

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#4

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

TEMA

TABU

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**
- 7 SFBUP styrelseruta, ledare, **Susanne Buchmayer**
- 8 SRPF styrelseruta, ledare, **Peter Andiné**
- 9 Kommande temanummer
- 22 Krönika enligt Tiger, **Mikael Tiger**
- 26 Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott
Matilda Naesström
- 58 Bokrecension: Brus. Det osynliga felet som stör våra bedömningar – och vad du kan göra åt det
Nils Lindefors
- 60 Bokrecension: Ängest för alla
Anna Hillerberg
- 62 Bokrecension: Ekvilibrium. Om sambandet mellan kreativitet och galenskap
Daniel Frydman
- 66 Kalendarium

Tema:

- 10 Tabu
Björn Wrangsjö
- 12 Att vara same i storstad. En intervjustudie om identitet, hälsa och mötet med vården
Maria Sundvall, Eva Eastwood, Sofie Bäärnhjelm
- 14 Tabu
Hanna Edberg
- 15 Angående temat "tabu"
Jerker Hanson
- 16 En kria om tabun
Nils Lindefors
- 17 Schizofrenofobi eller Är schizofrenidiagnoser (snudd) på tabu?
Lena Nylander
- 18 Jobbar du kliniskt någonting?
Alessandra Hedlund
- 20 Vind för våg...
Lioudmila Mendoza

Övrigt:

- 6 Kallelse och dagordning till årsmöte med Svenska Psykiatriska Föreningen
Martin Hultén
- 23 Dags att nominera till "Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne"
Styrelsen för Svenska Psykiatriska Föreningen
- 23 Svenska Psykiatriska Föreningen har ny adress
- 23 Save the date! SFBUP:s Fortbildningsdagar
Styrelsen för SFBUP
- 24 Så minns vi Per Gustafsson
Tove Gunnarsson
- 25 Per Gustafsson - den flitige skribenten
Tove Gunnarsson
- 28 STP-konferensen 2023, 18-20 januari, Stenungsbaden
Styrelsen för ST-läkare i psykiatri
- 28 Dags att nominera hedersledamot till Svenska Psykiatriska Föreningen
Styrelsen för Svenska Psykiatriska Föreningen
- 29 Varmt välkomna till SPK 2023 på Svenska Mässan i Göteborg den 15-17 mars och program
Martin Hultén
- 38 Dags att söka Cullbergstipendiet
Stipendiekommittén
- 56 K(l)ick i vår nutid. Flykten till ofriheten
Thomas Silfving
- 64 Fortsatt fortbildning. Missa inte filmerna från SPK 2022
Tove Gunnarsson
- 65 Svenska Psykiatriska Föreningen bli medlemsförening i Svenska Läkaresällskapet 2023
Linda Martinik

Debatt:

- 18 Jobbar du kliniskt någonting?
Alessandra Hedlund
- 40 Checklistor lika goda som psykiaterbedömningar?
Lars Wahlström
- 42 Socialpsykiatrin. Quo vadis?
Wolfgang Rutz

Innehållsförteckning:

Rapporter från möten:

- 46 SPF:s kongressresa till Wien
Tarmo Kariis
- 48 Maudsley Forum Scandinavia 2022
Tarmo Kariis
- 50 Psykiatern i det offentliga rummet
Karl Lundblad
- 52 Svenska bipolärsällskapets höstmöte
Styrelsen SSBS
- 54 Rapport från UEMS Psychiatry-möte i Bryssel den 21-22 oktober 2022
Maria Markhed, Olle Hollertz

Tidskriften för
Svensk Psykiatri

DEADLINE

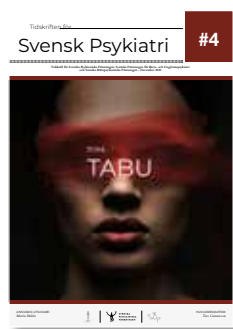
för bidrag till
nästa nummer: 8/2
TEMA: *Mognad*



Foto: Bogdan Sonjachnyj/Shutterstock



Tidskriften för
Svensk Psykiatri



SVENSK PSYKIATRI

Tidskrift för

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

ANSVARIG UTGIVARE

Martin Hultén

HUVUDREDAKTÖR

Tove Gunnarsson

redaktoren@svenskpsykiatri.se

REDAKTÖRER

Hanna Edberg

(hanna.edberg@regionstockholm.se)

Daniel Frydman

(daniel.frydman@icloud.com)

Alessandra Hedlund

(alessandra.hedlund@regionstockholm.se)

Anna Hillerberg

(anna.hillerberg@rmv.se)

Björn Wrangsjö

(bjorn.wrangsjö@gmail.com)

TEKNISK REDAKTÖR

Stina Djurberg

stina.djurberg@buf.se

FOTO/GRAFISK DESIGN

Carol Schultheis

carol.schultheis@buf.se

(där inget annat anges)

OMSLAGSBILD

Lukasz Rajchert/Shutterstock

INTERNET

www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till

annonser@svenskpsykiatri.se

”Det är vulgärt...

... att tala om pengar.” Så hette det när jag växte upp. Det var ett tydligt tabu. När jag började arbeta som underläkare var det t.ex. fortfarande otänkbart att prata med arbetskamraterna om vad man hade i lön. Idag tycks det däremot ibland som att pengar är nästan det enda man talar om. Under mina sista år före pensioneringen var jag chef för klinikens ST-läkare och kunde notera att de alla hade järnkoll på varandras löner och vad de hade fått i senaste löneöversynen. Tabun är beroende av tid och kultur, ett faktum som också tas upp i några av bidragen på detta nummers tema.

På sid 30–36 presenteras det preliminära programmet för Svenska Psykiatrikongressen som går av stapeln i Göteborg 15–17 mars nästa år. Vi hoppas att där ska finnas något för alla, oavsett inriktning på ens psykiatriska verksamhet, och att vi blir riktigt många som ses där!

Nästa nummer...

... har temat *Mognad*.

Det kan gälla våra patienters mognad: begåvning, övergången från barn till vuxen, utvecklingspsykologi eller diagnoser som blir bättre med åren, t.ex. EIPS.

Det kan också handla om psykiatern: personlig mognad, insikt och utveckling under karriären, professionalitet, ledarskap.

Mognar man per automatik i takt med åren eller krävs det mer?

Och har hjärnforskarna något att säga om mognad?

En ytterligare infallsvinkel är psykiatrins mognad som specialitet – historiskt och i modern tid.

Redaktionen hoppas att ni alla får möjlighet till avkoppling och återhämtning under stundande helger. Och kanske får ni en liten stund över för att skriva bidrag till Svensk Psykiatri!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

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

Kallad att vittna

Vad händer med ett samhälle där debatt- och samhällsklimat succesivt blir kallare, hårdare och inte sällan även utan respekt för sanning såväl på individnivå som på aggregerad nivå? Ett samhälle där ytterligheter och extrema åsikter, osanning och konspirationer i många digitala forum får lika stort utrymme, eller mer, än fakta och vetenskap, eftertänksam och respektfull dialog? Ett samhälle där giftiga kommentarer och personangrepp kan flöda relativt fritt på många sociala plattformars mötesplatser?

Det digitala samhällets verklighet med sina sociala mediers enorma genomslag och tillgänglighet har verkligen helt omdefinierat hur vi relaterar, interagerar och betraktar vår omvärld. Det ständigt tillgängliga och snabba digitala samhällets nätverk innebär fantastiska möjligheter till nya kontakter och upptäcktsfärd i den virtuella världen. Det fria ordet, utvecklande dialog samt goda och framåtblickande krafter har förstärkts, men samtidigt ses även människans mörkare sidor förstärkas kraftfullt och ofta på ett för samhällsbygget och välfärden tämligen hotfullt och destruktivt sätt.

Det som händer är att polariseringen ökar som i sin tur späder på hot och våld. Händelser så som det fruktansvärda mordet på vår högt uppskattade kollega Ing Marie Wieselgren kan därmed vara en av flera konsekvenser av en sådan utveckling. Den grymma händelsen under Almedalsveckan var som jag bedömer det inte bara en följd av en ensam, förvirrad och sjuk människas verk, utan en form av slutprodukt utav riktad högerextremism, hatkultur och polarisering som frodas i alltför många internetforum idag. Det som händer med ett samhälle som drabbats av ovanstående är en tilltagande otrygghet med större risk för svåra våldsdåd och direkt terror mot utvalda mål om inget ändrar denna utveckling.

Under senhösten nu blev jag efter att först ha blivit förhörd av säkerhetspolisen i oktober, i egenskap av företrädare för den svenska psykiatrin, sedan kallad att vittna i Visby tingsrätt i rättegången angående mordet på Ing Marie Wieselgren i målet gällande terroristbrott mm.

Vittnesmålet begärt av åklagaren gällde Ing-Maries roll för psykiatrin i Sverige samt mina egna åtgärder i arbetet på grund av de åtalade brotten samt hur gärningarna påverkat och/eller kunnat påverka framtida arrangemang och samhället i stort.

Ing-Maries roll för psykiatrin i Sverige var mycket betydelsefull och hon var i många sammanhang en självklar och stark samlade kraft och symbol för det goda arbetet i Uppdrag psykisk hälsa på Sveriges kommuner och regioner. Hur den åtalades gärningar påverkat och påverkar psykiatrin och samhället i stort är en pågående process. Resultatet av den riskbedömning som säkerhetsavdelningar, kolleger och staber genomfört efter mordet i Almedalen och även gör löpande på grund av många andra våldshändelser gentemot medarbetare i psykiatrin innebär att vi med den samhällsutveckling vi befinner oss i, successivt behöver inrätta högre säkerhet och beredskap. Det kommer att behövas i samband med större sammankomster och kongresser som sätter psykiatrin i strålkastarljuset, men även framförallt den grundläggande säkerheten i vården behöver öka och bör snabbt kunna växla upp säkerhet i kliniken vid behov. Vi får även förbereda oss på att händelser som den i Almedalen redan kan ha påverkat rekrytering till specialiteten negativt.

I rollen som cheffäkare arbetar man återkommande med händelse- och riskanalys vars syfte är att vara lärande och ta fram olika åtgärder, såväl orsakseliminerande, förbättrings- som riskförebyggande.



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



MARTIN HULTÉN

Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Martin Hultén
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

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

SEKRETERARE: Linda Martinik
(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

SKATTMÄSTARE: Denada Aiff
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

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

FACKLIG SEKRETERARE: Matilda Naesström
(facklige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

REDAKTÖR SVENSK PSYKIATRI: Tove Gunnarsson
(redaktoren@svenskpsykiatri.se)

LEDAMOT: Tarmo Kariis
(kariis@svenskpsykiatri.se)

LEDAMOT: Cave Sinai
(sinai@svenskpsykiatri.se)

ST-REPRESENTANT: Daniel Hedqvist
(st.representanten@svenskpsykiatri.se)

WEBMASTER: Karl Lundblad
(webmaster@svenskpsykiatri.se)

KANSLI: Svenska Psykiatriska Föreningen
Box 53246, 400 16 Göteborg
(kanslisten@svenskpsykiatri.se)
Hemsida: www.svenskpsykiatri.se

Målet är att undvika upprepning av skador/negativa händelser och upprätthålla god säkerhet för våra patienter och medarbetare. I just Visbyfallet är det dock oerhört svårt eller omöjligt att helt förhindra upprepning genom att avlägsna eller på något sätt förhindra framtida förövare innan ett liknande död utförs utan att det skulle innebära för stora ingrepp i det fria samhället och öppna mötets former. Därav landar bedömningen i att vidta ett antal rimliga riskförebyggande och säkerhetshöjande åtgärder. Resonemanget ovan kring hur Visbyhändelsen säkerhetsmässigt redan har påverkat oss, och kommer att påverka kommande arrangemang inom psykiatrin blev mitt vittnesmål. Innebär således i vissa avseenden en ny hotnivå mot psykiatrin och därigenom även på samhället i stort. Jag hoppas innerligt att den nya hotbilden i vårt samhälle inte blir bestående utan i stället avklingar genom adekvata motåtgärder. Framtills dess behöver vi klarsynt arbeta förebyggande och säkerställa en god beredskap mot hot och våld i våra verksamheter på alla nivåer.

Martin Hultén
Ordförande SPF

Dagordning till årsmötet i Svenska Psykiatriska Föreningen

Tid: Torsdagen den 16 mars 2023, klockan 17.15

Plats: Lokal J2, Svenska Mässan, Mässans Gata 24, Göteborg.

1. Årsmötet öppnas
2. Val av ordförande för mötet
3. Val av sekreterare för mötet
4. Val av justeringsmän
5. Godkännande av kallelse
6. Fastställande av föredragningslista
7. Behandling av
 - i. Styrelsens verksamhetsberättelse
 - ii. Skattmästarens redogörelse
 - iii. Revisorernas berättelse och ansvarsfrihet för styrelsens förvaltning
8. Bestämmande av årsavgift för nästkommande arbetsår
9. Behandling av motioner, ärenden eller förslag, vilka förelagts mötet av styrelsen eller väckts av föreningsmedlemmar
 - i. Stadgeändring för att formalisera hantering av hedersmedlemmar i Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdom (SSBS)
10. Val av revisorer och revisorssuppleanter
11. Val av styrelse
12. Val av hedersledamot
13. Val av representanter i Svenska Läkaresällskapets fullmäktigeförsamling och suppleanter för dessa
14. Val av valberedning
15. Frågor som skall underställas Svenska Läkaresällskapets fullmäktige
16. Övriga frågor
17. Mötet avslutas

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

Martin Hultén, ordförande

Ordförande i SPF

Tabu

Funderar över ordet Tabu. Vad betyder det? Vad är tabu och varför? Och hur kan vi relatera till det i den värld vi lever i. Och finns det en koppling till psykiatri?

Traditionellt är tabu ett religiöst eller socialt motiverat förbud mot något. Ofta handlar det om något som kan anses heligt eller farligt. I det moderna sekulariserade samhället handlar det ofta om företeelser som väcker starka känslor. Jag tänker att det också handlar om kontroll – att genom tabun kontrollera beteenden hos människor som på något sätt kan upplevas hotfulla eller svåra att förstå.

Vi människor är beroende av varandra, av att kunna samarbeta, kanske mer än någon annan art. Vår avkomma föds omogen och för att försörja ett barn krävs inte bara en förälder utan ett helt samhälle som stödjer föräldern. Avvikande beteenden blir därför lätt hotfulla och att skapa tabun kan nog anses vara ett sätt att lära sig förhålla sig till dessa beteenden. Med den möjliga funktionen att öka samarbetet.

Personer med psykiatriska symtom beter sig ibland avvikande och är också något som det funnits många tabun kring genom tiderna. Men i ett föränderligt samhälle förändras beteenden och värderingar – och vad som anses avvikande kan förändras över tid. I subkulturer av en befolkning kan vissa beteenden anses normala som är tydligt avvikande i en annan del av befolkningen.

Kanske, men inte säkert, är det här mest tydligt när det gäller unga? Är inte unga människor de som tydligast driver utvecklingen och vågar avvika från det "normala". Är det inte t.o.m. så att det under tonårstiden och som ung vuxen är mer normalt att avvika än att smälta in? Eller att tillhöra subkulturer.

Det här kan skapa problem då det kan leda till att krav ställs på vården att hantera beteenden som skulle kunna ses som uttryck för ett subkulturellt fenomen snarare än sjukdomstillstånd. Jag tänker här närmast på det under de senaste åren kraftigt ökade söktrycket avseende könsdysfori som vården upplevt. Vad står detta för? Är det här resultatet av att tabu mot HBTQI-personer minskat – att vi talar mer öppet om könstillhörighet och svårigheterna förknippade med detta, dvs att vi helt plötsligt ser en tidigare odiagnostiserad grupp? Eller är det så att det vi ser är uttrycket för ett psykiskt lidande som i en viss subkultur ges uttryck på detta sätt, just nu?

Jag vill vara tydlig med att jag inte tror att könsdysfori inte finns och att jag inte heller tror att de som söker vården inte har ett lidande, och ofta ett stort sådant. Och de som söker har rätt till vård och hjälp för att må bättre. Men att stoppa en pubertetsutveckling hos en ung person, erbjuda hormonell substitution och/eller kirurgi är ett stort och ofta irreversibelt beslut som är förknippat med långsiktiga konsekvenser på flera olika plan av livet. Konsekvenser som både vårdgivare, patient och vårdnadshavare har svårt att överblicka vid tidpunkten för beslutet. Som klinisk barnpsykiatriker är det här verkligen inte en ovanlig men svår patientgrupp då det kan vara svårt att erbjuda en god och jämlik vård. Det kan vara svårt att bedöma vilka som eventuellt tillhör en subkultur av patienter med psykiatriska symtom som uttrycks på detta sätt och vilka som eventuellt gagnas av och därmed ska erbjudas medicinsk behandling.

Vi har en skyldighet att försöka erbjuda god och jämlik vård och det är också utifrån det perspektivet som jag med tillförsikt ser



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

fram emot etableringen av centra för nationell och högspecialiserad vård för dessa, och andra, patienter med svåra, ofta ovanliga diagnoser och ett stort lidande. Med förhoppningen om en mer jämlik vård. Jag hoppas också dessa centra ska kunna erbjuda stöd, råd och utbildning till de kliniker som sitter på barnpsykiatriska mottagningar ute i landet och på närmast daglig basis möter dessa patienter.

Och kanske att etablerandet av dessa centra på sikt, och med ökad kunskap om patientgruppen, också leder till att vi mer öppet pratar om olikheterna i synen på denna och andra diagnoser, och således lyfter lite på ytterligare ett tabu?

Susanne Buchmayer
Ordförande SFBUP

Från tabu till varsam diskussion



PETER ANDINÉ

Ordförande Svenska Rättspsykiatriska Föreningen



Rättspsykiatri som ämne och verksamhet innehåller de svåraste frågor fyllda med de starkaste känslor. Dådet i Almedalen och den pågående rättegångsprocessen är bara ett exempel. Domstolens frågor till rättspsykiatrin kring allvarlig psykisk störning, vårdbehov och vårdens innehåll är i sig konkreta och greppbara. Under den formella ytan finns dock de större och delvis tabubelagda frågorna kring hur vi ser på en psykiskt sjuk gärningsperson, vad som är ett rimligt straff och om alla människor verkligen är lika mycket värda. Vi människor i allmänhet, och vi som arbetar inom rättspsykiatrin i synnerhet, är ofta intresserade av dessa frågor och min upplevelse är att tabubelagda frågor alltmer diskuteras. Sådana diskussioner är av största vikt och kan vara mycket berikande men måste ske varsamt.

I skrivandes stund kulminerar rättegången i Gotlands tingsrätt kring mordet på vår kollega Ing-Marie Wieselgren. Utifrån mediabilden visar gärningspersonen ingen ånger. Han har bedömts lida av en allvarlig psykisk störning vid gärningen och vid den rättspsykiatriska undersökningen. Försvaret yrkar på rättspsykiatrisk vård, en påföljd som i princip är regelmässig vid allvarlig psykisk störning. Åklagaren yrkar istället på livstids fängelse. Sedan 2008 kan en person med allvarlig psykisk störning dömas till fängelse istället för vård om så kallade synnerliga skäl föreligger. Det innebär att brottet ska ha ett högt straffvärde, att den psykiska störningen var självförvällad och att vårdbehovet är begränsat. Gärningspersonen ska även ha haft en förmåga till insikt i gärningens innebörd. Typfallet kan sägas vara ett mord begånget under inflytande av en övergående drogpsykos. Om så är fallet hos gärningspersonen i Almedalsmordet lär utredas vidare av Socialstyrelsens rättsliga råd, antingen efter beslut i tingsrätten eller senare i processen i hovrätten.

