultera i ett behandlingssätt av depressioner och/eller ångesttillstånd som *kombinerar medicinering med KBT- och ACT-baserat arbetssätt* för att bearbeta minnen av negativa upplevelser och erfarenheter samt identifiera och bekräfta friska sidor och därigenom uppnå en högre funktionsnivå än högsta tidigare och mindre risk för återfall.

Björn-Erik Thalén

Överläkare, spec. allmänpsykiatri, leg. psykoterapeut och handledare i KBT

Detta är en sammanfattning av en längre artikel som tillsammans med referenserna finns att läsa på vår hemsida <http://www.svenskpsykiatri.se/tidsskriften/>.



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@svenskpsykiatri.se**.
Sista datum för inlämnande är den **3 oktober 2022**.

Företag/landsting som önskar ställa ut på SPK 2023 - ta kontakt med **Stina Djurberg**, stina.djurberg@buf.se senast den **3 oktober 2022**.

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

Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen

ANNONS



Svart får, vitt får
Scener ur ett fängelse

Moje Lindbohm
Efterord av Bo Sigrell, professor i psykologi och psykoanalytiker
Ekström & Garay, 2022

► *Svart får, vitt får* är en bok skriven av en kvinna som lyckats komma ur både en helvetisk fängelsetid och en traumatisk barndom i sitt hemland Iran.

Upplevelserna från fängelsetiden som politisk fånge i Iran är hemska och, för läsaren, helt ofattbara. Moje beskriver att hon är inburad, utan möjligheter att kunna röra sig. Hon får varken läsa eller skriva.

Även möjligheterna att kunna tvätta sig är strikt begränsade till att sporadiskt skölja av sig. Hon är arton och, utan vare sig juridiskt försvar eller rättegång, stämplad som rebell, som en förrädare – regimen motståndare.

Moje är en av tusentals kvinnor och män som fångslas efter den iranska revolutionen under ayatolla Khomeinis styre.

Språket är icke invaderande och gör det möjligt för läsaren att visualisera det författaren genomlidit utan att göra anspråk på att förstå. "It goes without saying", så att säga.

Författaren berättar vidare om sin ursprungsfamilj som är dysfunktionell. Ung och omogen lämnar modern familjen tidigt i Mojes liv. Fadern gifter om sig och Moje får en styvmor. En så kallad styvmor "i ordets rätta bemärkelse".

Läsaren får också följa den biologiska moderns återkomst i slutet av sitt liv. Hon är då svårt sjuk i cancer och Moje blir den som sköter om sin mor under sjukdomstiden. Rymmer omsorgen här en svunnen saknad och längtan efter att känslomässigt återta något förlorat av den mor som tidigt avvisade och lämnade dottern? Att i slutet av moderns liv bli bekräftad och finnas till för sin mor vid dennas sida... någonting mer än det som aldrig kom att bli.

Efter alla hemskheter och umbäranden finns inget annat val i författarens liv än att starta sin kamp för friheten.

Den kampen kan vi läsa om och författaren berättar om fängelsetiden under terapisessioner där hon bearbetar allt hemskt

hon varit med om. Det blir också en frist från allt det tunga och obeskrivliga: ett andrum.

Uppblandat med sessionerna finns också referenser som "avslöjar" att författaren själv är psykoterapeut, handledare och lärare. Väl initierad och påläst. Det kan vara så att författaren, på ett intellektuellt plan, försöker distansera sina inre hemskhetsupplevelser med att referera till litteratur som just hänvisar till de egna smärtområdena.

Vad man kan fråga sig är om läsaren behöver vara mer "psykologikunnig" för att bättre kunna ta till sig bokens terapiavsnitt?

Boken är ett viktigt dokument med tanke på alla de hemskheter författaren tvingats genomleva under förtryck i fångenskap i sitt hemland Iran. För att låna några ord från baksidestexten: "De terapeutiska samtalen varvat med skildringar av fängelsetiden och författarens dikter mynnar ut i en drabbande och insiktsfull livsskildring."

Orden som befriar.