Många vi träffar vill diskutera fallet. Även skoldådet i Malmö är ett ämne som kommer upp vid middagsbjudningar och granntreffar. Många beskriver en rädsla, en underliggande oro för att vi själva eller våra nära och kära mer eller mindre slumpmässigt ska råka ut för det oförutsägbara våldet. Och vem är inte rädd? Vi som är företrädare för våra psykiatriska professioner är naturligtvis också rädda, oavsett kunskap om den ytterst lilla sannolikheten för att nya dåd skulle drabba just oss. Rädslan struntar i statistiken men kan på längre sikt ofta ge vika med varsamma diskussioner baserade på rimlighet och kunskap.

Rättspsykiatrin innehåller livets svåra frågor och känslor. Vem har rätt att ta till våld mot andra? Hur förhåller vi oss till en person

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)

FACKLIG 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

som dödat en annan person? Är alla människor lika mycket värda, även psykiskt sjuka våldsförövare? Är rättspsykiatrisk vård ett straff? Har samhället därigenom givit oss outtalade straffande rättigheter i vårdsituationen? Vill vi vårda och behandla patienterna så att de kan skrivas ut till samhället? Liv och död, ljus och mörker, hur ska jag leva mitt liv, vem vill jag vara?

Lagar, regler, riktlinjer och rutiner är glasklara och ger oss vägledning: Vi är alla lika mycket värda och har samma rättigheter, även rättspsykiatriska patienter. I mina ögon har mycket förändrats även i rättspsykiatrins mjukvara, de dagliga samtalen på jobbet, andan i arbetsgrupper och vid behandlingskonferenser. Det är mer accepterat att prata om de svåra frågorna och att visa rädsla och tveksamhet. Låt oss tillsammans i vardagen hjälpa varandra att behålla en värdig inställning till vårt arbete och våra patienter, och gå från tabu till varsam diskussion.

Peter Andiné
Ordförande SRPF

Rekommenderad litteratur; www.svenskpsykiatri.se

SVENSK PSYKIATRI

Skriv till oss
redaktoren@svenskspsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **8/2**
Tema: *Mognad*



Utgivning 2023

NUMMER 1 2023

Tema: *Mognad*

Deadline: 8 februari

Utkommer: Vecka 10

NUMMER 2 2023

Tema: *Tiden*

Deadline: 17 maj

Utkommer: Vecka 23

NUMMER 3 2023

Tema: *Språket*

Deadline: 30 augusti

Utkommer: Vecka 38

NUMMER 4 2023

Tema: *Systemet*

Deadline: 15 november

Utkommer: Vecka 49

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

SKRIV I SVENSK PSYKIATRI

Skriv till redaktoren@svenskspsykiatri.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

Tabu

Begreppet tabu härstammar från ordet tapu i den polynesiska övärlden och sägs ha införlivats i engelskan via kapten Cooks expeditioner på 1700-talet. Ordet betecknade något som var avgränsat, förbjudet eller heligt. Initialt var begreppet förknippat med en fara som måste undvikas, ett förbud som var styrt av makter bortom det mänskliga. I vårt västerländska samhälle har en glidning av betydelsen skett, från att vara ett religiöst till ett mer socialt förbud och används snarare för något som är skamfyllt, opasande eller direkt olämpligt.

Speciellt ord och handlingar avseende sexualitet och kropps-funktioner har varit tabu. Även inom familjer kan det vara tabu att beröra enskilda ämnen eller att nämna vissa personer, så kallade familjemyster. Enligt Wikipedia finns tre tabun som är giltiga i flertalet kulturer: pedofili, incest och kannibalism. Inom religioner finns avbildningstabun och tvingande klädkoder. I den kristna traditionen har celibatet haft sin plats och man får heller inte "svära i kyrkan".

Rädsla att framkalla fara genom olycksbringande benämningar avspeglas också när vi säger noaordet gråben i stället för varg, järnvägar i stället för djävlar, jösses i stället Jesus som man inte får vanhelga. Inre föreställningar om yttre straffande makter kan då ha tillgång till och representeras av ett arkaiskt överjag.

Det är inte alltid lätt att avläsa sin egen kulturs tabun som också skiftar över tid. Kulturkrockar genom internet kan bidra till otydliga gränser. I Sverige finns "jantelagen" som förhindrar att man framhäver sig själv. För en individ med starka tvångstankar kan "egna tabun" bidra till en plågsam livssituation.

Många tabun är kopplade till sexualitet. I en dagbok från 30-talet, benämner en ung kvinna först menstruationen som "otur", några år senare som att "ha sina saker", ett exempel på ett benämningstabu som nu är på väg att försvinna. På samma sätt har tabubegreppet luckrats upp kring synen på onani, där långt fram till våra dagar sentensen lydde "händerna på täcket".

I Sydafrika försvårades arbetet med HIV-prevention då begrepp om sexuella relationer och handlingar saknades. Inom psykoanalysen kan tabun kopplas till fantasier och föreställningar bland annat till oedipuskomplexet där den lilla gossen i fantasin åtrår sin mamma vilket kan ge upphov till kastrationsångest, kopplat till fantasier om pappans missnöje. Sexualitet i vårdrelationer kan utgöra ett problemområde. Inom psykoanalysen säger regelverket att det föreligger ett absolut förbud mot sexuella relationer med analysanden och dennes/dennas anhöriga och ansvaret vilar helt på analytikern. Detta gäller även efter analysens avslutning. Förslag har diskuterats om en relation kan upptas efter ett visst tidsintervall men avvisats då parterna hela tiden är medvetna om att en fortsättning kommer att vara möjlig, vilket bidrar till att överföring och motöverföring knappast kan tona bort. Det sorgearbete som tillhör en analysavslutning kan då inte genomföras.

I en amerikansk studie från 70-talet inkluderande 500 läkare uppgav 13 % en erotisk kontakt med patient, 5 % av dessa uppgav samlag. I en studie av patienter som genomgått psykoterapi där sexuell intimitet förekommit uppgav 34 % att behandlingen blivit lidande och nära hälften uppgav att upplevelsen hindrat nya terapiförsök. Under 70-talet skrev en psykoterapeut en bok som öppet diskuterade hur han använde sexuella relationer i terapin med enligt egen uppfattning goda resultat. Detta gav upphov till starka diskussioner och ett avståndstagande från föreningen Psykoterapicentrum, den organisation som samlade psykoterapeuter innan psykoterapilegitimation infördes, en organisation jag också deltog i.

Det tabubegrepp vi idag ser visar sig alltså vara komplext, kultur- och tidsbundet och också i viss mån personbundet.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Foto: Tero Vesalainen/Shutterstock

ANNONS

Att vara same i storstad

En intervjustudie om identitet, hälsa och mötet med vården



Intervjuteamet gjorde ett studiebesök vid SANKS, Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykisk helsevern og rus, vid kliniken i Karasjok i Nordnorge.

De senaste decennierna har forskningen visat en ökad risk för psykisk ohälsa, framför allt för suicid, bland samer i Norge, Sverige och Finland. Unga renskötande män i norra Sverige har varit särskilt drabbade (Stoor, 2020). Därremot saknas det forskning om den psykiska hälsan hos samer som bor i storstäder. Mot den bakgrunden, och mot bakgrund av att Region Stockholm blivit samiskt förvaltningsområde och fått ett ökat ansvar enligt minoritetslagen för den samiska befolkningen, har Transkulturellt Centrum i Region Stockholm genomfört en intervjuundersökning med samer i storstaden (Sundvall, Eastwood & Bäärnhielm, 2022).

Det framkom att frågor om samisk identitet och de historiska oförrätterna är betydelsefulla för den psykiska hälsan och centrala även i mötet med vården. De intervjuade samerna önskade inte nödvändigtvis särskilt anpassad vård men ökad kunskap hos vårdpersonalen i Stockholm.

Samisk historia i Sverige

Samer har bott i tusentals år i norra delarna av Norge, Sverige, Finland och Ryssland; det område som kallas Sápmi. Där har samer livnärt sig renskötelse, jakt och fiske samt jordbruk. Det finns flera olika samiska språk som alla tillhör den finsk-ugriska språkfamiljen.

Från 1500-talet inleddes den svenska koloniseringen av samernas landområden. Över århundradena har det lett till konflikter om mark och om naturresurser. Idag finns det en offentlig debatt och många vittnesmål om tidigare övergrepp och förtryck av samer i Sverige. Inte minst har samiska kulturutövare bidragit till en ökad allmän kunskap. Många har de senaste åren fått lära sig mer om effekterna av tvångsflyttningarna i början på 1900-talet genom att läsa Linnéa Axelssons eller Elin Anna

Labbas böcker eller genom att se Britta Marakatt-Labbas textila konstverk. Med boken *Stöld* blev Ann-Helén Laestadius vinnare av priset Årets Bok 2021. Utifrån en spännande historia om stöld av renar skildras dagens situation i norra Sverige. En berättelse där även suicid och psykiatri finns med. Filmen *Sam-eblod* har betytt mycket för att upplysa om övergrepp i nomadskolorna och rasbiologernas intresse för att skallmäta samiska barn. När sedan samiska bortförda lik återbegravts i det samiska området eller när Svenska kyrkan bett om ursäkt för sina övergrepp i nomadskolorna har kunskapen om de historiska traumana nått en bredare allmänhet (Svenska kyrkan, 2021).

Samtidigt har konflikterna fortsatt och skärpts kring naturresurserna. Högsta domstolens domslut år 2020 i en rättstvist mellan Girjas sameby och svenska staten innebar att samebyn på grund av urminneshävd fick ensam rätt att upplåta jakt och fiske inom samebyns område (Sveriges domstolar 2020). När regeringen i mars 2022 gav ett gruvbolag rätt att starta gruvbrytning i Gállok (Kallak) inom samebyn Jáhkagasskas marker väckte det stor uppmärksamhet (Naturskyddsföreningen, 2022).

Idag är det bara cirka en tiondel av samerna i Sverige som lever av renskötelse och många har – i likhet med andra skogslänsbor – flyttat söderut till storstäderna. I den uppmärksammade serieboken *När vi var samer* (2021) skildrar Mats Jonsson utifrån sin egen familjs historia hur den skogssamiska kulturen i det närmaste utrotats av svenska staten.

Samerna erkändes som ett urfolk av Sveriges riksdag 1977. Som urfolk har samerna enligt FN:s urfolksdeklaration folkrättsligt skydd mot fördrivning och tvångsassimilering och mot angrepp på deras integritet och kulturella resurser (United Nations, 2007). Samiskan är också ett av fem minoritetsspråk där rätten för minoriteterna att använda sitt språk och få sin kultur främjad beskrivs i minoritetslagen. De kommuner och regioner som ingår i det så kallade samiska förvaltningsområdet har särskilda skyldigheter att främja samers språk och kultur.

Intervjustudien

Vi intervjuade 25 samer bosatta i Stockholms län med fokus på deras egen uppfattning om sina behov när det gäller hälsa och välfärd och vad de uppfattade som risk- och skyddsfaktorer för psykisk hälsa. De fick också frågor om sin syn på den samiska bakgrunden och kulturen och på historiska likaväl som nutida trauman och deras påverkan på hälsan. Slutligen fick de också frågor om hur de skulle söka hjälp vid hälsoproblem, särskilt med psykisk hälsa, och vilka behov av utveckling av vården för psykisk ohälsa de uppfattade.

Det var avgörande för vårt projekt att involvera samiska företrädare i ett perspektiv av deltagande forskning och vi samarbetade nära med en referensgrupp från Sameföreningen i

Stockholm. En person i referensgruppen, Eva Eastwood, blev också anställd som projektassistent och deltog i insamlandet och analys av data samt i att skriva rapport och uppföljande engelskspråkiga artikel. Sameföreningens delaktighet visade sig vara helt avgörande redan för rekryteringen. De allra flesta intervjupersonerna rekryterades direkt genom att Eva kontaktade dem. Referensgruppen påverkade också utformningen av intervjuguiden på ett fruktbart sätt.

Intervjuerna transkriberades och analyserades med så kallad tematisk analys, där vi identifierade och formulerade de viktigaste temana.

Identitet, natur och kultur

[D]et finns samer som fortfarande än idag liksom förnekar sitt samiska arv... Vad gör det med en människa och ens psykiska ohälsa, att förneka vem man är på grund av vad som skett [...] vad gör det med en människa?"
(Medelålders kvinna)

Att ha eller återerövra sin identitet var det tema som framstod som allra mest centralt för intervjupersonerna. Tillgång till naturen och de traditionella samiska områdena samt till den samiska kulturen och gemenskapen framstod som de viktigaste källorna till välbefinnande och hälsa. Att lära sig språket som föräldrarna inte fått tala och valt bort för sina barn var ett sätt att återerövra identiteten. Hot mot identiteten uppfattades också som hot mot hälsa och välmående. En del yngre intervjupersoner beskrev ett utsatt och plågsamt "mellanförskap" där de varken kände sig som samer eller svenskar. Medvetenheten om hur utsatta släktingarna i norr är påverkade också måendet i hög grad.

Intervjuerna visade oss också hur människors identitet kan formas på olika sätt (Kirmayer, 2007). Det kan vara det egna jaget som är i fokus (egocentrisk position), men det kan också vara en vidare social omgivning med familj, släkt och närstående (sociocentrisk position). Identiteten kan även vara formad med naturen som en viktig del (ekocentrisk).

Mötet med vården

"[A]bsolut att jag skulle må bättre om jag slapp göra det [informerar om samer]. Om det skulle finnas en korrekt samisk information i Stockholm... Det är så låg kunskapsnivå... att det är jobbigt alltså"
(Medelålders man)

För intervjupersonerna i studien framstod hela det omgivande samhällets okunskap om samer som starkt belastande. När vi frågade dem vad de trodde om vårdpersonalens kunskaper om samer beskrev flera av dem kunskaperna som "obefintliga", "som för resten av befolkningen". Det upplevdes som nedsättande och som ett hinder i vårdmötet.

Några av dem brukade berätta om sin samiska bakgrund i vården. "Jag är en samekvinna", som en av deltagarna stolt beskrev att hon brukade säga. För andra var det mer komplicerat. Det fanns en rädsla att bli diskriminerad men framför allt en rädsla att deras eget vårdbehov skulle komma i skymundan. De skulle

– och hade i flera fall också erfarenhet av att – få börja undervisa sin läkare i stället för att vara patient.

Ingen av de intervjuade hade blivit diskriminerad i vården i Stockholm, däremot fanns det exempel från andra håll. De hade väldigt få erfarenheter av traditionell samisk läkekonst och inte heller några förväntningar om att erbjudas detta.

Det de framför allt önskade var att vårdpersonalen skulle få mer grundläggande kunskap om samer och deras historia och villkor. Däremot önskade de inte uttryckligen att det skulle skapas speciella samiska vårdenheter, av det slag som till exempel finns i norra Norge vid SANKS (Samisk Nasjonal Kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus, Samisk nationell kompetens-tjänst – psykisk hälsovård och beroende). Det fanns förslag om ökade möjligheter till internetkontakter med samiska vårdgivare på andra håll i landet.

Vad kan resultaten betyda för psykiatrin?

Intervjuerna visade oss vikten av att vara lyhörd för att personen som sitter framför mig för historia och erfarenheter med sig till vården som kan påverka både hälsa och vårt möte. Detta kan vi få kunskap om genom öppna frågor som ger utrymme för berättelsen och tid till att utforska vad som är viktigt för patienten. För att förstå och kunna tolka den samiska patientens berättelse är kunskap om samers historia och situation idag till hjälp. Ett stöd som kan underlättas av det utbud av skönlitteratur och film som kommit de senaste åren men också genom att vi använder den personcentrerade kulturformuleringsintervju som inkluderats i DSM-5 och är inriktad på att få ta del av patientens eget perspektiv på sina problem (APA, 2013). Att få ta del av patientens egen berättelse är själva kärnan i personcentrerad vård.

Maria Sundvall
Psykiater, med dr
Stockholm

Eva Eastwood
Kiropraktor, representant för Sameföreningen i Stockholm

Foto:
Sofie Bäärnhielm
Psykiater, docent i psykiatri
Sektionschef Transkulturellt Centrum, Region Stockholm

Referenser: www.svenskpsykiatri.se

Det finns samer som fortfarande än idag liksom förnekar sitt samiska arv... Vad gör det med en människa och ens psykiska ohälsa, att förneka vem man är på grund av vad som skett... vad gör det med en människa?

Tabu

”Det är ju inte normalt”

En av de svåraste saker vi har att hantera, vi som jobbar med mänskligt beteende, är beteenden som inte är olagliga eller som utgör del av någon psykiatrisk diagnos, men som är ovanliga, avviker från normen och medför negativ uppmärksamhet eller konfliktsituationer.

Vi har inte någon box att hänvisa dessa till. Ingen paragraf eller diagnostisk kod. Ingen formalia.

Min nu hädangångna far var barnanestesiolog. En hyfsat duktig sådan, vad jag kan förstå, men det ligger förstås utanför min förmåga som psykiater att avgöra och dessutom är jag av naturliga skäl biased upp till arnhälorna i egenskap av första-gradssläkting i rakt nedstigande led.

Nåväl, far min arbetade inom neonatologin, pyttesmå nyfödda, en del så späda att de passerades i vikt-kategorin av ett paket smör. Jag minns en bok som gavs ut på det stora sjukhuset där min far arbetade, som skulle beskriva och åskådliggöra arbetet med dessa små. På en bild såg man min fars stora varma hand invid ett sådant där litet pyre, handen var nästan större än hela barnet. Och jag minns att jag var så stolt, så stolt.

Nåväl. I mitten av 90-talet, när min far var i 50-årsåldern, kom han, efter mycket om och men och stor kris, ut som homosexuell. Det hade inte varit möjligt för honom innan dess, homosexualitet var som ni minns en diagnos fram till 1979 och samhällets ögon var inte särskilt blida under det följande decenniet.

Så till saken. Det fanns en del personer, medarbetare, anhöriga, folk i gemen, som ansåg att det inte var ”rätt” att vara homosexuell och arbeta med barn. Med så små barn dessutom, värnlösa, utsatta.

Tabu.

Hur bemöter man det?

Rädslan för det okända. Associationer som tar sig helt orimliga uttryck.

I en utredning med potentiella rättsliga implikationer blev jag varse att personen jag utredde hade ett från normen avvikande genderrelaterat beteende. Omständigheten skulle inte utgöra grund för någon diagnos av typen parafili eller dylikt och hade ingenting med själva ärendet att göra, och frågan uppstod: Skulle jag ändå omnämna det i min utredning?

Talande för: vi ska rapportera neutralt, beskriva faktaomständigheter så att läsaren själv kan bedöma och ta ställning.



Foto: Wavebreakmedia/Shutterstock

Talande emot: Varför beskriva något som inte har med saken att göra? Jag beskriver inte vad personen äter till frukost. De som bedömer ett sådant här underlag är vanliga människor med vanliga fördomar. Omständigheten skulle därför kunna tala till personens nackdel, utan att egentligen vara relevant. ”Det är ju inte normalt.”

Tabu.

Vår gruppidentitet hotas av det avvikande. Rädslan knyter starka band. Att förhålla sig öppen och neutral till omständigheter som utmanar vårt gängse förhållningssätt är oerhört svårt.

I ett samtal med en god vän nyligen kom vi att diskutera fördomar. Att försöka identifiera sina egna fördomar kan ibland kännas som en helt hopplös utmaning, som att försöka se sig själv bakifrån i en spegel. Så jag frågade min vän, som känt mig länge. Han funderade länge, och sedan log han lite snett och svarade: ”Vet du Hanna, jag tror att du kan ha fördomar mot de som har fördomar.”