Mia Sandberg och Thomas Silfving
Författare, psykoterapeuter och familjerådgivare

BOKRECENSION

Mönstersökare

Simon Baron-Cohen

Fri tanke förlag, 2022

► Simon Baron-Cohen är klinisk psykolog och professor i klinisk utvecklingspsykopatologi vid Cambridge University i Storbritannien och föreståndare för universitetets forskningscentrum för autism. Han har skrivit ett flertal böcker med titlar inom sitt forskningsområde och den senaste har titeln *Mönstersökare*. Simon Baron-Cohen adlades 2021 av drottning Elisabeth II för sina banbrytande insatser för individer med autism.

I boken *Mönstersökare* sammanfattar Simon Baron-Cohen (SBC) olika perspektiv på hjärnfunktion och beteende med relevans för autism. Han argumenterar för ett synsätt där neurodiversitet, tydliggör olika sätt som hjärnan kan fungera. Neurodiversitet innebär att det inte finns en normal hjärna med avvikelser från normalitet, utan istället olika sätt för funktion. Olikheter innebär skillnader för individens sätt att uppfatta omvärlden och skillnader i beteende i relationen till omvärlden. SBC är passionerat angelägen att dessa skillnader ska tas hänsyn till och att det ena inte är sämre än det andra. Detta är särskilt viktigt i skolan och i arbetslivet enligt SBC. Förhärskande normalitetstänkande innebär orättvisor och dold diskriminering.

Evolutionen gav hos Homo sapiens upphov till en kognitiv revolution för cirka 100 000 år sedan. Från att dra nytta av slumpvisa upptäckter, kom en ny förmåga att med observation och erfarenhet vidareutveckla upptäckter och göra uppfinningar. SBC kallar detta **Systematiseringsmekanismen** med ett revolutionerande **om-och-så-tänkande**. Det innebär kortfattat att om dels något (x) och dels något annat (y) gäller/inträffar, så följer ett resultat (z). Verkar enkelt men tycks vara unikt för mänskligt tänkande, enligt SBC. Exempel på revolutionerande upptäckter som identifierats av arkeologer är flöjt för 40 000 år sedan, jordbruk för 12 000 år sedan, att odla vete och baka bröd för 9000 år sedan. Några avgörande uppfinningar som om-och-så-tänkande medgivit, som kom för cirka 4–5000 år sedan, är hjulet, skriften, matematiken och religionen. Systematiseringstänkande har sedan dess möjliggjort system, som rättssystem, moraliska regler och definition av rättsvisa.

SBC pekar även på att det utöver systematiseringsmekanismen hos Homo sapiens uppstod en mer avancerad mekanism för empati, som han kallar **Empatikretsen**. Empatiförmåga kan delas upp i kognitiv empati och affektiv empati. Den förra gäller förmåga att förstå andra människors och djurs känslor, dvs inlevelseförmåga (*theory of mind*). Den kognitiva empatin medger bl.a. en förmåga att luras medvetet och flexibelt, flexibel undervisning samt förmåga till flexibel kommunikation.

Den affektiva empatin innebär medkännande, dvs affektiv inlevelse i andras känslor

I boken redogör SBC för metoder att beskriva neurodiversitet med beteendetester, skattningar, neurobiologiska karakteristika samt genetik. En dimension är uppdelning i systematiseringsförmåga respektive empatisk förmåga. Med skattningsformulär kan dessa egenskaper beskrivas i dimensionerna SQ (systematisering) respektive EQ (empati). Dessa dimensioner uppvisar var för sig normalfördelning, men är delvis ömsesidigt uteslutande. I viss mån innebär i genomsnitt ett högre SQ ett samtidigt lägre EQ och vice versa.

SBC föreslår, baserat på en omfattande brittisk studie av 600 000 personer, en uppdelning av hjärnfunktion i fem grupper enligt följande:

Typ E med mer empatiförmåga än systematiseringsförmåga, 1/3 av alla. Typ E har lätt att prata i grupp, ser dynamik i relationer lätt och uppfattar hur andra mår. Typ E är dubbelt vanlig bland kvinnor, 40 % jmf 24 %.

Typ B har balanserad empatiförmåga jmf systematiseringsförmåga, 1/3; lika vanlig bland kvinnor som män.

Typ S har mer systematiseringsförmåga än empatiförmåga, 1/3 av alla; är dubbelt vanlig bland män, 40 % jmf 26 %. Typ S är bra på att navigera i mönster och se funktionssätt i system, prövar gärna utan instruktionsbok vid montering av ex. maskiner eller byggsatser, testar gärna och tar risk att misslyckas och dras till exakta vetenskaper: matematik, naturvetenskap och teknik, men även musik, arkitektur samt juridik och lingvistik, bokföring, filosofi, hantverk mm.

Extrem typ E, 3 % av kvinnor och 1 % av män, har mycket stark empati, är bekväm med sällskap med flera samtal samtidigt och med parallella samtal, har svårt att se mönster och låter gärna andra ta hand om tekniken.

Extrem typ S, 2 % av kvinnor och 4 % av män. De är hypersystematiserare, har lätt att se komplexa mönster (exempelvis vilka dagar infaller specifika datum många år tidigare eller senare), har sämre social förmåga än andra. Innebär ökad frekvens av autism och högre frekvens av savantsyndrom, med färdigheter inom område som kraftigt överglänsar andra. Savantsyndrom visar omvänt förhöjd frekvens vid autism.

Jag hade stor behållning av *Mönstersökare* och vill gärna tro att de aspekter på neurodiversitet som framhålls i boken berikar läsarens förståelse för våra hjärnors fantastiska egenskaper och respekten för de individuella variationerna.

Nils Lindefors
Psykiater Stockholm



18 myter om Freud och vägen framåt

Billy Larsson

Lava förlag, 2022

Adjö till psykoterapeutiska skolbildningar och Freud

► Behöver vi påminnas om att de teorier om vad som orsakar psykiska störningar och hur de skall behandlas som lanserades av Sigmund Freud var felaktiga och irrelevanta för dagens psykologer och psykiatrer? Billy Larsson anser det. Larsson är legitimerad psykolog, filosofie doktor i psykologi och lärare på Psykologiska Institutionen vid Göteborgs universitet. I sin nyutkomna bok, *18 myter om Freud och vägen framåt*, går Larsson systematiskt igenom felaktiga föreställningar om Freuds lära som han hävdar lever kvar framför allt på psykologutbildningen men också i bredare kulturkretsar. Han menar att en mer nykter och sammansatt syn på Freud är nödvändig för att frigöra oss från ett intellektuellt arv som hindrar utveckling av psykoterapi.

Larsson har skrivit en 566 sidor tjock bok som är späckad med referenser. Larsson är väl bevandrad i såväl Freuds egna verk och biografier som den Freudkritiska litteraturen. Han granskar kritiskt och utförligt föreställningar — eller myter som Larsson kallar dem — som lever kvar och som vi måste göra upp med för att bättre kunna hjälpa våra patienter.

Larssons **Myt #1** är att Freud var en originell tänkare genom att han kopplade samman barnets sexuella utveckling med symptom som visar sig i vuxenlivet. En svensk röst för denna föreställning är Clarence Crafoord som skrev att Freud var den förste som resonerade om barns sexualitet och "återupptäckte barndomen". Larsson skriver att det visserligen finns originella inslag hos Freud men att de begrepp han använde cirkulerade i hans samtid hos läkare och tänkare som Krafft-Ebing, Dostojevskij, Ibsen och Nietzsche: det sexuella temat, drömtydning, utforskandet av det omedvetna och "demaskering" som ett sätt att söka underliggande sanningar genom att avslöja självbedrägeri. Konkreta exempel är att Wilhelm Neumann redan 1859 föreställde sig att frustrerade drifter som inte kunde uttryckas medvetet kunde leda till ångest och att Moritz Benedikt 1868 menade att hysteri utvecklades efter sexuella trauman och tarvade psykoterapi. Det som däremot faktiskt var originellt hos Freud har övergivits av samtiden, som att barn är sexuellt attraherade till föräldern av motsatt kön och att denna konflikt ligger till grund för alla neuroser. Även tanken att kvinnor lider