Så smärtsamt korrekt. Jag buntar nog utan vidare ihop de som dömdes ut min far som en potentiell risk mot nyfödda och de som anser att om man inte följer könsnormen bör man inte ha rätt till det ena eller det andra, och drar slutsatser som säkerligen kan vara oskäligen.

Det är ju faktiskt tabu att ha fördomar.

Hanna Edberg
Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm



Foto: pio3/Shutterstock

Angående temat "tabu"

Jag har funderat på några ämnen som det nog kan anses tabu att diskutera, se nedan! Jag landar dock inte i att analysera vidare. Jag drar mig för att ifrågasätta sådant som jag ändå solidariserat mig med under många år och som bygger på något positivt.

Människovärdet

Jag uppfattar att detta "värde" rimligen måste vara något relativt. Anser vi verkligen annars att alla människor är lika mycket värda? Alltid? Jag tänker särskilt på Adolf Hitler – borde inte han åsättas ett negativt värde?

Mänskliga rättigheter

Gäller sådana rättigheter bara för en individ mot samhället och mot andra individer? I många fall gäller uppenbarligen motsatsen: fosterlandets, familjs och släkts förväntningar och krav, liksom flera religioners krav dominerar över individens behov.

Evidensbaserad medicin

Hur säljer man en sådan medicin till en patient om man vet att "number needed to treat" är runt 20 att det är 5 % chans att medicinen hjälper? Det känns som tabu att prata om detta. Här tror jag dock man kan komma vidare, se Karin Jensen, Forskning och Framsteg, 9/2022 sid 40–43!

Självvalt livsslut

Här krockar vår uppfattning om bland annat Hippokrates etik med individens behov och rättigheter att välja. Diverse kompromisser söks och används i praktiken men det är det ibland tabu att tala om och än mer att skriva i journalen.

Psykiatrins rational, grundbulten

För oss västerländska psykiatrer i 21:a århundradet är begreppet "psykiatri" rätt tydligt i sin kärna om än lite luddigt i kanterna. Men hur ser grundbulten ut? Finns den i särskilda synapser, transmittorer eller i uppväxten och i relationer och en social kontext? Egentligen är nog inte detta så tabu längre. Vi har vant oss vid att ha flera modeller i huvudet samtidigt. Läste just att kvantfysikern Carlo Rovelli skrivit en bok "Helgoland" där relationer utpekats som världens fundament. Något att jobba med för framtidens psykiatrer?

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

En kria om tabun



Tabun kan sägas vara en mekanism för att skydda vissa föreställningar, tolkningar och företeelser och för att immunisera dessa tabun mot kritik och ifrågasättande. Tabun anger en kritisk risknivå för psykosocialt farliga/omstörtande ämnen eller teman och ger maktredskap för den som har tolkningsföreträde. Det är vanligt att uppfatta vissa värden som exempelvis kärlek, heder och rättvisa som absoluta, okränkbara och stundom heliga. Att kritisera eller sätta ett pris på dessa företeelser blir då motbjudande och kan i förekommande fall medföra risk för den som tar sig före att använda den möjligheten. Problem att upprätthålla tabun kan för övrigt uppstå med samhällets begränsade resurser. Hur mycket får det kosta att rädda ett liv, att få juridisk rättvisa, rädda klimatet/stoppa global uppvärmning?

I en värld av begränsade resurser kan det föregivet okränkbara bli mindre förbjudet och diskutabelt. Ändrad avvägning mellan kostnad och nytta kan plötsligt medföra förskjutningar i regler och moral. Går det långsamt så kan gamla tabun erodera bort och nya mer eller mindre paradoxala kan komma i deras ställe. Det kan lätt ske utan att vi begriper hur det gick till eller kanske märker vi inte ens skillnaden, när minnet långsamt anpassas/korrumperas.

En tankelek kring vanliga tabun: Du deltar i en middagsbjudning och meddelar din bordsgranne följande försåtliga och fräcka frågeställning: "Det är givetvis helt otänkbart att du skulle prostituera dig, men om vi tänker helt hypotetiskt, för hur mycket pengar skulle du trots allt göra det?" eller "Det är givetvis helt otänkbart, men om vi tänker helt hypotetiskt, för vilket belopp skulle du vara redo att adoptera bort, dvs sälja, ditt barn?". Om vi antar att middagen bevistas av personer som fortfarande upprätthåller dessa i stunden ifrågasatta moraliska världens okränkbarhet, så är det lätt att hamna på nattgammal is. Här har vi alltså två tankefallor som fel hanterade kan tillintetgöra någon närståendes tillit, om den svarande tvekar för länge med svaret eller i värsta fall hugger till med ett, kan man förmoda, mycket stort belopp. Enklast är att avvisa försåtliga frågor av det slaget rätt av.

Traditionellt har religion definierat starka tabun. Den som definierar tabun kan även immunisera mot sekulär (världslig) kontamination. Om sekulära influenser kan befaras erodera stabiliteten hos tabun som vilar

på sakral (helig) grund, som att vägra bära hijab i Iran i protest mot förtryck, så tas hädelseverktyget fram. Förbannelser uttalas mot den otrogna, som har helvetet att vänta i sinom tid. Om helvetet dröjer så kan straff utdömas redan här i jämmerdalen.

Författaren och statsvetaren Philip E. Tetlock har sålunda intresserat sig för hur vi tänker om sakrala (heliga) värden [TICS, 7(2003)320] och hur tabun uppstår och förvaltas. Om individer i en grupp uppfattar att en av dem bryter mot något man uppfattar som okränkbart (tabu) uppstår moraliskt motstånd och motreaktion. Moraliskt motstånd mot dylika regelbrott, har enligt Tetlock tre fundamentala komponenter, en kognitiv, en affektiv samt ett reaktivt beteende.

- Kognitiv dimension kan innebära att tänka illa om och tillskriva avvikaren nedsättande karaktärsdrag.
- Affektiv dimension innebär ofta ilska och förakt.
- Reaktivt beteende kan vara aktivt och entusiastiskt stöd för de okränkbara normerna och att straffa överträdaren. Straff kan även riktas mot dem som i otillräcklig grad bidrar till att hemsöka överträdare med korrekta åtgärder.

Tabu handlar väl till del om att hålla vakt om värde. Oscar Wilde har tillskrivits en kärnfull tanke om skillnad mellan pris och värde: "An economist is someone who knows the price of everything and the value of nothing".

Nils Lindefors
Psykiater
Stockholm

Foto4Hlib Shabashnyi/Shutterstock

Schizofrenofobi? eller Är schizofrenidiagnoser (snudd på) tabu?

Att diagnostisera schizofreni är inte sällan svårt för den oerfarne psykiatern, och ibland även för den erfarne. Att konsultera en kollega är då en bra lösning.

Utifrån Maria Wagners artikel om självstörningar, schizotypi och begynnande schizofreni i Svensk Psykiatri nr 2 2021 har jag börjat undra om vi svenska psykiatrer ibland är drabbade av något som skulle kunna kallas schizofrenofobi. Med det menar jag en distinkt ovilja att ställa schizofrenidiagnos, för att inte tala om schizotypi som verkar i stort sett helt frånvarande i nutida svensk psykiatrisk diagnostik (till skillnad från dansk). Jag tycker att jag då och då stöter på schizofrenofobi som tar sig flera uttryck:

Patienter får andra diagnoser: till exempel vanföreställningsyndrom (även där det finns en varaktig funktionsnedsättning) eller akut och övergående psykos (även där den inte går över). Allt vanligare är diagnosen autism (även i avsaknad av tydliga barndomssymtom på autism). Ibland verkar det vara så att tidiga symtom på schizofreni/schizotypi hos en tonåring felbedöms som autism.

I värsta fall leder detta till att patienter får felaktig behandling. Patienter som får autismdiagnos brukar skickas till habiliteringen, där oftast ingen läkare finns som kan diagnostisera den psykiska sjukdomen och där man inte har möjlighet att ge psykiatrisk behandling. Alla symtom anses sedan "förklaras" av autism. Autism har beskrivits som en riskfaktor för schizofreni, varför alla symtom tydande på psykos/schizofreni hos en autistisk person behöver tas på stort allvar och bedömas av en psykiater.

Varför är vi rädda för schizofrenidiagnosen? Kanske för att den uppfattas, även av oss specialister, som en obehaglig dom – en kronisk sjukdom. Men vi vet ju att det finns behandling som minskar och lindrar symtom, och andra åtgärder som underlättar återhämtning. Ibland har jag stött på patienter som har sagt att de själva tror att de har schizofreni (och enligt min uppfattning haft rätt i det) men där andra läkare menat att "så illa ska vi väl inte tro att det är". Schizofreni är faktiskt en behandlingsbar sjukdom, även om många (precis som när det gäller kroniska somatiska sjukdomar) får en nedsatt funktion och behöver ta medicin under överskådlig tid. Autism däremot är inte behandlingsbart.

Kanske är vi rädda för de biverkningar som antipsykotiska farmaka kan medföra? Med all rätt, givetvis, biverkningarna är viktiga att ha under uppsikt och om möjligt förebygga genom noggrann inställning av preparat och dos, och genom lämplig

kost och motion. Men verkningarna av utebliven antipsykotisk behandling vid schizofreni är inte heller eftersträfvansvärda – dålig livskvalitet, suicidalitet, kanske våldsamhet mot sig själv och andra.

Märkligt nog verkar många vara mindre rädda för biverkningar av antipsykotika när patienten har en intellektuell funktionsnedsättning – i den gruppen förekommer ymnig medicinering, ofta med flera antipsykotiska farmaka och höga doser, oftast utan schizofrenidiagnos. Även om intellektuell funktionsnedsättning liksom autism visats vara en riskfaktor för insjuknande i schizofreni är schizofrenidiagnosen svår att ställa när den intellektuella funktionsnedsättningen är medelsvår eller svår, men patienten har samma rätt till god och likvärdig vård som alla andra så då får vi anstränga oss extra mycket.

Kanske är en autismdiagnos i stället för schizofreni ett sätt att avlasta den psykiatriska verksamheten? En schizofrenidiagnos innebär med självklarhet att psykiatrin har ett långvarigt och omfattande åtagande gentemot patienten, men där symtomen inte är alldeles tydliga utan mer av prodromalsymtom eller schizotypa varianter verkar det som sagt ligga nära till hands att ställa autismdiagnos i stället. En del av denna praxis har nog med tilltro till DSM att göra – man har tappat bort kunskapen om just prodromalsymtom och självstörningar, vilka inte finns med i DSM. Där finns inte heller simplex-schizofreni, vilken finns i ICD-10 som ju är den klassifikation vi officiellt fortfarande använder i Sverige.

Slutligen tror jag att en del av schizofrenofobin kan hänga ihop med att man ofta betraktar en diagnos som något slutgiltigt, när den rätteligen bör anses och hanteras som en arbetshypotes. När mer information framkommer, eller när läget på annat sätt ändras, så kan diagnosen ändras eller avskrivas. Vi som specialister i psykiatri behöver inte vara rädda för att ställa någon psykiatrisk diagnos, varken schizofreni eller autism eller båda, och i tveksamma/svårbegripliga fall måste vi kunna konsultera varandra för att komma fram till den arbetshypotes som bäst gagnar patienten. Diagnoser bör – liksom läkemedel – hanteras med respekt, och användas där de gör nytta, men inte heller övervärderas.

Lena Nylander
Psykiater, med dr
Lund



Foto: fizkes/Shutterstock

Jobbar du kliniskt någonting?

Jag låter frågan eka i huvudet en stund innan jag svarar. I början lät den så oskyldig. De flesta som ställer den gör det oskyldigt. Svaret är oskyldigt, det med. Men bottenklangen tyder på annat. Borde jag? Kan någon verkligen kalla sig läkare om man inte har direkt patientkontakt? Definieras vår yrkesroll av motparten, patienten, upphör vi att vara läkare i dennes frånvaro? Kanske är det en filosofisk fråga som saknar svar, men jag vill lyfta den ändå.

Helig ko eller tabu

Jag har hört mig själv säga att jag "måste ha lite klinik". Det var ett bra antal år sedan, jag var relativt nybliven specialist och skulle tacka nej till ett "fint" uppdrag. Det krävde ett snyggt argument och vad kunde vara bättre än att jag ville behålla min kliniska förankring? Det funkade hur bra som helst.

Några år senare hamnade jag i en roll med väldigt lite patientkontakt – inte i nuvarande tjänst, ska tilläggas; mina nuvarande kollegor och arbetskamrater, chefen inkluderad, får inte tro att det här handlar om dem. Snarare är det så, att jag tack vare dem

har kunnat bolla tankar och fördjupa reflektionerna som ligger bakom den här texten.

Tillbaka till den där tiden med mycket glesa patientkontakter. Tre saker hände, som jag inte hade förväntat mig. För det *första*, hörde jag mig själv prata nästan ursäktande över de glesa kontakterna. Hur kunde det ha blivit pinsamt? Saknade jag inte patienterna? Lite tid och en bra mentor senare, insåg jag att detta var ett lärtillfälle utan dess like och ingenting att skämmas för. För det *andra*, mötte jag Jante i egen hög person. En och annan kollega verkade uppriktigt orolig, tänk om jag "tappade bort det (kliniska)"? Tänk om jag blev ringrostig? I så ung ålder dessutom! Märkligt ändå att kollegor som var föräldra- eller forskningslediga inte väckte samma oro. Nej; oron drevs inte av omtanke. Enstaka kollegor klarade helt enkelt inte situationen, inte heller brydde de sig om att dölja sin... vad ska man kalla det? Avundsjuka? Missunnsamhet? Över vadå kan man undra, uppdraget var tufft och andra hade haft chansen att ta på sig det men tackat nej. Men det är bara



känslor, känslor är inte rationella, om de var rationella hade kanske psykiatrin inte ens funnits, tänk vad tråkigt.

För en som oftare gått mot än med strömmen, var inte det så farligt att betecknas som smitare. Snarare, en sporre att ta reda på mer; var kommer den där avundsjukan ifrån? (Det vet jag ännu inte, jag tror att det sitter i väggarna). Vad leder den till? (Mer om det strax). Först det *tredje* som hände; jag fick se mitt eget patientarbete utifrån och psykiatrin genom andras ögon. Såg det absurda i strukturer man tagit för givna, hörde det absurda i saker man sagt, det som förr hade skavt som "etisk stress" fick jag äntligen lov att kalla vid namn, känna det fullt ut, dra slutsatser, tänka ut alternativ och nya, kreativa lösningar, tillsammans med andra som hade andra perspektiv än mitt eget. Kejsaren var naken och vi kunde skratta åt det. Det var ändå ingen dans på rosor; dilemman fanns kvar och vägen till lösningarna kantades av mina egna fördomar, av insikter om fel jag gjort, fast jag ville väl, menade väl, visste inte bättre, ändå blev det fel. Det skaver desto mer när man inte har patienten i rummet och får lov att släppa loss sin empati. Gjort är gjort, sa välmenande kollegor, och jag höll med dem; men jag lovade mig själv att om jag någonsin fick mer patientkontakt skulle jag jobba annorlunda, göra annorlunda, öka chansen att det skulle bli rätt.

Det dröjde något år till förändringen kom, som innebar mer tid med patienter, regelbundet, dessutom på en bra arbetsplats. Det var bara att skrida till verket och vilken skillnad det blev. Först då insåg jag att tiden som jag varit ifrån kliniken hade gjort mig till en bättre läkare. Att betrakta allt på avstånd hade gett mig nya perspektiv att reflektera över, och möjlighet att sätta ord på det jag erfarit. Tidigare hade vardagens löpande band gjort mig fartblind; det fick inte hända igen. Vad som än hände skulle jag behålla ett kritiskt öga över min gärning. Det är många år sedan nu. Jag har hunnit byta arbetsplats, arbetskamrater, chefer, bättre eller sämre. Det har emellanåt varit kämpigt att upprätthålla mitt "nya" arbetssätt; men inte särskilt svårt ändå. Den positiva återkopplingen jag fått från såväl patienter som kollegor har gjort det lättare att hålla fast vid det. En replik från en gammal, halvdålig film dyker upp; "Det är svårt att göra rätt" säger den ena – "Nej" svarar den andra. "Det svåra är att veta vad som är rätt. När man vet vad som är rätt, är det svårt att låta bli att göra det."

Varför är det så få läkare som är chefer?

Att som läkare säga att man arbetar administrativt har som sagt en dålig klang. Det är tabu, det är osexigt, det lockar konstiga blickar som undrar vad det är för fel på en. Vill man vara korrekt skall man be om ursäkt i samma stund som man berättar det. Det vill jag utmana. Synsättet verkar gälla oavsett specialitet, men blir desto skadligare för psykiatrin, där allt färre chefer är läkare. Öronbedövande är tjetet om hur viktigt det är att

läkare blir chefer. Ändå är det få som är beredda att investera det som krävs och betala priset för det; att betraktas som en smitare. Inte en böld, men ändå en liten infekterad del, som hotar klinikens heliga lekamen med sepsis. Få orkar med domedagsprognoser om ens kompetenstapp, om när ens ringrostighet kommer bli oåterkallelig. Få står ut med kommentarer som: "Hur ska hon veta, hon är aldrig här?" eller "Nä, hon dög inte till något annat, så hon blev chef". Vänta nu, inte hör hon det vi säger bakom stängda dörrar? Nej, men du läcker vad du tänker. Och hon hör hur jargongen går när andra baktalas. Man behöver inte ha 180 i IQ eller göra en RCT för att dra slutsatser. Ingen slump att det är en "hon" heller – ingen vetenskap, bara beprövad erfarenhet.

Hon hamnar utanför och stannar där – till krisen kommer. Då ombeds hon att kliva in i kliniken "litegrann" för att lösa bemanningsproblem. Ett litet steg för en läkare, ett stort steg för läkarkåren. Åt fel håll. "Du är väl ändå läkare?" Jo tack, för en dag, en vecka eller en månad kan jag vara det "på riktigt". Oavsett vilket kommer det att vara glömt på ett ögonblick. Inbillar jag mig, eller är det oftast vi läkare som inte får lov att släppa patientarbetet när vi blir chefer? Har det gått så pass långt att vi vill ha det så, trots att det sker på bekostnad av vårt ledarskap? Tror vi verkligen att det är så det ska vara, eller är vi bara rädda att bli illa sedda av våra kollegor, våra chefer, av oss själva?

Jag vill tro att vår självbild är starkare än så. Samtidigt är jag övertygad om att alla kan dra sitt strå till stacken. Tänk dig för nästa gång du hör jargongen ovan. Låt de baktalande möta konsekvenserna av sitt snack, kanske vill de ha en läkare som chef nästa gång? Det lär inte bli så många, så länge vi sätter käppar i hjulet för varandra på det här sättet. Att du inte vill pröva dina vingar utanför kliniken innebär inte att du ska vingklippa dina kollegor. Tänk på vilka budskap du egentligen förmedlar, när du frågar om någon jobbar kliniskt "någonting" eller saknar patienterna. Framför allt, var inte kategorisk i att man inte är en riktig läkare om man inte har patientkontakt. Det må vara sant för just dig, men det får inte bli till en påtvingad kollektiv självbild. Vår medicinska kompetens behövs i oändligt många sammanhang. Låt dina kollegor blomma ut på sitt sätt, medan du gör det på ditt; har du tur får du en bra chef, som dessutom är läkare.

Alessandra Hedlund
Psykiater, Stockholm



Vind för våg...

Jag lämnar mamma vind för våg
 så hon kan dras åt ljus och mörker.
 Och jag ska sluta skriva floskler.
 Erkänna skuld. Erkänna brott.

Jag går en stund. Jag lämnar henne
 för evigheters evighet.
 Ingivelsens marionett.
 Tryggheten och tillit jag bränner.