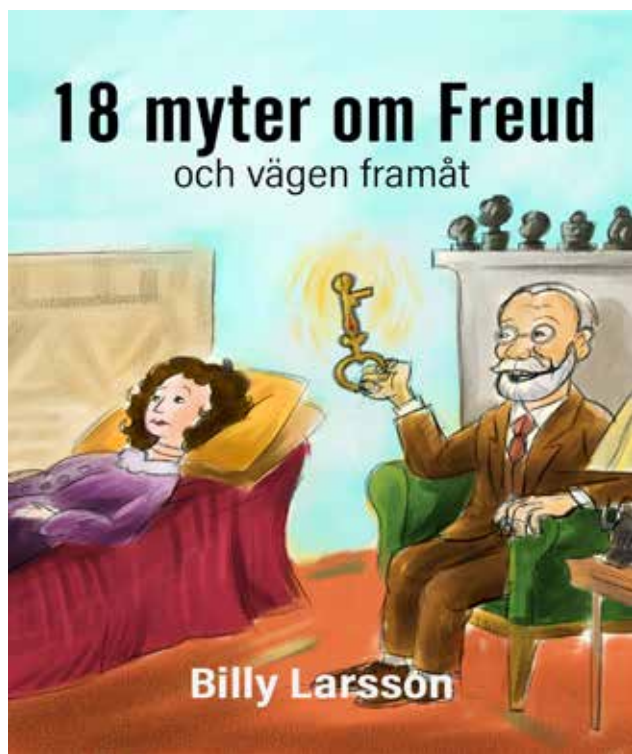
av att de fötts "kasttrade" och har stark önskan om en penis menar Larsson onekligen är originellt, men samtidigt inget som en modern psykoanalytiker lägger vikt vid.

Myt #2 är att Freud blev illa behandlad av sin samtid. Detta menar Larsson är en myt som Freud själv givit upphov till, men som det inte finns stöd för. Larsson menar i stället att samtiden levererade kunnskap och relevant kritik som alla forskare får räkna med att möta. "Det var inte samtiden som underskattade Freud, det var Freud som överskattade sig själv." skriver Larsson.

Myt #7 är att teorin om oedipuskomplexet bygger på observationer av barn. Larsson frågar retoriskt: "Har flickor i åldern tre till fem år som går i barnanalys berättat för sina terapeuter att de känner sig underlägsna pojkar, och därför vill skaffa en pojkälska med sin pappa så att de kan få en penis? /.../ Har pojkar i den åldern berättat för sina terapeuter att när de rör vid sin penis så vill de göra något med penisens tillsammans med sin mamma?". Larssons slutsats är att Freuds påstående att hans teorier om barn grundar sig på direkta iakttagelser av barn är falsk. I avsaknad av empiriskt stöd för sina teorier använder Freud retorik och önsketänkande för att övertyga läsaren.

Myt #8 är att Freud var en god lyssnare, en föreställning som uttryckts bland annat av Anna Kåver som skrev att "Freud var en briljant lyssnare och klinisk observatör...". Larsson menar i stället att Freud systematiskt avfärdade observationer och möjliga förklaringar som stod i strid med hans egna teorier. Larsson menar även att detta kan förklara varför Freud misslyckades som behandlare (Myt #10 är att Freud var en framgångsrik behandlare).

Myt #14 är kanske den allvarligaste: att Freud var en sannings-sökande person. Larsson levererar en rad exempel på direkta osanningar, från beskrivningen av hur morfinmissbruk framgångsrikt kan behandlas med kokain till hur hysteri botades med katharsis. Larsson konstaterar lakoniskt att "Freud långt ifrån var en förebild, men inte heller en moralisk katastrof i stil med Jacques Lacan."