Hjälplös som barn. Med svaga händer.
 Kan inte höra kärleksord.
 Kan inte se denna stund.
 Men hon kan känna vad än händer!

Omfamningen för sista gång,
 jag badar i bekanta doften.
 Ansiktet gömmer i en kofta,
 upplever världens undergång.

Förlåter din otrogna dotter?
 Min drift försvinna ur ditt liv,
 att jag försvinner i ett kliv.
 Men du förlåter. Du förlåter...

Jag var beredd på att den dagen skulle komma. Trodde jag.
 Jag fruktade den. Var nästan livrädd för den. Jag levde med en
 dröm att det gick att bara hoppa över denna dag och fortsätta

leva vidare. Att det kunde gå på något sätt. Men dagen kom.
 Min mor dog. Och inget visade sig vara som jag trodde. Det
 var hundra gånger värre.

Jag funderade på om det som hände gick att berätta. Ocen-
 surat. Bara som det var. Utan att dölja "fel" tankar. Främst från sig
 själv. Och inte ta dessa tankar genom en granskningskommitté
 av sina sedan barndom rätt inställda moraliska värderingar.
 Bara släppa tankarna fria och provocerande i sitt okorrigerade
 skick. Skulle jag klara av att hantera de motstridiga stormarna?
 Skulle jag klara av den brutala sanningen av vad vi känner när
 vi håller på att förlora våra kära och när sorg inte känns rätt
 och man blir så ensam med den Icke rätta sorgen – en vidrig
 människa, ett moraliskt missfoster. Vågar jag dissekera denna
 Icke rätta sorg inför alla de andra med den Rätta sorgen? Om
 inte – är det ingen idé att ens börja skriva.

Så tänkte jag – fram och tillbaka men orden gick ej att stoppa.
 De behövde landa på vita pappret... För att jag skulle förstå och
 för att lätta på skammen. Och så blev det en dikt. En dikt
 om Icke rätta sorgen.

Lioudmila Mendoza
 Psykiater
 Södertälje



ANSLAG från L.J. Boëthius´ stiftelse

Anslag från L.J. Boëthius´ stiftelse

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

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

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

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

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

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

Ansökan skall ha kommit in senast onsdagen den 15 mars 2023. **(Särskilda ansökningsblanketter finns inte).**

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

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

Konsten att säga nej



Nej, nej, nej!

En kollega lär ha börjat varje dag med att ställa sig framför spegeln för att påminna sig om hur han skulle tacka nej till nya förfrågningar under dagen. Det påminner lite om en teknik man använder inom psykologisk behandling av beroende, "hack i skivan". Likt nålen på en gammal skivspelare ska man här hacka i "nej-spåret", hur trugande omgivningen än är.

Jag tycker för det mesta som i den gamla kampanjen Ja till EU att det är roligare att säga ja. En vän kommenterade detta i ett tal på mitt bröllop och sa att vi nu skulle vara tacksamma för att min fru i kyrkan hade sagt ja. Dock kan jag se värdet av att kunna säga nej. Jag forskar på depression och dess behandling och i synnerhet de kliniska prövningarna av ketamin och psilocybin mot depression har rönt stort intresse, både från personer som vill delta och från massmedia. I ketaminstudien hade vi fler än 800 sökande till 30 platser i studien. I och med det har jag fått god träning i mina "nej tyvärr" och "tack för visat intresse".

I mitt kliniska arbete får jag också öva på att säga nej. Det kan handla om allt ifrån att avråda från kontraproduktiva sjukskrivningar till att inte skriva ut bensodiazepiner till den som nog inte borde ha dem. När jag som ST-läkare var placerad på en psykosmottagning träffade jag en patient som hos varje ny läkare försökte få ett intyg om att få tillbaka sitt körkort. Pat hade en riktigt klassisk schizofreni, med så uttalad funktionsnedsättning att han faktiskt inte borde sätta sig bakom ratten. Envis som han var hade han framställt ett förfalskat körkort, som han alltid bar i plånboken. Lyckligtvis var förfalskningen inte så övertygande. Det var en teckning som snarare såg ut som en bild ur boken Mina klasskompisar än ett riktigt körkort. Som tur var kunde patienten ta ett nej, även om han nog sedan försökte på samma sätt med nästa doktor han träffade. Jag tror att den mest tydliga gränssättning jag har sett var på dåvarande avdelning 110 på Danderyds sjukhus, där patienter med drogmissbruk vårdades i väntan på att "kissa rent", för att sedan kunna komma till ett behandlingshem. Som ett imaginärt norrsken lyste ett episkt nej över hela avdelningen. Trots att patienter ibland rentav simulerade epileptiska anfall fick de mycket sällan en ynka dos av någon beroendeframkallande substans.

Även om det är mindre vanligt att man skriver vårdintyg inom beroendevården än i den övriga psykiatrin förekom där ett intyg om att man skriver ut sig mot läkares inrådan, som ett tydligt exempel på en intressekonflikt mellan läkare och patient.

Konsekvensen av ett nej påverkas av hur det framförs. Under mitt första underläkarvikariat vid en psykiatrisk avdelning fick jag tidigt uppgiften att informera en patient om att han inte fick gå på

permission som han hade önskat. Sjuksköterskan tog mig avsidet och sa: "Det är viktigt att du säger det till honom på ett mjukt sätt". Det var ett bra råd och patienten ryckte bara på axlarna efter det negativa beskedet. Just den sommaren tjänstgjorde en kollega som hade ett mycket mer konfrontativt sätt. Han betonade, helt i onödan, att det var han som bestämde och visste bäst och avfärdade bryskt de patienter som inte höll med. Den sommaren noterades ett rekord i antalet bältesläggningar på avdelningen.

Under studietiden höll jag på med improvisationsteater. En av de viktiga lärdomarna där var att försöka undvika att säga nej på ett sätt som gör att det sociala samspelet helt avstannar. Där lärde vi oss att inte avvisa förslag från medspelaren, utan att i samma veva föreslå något annat. Ett konkret exempel på min mottagning kan vara när mina patienter ber om en somatisk utredning och jag då brukar lyssna och ge vägledning om var de istället ska söka hjälp för detta (om det inte är relaterat till utredning och behandling av deras psykiska symtom). När det behövs skriver jag en remiss till husläkaren, för att hjälpa patienterna på traven.

Om vi aldrig säger nej blir vi så småningom översvämmade. Bekräftelsen i att bli betrodd och efterfrågad kan vara nog så stark och hos patienter med utmattning är svårigheten att sätta gränser central. Vi som arbetar inom sjukvården och därmed hela tiden är kroniskt behövda utgör en särskild riskgrupp. Lågan för att hjälpa människor i nöd falnar dock i regel lite med tiden. Jag minns att jag som ung student blev smickrad när människor med allsköns svårigheter anförtrode mig sin situation. Idag sovrar jag hellre i eländet om jag får välja. Det är dock viktigt att hålla lågan vid liv och då är det en förutsättning att inte låta sitt engagemang bränna ned till grunden.

Mitt intresse för människor motsvaras inte av en motsvarande vurm för kroppsbyggande. Jag tycker inte om att träna på gym. Under en period av mitt liv tog jag därför rygg på en kompis som gör det. Vännen i fråga är dessutom pålitlig som ett atomur, så under en period lyfte jag skrot två gånger i veckan med samma sannolikhet som den att årstiderna växlar. På väggen i gymmet fanns det en uppsättning goda råd som fick hänga där några veckor innan någon blev provocerad av dem. Ett av de bästa var: "Säg nej till en del saker för att kunna säga javisst till det du verkligen vill göra".

Mikael Tiger
Psykiater
Stockholm

Utmärkelse för
pedagogiska
insatser för psykiatrin till

Raffaella Björcks minne



Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse har beslutat instifta:

Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne.

Priset kommer att delas ut i samband med Svenska Psykiatrikongressen 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

Ny adress till SPF

Svenska Psykiatriska Föreningen
Box 53246
400 16 Göteborg

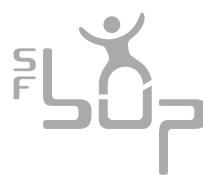
E-post: kanslisten@svenskspsykiatri.se
www.svenskspsykiatri.se

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



Save the date!

11-12 maj 2023 går SFBUP:s Fortbildningsdagar för läkare av stapeln i Läkaresällskapets lokaler i Stockholm. Vi lovar ett matnyttigt program med spännande fördjupningar och det senaste inom forskning och farmakologi. Mer info kommer inom kort på www.SFBUP.se!



Så minns vi Per Gustafsson 1950–2022



Foto: Privat

Vår varmt avhållne redaktionsmedlem och vän Per Gustafsson avled den 23 september i sitt hem i Vadstena efter en tids sjukdom. Han sörjs närmast av hustru, vuxna barn, och barnbarn.

Per var professor emeritus i barn- och ungdomspsykiatri i Linköping. Han disputerade 1987 på en avhandling om familjeterapi som komplement till traditionell behandling vid svår astma hos barn. Hans fortsatta forskning fokuserade på undersökningar av hur psykosociala och biologiska faktorer samverkade med somatiska och psykiska symptom hos barn.

Pers forskning blev betydelsefull för utvecklingen av diagnostik och behandling vid ADHD och han inriktade sig främst på denna patientgrupp även i sin kliniska gärning som överläkare på BUP-kliniken.

Även efter sin pensionering fortsatte Per sitt vetenskapliga arbete, med flera publikationer så sent som 2021.

Per var under många år engagerad i utbildningsfrågor. På grundutbildningen av läkare var han ansvarig för delar av "Strimma patientkontakt", en röd tråd av samtalsträning genom hela utbildningen. Han var studierektor för ST-läkare och medverkade även i familjeterapeututbildningen i Linköping.

Utanför arbetet var musik en stor del av Pers liv. Han spelade instrument och sjöng, bl.a. i kör, arrangerade och skrev musik, samt medverkade i framträdanden och konserter.

Som ordförande i Lindbladsällskapet tog han initiativ till många aktiviteter, bl.a. införde han traditionen med Sommarsalong i Vadstena. Per hade också ett stort vinkunnande och var medlem i

Munskänkarna. Han bidrog gärna med inspirerande kunskap om olika distrikt och regioner och jordmånens betydelse för druvors mognad.

Per Gustafsson var medlem i Svensk Psykiatri redaktion sedan 2014. Han skrev många egna texter och gjorde även en stor insats genom att alltsedan 2016 varje år bidra med en sammanställning av det gångna årets BUP-avhandlingar.

Per hade dessutom en enastående förmåga att genom sitt stora kontaktnät finna och motivera kunniga kollegor att medverka med artiklar.

Under våra redaktionsmöten var han lågmäld och lyssnande med en ständigt närvarande integritet, hederlighet och respekt. Påfallande ofta var det Per som lyfte fram etiska aspekter i våra redaktionella diskussioner. När vi andra svävade ut för mycket var det han som verklighetsanpassade oss. Plötsligt, med en vänlig fråga, fick han oss att se ett skämt eller en tanke från ett helt annat håll. Samtidigt fanns där alltid en stillsam och underfundig humor, det bodde ett litet "busfrö" inne i Per!

In i det sista var Per aktiv i tidskriftsarbetet. Trots sin sjukdom deltog han med synpunkter och kommentarer till artiklarna.

Per lämnar ett stort tomrum efter sig och vi kommer att sakna honom, både i redaktionen och som vän.

För redaktionen för Svensk Psykiatri

Tove Gunnarsson

Per Gustafsson – den flitige skribenten



Per skrev många texter till Svensk Psykiatri – han informerade, kåserade, diskuterade och debatterade. Ofta inkluderade artiklarna ett historiskt perspektiv på psykiatrin och på människors tillvaro. De är väl värda att läsa igen och här nedan följer ett urval. Du hittar dem på <http://www.svenskpsykiatri.se/tidsskriften/>

Har ni gått över till DSM-5 i Sverige? (Nr 1/2015 sid 12)

Ett gott skratt förlänger livet (Nr 1/2015 sid 20)

Var har ni Hemliga lådan? (Nr 3/2015 sid 12)

Mörderskan från Mjölby rannsokad (Nr 3/2015 sid 26)

Vadstena – sjukvårdsstaden (Nr 2/2016 sid 20)

Are you marriage material? (Nr 4/2016 sid 33)

På flykt (Nr 1/2017 sid 28)

Det syns inte på utsidan (Nr 2/2018 sid 17)

Vem bältas och för vad? (Nr 4/2018 sid 20)

Att vilja men inte kunna. Vetenskapliga bevis på häxeri (Nr 2/2019 sid 21)

Vill du inte bli frisk – eller? (Nr 2/2019 sid 26)

Videospel och kirurgi (Nr 4/2019 sid 12)

Har neuropsykiatriska diagnoser gjort tillvaron bättre? (Nr 2/2020 sid 22)

Vårt behov av svaghet (Nr 2/2020 sid 25)

Vad är Artificiell Intelligens? (Nr 3/2020 sid 12)

Kan maskininlärning förbättra suicidriskbedömning? (Nr 3/2020 sid 23)

Risken för psykiska störningar högre för människor som lever ensamma (Nr 1/2021 sid 21)

Galenskap – en bok om vetenskap (Nr 2/2021 sid 22)

Evidens = sanning? (Nr 2/2021 sid 33)

Pedagogiska synpunkter på examination (Nr 1/2022 sid 22)

Varje år sedan 2016 hittar du dessutom Pers sammanställningar av abstracts från föregående års BUP-avhandlingar i nr 1 av Svensk Psykiatri.



Foto: Daniel Frydman

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN

Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott

En fråga som nu diskuteras inom utbildningsutskottet är att möta upp behovet av utbildning om rasism i vården. Medvetenheten om rasismen i vården är något som har ökat de senaste åren. Hur du ser ut och blir avläst påverkar hur du blir bemött både som patient och som läkare.

Socialstyrelsen fick i våras i uppdrag av regeringen att sammanställa ett kunskapsstöd om rasism i vården som ska kunna användas på arbetsplatser och i vårdutbildningar. Vi i utskottet var överens om att detta behov föreligger, och att det vore bra avseende både patientsäkerhet och planering att ligga steget före med att täcka den kunskapsluckan.

Utbildning om rasism i vården är något som behöver integreras inom såväl grund- som specialistutbildningar. Tyvärr saknar de flesta svenska läkarprogrammen sådan undervisning i dagsläget. Utbildningsutskottet kommer att fortsätta arbeta med frågan om hur man bäst kan strukturera utbildning så att man fångar upp alla läkare genom hela karriären utifrån rådande förutsättningar.



Matilda Naesström
Facklig sekreterare SPF
Ordförande UU

ANNONS

STP-konferensen

2023 18-20 januari
Stenugnsbaden

Konferensen är i skrivande stund så gott som fulltecknad, men än finns möjlighet att delta om man kan dela rum med någon!

Om du inte lyckas få plats på konferensen så kan du hålla utkik efter rapporten som kommer i nr 1 2023!

Följ oss på: stpsykiatri.se

 @stpsyk

 @STP - ST-läkare i Psykiatri



Hedersledamot i Svenska Psykiatriska Föreningen

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

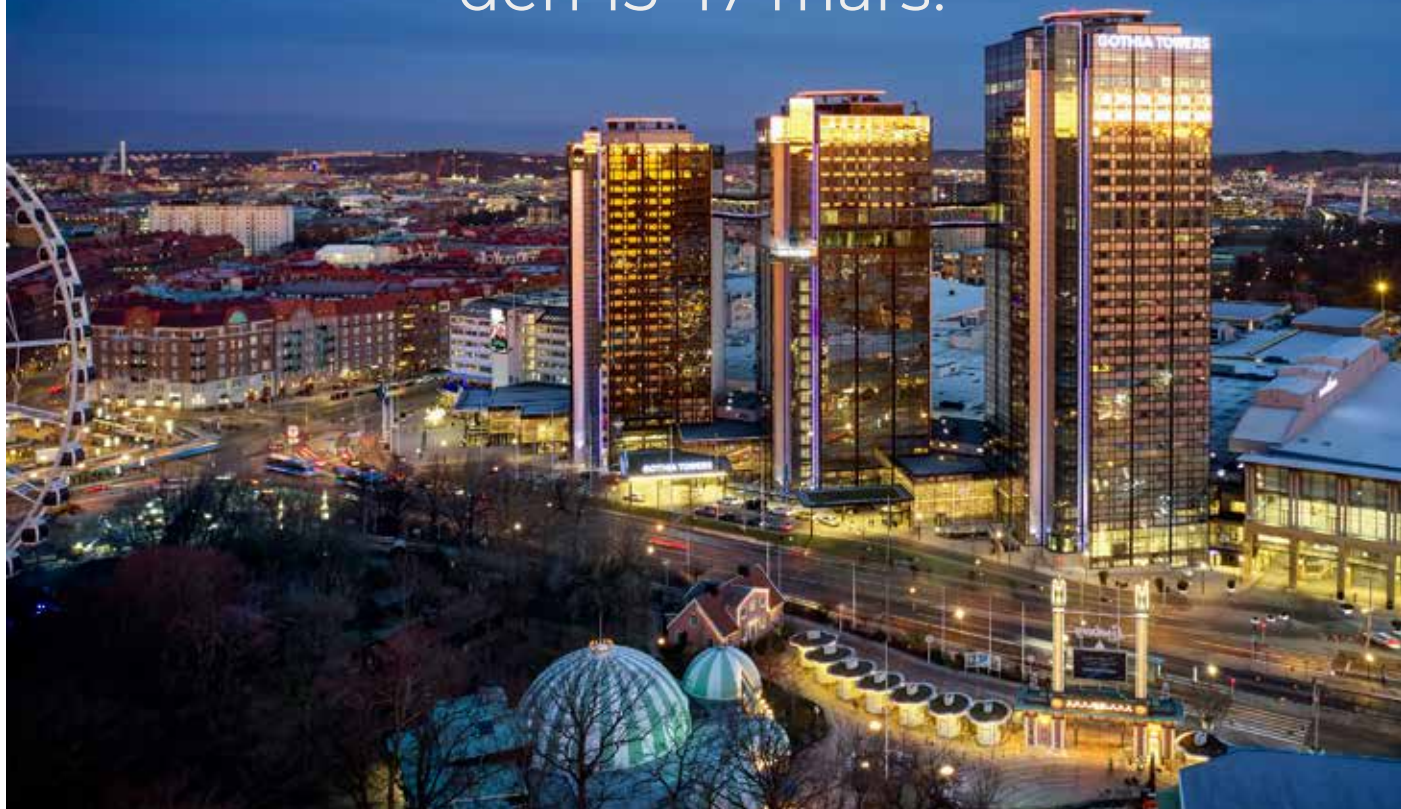
I våra stadgar står "Till hedersledamot må på förslag av styrelsen vid ordinarie föreningsmöte kallas person som på framstående sätt främjat föreningens syften.

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

Till hedersledamot kan även icke läkare väljas".

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

Varmt välkomna till SPK 2023 på Svenska Mässan i Göteborg den 15–17 mars!



Glädjen över att ses igen

När vi möttes senast i mars 2022 var det alldeles i sluttampen av pandemin och de sista tyngre covidrestriktionerna lyftes av bara ett par veckor innan kongressen. Det innebar i sin tur att Svenska Psykiatrikongressen var med och öppnade dörren på vid gavel till mer normala mötesformer igen. Glädjen över att ses på riktigt igen och utbyta kunskap och erfarenheter var synnerligen påtagligt stor och mötet präglades av värme och positiv energi.

Nu närmar sig SPK 23 med stormsteg och vi får då återigen möjligheten att träffas under trevliga kongressformer för att lära nytt, diskutera och dela kunskaper med varandra.

Rekordmånga bidrag

Intresset för att vara med och föreläsa vid SPK 23 har varit enormt stort och bidragen har därför formligen strömmat in under sensommar och höst. Programmet för SPK 23 är nu sammanställt och ständigt uppdaterad version finner ni på <https://www.svenskapsykiatrikongressen.se/Program>.

Kongressprogrammet har mycket stor bredd och spänner över flertalet områden inom psykiatri och jag lovar att ni bitvis kommer att få beslutsångest i valet av föreläsning.

Din egen kongress





Med flera sessioner parallellt garanteras ju samtidigt så goda valmöjligheter att man på sätt och vis verkligen kan skapa sitt alldeles egna individuella kongressprogram.

Missa sedan inte chansen skapa nya kontakter på minglet, vilket ingår efter första dagens sessioner den 15:e och självklart ska ni anmäla er till den mycket festliga kongressmiddagen på kvällen den 16:e!

Återigen varmt välkomna till Göteborg och SPK 2023 på Svenska Mässan!

Martin Hultén
Ordförande SPF



| | Kongresshallen  | H2 (285)  | H1 (245)  | G1 (220)  |
|-------------|---|--|--|---|
| 09.00-09.45 | Registrering med kaffebuffé | | | |
| 10.00-10.45 | Välkommen! <i>Martin Hultén</i> Inledningsanförande <i>Meddelas senare</i> | | | |
| 11.00-11.45 | <i>Meddelas senare</i> | Intensiv dynamisk korttids- terapi för funktionella neurologiska symtom <i>Ivan Bernholm, Niklas Lanbeck, Malin Ljungdahl</i> | Psykioterapi - behövs det längre i den specialiserade psykiatrien? <i>Lars Jacobsson</i> | Hur man startar och får en pionjärverksamhet att överleva <i>Lovisa Jämmark, Lars Wahlström</i> |
| 12.00-13.00 | LUNCH, Estrad | LUNCH, Estrad | LUNCH, Estrad | LUNCH, Estrad |
| 13.00-13.45 | ECT, rTMS och ketamin Ketamin: Iv ketaminbehandling <i>Pia Nordanskog</i> Ketamin och kognition <i>Mikael Tiger</i> | GULDKORN FÖR ALLA - levnadsvanor vid psykisk ohälsa <i>Jill Taube</i> | Samtal på scen: Hon som hade allt <i>Malou von Sivers, Ullakarin Nyberg</i> Moderator: Ullakarin Nyberg | Evidensbaserad rättspsykiatri <i>Peter Andiné, Märta Wallinius</i> |
| 14.00-14.45 | rTMS: Nyheter vid rTMS <i>Robert Bodén</i> rTMS i Sverige <i>Johan Lundberg</i> ECT: Genetik och ECT <i>Mikael Landén</i> | Fysisk aktivitet i psykiatrien – Brainingteamet KI <i>Åsa Anger, Rebecka Broman, Karin Linderståhl, Lina Martinsson, Sigrid Salomonsson, Carl Johan Sundberg</i> | Psykiatrisk kardiologi <i>Josef Dankiewicz, Karl Lundblad</i> | Psykopati – innanför och utanför murarna <i>Katarina Howner</i> |
| 14.45-15.15 | KAFFE | KAFFE | KAFFE | KAFFE |
| 15.15-16.00 | ECT och hjärnskademarkör- kör <i>Robert Sigström</i> Serumproteiner efter ECT <i>Andreas Göteson</i> ECT i Sverige <i>Axel Nordenskjöld</i> ECT vid samsjuklighet <i>Linda Steinholtz</i> | Fysisk aktivitet i psykiatrien – Brainingteamet KI, forts. <i>Åsa Anger, Karin Lindeståhl, Lina Martinsson, Sigrid Salomonsson, Carl Johan Sundberg</i> | Samtal i psykiatrien – en existentiell situation <i>Behroz Dehdari, Claes Hult- ling, Tulsa Janson, Lennart Koskinen</i> | Virtuella möjligheter i psykiat- risk bedömning, behandling och utbildning? <i>Märta Wallinius</i> |
| 16.15-17.00 | Antipsykotika i underhålls- fas vid psykotisk depres- sion? <i>Ahmed Al-Wandi</i> ECT vid mani <i>Katarzyna Popiolek</i> Patienters upplevelser av ECT <i>Maria Johansson, Olivia Andwester</i> Subjektiv minnesstörning efter ECT? <i>Elsa Tornhamre</i> ECT till barn och ungdomar <i>Pouya Movahed</i> Moderator, 13.00-17.00: Axel Nordenskjöld | Från psykospatient till träningsledare. Erfarenheter från att leda träning i FitForLife studien <i>Maria Skott</i> | Samtal i psykiatrien – en existentiell situation, forts Moderator, 15:15-17.00 Alexander Wilczek | Samsjuklighetsutredningen - Från teori till praktik <i>Peter Andiné, Joar Guterstam, Martin Hultén, Anders Printz</i> Moderator: Maria Larsson |
| 17.15 - | Mingel i Kongressfoajén (måste vara föranmält) | Mingel i Kongressfoajén (måste vara föranmält) | Mingel i Kongressfoajén (måste vara föranmält) | Mingel i Kongressfoajén (måste vara föranmält) |



| | J1 (180) | J2 (120) | R2 (72) |
|-------------|---|---|---|
| 09.00-09.45 | Registrering med kaffebuffé | | |
| 10.00-10.45 | | | |
| 11.00-11.45 | <p>Psykiatri Direkt - Ett samverkansprojekt mellan primärvård och psykiatri i Stockholm. <i>Ulla Forsbeck Olsson, Lina Martinsson, Oscar Norbeck, Andreas Pålsson</i></p> | <p>Ny intervju för negativa symtom <i>Johan Bengtsson, Martin Cernvall, Robert Bodén, Parya Rad</i></p> | <p>11.00-11.20 Vägen till en tobaksfri psykiatri <i>Matz Larsson</i></p> <p>11.30-11.50 Psykiatri + Högskola = Teater <i>Michael John. Yukiko John-Inui</i></p> |
| 12.00-13.00 | LUNCH, Estrad | LUNCH, Estrad | LUNCH, Estrad |
| 13.00-13.45 | <p>13.00-13.20 Bup Skåne anpassar verksamheten i linje med den stegvisa vården i VIP adhd <i>Jeanette Horst</i></p> <p>13.25-13.45 Psykiskt sjuka kvinnors erfarenheter av graviditet och förlossning Seminariet är på engelska <i>Olga Kazakova</i></p> | <p>Amerikansk kontra svensk sjukvård <i>Erik W Larsson</i></p> | <p>En eftermiddag med SSBS:</p> <p>Nytt om bipolär sjukdom Hjärnstimulering vid bipolär depression – fungerar det och isåfall hur? rTMS vid bipolär depression – fungerar det? <i>Robert Bodén</i></p> <p>En eftermiddag med SSBS forts. Aktuell studie från rTMS-registret avseende intermitterent thetaburststimulering vid bipolär sjukdom <i>Carl-Johan Ekman</i> ECT för den deprimerade tonåringen Presentation av nytt kunskapsstöd för BUP och pågående studie avseende ECT behandling av ungdomar i adolese <i>Adrian D. Boström</i></p> |
| 14.00-14.45 | <p>Hjälp, så många underläkare! En handledarworkshop <i>Alessandra Hedlund, Elina Sarasalo</i></p> | <p>Massflykten från Ukraina och psykisk hälsa – transkulturell psykiatri <i>Sofie Bäärnhielm, Linnea Soldén Lindström</i></p> | <p>ECT för den deprimerade tonåringen Presentation av nytt kunskapsstöd för BUP och pågående studie avseende ECT behandling av ungdomar i adolese <i>Adrian D. Boström</i></p> |
| 14.45-15.15 | KAFFE | KAFFE | KAFFE |
| 15.15-16.00 | <p>It takes a village to raise a child Paneldiskussion <i>Martin Barslev; Susanne Buchmayer, Mårten Eberhard, Sophia Eberhard, Matilda Espmarker, Anna Johnsson, Lars-Erik Larsson, Sebastian Lundström, m fl</i></p> | <p>FILMTAJM GOLD Vi ser på korta klipp från spelfilmer med psykiatriska vinklingar. Hur är synen på svensk psykiatri? T.ex. behandling, relation och diagnos. Diskussion. <i>Svante Bäck</i></p> | <p>En eftermiddag med SSBS forts.</p> <p>Inflammationshypotesen för bipolär sjukdom – en uppdatering <i>Daniel Lindqvist</i></p> <p>Moderator: 13.00-16.00, Mikael Landén</p> |
| 16.15-17.00 | <p>It takes a village to raise a child, fortsätter</p> | <p>FILMTAJM fortsätter</p> | <p>SSBS Årsmöte</p> |
| 17.15 - | Mingel i Kongressfoajén (måste vara föränmält) | Mingel i Kongressfoajén (måste vara föränmält) | Mingel i Kongressfoajén (måste vara föränmält) |







| | Kongresshallen | H2 (285) | H1 (245) | G1 (220) |
|-------------|--|--|---|---|
| 09.00-09.45 | Självskadebeteende Introduktion, Lise-Lotte Risö Bergerlind Nationell Arbetsgrupp för självskadebeteende Aase Eriksson Föredrag av Socialstyrelsen Lena Löqvist, Kajsa Sjöberg Klinisk användbarhet av SCID-5-AMPD. Resultat av Pilotstudien. Sophie Steijer | På patientens villkor – workshop i visuell kommunikation Alessandra Hedlund, Maria Karlmark | När är suicid en vårdskada? Elin Fröding | Hur mår doktorn själv? Shadi Ghorbani, Jill Taube, Maria Zetterlund |
| 09.45-10.15 | KAFFE | KAFFE | KAFFE | KAFFE |
| 10.15-11.00 | Manualstyrd vård - Himmel eller Helvete? Herman Holm, Martin Hultén | Gärningsmannaprofilgruppen, en inblick Fredrik Hedén | Journalgranskning efter suicid 2015 - Vad gör vi när vi vet detta? Åsa Westrin m fl Se hela programmet på sidan 36 | Tillsammans för psykisk hälsa Ing-Marie Wieselgren verkade under hela sitt yrkesliv för psykisk hälsa. Hur går vi vidare i denna anda? Martin Rödhholm m fl |
| 11.15-12.00 | Samtal på scenen: Ullakarin Nyberg med gäster Meddelas senare | Ensamvargar och terrorister – hur ska vi förstå det oförståeliga våldet? Hedvig Krona | Journalgranskning efter suicid fortsätter Se hela programmet på sidan 36 Moderator: Lise-Lotte Risö Bergerlind | Tillsammans för psykisk hälsa fortsätter |
| 12.00-13.00 | LUNCH, Estrad | LUNCH, Estrad | LUNCH, Estrad | LUNCH, Estrad |
| 13.00-13.45 | SATELLITSYMPOSIUM RECORDATI Re-embrace life - En skraddarsydd anti-psykotisk behandling gör skillnad! Mats Bogren, Stephan Hjorth, José Rodriguez, Johan Sahlsten, Monica Soitesz | Partnermord på 1930-talet: en gendermatchad fallstudie av rättspsykiatriska undersökningar Malin Hildebrand Karlén | 13.00-13.20 Riskfaktorer för suicid och suicidförsök vid demens Mattias Jonsson 13.25-13.45 Betydelsen av mentala bilder i akuta suicidala episoder. En kvalitativ studie av patienters upplevelser Anna Maria Nilsson | Anorexi kan vara en beroendesjukdom Göran Bolin, Magnus Sjögren |
| 14.00-14.45 | SATELLITSYMPOSIUM RECORDATI, fortsätter Moderator, 13.00-14.45: Anders Berntsson | Rättspsykiatri för psykiatriker – snabbkurs! Marianne Kristiansson | Kamouflage av autism eller diagnostisk förvirring? Nils Haglund, Lena Nylander | Ätstörningsvård ur olika perspektiv - 360 graders analys från patienter, närstående och personal Erik Jedenius, Elin Munke, Charalampos Vestakis, Belmin Zubanovic |
| 14.45-15.15 | KAFFE | KAFFE | KAFFE | KAFFE |
| 15.15-16.00 | Förståelse för nya klassificeringssystem, biologiska underlag och återhämtningsprocesser vid emotionellt instabil personlighetsstörning (EIPS) Flavio Di Leone, Giuseppe Guerriero, Sophie I. Liljedahl | Hantering av våldsrisk och utagerande beteende i slutenvård Hannibal Ölund Alonso Hantering av våldsrisk och utagerande beteende i öppenvård, Ola Broström | Den laddade NP-frågan Sofia Mossfeldt | Allvarligt talat: Past presidents - historiskt perspektiv Alessandra Hedlund, Lars Jacobsson, Hans-Peter Mofors, Ullakarin Nyberg, Lise-Lotte Risö Bergerlind, Christina Spjut, Marie Åsberg |
| 16.15-17.00 | Hjälper eller stjälper strukturbaserad vård den komplexa patienten Johan Franck, Johan Lundberg, Anna Stenseth, Pontus Strålin Moderator: Maria Larsson | De svårast sjuka - beroende med psykiatrisk samsjuklighet och social utsatthet Hanna Kataoka Moderator: 10.15-17.00 Sara Bromander | Vad är det som är så speciellt med de autistiska patienterna i vuxenpsykiatrin? Johan Nyrenius | Allvarligt talat: Past presidents - fortsätter Moderatorer: Stina Djurberg, Jonas Eberhard, Jerker Hanson, Martin Hultén |
| 17.15 | | | | |
| 19.30 | Kongressmiddag, Seasons | Kongressmiddag, Seasons | Kongressmiddag, Seasons | Kongressmiddag, Seasons |



| | J1 (180) | J2 (120) | R2 (72) |
|-------------|---|---|---|
| 09.00-09.45 | Arbetet med riktlinjerna för Utmattningssyndrom <i>Meddelas senare</i> | 09.00-09.20 Vårdförlopp för depression hos vuxna <i>Harald Aiff</i> 09.25-09.45 Distansuppföljning och behandling av depression, <i>Matilda Hamlin</i> | Autismens neurobiologi medels positronemissionstomografi (PET) hos tvillingar <i>Gina Griffioen-Järfalk</i> |
| 09.45-10.15 | KAFFE | KAFFE | KAFFE |
| 10.15-11.00 | Arbetet med riktlinjerna för Utmattningssyndrom, forts. <i>Meddelas senare</i> | 10.15-10.35 Vilka effekter har selektiva serotoninåterupptagshämmare vid depression? <i>Fredrik Hieronymus</i> 10.40-11.00 Litium vid unipolär depression <i>Mihaela Golic</i> | Är rituximab framtidens schizofreni-behandling? <i>Susanne Bejerot, Mats Humble</i> |
| 11.15-12.00 | Arbetet med riktlinjerna för Utmattningssyndrom, forts. <i>Meddelas senare</i> | 11.15-11.35 Hedersledamotföreläsning Tankar från en nybliven hedersledamot <i>Jerker Hanson</i> 11.40-12.00 Ny behandlingsstrategi för paranoida rättor <i>Daniel Nordling</i> | Autism och funktionella magtarmstörningar <i>Maria Karlmark, Lars Wahlström</i> |
| 12.00-13.00 | LUNCH, Estrad | LUNCH, Estrad | LUNCH, Estrad |
| 13.00-13.45 | Värdet av anhörigas vård och stöd <i>Åsa Konradsson-Geuken</i> | Nationellt programområde psykisk hälsa – en väg till kontinuerlig kunskapsutveckling <i>Lise-Lotte Risö Bergerlind</i> | 13.00-13.20 Cellmodeller av psykiatriska sjukdomar: var är vi idag och vart är vi på väg? <i>Erik Smedler</i> 13.25-13.45 Klinisk intuition: en estetisk syntes av kunskap och erfarenhet <i>Måns Lindén</i> |
| 14.00-14.45 | Morgondagens schizofrenivård <i>Åsa Konradsson-Geuken, Lennart Lundin</i> | 14.00-14.20 Poliklinisk Korstolerant Alkoholavgiftning (PKA) <i>John Ektor-Andersen</i> 14.25-14.45 Bättre beroendevård med kunskapsstyrning? <i>Victor Lindfors, Jeanette Westman</i> | Cerebellär neurokognition <i>Maurizio Cundari</i> |
| 14.45-15.15 | KAFFE | KAFFE | |
| 15.15-16.00 | Varför gör de inte som vi säger? <i>Maria Skott</i> | Psykiatriska symtom vid Huntingtons sjukdom <i>Åsa Petersén</i> | 15.15-15.35 Ickefarmakologisk bearbetning av sömnstörande tankar <i>Göran Högberg</i> 15.40-16.00 Läkemedelsstudie PTSD <i>Peter Renblad</i> |
| 16.15-17.00 | War psychiatry <i>Edgar Jones</i> Föreläsningen är på engelska | Odyssén om OCD <i>Long Long Chen</i> | Effekt av virtuellt kontra fysiskt lugnt rum för hantering av psykiskt välmående inom den psykiatriska heldygnsvården. <i>Maria Ilioudi</i> |
| 17:15 | | SPF:s årsmöte | |
| 19.30 | Kongressmiddag, Seasons | Kongressmiddag, Seasons | Kongressmiddag, Seasons |



| | Kongresshallen  | H2 (285)  | H1 (245)  | G1 (220)  |
|-------------|--|---|---|---|
| 09.00-09.45 | Utveckling av digitala behandlingar och stöd i Stockholm <i>Cecilia Svanborg</i> Internetpsykiatri – en effektiv vårdprocess för alla <i>Erik Forsell</i> Att integrera internet-KBT på en mottagning för OCD <i>Irene Orre</i> | Om själen som försvann från psykiatri <i>Lars Jacobsson</i> | Ingen vet idag hur det går för patienterna - Hur skall vi då kunna förbättra psykiatri? <i>Johan Skånberg, Thomas Tegenmark</i> | Hypotesernas kapplöpning: Ett förenklat bayesianskt tillvägagångssätt för att utvärdera forskningsresultat <i>Robert Kelly</i> Seminariet är på engelska |
| 09.45-10.15 | KAFFE | KAFFE | KAFFE | KAFFE |
| 10.15-11.00 | Erfarenheter av Internet-KBT inom psykiatri <i>Sahlgrenska</i> <i>Ester Randahl</i> Utveckling av internet-KBT Bättre sömn vid psykos/ bipolär sjukdom <i>Tobias Andersson</i> Implementering av internet-KBT med stöd av ett produktionskontor i Skåne <i>Njördur Viborg</i> | Äldrepsykiatri Vem ska bestämma över mig när jag inte längre kan? <i>Karin Sparring Björkstén, Sarantos Stasinakis</i> | Konsekvenser under uppväxten av att ha en förälder med bipolär sjukdom <i>Christine Takami Lageborn</i> | FILM Empatistörning på film – fördomar och missuppfattningar <i>Axel Haglund, Katarina Howner</i> |
| 11.15-12.00 | Internetbehandling inom psykiatri – Vad krävs för att digitala interventioner ska leda till effektiv vård? Inledning med översikt av implementering i regionerna och resultat. <i>Cecilia Svanborg</i> Paneldiskussion Moderator, 09.00-12.00: <i>Cecilia Svanborg</i> | Äldrepsykiatri fortsätter Vem ska bestämma över mig när jag inte längre kan? <i>Karin Sparring Björkstén, Sarantos Stasinakis</i> | Narcissism - att ge diagnosen och planera behandling <i>Peder Björling, Niki Sundström</i> | FILM fortsätter Empatistörning på film – fördomar och missuppfattningar <i>Axel Haglund, Katarina Howner</i> |
| 12.15-13.00 | AVSLUTNINGSANFÖRANDE Meddelas senare | | | |

Svenska Psykiatrikongressen 2023 avslutas kl 13.00

Kurs på SPK: (Kommer att vara i R5 = max 25 personer)

Torsdag 13.00 - 17.00

Introduktion i grundläggande psykofarmakologiska principer

- farmakokinetiska principer
- farmakodynamiska principer
- interaktioner
- mätning av läkemedelskoncentrationer

Kursledare: Michael Andresen

Specialistläkare psykiatri och klinisk farmakologi

Medlemmar i SPF prioriteras till denna kurs.