Den 18:e myten är att Freuds teorier är värdefulla för att förstå konstnärliga verk och här vänder sig Larsson till läsare utanför psykologin och psykiatrin. Ebba Witt-Brattström skrev sin avhandling på en psykoanalytisk analys av Moa Martinssons bok *Mor gifter sig*, vilket Larsson menar var en förlösad ansträngning. Eftersom Freuds teorier om barn är missvisande kan de varken fungera för att förstå verkliga eller påhittade gestalter. Snarare än att öka förståelsen för konstnärliga verk riskerar man fastna i spekulationer och schablonförklaringar. Larsson avråder starkt från att anlägga Freudianska teorier i tolkningen av konstnärliga verk.

Efter denna sågning av Freud ställer sig Larsson den relevanta frågan hur någon som tänkt så märkligt "ändå blivit så populär och inflytelserik?". Larssons svar är att Freud för det första skrev om fenomen vi sällan pratar om, det vill säga de teman Freud avhandlar är suggestiva och fängslande. Freud var dessutom retoriskt skicklig och har betraktats som en betydande skönlitterär författare. Även Freudkritiska personer medger att Freud avhandlar viktiga frågor om motivation, känslor och varför vi agerar som vi gör. Freud ger förklaringar — om än missvisande — till många fenomen som ger oss tillfredsställelse. Freud har också själv skapat sin egen hjälteberättelse om den sanningssökande forskaren som utstår omgivningens ringaktning, men som med mod och envishet kämpar på och får rätt till sist. Med Larssons ord säger Freud: "Jag är en ödmjuk person, men utan att förhäva mig vill jag påstå att jag nog är psykologins motsvarighet till astronomens Kopernikus och biologins Charles Dar-

win." Larsson konstaterar dock att Freud i ett längre perspektiv inte kommer att ses som en vetenskapsman utan "mer någon som arbetade på en hjälteberättelse om sig själv men förklädd till forskare, med inslag av kloka tankar här och var".

I bokens avslutande kapitel formulerar Larsson tankar kring hur vi bör tänka framåt när vi lämnat Freud bakom oss. Larsson vänder sig emot dagens uppdelning av psykoterapiområdet i olika skolor: psykodynamisk terapi, humanistiskt-upplevelsebaserad terapi och kognitiv beteendeterapi — som under sig samlar än fler specifika terapiformer. Larsson vill i stället se en enhetlig psykoterapivetenskap som utbildar behandlare i evidensbaserad psykologisk praktik. Han vill se en uppdelning av psykoterapeuter som mer liknar läkares sätt att organisera sig. Dels terapeuter med generell inriktning som behandlar lättare tillstånd, dels specialiserade terapeuter som tar sig an svårare tillstånd som psykosjukdomar och personlighetssyndrom. Det vill säga psykoterapeuterna skall utbilda sig utifrån patientens problem, inte utifrån en viss skolbildning. För att detta skall bli möjligt krävs begrepp som är teorineutrala. Och att utbildningen utgår från vad som faktiskt fungerar, det vill säga evidens.

Även om Larssons exempel och underskrivade kommentarer är dråpliga och ofta underhållande är detta framför allt en akademisk bok. Varje påstående är underbyggt med referenser och akademiskt resonande. Jag rekommenderar den till envar som förbryllats av att Freuds teorier har kunnat få så stort genomslag. Boken är självklar som referenslitteratur på psykologlinjen, men vore också värdefull för blivande psykiatrer på den obligatoriska psykoterapiutbildningen. Och bör stämma till eftertanke hos de litteraturvetare, konstkritiker och andra humanister som alltför analyserar och tolkar konstnärliga verk mot en freudiansk referensram.

Mikael Landén
Sektionen för psykiatri och neurokemi
Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet

Mikael.landen@neuro.gu.se



Leva med skadad hjärna

Kjell-Olof Feldt

Lava Förlag, 2022

► Alltjämt aktiv i styrelsearbete och debatter drabbades Kjell-Olof Feldt som 87-åring av stroke. I den här boken skildrar han sin upplevelse av vad som hände och hur han hanterat tiden därefter. Berättelsen består inte bara av vad Feldt delger utan också av hur; man förstår att texten varit mödosam att skriva relaterat till nytillkomna svårigheter att se och hitta ord. Feldt har medvetet låtit bli att redigera alltför hårt, vissa upprepningar har till exempel fått stå kvar som vittnesbörd om den försämrade kognitiva funktionen.