🗣️ = Föreläsningarna i dessa salar filmas (såvida inte föreläsaren meddelat annat)



| | J1 (180) | J2 (120) | R2 (72) |
|-------------|---|--|--|
| 09.00-09.45 | Portpartumpsykos – polygena risker och kliniska kännetecken <i>Elin Hörbeck</i> | Parafilier och tvångsmässig sexuell beteendestörning: Presentation av pågående behandlingsstudier <i>Roberth Adebahr, Josephine Savard</i> | 09.00-09.20 Psykisk ohälsa med fokus på psykisk hälsa <i>Anette Laursen</i> 09.25-09.45 Patientperspektivet - En konstnärs berättelse om psykos, agentskap och patienträtt <i>Julia Pivén</i> |
| 09.45-10.15 | KAFFE | KAFFE | KAFFE |
| 10.15-11.00 | Gravida med psykiatriska tillstånd och deras förlossning <i>Olga Kazakova</i> Seminarier är på engelska | Psykiatri på distans och brukarrepresentant i divisionens ledningsgrupp <i>Gustav Färlin, Jeanette Hjortsberg, Yvonne Lowert, Per Segerros</i> Produktionsstyrning, uppföljning och digitala verktyg för ökad tillgänglighet <i>Jonatan Hallberg, Jeanette Hjortsberg</i> | 10.15-10.35 Flickor, autism och psykisk ohälsa <i>Signe Årebrand</i> 10.40-11.00 Återhämtning vid psykisk ohälsa <i>Matilda Espmarker Inger Persson-Blennow</i> |
| 11.15-12.00 | Dövpsykiatri – språkliga och kulturella aspekter i den psykiatriska vården <i>Maria Midbøe</i> | Digital "En väg in" - Bup Skåne online <i>Annika Nilsson</i> | Kliniska applikationer av chattbotar <i>Almira Osmanovic Thunström</i> |

Svenska Psykiatrikongressen 2023 avslutas kl 13.00

KOSTNAD:

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

MÅLTIDER:

Följande måltider ingår i kongressavgiften:
För- och eftermiddagskaffe - kongressfoajén
Lunch onsdag och torsdag - Estrad
Mingel onsdag kväll - kongressfoajén (OBS, måste vara föränmält)

DRYCKESBILJETTER:

till middagen den 16 mars, går att köpa i kongressreceptionen/registreringsdisken, under kaffe- och lunchpauser den 15/3. Köp gärna din dryckesbiljett för att undvika köer i de barer som finns på Estrad.

MINGEL:

Onsdag 15 mars, kl. 17.15
Kongressfoajén
(Göteborgs stad och Västra Götalandsregionen bjuder - måste vara föränmält)
Biljett till mingel hämtas i kongressreceptionen/registreringsdisken under hela onsdagen. Du måste ha en biljett för att delta i minglet.

KONGRESSMIDDAG:

Torsdag den 16 mars, kl. 19.30, Estrad

Pris:

Medlemmar: 500 kronor exkl dryck (måste vara föränmält)
Icke-medlemmar: 600 kronor exkl dryck (måste vara föränmält)

Torsdag, 10.15-12.00 - H1

Journalgranskning efter suicid 2015 -Vad gör vi när vi vet detta?

Presentation av projektet "Journalgranskning efter suicid 2015"

Åsa Westrin

Vilken sjukvård har individerna sökt

Erik Bergqvist och Charlotta Brunner

Primärvård fyra veckor före suicid

Nina Palmqvist Öberg och Charlotta Brunner

Har suicidaliteten dokumenterats inom somatiken?

Tabita Sellin Jönsson och Martin Hultén

Äldre som tagit sitt liv

Margda Waern och Martin Hultén

Individer med smärta som tagit sitt liv

Margda Waern och Martin Hultén

Psykiatrikontakter för individer som tagit sitt liv. Jämförelse mellan individer med eller utan tidigare suicidförsök

Sara Probert Lindström och Elin Fröding

Individer som tagit sitt liv inom slutenvårdspsykiatri

My Lindberg och Elin Fröding

Psykospatienter som tagit sitt liv

Anne Stefenson och Elin Fröding

Psykosociala riskfaktorer dokumenterade i journalen

Sara Probert Lindström och Sophia Eberhard

Psykosociala riskfaktorer dokumenterade hos unga individer

Linda Karlsson och Sophia Eberhard

Moderator: Lise-Lotte Risö Bergerlind



ANNONS



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

Tidskriften för
Svensk Psykiatri

DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: **8/2**
TEMA: *Mognad*





Checklistor lika goda som psykiaterbedömningar?

Bedömning av suicidrisk är en av psykiatrins centrala uppgifter. Under mina år som psykiater har temat suicidalitet förvandlats från att vara på psykiatrins skuggsida till att hamna i fokus, med ett preventionstänk, bättre utbildning och rutiner för att handha frågan inom sjukvården. Till och med bemötandet av efterlevande efter suicid har fått mer belysning, även om mitt intryck är att många fortfarande sviks av vården.

Bra kvalitet på dokumentationen är en del av det förebyggande arbetet. Ofta är det först vid en utförlig journalgenomgång som patientens väg fram mot självmordet blir uppenbar. Detta sker ibland vid retrospektiva genomgångar, alltså för sent. Tänk om vi kunde bereda mer plats för sådana genomgångar av *levande* patienters sjukhistoria – det vore verkligt preventionsarbete!

Våra journalsystem är tyvärr inte perfekta. För inte så länge sedan var journalerna impressionistiska, ostrukturerade och saknade viktig information. När vi gjorde retrospektiva genomgångar efter suicid kunde vi alltför ofta konstatera att information om tidigare suicidhändelser respektive bedömningar av suicidrisk ofta saknades. När journalerna digitaliserades var jag och flera andra därför angelägna om att suicidalitet kom med som begrepp ("term" i olika skepnader) och så har det också blivit. Men frågan är om möjligheten att förebygga ett suicid blivit särskilt mycket bättre om någon skulle få tid för en ordentlig journalgenomgång. Idag har digitaliseringen tillsammans med efterdyningar av NPM medfört att journalerna utvecklats till något liknande checklistor med ständiga uppreningar av obligatorisk "information".

I vår regions psykiatri ska, senast vid andra besöket, en strukturerad suicidriskbedömning genomföras och dokumenteras på 9 (nio) olika ställen i journalmallen. Oavsett sökorsak, oavsett om jag som specialist anser det relevant. Naturligtvis kan jag strunta i det, men då får min mottagning bannor, lever inte upp till ett mått på "kvalitet".

Finns någon utvärdering av om ett sådant dokumentationstväng bidrar till bättre vård? Färre suicid? Hur skulle en sådan utvärdering gå till? Har någon ställt sig frågan om den tvingande rutinen (ritualen?) kan ha negativa följder, rentav vara skadlig? Påverka den emotionella kontakten till behandlaren/psykiatrin exempelvis?

En välvillig tolkning är förstås att det ska påminna mig om att göra en ordentlig s-riskbedömning. Fördelen med checklistor är att jag inte ska kunna glömma, en annan fördel är att jag inte behöver något omdöme. Men en uppriktig fråga är om det assisterar min omdömesförmåga – kom ihåg att suicidriskbedömningen till syvende och sist är just en klinisk bedömning. Kan detta dokumentationsraseri rentav trubba av min professionalitet? Suicidriskbedömningen är ju mer än det mesta inom läkarpraktiken ett intrikat samspel och en balans mellan teoretisk kunskap, samlad klinisk erfarenhet, mental närvaro och empati. Vad gör alla dessa checklistor med något av det värdefullaste vi har, vår kliniska blick? Psykiaterns professionalitet sätts på prov just i de fall då checklistorna inte stämmer.

Jag tror inte att dessa checklistor är till för patienten. Inte heller för psykiatern. Jag tror att de är till för att någon (vem?) ska ha ryggen fri när någon ska ställas till svars. Förutom att jag har svårt att förstå denna ängslighet, vi har ju inte ett amerikanskt system, ser jag det som symtom på en systemsjukdom, en av förpappingens (Jonna Bornemark) många manifestationer. Därför bör vi reagera och tänka efter. För vem gör vi detta?

Kära kolleger, låt oss försvara vår professionalitet gentemot trycket att förvandla oss till automater. För människans skull.

Lars Wahlström
Överläkare med dr
Stockholm



Socialpsykiatrin

Quo vadis?

Situationen i världen

De senaste årtiondena har inneburit omedelbara hot, oförutsägbarhet, klimatväxling, flyktingströmmar, digital revolution, coronapandemi och en tilltagande risk för såväl interna konflikter som internationell krigföring. Allt större områden i människors liv överskuggas av detta – på ett sätt som ökar konfliktbenägenhet, försvårar konfliktlösning, destruerar politiska säkerhetsmekanismer och hindrar såväl regional som global kommunikation. Ibland synes en prerevolutionär situation nära.

I dessa tider av "gränssituation" blir fyra grundläggande dimensioner tydliga, som förutsättning för vår mänskliga förmåga att fungera i stress, bibehålla eller återfå hälsan samt för att tycka att livet är värt att leva:

1. **Mening** – känslan av att vara inbäddad i ett överindividuellt samband.
2. **Självbestämmande** – förutsägbarhet och autonomi.
3. **Sociala signifikans** – att betyda något för någon och att ha tillgång till någon som är betydelsefull för en själv.
4. **Identitet** – känslan av att värdesättas som den man är, att bli sedd och lyssnad till, att slippa förödmjukelse, att inneha status och att respekteras som individ.

Situationen i Sverige

Två nyligen framlagda avhandlingar vid Karolinska Institutet handlar om invandrades mottagande och deras psykiska hälsa. Den ena (Maria Sundvall) illustrerade hur en grupp resursstarka flyktingar från Iran upplevde samhällets stöd, även inom psykiatrin. Att den inte bara kände sig negligerad utan delvis avvisad och rent av motarbetad. Gruppen misslyckades med att få förståelse för sin dubbla identitet – som motiverade nya medborgare, inställda på anpassning och vidareutveckling och som flyktingar med lång livserfarenhet och en kulturell identitet i bagaget. För att bibehålla den och existentiellt kunna överleva, behövde de fortsatt kontakt med vänner och familj. Tidigare nätverk med samhället, vänner och storfamilj hade gått förlorad, man lyckades inte att etablera nya sociala närtakter och livsnödvändig social signifikans fick upprätthållas digitalt med släkt och vänner världen över.

Vår bristfälliga förmåga att integrera även högt motiverade och välutbildade invandrargrupper med respekt för deras kulturella identitet och komplexa behov blir alltmer uppenbar. Den har inte bara resulterat i problem med arbetsmarknadsintegration och folkhälsa, utan också lett till en demokratiförlust som bottnar i bristfällig identitetsrespekt och en

ömsesidig brist på kulturell förståelse och samhörighetskänsla.

En övergripande och sammanhållen sociologisk, psykologisk, psykiatrisk och existentiell strategi behövs. Solidaritet på samhällsnivå förutsätter individuellt välmående medborgare.

Socialpsykiatrin behövs

Socialpsykiatrin, som skulle kunna vara bärare av en sådan kompetens, befinner sig dock i kris. Igen. Som så många gånger tidigare så finns i tider av samhällelig omvälvning, ekonomiska trångmål och kortsiktig brandkårspolitik tendenser att ifrågasätta, avskaffa, förminska och ibland förlöjliga samhällets erbjudna psykosociala stöd. Diskursen återkommer dock ständigt till följd av människors rättmätiga förväntningar att i tider av sviktande hälsa uppbäckas, botas eller behandlas inom sjukvården och det sociala välfärdssystemet.

Man vill att hjälpen ges nära människors livsmiljö, med låga trösklar, lättåtkomlig och på ett sätt som är acceptabelt utifrån individens världsbild.

Social- och samhällspsykiatrin grundval är att människan är en helhet av kropp och själ. Den komplexa verkligheten bakom ett psykiskt lidande behöver en övergripande syn. En modern och i världens länder alltmer gångbar och efterlängad socialpsykiatri ser därför sin uppgift inte bara i att fokusera på socialpsykiatriska faktorer som en bidragande delaspekt i ohälsans psykogenes, utan också i att främja en övergripande humanistisk social- och samhällspsykiatrisk syn. Den bör även ge de nödvändiga men idag överbetonade neuropsykiatriska aspekterna sin plats i en helhetskontext.

Utgående från WHO:s Världshälsorapport 2001 om "Mental Health" och hälsans psykosociala förutsättningar utkristalliserar sig fyra grundläggande hälsobetingande domäner:

Egenmakt, identitet, sociala signifikans och mening.

Tillkortakommanden där inverkar direkt på människors psykiska och fysiska välmående.

En helhetssyn bör råda

Människan i sin helhet är inte bara biologi utan likafullt en social och existentiell varelse. Detta uppenbaras som en självklarhet idag i en befolkning vars missnöje med en ibland alltför biologisk och reduktionistisk psykiatri tilltar, tillsammans med en växande protest mot beslutsfattarnas och de ansvariga politikernas ökande benägenhet att skylla sårbarhet, sjuklighet, nedsatt funktion och hjälpbehov på individernas genetik och bristfälliga ansvarstagande för sig själva.

Inom den officiella psykiatrin finns allt oftare engagerade behandlare som understryker detta – för att inte prata om det dagliga kommunpsykiatriska livets boendestödare och behandlingsassistenter, samt den allmänna sjukvårdens vårdpersonal och en och annan politisk beslutsfattare.

Människornas – och i och med detta socialpsykiatris – komplexitet framtvingar ett multidimensionellt, multidisciplinärt och multisektoriellt arbetssätt i team. Team som arbetar kring patienten, individuellt och på samhällsnivå, med bidrag från teamets olika professioner och samhällets olika sektorer. Detta inkluderar även ett uppmuntrande av och respekt för individuella människors existentiella beslut.

Modernt socialpsykiatriskt arbete bör vara ”både – och”. Både abstrakt och konkret, både naturvetenskapligt och humanvetenskapligt orienterat, både personcentrerat och samhällsinriktat, fokuserat på individuella personer och konkret arbetande terapeuter, men också riktat emot beslutsfattare i den offentliga, politiska och privatekonomiska sektorn.

Utblick

Den humanistiska, helhetsmässiga och både nära och respektfulla socialpsykiatrin som beskrivs här upplevs kanske som en önskedröm. Men om vi vill behålla ett demokratiskt, humant och fritt samhälle, så tror jag knappast att vi får stanna i passivitet. Socialpsykiatrin behöver en renässans. Det är inte bara klimatförändringarna som hotar oss – det är även annat som djupgående äventyrar mänsklighetens villkor: digitaliseringen, global ekonomisering, tillväxtfetischismen och en monetär konsumtions- och produktionsorienterad vinstekonomi som knappast i längden kan vara vårt enda sätt att mäta och upprätthålla samhällets tillväxt och livskvalitet. Regressionsfenomen i världens samhällen, med demokratiförlust, svart-vitt-tänkande, intolerant marginalisering, auktoritärt enfaldigt ledarskap och lättantända drev- och ”cancel”-kulturer, är här varningstecken.

Men

Socialpsykiatrin, beskrivet som ett personcentrerat, holistiskt komplext och multidimensionellt, multisektoriellt och multiprofessionellt arbetssätt i team – vem kan allt det här?

Ett livslångt engagemang inom psykiatrin har visat mig att klokskapen, insikten, analysförmågan och ofantligt mycket god vilja finns; i befolkningen och hos beslutsfattare och professionerna. Det som saknas är samhällelig och politisk legitimitet, pluralism, respekt för det som är avvikande inom meningsskorridorerna samt ett samhälleligt och politiskt mandat till friheten att lösgöra sig ifrån stuprörstänkandet och tillåta tillitsfull koordination. Samhällets och beslutsfattarnas förtroende och linjeorganisationernas tillit gentemot professionerna och även brukarna bör återskapas. Och ”brukarna” – det är vi alla.

Sett internationellt så finns resurser i vårt land. Helheten är möjlig. En tidsenlig socialpsykiatri har här sitt ansvar.

Vad göra?

En nytänkt socialpsykiatri bör även arbeta på fält vi idag anser vara ”politiska” och ryggar tillbaka för. Den bör adressera sig till samhällets politiska och privata beslutsfattare, kyrkan, den privata och den offentliga sektorn.

Konsekvensanalyser bör införas, ”Health and Mental Health Impact Assessments”, som enligt Världshälsoorganisationen bör föregå politiska beslut – en självklarhet inom det miljöekologiska fältet, där varje vägbygge förundersöks noga angående eventuell påverkan på befintliga biotoper.

Vi behöver psykosociala konsekvensbeskrivningar när det gäller politiska beslut i bostads- och skolfrågor, omvärldsanalyser som föregår dessa samt psykosociala hälsobokslut i företag och samhällen. Ett koordinerat observatorium behövs som kontinuerligt mäter suicid, olycksfall, våld, missbruk, kriminalitet, skolresultat och sjuklig utbrändhet till följd av riskfyllt individuellt beteende, felaktiga politiska beslut eller riskfyllda miljöer och arbetsplatser.

På dessa områden finns det redan idag i landets politiska diskurs ett stort intresse för en innovativ socialpsykiatri som arbetar och tänker övergripande och inte bara föreslår ”mer av det samma” eller låter sig påverkas av starka lobbyister.

Denna socialpsykiatri bör även vara öppen för de kontroversiella diskussioner som är underlag för varje sann demokrati – evidens, etik, stöd, vård, solidaritet, jämlikhet, äldre frågor samt den sociala sektorns finansiering och styrning genom non-profitorienterad upphandling. Lovande initiativ har redan tagits genom en begynnande och mera frejdig, mindre ortodox diskussion kring ”fakta” och ”fake fakta” samt deras relativitet och tidsbundenhet. En diskussion förs att inte låta detaljstyrning och ortodoxi vara ledande, utan respekten för omdömet och det omätbara nödvändiga renässans.

Trots alla problem, så kan kanske en mänsklig respektfull digitalisering ändå ge bättre möjligheter att återkräva samhället till humanism, mänsklig kommunikation och människans egentliga villkor som är socialpsykiatris grundväsen

Även här kommer det an på oss, vilken roll och viket utrymme vi vill ge avhumaniseringen i digitaliseringen och den artificiella intelligensens Nya Värld.

Wolfgang Rutz

Pensionerad psykiater

Professor emeritus, Public and International Mental Health, Coburg University

Ed. vice ordförande, Svenska Psykiatriska Föreningen

Ed. ordförande, Svenska Sällskapet för Biologisk Psykiatri

Ed. WHO Regional Advisor for Mental Health in Europe

Ed. chefsläkare, Gotlands Kommun

Ed. enhetschef, Enheten för Hälsofrämjande Psykiatri, Akademiska Sjukhuset, Uppsala

Detta är en förkortad version av en artikel som varit införd i tidskriften Psykoterapi

Ta del av våra remissvar!

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

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

TOVE GUNNARSSON
Redaktör Svensk Psykiatri



Glöm inte våra hemsidor:

På respektive hemsida läser Du alltid senaste nytt:

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

www.sfbup.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:

www.svenskpsykiatri.se

ST-läkare i psykiatri:

www.stpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:

www.srpf.se

Har du uppdaterat dina kontaktuppgifter på kansliet?

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

Det händer väldigt ofta att epost-meddelanden studsar för att den epostadress du uppgivit inte länge 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



SPF:s kongressresa till Wien

Det var 25 psykiatrer som åkte med SPF:s grupp till ECNP-kongressen i Wien den 14–18 oktober 2022. De flesta flög från Stockholm, några från Köpenhamn och utöver det var det några som reste på egen hand men anslöt sig till gruppaktiviteter. I samarbete med Resia gruppresor hade man förberett ett helt arrangemang med flyg, flygplatscharter, hotell, konferenslokal för seminarier samt middag.

ECNP-kongressen 2022 med sina 4500 deltagare på plats var en av de första stora psykiatrikongresserna som hölls live efter covidpandemin. Det som var nytt i år var att det inte fanns något program på papper, allt fanns i kongressappen som uppdaterades löpande. Föreläsningarna, som hölls i upp till 6 parallella spår, spelades in och man kunde se dem direkt på distans eller titta på dem senare i appen fram till årsskiftet.

Den stora kongressanläggningen Austria International Center ligger på lite avstånd från stadscentrum, på östra sidan av Donau bredvid de höga FN-byggnaderna. I tunnelbanan var det fortfarande munskyddskrav. Miljötänkandet på kongressen var på gott och ont. Det fanns inga engångsmuggar eller plastflaskor. I stället fick varje deltagare en fin plåtflaska som kunde fyllas på vid vattentankarna. Maten vid lunchen i utställningsområdet var enbart vegetarisk och lite avskalad, så att det räckte till först-till-kvarn.

Några axplock ur det vetenskapliga programmet

Flera stora läkemedelsbolag hade montrar och de organiserade satellitsymposier, men kanske i lite mindre skala än förr. Inga jättegenombrott eller lansering av nya läkemedel fanns den här gången.

På psykosområdet presenterades preliminära resultat från läkemedelsstudier med annorlunda verkningsmekanism än direkt D2-receptorpåverkan, som till exempel Trace Amine-Associated Receptor (TAAR1)-agonist som har en adaptiv modulatorroll i dopaminsystemet. Teoretiskt skulle den kunna vara effektiv mot negativa syndrom och kognitiv funktionsnedsättning vid schizofreni.

Läkemedel med kappa-opioidreceptoragonistverkan presenterades som potentiell behandling mot anhedoni.

Mycket uppmärksamhet fick psykedeliska substanser som ketamin, psilocybin, MDMA och LSD där en mängd kliniska studier pågår.

Nyligen publicerades studier från Finland och USA som visade koppling mellan förskrivning av prolaktinhöjande psykosläkemedel och ökning av bröstcancer.

Föreläsning om lekens och spelens roll i utveckling och välmående i djurmodeller var mycket rolig och uppskattad.

Många lyssnade på Marie Åsbergs hedersföreläsning om utmattningssyndrom där hon prisades för sin livslånga satsning på psykiatriforskning.

Trevlig samvaro

Vår grupp träffades på kvällarna i hotellets konferenslokal för reflektioner från dagens föreläsningar. På kongressmiddag i den mysiga familjeresturangen Offenloch i gamla stan hade vi roligt i sällskap av kollegor och lokal mat och vin smakade gott. En annan kväll följde de flesta i gruppen med till restaurangen Alm Bräu dit det var lite länge att promenera från tunnelbanan. Stället är känt för sin traditionella österrikiska atmosfär, mat och stort utbud av egenbryggt fatöl.

Utöver det vetenskapliga programmet hann flera i gruppen att titta på Klimtkollektionen i Belvedere-palatset, besöka Freudmuseet, lyssna på opera, smaka på schnitzel och sachertårter och njuta av det fina vädret och den trevliga stämningen i Wien.

Text och foto:
Tarmo Kariis
Överläkare, Karlstad
Ledamot i SPF:s styrelse



Reflektioner och förslag från några av gruppdeltagarna

”Ett stort TACK till SPF för en mycket trevlig och väl planerad/genomförd resa!

Förstår att det är mycket arbete som ligger bakom, men jag tycker det är fantastiskt att kunna få en ”paketlösning” med hjälp med bokning av allt.”

”Mkt välordnat, trevligt och med bra val av konferens och hotell!”

”Jag tycker att det var roligt att resa tillsammans, bo på samma hotell och därigenom kunna umgås mer med de andra deltagarna från Sverige. Att träffa andra deltagare är ju en viktig poäng med gruppresan...”

”Tack för fint ordnad resa! Jag tycker det var jätteroligt att träffa alla kollegor, och också praktiskt att få hjälp med hotell etc. Jag fortsätter gärna med identiskt upplägg!”

”Jag tycker också det var en fin resa och stort tack!
Jag tycker också att fortbildning för specialister är ett viktigt område, om än lite eftersatt. Med chefshatten på (har ju haft och i viss mån även har sådana uppdrag av olika slag) är jag dock angelägen om att så många som möjligt, helst alla kollegor får möjlighet och motivation att delta. Det ska inte vara bara en grupp som är väldigt uppdaterad och en annan grupp som mest gör som man brukar eller efter tips från läkemedelsrepresentanter. Därför tycker jag paketresevarianten är att föredra. Det är enkelt, man slipper riskera att sitta ensam på hotellrum i

främmande land kvällstid och man slipper ligga ute med pengar för kongressavgift och resa, vilket åtminstone här i vår region annars krävs. En annan fördel är att man då, såsom nu, kan baka in priset för en gemensam måltid i paketet!

Innehållsmässigt skulle jag också önska lite mer av kliniskt användbart program. Jag har tidigare varit på EPA och tycker det var ganska bra. APA är i mitt tycke alldeles för stort och en del av det som förmedlas har begränsad relevans för svenska förhållanden. Det blir ju också ganska dyrt, vilket här hos oss kan förväntas utgöra hinder.

En annan idé, som dock kräver en del organisationsarbete, är fortbildning i internatform inom landet. Man kan tänka sig att inhemska experter inom olika områden föreläser om ”state of the art” och nyheter inom respektive område. Pauser och kvällar ägnas åt gemensamma måltider, umgänge och erfarenhetsutbyte. Efteråt får man ett intyg, som man sedan sticker under näsan på chefen i samband med lönerrevision, deltagande ska naturligtvis vara meriterande. Detta fyller inte riktigt samma syfte som SPK (också väldigt bra), utan blir ett mindre och lite mer personligt format.”

”Tack så mycket styrelsen för mycket fint arrangemang! Det är mycket arbete men ger stort värde för oss som åker med. För mig passar det här upplägget med gemensam resa utmärkt. Jag tycker det är skönt att slippa boka och planera, jag får en trevlig grupp med många som är kunniga och intresserade, och det är enkelt i förhållande till verksamheten som ska betala. Angående förslag på nästa år röstar jag på WCP.”

Maudsley Forum Scandinavia 2022



Helsingborg

Region Skåne, Lunds universitet och Psykiatrikliniken i Helsingborg arrangerade tillsammans med King's College London ett mycket fint tredagars utbildningstillfälle i Helsingborg den 19–21 september. Föreläsarna (de flesta med professorstitel) är framstående och välkända i psykiatrivärlden, internationellt eller i Skandinavien: Sir Robin Murray, Allan Young, Fiona Gaughran, Martin Balslev Jørgensen, Maria Råstam Bergström, Anders Håkansson, Daniel Lindqvist och många fler.

Elite Hotel Marina Plaza Helsingborg är ett bekvämt och lättillgängligt ställe för en mindre konferens, med fin utsikt över den vackra staden och mot Danmark över Öresund.

I auditoriet, som inrymde lite över 100 personer, satt psykiatrer, ST-läkare och några andra yrkeskategorier från psykiatrikliniker, mest från Sverige men även från grannländerna.

Programmet täckte väl hela spektret av ICD-10 kapitel 5 (psykiatri)-diagnoser. Jonas Eberhard, tillsammans med den vetenskapliga gruppen och genom sitt eget personliga nätverk, hade lyckats bjuda in de främsta experterna för varje diagnosgrupp eller tema. Det kändes väldigt privilegierat att ha tid för frågor och diskussion som ofta fortsatte med föreläsarna även under kaffepauser, lunch och middag i lagom stort sällskap. Drottning Elizabeths bortgång satte viss sordin på de brittiska föreläsarnas framträdanden.

Fortbildning av specialister är viktig och efterfrågad när läkemedelsindustrin inte längre är lika involverad och det finns inte så många andra alternativ. Därför är Maudsley Forum Scandinavia ett mycket lyckat koncept som uppskattades högt av alla deltagare.



Daniel Lindqvist undrar varför professor Allan Young inte vill lämna en av sina mikrofoner till Jonas Eberhard



Daniel Lindqvist

Text och foto:
Tarmo Kariis
Överläkare Karlstad

ANNONS



Psykiatern i det offentliga rummet

Sedan flera år anordnar SPF utbildningar under rubriken "SPF fortbildar" för sina medlemmar. Som ett led i detta arrangerades den 26 september en kväll på Svenska Läkarsällskapet med temat "Psykiatern i det offentliga rummet – möjligheter, risker och ansvar".

Ett 20-tal åhörare deltog på plats och ungefär dubbelt så många via zoom.

Maria Larsson, vice ordförande i SPF, och Mikael Sandlund, professor i Umeå, modererade en panel bestående av följande personer:

David Eberhard; psykiater, författare och debattör.

Ulla-Karin Nyberg; psykiater, forskare, författare och radiogramledare.

Mikael Landén; psykiater, professor vid Göteborgs universitet, författare.

Åsa Nilsson; psykiater, professor em. vid Karolinska Institutet, författare.

Katarina Howner; rättspsykiater, forskare, driver podden "Det mörka psyket".

Mikael Sandlund inledde med att sammanfatta spänningen mellan yttrandefriheten men även psykiaterns mandat och privilegium med allmänhetens förtroende som man uppbär. Det finns ju även en spänning mellan den egna uppmärksamheten och att få delta i TV och debatt, samt solidaritet med yrkeskåren, den professionella etiken, och beslutade riktlinjer.

David Eberhard ombads att skriva en bok och drogs in i offentligheten. Han har skrivit om kontroversiella ämnen som dock huvudsakligen varit icke-psykiatriska och menar att han kanske inte i tillräcklig grad beaktat att han ändå ses som en representant för psykiaterkåren. Han diskuterade kontroversen i mars 2022 kring ett youtube-klipp med komikern Aron Flam, om Bianca Kronlöfs tv-inslag "Min sanning". Han menade att det är svårt att kontrollera hur man tolkas i media och poängterade att videoklippen ligger i linje med hans tidigare kritik av en normkritisk ideologi och idén om att Sverige är ett patriarkalt samhälle. Kronlöf skall även hon kunna bli ifrågasatt och kritiserad, i och med att hon är en "influencer" och därmed makthavare.

Eberhard beskrev att han blivit kraftigt ifrågasatt av kollegor för att "ha hängt ut en ung människa som blivit utsatt", och därför inte längre var välkommen som föreläsare på psykiatrikongres-



sen. Det hela fick även professionella konsekvenser då han ej längre fick fortsätta sitt arbete på chefsposition. Han riktade kritik mot yrkeskåren och professionsföreningen för bristande kollegialt stöd i situationen. Eberhard tar helt avstånd från att klippet var uttryck för misogyni. Konstaterade dock att det var "bad performance" i hans försök att kritisera förekomsten av ett strukturellt patriarkat, då det misstolkades.

Ullakarin Nyberg betonade vikten av språket, och vikten av att förklara och finna ett språk för det som är svårt att tala om, som suicid, i kommunikation med patienter men också allmänhet. Särskilt när man får rollen som folkbildare. Hon kontaktas återkommande av svåra fall med högsuicidala patienter, och träffar också dessa i viss utsträckning, men kan inte heller lösa allt eller träffa alla patienter. Ullakarin betonade vikten av att försöka hitta ett förhållningssätt som man kan leva med. Hon svarar alla som kontaktar henne, men kan inte träffa alla som önskar hjälp, utan får ofta slussa vidare eller stötta kort. Brukar dock träffa alla anhöriga som upplevt förlust i suicid. Hon fick frågan kring hur psykiatriker skall kunna leva upp till den bild som hon målar upp i offentligheten, som en så kvalificerad samtalspartner och kapabel kliniker. Man måste kunna och våga möta besvikelse och låta patienter sätta ord på detta.

Katarina Howner, som driver podden "Det mörka psyket", diskuterade även hon balansen i att tala om svåra ämnen, men även juridiska svårigheter i att diskutera fall inom rättspsykiatri, då hon som sakkunnig i domstol är förhindrad att prata om svenska fall. Katarina har upprepade gånger uttalat sig i radio och TV på grund av hennes forskning inom området. Hon betonade vikten av att bemöta fördomar om rättspsykiatri, som inte sällan kommer från filmens värld, samt vikten av att vara neutral i bedömningar av patienter. När man ger uttryck för vetenskapliga samband är dock friheten större.

Mikael Landén beskrev att psykiatriker återkommande stöter på strukturer som sätter hinder för vården vilket man vill åberopa, men läkaren kan inte åberopa konsekvensneutralitet som en journalist, utan man måste hantera risker av olika slag. Landén själv har framför allt figurerat i offentligheten kopplat till könsdysfori, där han kritiserat delar av vård och juridiken som byggd på skakig vetenskaplig grund, och därmed blivit anklagad för att

vara transfobisk och att han förvägrar patienter med könsdysfori den vård de upplever sig behöva. Det är känsligt vilka titlar man använder och vad man representerar när man uttalar. Om man ser ett samband i samtiden som man menar i efterhand kommer ses som dåraktigt då har man samtidigt en skyldighet att uttala sig, även om man riskerar falla över i ämnen där en psykiaters eller professors åsikt inte är mer värd än någon annans.

Åsa Nilssonne menar att man bör fråga sig om man kan göra nytta i offentligheten, med risken att tappa greppet om ens publika persona och att man saknar makt över hur man tolkas i offentligheten, samt att man riskerar ställas inför svåra situationer när man blir kontaktad av desperata anhöriga och patienter, vilket hon erfor när hon metodutvecklade kring behandling av borderline personlighetssyndrom. Åsa har själv uppfattats som kontroversiell i frågan om effektiviteten i antidepressiva. Hon ser sig själv som en infektionsläkare som inte vill skriva ut antibiotika till en förkylning och anser att man förskriver farmaka på en för vid indikation i psykiatri, men ställer sig klart bakom användandet av psykofarmaka. Åsa önskar att hon skulle få slippa bli tillskriven åsikten att hon är emot all farmaka då det är felaktigt. Hon uppfattar sig som i för stor grad associerad till Peter Gøtzsche (välkänd kritiker av psykofarmaka), samt att hennes förkovran inom psykoterapi uppfattats stå i kontrast till farmakologi. Men att hon alltid har betonat psykofarmakas värde. Upplever även att hon tappat kontrollen över mediabilden av sig själv.

Sammanfattningsvis beskriver samtliga deltagare hur man hamnat i offentlighetens ljus snarare än att man sökt detta. Panelen enades i vikten av att ta plats i offentligheten i frågor som behöver debatteras och nyanseras, även om man alltid riskerar att tolkas felaktigt eller förlora kontrollen över sin mediabild. Det är också viktigt att försöka hålla isär sina roller som person och professionell, samt vad man företräder när man uttalar sig. Och även om du är tydlig riskerar dina utsagor att tolkas som uttryck för hela kåren eller ämnesfältet.

Karl Lundblad
Styrelsen SPF

Foto:

Tove Gunnarsson

Svenska bipolärsällskapets höstmöte



Fredagen den 18 november hölls SSBS höstmöte i Medelhavsmuseets vackra lokaler med ca 60 deltagare på plats, varav glädjande många icke-medlemmar. Vi var extra glada att i år för första gången ha med oss representanter för patient- och närståendeföreningen Balans!

Rubriken för mötet var "Sjukdomens många ansikten" och under dagen hann vi beröra många olika aspekter.

Sofia Olsson talade om sjukdomens fenomenologi och hur vi kanske försökt beskriva den utifrån fel premisser – är det i själva verket i grunden en psykomotorisk agitation som kan leda till affektiva förskjutningar och är depressionen då alltid en effekt av mani? Tankeväckande föreläsning som ledde till intressanta diskussioner i pausen.

Erik Smedler presenterade forskning om huruvida manier kan skada hjärnan och ge sämre kognitiv funktion över tid. Data pekar på att det kan gälla en grupp av patienterna men vi vet inte vilka och man planerar nu ett spännande forskningsprojekt där man kontrollerar hjärnskademarkörer i blod hos maniska patienter. Vi hoppas på uppföljning kommande höstmöten!

Lena Backlund och **Fredrik Wikström** talade om den delaktige patienten som själv kan vara med och styra sin vård och behandling, t.ex. genom en ny informationssida om litium och ett instrument för egenprovtagning av litium i hemmet.

Som vanligt fick vi ett fysiskt och psykiskt upplyftande Brainingpass lett av **Åsa Anger**, som också presenterade data från sin forskning på området.

Det fysiska passet följdes av ett själsligt och kulturellt upplyftande pass där **Johannes Nordholm** pratade om bipolär sjukdom och konstnärsmyten.

Calle Lindgren påminde oss om att Marcel Proust gått bort på dagen 100 år före höstmötet och gav oss en exposé över hans sjukhistoria (inklusive ett akut astmaanfall utlöst av rosenmönstrade tapeter).

Petra Bygdevall pratade om bipolaritet vid bedömning inför assisterad befruktning – hur kan man bedöma framtida föräldraförmåga? Svårt och viktigt ämne med få riktlinjer. Mer samarbete mellan IVF-kliniker och psykiatri kanske kan underlätta?

Annette Ståhl och **Linda Wärling** pratade om stöd till familjer med en bipolär förälder och hur sådant arbete kan organiseras.

Michael Ioannou gav oss välbehövliga transkulturella perspektiv på sjukdomen och hur den beskrivits och diagnostiserats, följt av att **Axel Haglund** berättade om bipolaritet inom rättspsykiatri och hur graden av psykisk sjukdom kan bedömas.

Avslutningsvis påminde **Kristina Lindwall Sundel** om vilken guldgruva Bipolär är och uppmuntrade alla att gå in och söka upp sin mottagning eller region – och att rapportera in data, förstås!

Efter avslutade föreläsningar följde traditionsenlig middag med underhållning i form av nyskrivet material från delar av Psykiatri Sydvästs husband The Affected.

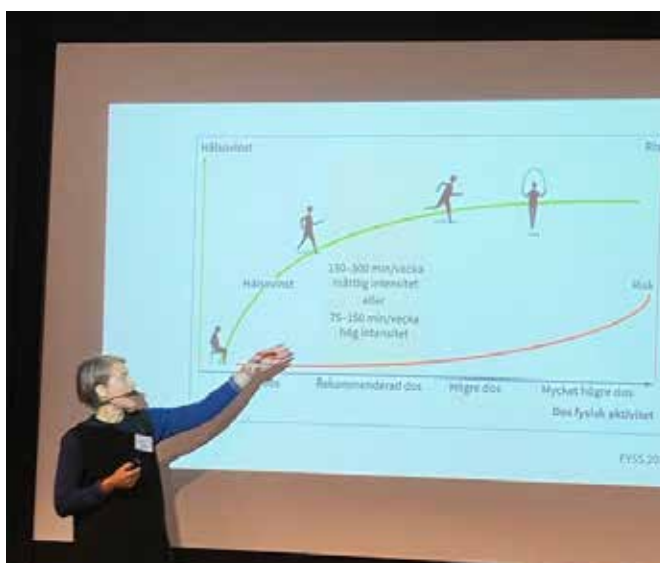
Vi i styrelsen tackar alla föreläsare och deltagare för en rolig och lärorik dag och ser fram emot att mötas igen nästa år!