Inledningsvis framgår att Feldt kort vårdats ineliggande för ett akut blödande magsår. I samband därmed sattes hans blodförtunnande läkemedelsbehandling ut och några dagar senare drabbades han av blodpropp i hjärnan. Efter röntgenundersökning konstateras att proppen sitter illa till och bör tas bort enligt röntgenläkaren, men Feldt får snart besked av en annan läkare att någon operation inte är aktuell.

Efter ytterligare några händelselösa dygn flyttades Feldt till en rehabiliteringsklinik. I samband med utskrivningen förklarade läkaren sambandet mellan blodproppen och utsättningen av den blodförtunnande medicinen. Feldt frågar retoriskt "hade läkarna lytt patientlagen och inhämtat mitt godkännande av detta avbrott i behandlingen av mitt blodsystem?".

Under en veckas vistelse på rehab-klinik erbjuds Feldt "gymnastiska gruppövningar" men konstaterar att de tog mer tid än gav utrymme för fysisk aktivitet. Han gör därför ett eget program där han går utan stöd fram och tillbaka i patientrummet. När det är dags att åka hem tror han sig kunna hantera de nya begränsningarna. Väl hemma möter Feldt snart nya svårigheter, han har svårt att skriva och läsa: "Hela tiden ser jag fler bokstäver än jag behöver".

Under många år har Feldt tagit 1,5 gånger maximaldos av ett beroendeframkallande sömnmedel. Efter att flera gånger ha fallit oprovocerat upptäcker han att hans husläkare minskat förskrivningen av narkotikaklassade sömnmedel. Feldt reagerar på att dosändringen gjorts utan att läkaren diskuterat det med honom "Såvitt jag förstod bröt han mot patientlagen genom att inte inhämta mitt godkännande av denna förändring i behandlingen". Läkaren förklarar att medicinen ökar risken för fall och Feldt tolkar det som att den minskade förskrivningen görs för att inte läkaren ska kunna hållas ansvarig om han ramlar igen.



Under läsningen följer vi Feldt på besök hos olika vårdgivare, hans försök att hantera de svårigheter som uppstår och nya kroppsliga problem som tillkommer. Även om bokens ämne huvudsakligen är sjukdomar och besvärliga kroppsliga tillstånd, är skildringen av människan Kjell-Olof Feldts liv – med relationer, middagar och tankar – minst lika givande. Feldt har universitetsutbildning och arbetade alltjämt vid tiden för insjuknandet. Hans upplevelse av medicinska beslut säger mer om vår dåliga förmåga att kommunicera än om hans kognitiva förmåga. Som läkare hajar man till när någon kompletterar sin sänkta dos Imovane med whisky, men det är nyttigt att påminnas om att det som är självklart för doktorn inte är det för alla.

Boken rekommenderas varmt!

Anna Hillerberg
Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm



Hoppets anatomi
Om förväntanseffekter och placebo
Karin Jensen
Natur & Kultur, 2022

När jag gick grundutbildningen på 70-talet så nämndes placeboeffekten i flera sammanhang. Alltid som en enkel beteckning på den effekt som en patient kan rapportera efter att ha fått ett sockerpiller i stället för aktiv substans. Men aldrig försökte någon ge en mer ingående förklaring till hur placeboeffekten uppkommer.

Fenomenet har tilldragit sig ökande forskningsintresse genom åren och nu vet vi betydligt mer. Delar av denna kunskapsutveckling beskriver docent Karin Jensen i sin bok "Hoppets anatomi". Karin är psykolog och har en bakgrund som smärtforskare vid Karolinska Institutet och Harvard Medical School. Redan i inledningen av boken lyfter hon fram att placebo- eller förväntanseffekten finns på plats **även** när man behandlar med ett aktivt läkemedel. Något som är lätt att förbise!

Utmaningen är att särskilja behandlingseffekten från placeboeffekten och över tid finns också ett naturalförlopp att ta hänsyn till. Man har kommit en bra bit på väg i modern läkemedelsutveckling där det sedan många år nästan alltid ingår placebokontrollerade studier, vilket ger en uppskattning av placeboeffektens storlek. I samband med detta påpekar Karin Jensen att placebo därigenom är världens mest testade läkemedel.

Av speciellt intresse för oss inom psykiatri är att placebo- eller förväntanseffekter finns inom alla terapeutiska områden, dvs inte bara vid läkemedelsbehandling. Men att särskilja betydelsen av en specifik intervention ifrån värdet av alliansen mellan patient och terapeut är inte enkelt. Det är svårt att i studier kontrollera allt ifrån personlighet och ansiktsuttryck till tonfall och blick. En förklaring till att vi vet så lite om placeboeffekten vid exempelvis psykoterapi. Men samtidigt en stor utmaning.

Efter en intressant historisk tillbakablick ger Karin Jensen en översikt av de framsteg som gjorts under senare år. Oftast i farmakologiska experiment på försöksdjur och människa. I numera klassiska studier kunde forskare visa att flera av hjärnans signalsystem är inblandade. Detta gäller t.ex. kroppsegna "opiater" (endorfiner) och cannabisliknande substanser. Men också de belöningssystem som inbegriper dopamin. Med tanke på hjärnans komplexitet återstår dock mycket att upptäcka innan det blir möjligt att utveckla en mekanistisk modell för placeboeffekten.

Utvecklingen av metoder för hjärnabbildning (MR och PET) har haft central betydelse också i placeboforskningen. Karin Jensen har en bakgrund i den forskargrupp vid KI som var först i världen (2002) med att visa att placeboeffekten kan påvisas genom aktivering av specifika regioner i människohjärnan. Denna studie av Martin Ingvar, Predrag Petrovic m.fl. har fått stor internationell uppmärksamhet och blev ett startskott för en rad MR-studier världen över.

Av intresse är också att Karin Jensen på ett mer övergripande plan lyfter fram den biopsykosociala modell som lanserades av Georg L. Engel 1977 och som är välbekant för oss inom psykiatri. "Förekomsten av (placebo- och) förväntanseffekter påminner oss om att våra tankar i grund och botten är biologiska processer som via nerv- och immunsystemet samverkar med kroppens övriga funktioner" samt "Våra sociala och kulturella sammanhang har en ofrånkomlig inverkan på oss". Efter att ha läst boken är jag böjd att hålla med henne. Den biopsykosociala modellen har fått ett utökat innehåll.

Boken är lättsamt skriven och "illustrerad" med anekdoter och aktuella exempel. Till sitt innehåll är den helt tillgänglig för lekmän. I vissa avseenden är den något rörig med funderingar som återkommer på flera ställen. Detta förtar dock inte värdet av denna intressanta och tankeväckande uppdatering om aktuell placeboforskning.

Lars Farde
Professor i psykiatri, Karolinska Institutet



SPK 2023

Välkommen!

Vi ses i Göteborg 15-17 mars
på Svenska Mässan

www.svenskapsykiatrikongressen.se



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: **16/11**

Tema: ***Tabu***



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.

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/>

STP-konferensen
18–20 januari 2023, Stenungsbaden
<https://stpsykiatri.se/stp-konferensen.html>

Svenska Psykiatrikongressen
15–17 mars 2023, Svenska Mässan, Göteborg
<https://www.svenskapsykiatrikongressen.se/>

31st European Congress of Psychiatry
25–28 mars 2023, Paris, Frankrike
<https://epa-congress.org/>

American Psychiatric Association Annual Meeting
20–24 maj 2023, San Francisco, USA
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/meetings/annual-meeting>

23rd WPA World Congress of Psychiatry
28 september–1 oktober 2023, Wien, Österrike
<https://2023.wcp-congress.com/>

36th ECNP Congress
7–10 oktober 2023, Barcelona, Spanien
<https://www.ecnp.eu/Congress2023/ECNPcongress>

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



*"När jag inte orkar så orkar du.
När du förtvivlar hoppas jag för dig också"*

Ing-Marie Wieselgren

1958 - 2022