Styrelsen SSBS

Foto: Kristina Lindwall Sundel

Information om sällskapet hittar du på <http://www.svenskpsykiatri.se/subsektioner/ssbs/>







Grand Place, i en annan del av Bryssel

Rapport från UEMS Psychiatry-möte i Bryssel den 21–22 oktober 2022

Höstens möte hölls i Domus Medica, UEMS eget "högkvarter" i centrala Bryssel, en del av staden som är präglad av höga kontorskomplex.



Mötet var ett s.k. hybridmöte med delegater på plats samt delegater som deltog via länk.

Detta är troligen en mötesform som kommit för att stanna även om den aldrig kan ersätta fysiska möten. Det gäller särskilt den uppskattade programpunkten, inklusive studiebesök, då delegaterna får möjlighet att se och höra om värdlandets psykiatri i allmänhet och specialistutbildning i synnerhet.

Ny delegat från Estland på plats i Bryssel presenterades, liksom ny delegat för EFPT. På länk fick vi stifta bekantskap med en observatörsdelegat från Ukraina.

UEMS Section of Psychiatry har ny logotyp och hemsida, vilken presenterades. Här finns bl.a. dokument som varit vägledande vid utformningen av medlemslänternas målbeskrivningar för specialistutbildning i psykiatri (uemspychiatry.org).

Sektionens president, Marisa Casanova Dias, informerade om "European Year of Mental Illness" 2023 då man kommer att, på initiativ av EU, försöka öka medvetenheten om "mental illness" i Europa samt verka för en "European Mental Health Strategy". Mer information kommer att finnas på sektionens hemsida.

Europeisk specialistexamen i psykiatri har nu diskuterats i flera år och arbetet fortskrider i samarbete med EPA och EFPT.

Det finns tankar inom sektionen på att inrätta ett "UEMS Psychiatry Excellence Award" för att öka engagemanget för utbildningsfrågor bland medlemslänternas. I arbetsgrupperna framkommer att harmonisering av specialistutbildningen i psykiatri mellan medlemslänternas har en bra bit kvar innan vi kan se att utbildningarna i Europa faktiskt är likvärdiga. En annan målsättning med sektionens arbete är att utbilda specialister för att möta framtida sjukdoms-/symptomtillstånd och funktionsnedsättningar.

Är "hemmasittare" med i huvudsak virtuella mänskliga kontakter en ny patientgrupp om några decennier?

Inbjuden gäst, professor Geoffrey Reed, Director of the WHO Global Clinical Practice Network, presenterade ICD-11, vars struktur är mer detaljerad än ICD-10.

Översättning finns nu på fem världsspråk: engelska, franska, arabiska, kinesiska och spanska. Sverige planerar att ha en översättning klar i slutet av 2024 enligt Socialstyrelsens hemsida.

Tillgång till adekvat vård kan bara åstadkommas om vi har adekvata diagnostiska system.

Det kommer att finnas ett stort utbildningsbehov i detta nya klassifikationssystem och redan nu finns möjlighet att gå in på "Global Mental Health Academy" (gcp.network/learning) för online-utbildning.

Flera val av delegater genomfördes och så fick t.ex. Olle Hollertz (den orubblige tågresenären) representera UEMS Psychiatry in TF Sustainable Education.



Själv tog jag mig till mötet med flyg (och flygskam) och förundrades över alla enorma kontorskomplex som stod tomma på natten men som badade i ljus.



På gator låg de många hemlösa uteliggarna i mörker (av hänsyn till deras nattsömn?) med släckt gatubelysning.



Den offentliga källsorteringen piggade dock upp med sina klara färger.

Efter några intensiva dagar i ett 20-gradigt Bryssel var det skönt att känna höstkylan slå emot mig hemma i Sverige.

Tid och plats för vårens möte är i skrivande stund ännu ej fastställt.

Text och foto:
Maria Markhed
UEMS-delegat

Olle Hollertz
UEMS-delegat



Foto: Raw Pixel.com/Shutterstock

K(I)ick i vår nutid Flykten till ofriheten

Det ter sig nästan lite nördigt och ansträngande att, i ensamt majestät, skriva en massa sms samtidigt som man blint scrol-lar vidare i diverse meddelandeflöden och pseudovärldar utan vare sig början eller slut. Som om man har all tid i världen att schabbla bort sitt liv. Socialmediestinn tycks man fast i ett upprepningstvång. Egenmäktigt frihetsberövad i valfri-hetens tyranniska grepp.

Som mobilaktivist är man således konsumenten som saknar makt att påverka sin tid. Livsrummet hotar ständigt att krympa till en skärms storlek medan andra sidor av personligheten och tillvaron får stå tillbaka. Det moderna slaveriet hör därför inte längre ar-betsmarknaden till utan konsumtionsmarknaden.

Det eviga uppkopplandet både fjättrar och gäcker oss. Kontakten med allt och alla och hela världen hypnotiserar med all sin brokiga mångfald. Och med det "fria valet" tycks det privata ha urholkats och inte längre vara så privat. I paranoid växelverkan blandas det godtroget samman med vad andra tycker, tänker och känner. Vi ser därför inte saker som de verkligen är, utan snarare ser vi dem som vi är. Vilket speglas i andras undvikande att uppfatta verklig-heten annat än på det sättet som de är. Med andra ord kan man

vileleda andra så länge man förnekar att man själv är benägen att låta sig bedras av dem. Igenkänningsfaktorn är sveket.

Gör allt godtyckligt bläddrande bland diverse appar och sajter oss rusiga av lycka? Är man bunden till sin mobil, med vidhängande hörsnäck, som hunden till sitt koppel?

De som överlevt en introduktionskurs i psykologi kan nog känna igen sig i Ivan Pavlovs experiment som visar hur hundar börjar dregla när de serveras mat. Först fick hundarna mat (stimuli) som framkallade salivering (respons). Det plingar liksom till i luren (stimuli). Och per automatik förväntas man bli serverad något så man svarar (respons). Helst omedelbart. Annars är ju risken stor att man går miste om något roligt och spännande. Att man dissas sig själv under tiden verkar sakna betydelse. FOMO kallas det visst: fear of missing out. Never a dull moment.

Fenomenet liknar inte riktigt neuroser eller hysteri som på Freuds tid. Snarare tycks vi upptaget försjunkna i ett *förhållningsskadebe-teende* orsakat av en alltför hög dos av osmältbar information i vår nätvardag.

Viljan att uppfatta verkligheten förslappas av all information och allt mumbojumbo vi inte behöver men likväl bombarderas med. Har gränsen mellan privat och offentligt suddats ut så att man inte längre hittar tillbaka till det som är ens eget liv? Finns den kvar? Eller är man bara ett rö för tiden? Byung-Chul Han (2014) menar att:

”Den felande distansen leder till att det offentliga och det privata sammanblandas. Den digitala kommunikationen främjar denna pornografiska utställning av intimitet och privatsfär. Också de sociala nätverken visar sig vara det privatas utställningsrum.”

Fiktionen ges här möjlighet att trumfa verkligheten och vem som helst kan bli vad som helst i den dramatiserade versionen av sitt eget liv. Man bjuder ut sitt liv till allmän beskådan ochhängivna beundrare slickar hungrigt i sig förmenta förtroenden och tillrätalagda privatliv.

Vi går liksom bara på i ullstrumporna. Mobilsurfar och blippar oss fram i tillvaron. Inte nödvändigtvis utifrån ”som om ingenting har hänt” utan mer förvissade om att: ”Allting kan hända och allting händer, eftersom ingenting sker” i just min lilla privata nutidsbubbla. I chattrikt sällskap jagar vi likes och ökar på vår exponering i flöden som vi inte har en aning om varthän det skvalpar. Men skvätter gör det så det står härliga till. Autopiloten vädrar morgonluft och mycket ska delas och vidarebefordras. Kommenteras och ”likes”. Skvättverksamheten verkar lida brist på återhållsamhet: En reflekterande paus från allt självupptaget pladder.

Överkonsumtionstyckandet i vårt nutida upprördhetssamhälle verkar också ha förändrat våra umgängesformer. Det handlar nu mer om att *skärma* varandra ensam på sin kammare än att *charma* varandra tillsammans ute i det verkliga livet. Så vi fick nog ”hängla mer på Tage Erlanders tid” (Kent Wisti, 2018).

Man kan alltså fråga sig om smartphonen gör oss mer behovsstyrda och mindre relationssugna, ensamma. Vi blir liksom uppfyllda av oss själva och drivs av en obetvinglig lust att delge världen allt vi gör. Minsta lilla nyck ska delas. Vare sig det gäller en svårlagad middag eller en supergullig kattunge. Blint kapitulerar vi inför en offentligt luftad konsensusförväntan.

Man kan inte ens lämna ett varuhus utan att uppmanas att trycka på diverse streckfigurer för att betygsätta besöket. Som om vårt impulsiva känslot(r)tyckande har någon betydelse. Och vem ger oss rätt att skvätta omkring en massa inre osorterat tankeskrot likt en hund på promenad med en nära relationsupplevelse till skogens många träd?

Eller den här: ”Detta samtal kan komma att spelas in i kvalitets- och utbildningssyfte.” Någon som känner igen sig? Tänkte väl det. Ingen kan väl tro att samtalen lyssnas av för att därefter skicka iväg personal på kurs för att bättra på sitt servicebeteende utifrån främlingars nyckfulla och reflexmässiga kundtyckande.

Och, förresten, vem är du och jag (!) att springa omkring därute och rikta anklagande fngrar mot det vi gillar och inte gillar? Vem är inte bristfällig och har det ostädad i sitt eget liv? Både till det inre och yttre. Räcker inte det?

Att klaga på servicen lite här och var (kundskvätt) kan lika gärna vara uttryck för en fokusförskjutande aktivitet som bottnar i egna beteendebetänkligheter. Att gnälla och blint rikta anklagande fngrar är väl i sig ett ohyfsat beteende utan vare sig takt, ton eller medmänsklig omtanke.

Mer eftersträvansvärt är väl att ha Dalai Lamas uppmaning i åtanke att först **”point finger at self”** som motto att försöka leva efter. Med andra ord kan det alltså vara bra för ens psykiska hälsa (och andras) att ta kontroll över sitt eget negativa tyckande och gnällande för minsta lilla självfabricerad kränkning.

Anammar vi således Dalai Lamas visdomsord kan vi se våra egna fel och brister som helt naturliga delar av vårt kognitiva och emotionella bagage, osäkerheten. Diagnos: LIVET.

I vår förhållningssjuka framfart är vi med andra ord *bristfullkomliga*. Här bör väl igenkännandet vara hundraprocentigt. Något bättre och mer evidensbaserat och kvalitetssäkrat finns väl inte än människans avvaktande och tveksamt trevande inställning till sig själv och andra. ”Tafatthet är inget dumt karaktärsdrag.” (Niklas Ekdal, 2022). Inte heller blyg- och fördragsamheten.

Men ser man sig omkring tycks snarare offerrollen i kombination med valfrihetens egenmäktiga raseri få stor uppmärksamhet. Och en därtill hörande upptagenhet att övertyga andra att man minsann är fläckfri. Andra ska anklagas och stå till svars för... ja... you name it. Det blir liksom enklast så. ”Dom baa, hon baa, HAN BAA! och hen baa...” Glömde jag Putin!?

Finns det överhuvudtaget någon gräns för vår hur vi anstränger oss för att slippa tänka på att ”point finger at self”? Ju mer jag hör och ser tror jag att önskan att ansvarsfullt lösa problem, och nå resultat bortom det som orsakat dem (funktionell dumhet, Mats Alvesson, 2019), inte längre är så vanligt. Att nöja sig med att säkerställa att ingen kan bevisa att de gjort något fel verkar däremot begärligt. I stället för att ha råg i ryggen ser man alltså till att hålla (ynk)ryggen fri så att säga.

Hur kan man alls uppleva att andra överskrider gränser och kränker en om man själv saknar några att försvara? Ofta är ju ens otyglade upprörd- och utsatthet tecken på att man själv har förlist. Med andra ord har vi nog inte alls sjunkit så djupt som vi fruktar. Vi har bara aldrig riktigt stigit så högt som vi ofta inbillar oss. Något vi alla känner till och bör ödmjuka inför.

Thomas Silfving

Leg. psykolog, leg psykoterapeut och författare



Brus

Det osynliga felet som stör våra bedömningar -
och vad du kan göra åt det

Daniel Kahneman, Olivier Sibony och Cass R Sunstein

Volante, 2021

Nobelpristagaren (2002) Daniel Kahneman är global kändis och, Nobelpriset till trots, troligen mest bekant för boken *Thinking, Fast and Slow (Tänka, snabbt och långsamt)* först utgiven 2011. Tillsammans med O Sibony och CR Sunstein har Kahneman nu återkommit med en ny bok, *Brus: det osynliga felet som stör våra bedömningar – och vad du kan göra åt det*. Förväntningarna är skyhöga och uppfylls enligt min mening till del vid genomläsning. Boken innehåller en hel del tämligen abstrakta icke-intuitiva begrepp som kräver omläsning för att förvärva rimlig förståelse.

I boken *Tänka, snabbt och långsamt hjälpte* Kahneman oss att reda ut skillnaden mellan det snabba energieffektiva intuitiva tänkandet och det avsevärt mer energikrävande, uttröttande, långsamma och mer medvetna tänkandet. Det intuitiva snabba tänkandet leder oss ofta rätt, men inte alltid. I det senare fallet, för att parafraasera Shakespeare, kan vi drabbas av och hamna i eftertänksamhetens kränka blekhet, i det fall vi agerade förhastat på ett intuitivt beslut. Om alla beslut, å andra sidan, kräver omsorgsfull förtänksamhet så fick vi inte så mycket gjort. Det intuitiva beslutsfattandet kan kanske kallas en hjärnans beslutsturbo, men högt tempo har ett pris.

I den nya boken *Brus: det osynliga felet som stör våra bedömningar – och vad du kan göra åt det*, agerar författarna av allt att döma konsulter inte bara åt enskilda läsare utan också och kanske framför allt åt beslutsfattare i organisationer av olika slag. De går pedagogiskt igenom olika aspekter av tankefel och variabilitet i bedömning som, oftast omedvetet, vidlåder vårt tänkande och åtföljande beslut. De öppnar en oväntad brist på förutsägbarhet inom en rad centrala hörnstenar vårt moderna samhälle är byggt på.

Ett exempel på system med problematiskt och utbrett brus som Kahneman et al uppehåller sig vid är domstolsväsendet i USA. Domare i USA dömer exempelvis olika beroende av tid på dagen, exempelvis ofta strängare strax före lunch. Vidare har de individuell men i allmänhet likartad förförståelse (bias) för allvarlighet beroende av kategorier, där exempelvis vissa minoriteter systematiskt döms strängare. Individuell bias kan noteras

så till vida att vissa domare systematiskt dömer strängare vid helt likvärdiga fall jämfört med andra. Brus inom domstolsväsendet har testats genom att många domare fått avgöra lämpligt straff för uppiktade identiska brottsbeskrivningar, som distribuerats till en mängd domare i vetenskapligt arrangerade studier. Dessa omständigheter kan väl knappast vara unika för USA.

Vi är vana vid att söka efter kausala samband; tänka i termer av orsak och verkan. Ett narrativ (en berättelse) kan verka övertygande, i efterhand kanske helt följdriktigt. Det är då lätt att bortse från alla alternativa händelser i ett förlopp, som på förhand mycket väl kunde ha blivit av och som kunnat leda i helt olika riktningar. I förväg har vi i allmänhet en vag bild av kommande händelseförlopp, men ändå kan vi i efterhand uppfatta en tydlig följdriktighet för det som har hänt. Sökande av förklaring till förlopp tenderar att upphöra när vi hittat ett bra narrativ. Eftersom händelsen kan tyckas förklara sig själv fångas vi lätt av illusionen att **den hade kunnat förutses**. Efterhandstolkningar är enligt Kahneman et al vår hjärnas sätt att "förstå" världen. De menar vidare att den känsla av att förstå livet som fortlöpande utvecklas består av ett ständigt flöde av tillbakablickar i det vi uppfattar som det normala. Vi, så att säga, gillar läget och förstår tingens ordning gärna som normala och förutsägbara. Jag tänker att det invaggar oss i en känsla av trygghet? Blickar mot framtiden, men fast i det förångna. Inte konstigt då att "det var bättre förr".

Killgissa är ett träffande begrepp där vi svenskar kan mena att någon uttrycker sig orimligt säkert utan att egentligen alls ha koll på läget och premisser. Kahneman et al ger oss en bakgrund till detta fenomen, nämligen att vi uttalar oss eller gör bedömningar grundat på **objektiv okunskap**. Med objektiv okunskap menas här att ta med förutsättningar i bedömning som vi omöjligen kan känna till, dvs rena gissningar förklädda till kunskap. Okritisk trosvisshet förekommer, enligt författarna, återkommande och ofta. Publika exempel är när föregivna experter i media ombes yttra sig om politik, ekonomi eller sociala omständigheter och hur dessa områden utvecklas framöver. Trosvisser experter som då har/får fel kan oftast slippa stå till svars för sina, till expertuttalande maskerade, gissningar. Deras profetior får mest utrymme om de slår in. Felgissninga-



glöms allt som oftast bort. När någon tillfälligtvis "gissat" rätt om något angeläget kan denne oförtjänt upphöjas till orakel, bara för att profetian råkade komma vid rätt tillfälle, exempelvis strax före ett kraftigt kursras? Profetior i olika riktningar kommer fortlöpande och några med "rätt" innebörd kommer rimligen strax före en oväntad händelse.

Några konkreta fenomen, som författarna presenterar, som ger upphov till brus/fel vid bedömningar eller beslut:

- **Intervallökänslighet.** Om sannolikheten för ett utfall eller sannolikheten för en händelse är stabilt över tid, så bör ju sannolikheten att det/den alls kommer att inträffa vid något tillfälle i framtiden öka ju längre tidsperiod som bedömningen gäller. Detta förbises lätt.
- **Prevalensfel.** Kan vara att man oroar sig mer för en flyg- eller båtolycka när en sådan nyligen inträffat. En form av tillgänglighetsheuristik, dvs man blir påmind och medveten om risken och därför tycker att den verkar större än annars.
- **Substitutionsbias.** Fakta ges fel vikt vid bedömning. Kan vara en sakkunnig på ett område som får omotiverad trovärdighet om denne yttrar sig om sådant som ligger utanför dennes egna expertis. Kan även kallas prestigeöverföring.
- **Slutsatsbias.** Förutfattad mening, att första intrycket präglar efterföljande tänkande i viss riktning.
- **Konfirmeringsbias** (önskvärdighetsbias). Där fakta väljs selektivt för att styrka på förhand önskat resultat.
- **Affektheuristik.** Att fastställa en ståndpunkt genom att låta känslor avgöra.
- **Överdriven koherens.** En bedömning påverkas av ordning för vilken premisser presenteras. Om gynnsamma premisser introduceras först, så kan ogynnsamma som kommer senare få mindre genomslag och vice versa.
- **Haloeffekt.** En bedömning av en person påverkas av första intrycket.

Faktorer som gynnar träffsäker eller korrekt prognos/bedömning:

- Skicklighet att finna och analysera relevanta data.
- Träffsäkerhet i att finna sannolika förändringar, dvs statistiskt tänkande snarare än kausalt.
- Låg känslighet att reagera på samtidiga nyheter, dvs att påverkas av situationsbrus, eller instabil bedömning av sannolikhet.
- Kognitiv stil, aktivt öppensinnad stil gynnar prognostiseringsförmåga, kan innebära ett aktivt sökande av information som motsäger rådande hypoteser.

Mina reflektioner efter att ha läst en delvis svårtillgänglig men högst läsvärd bok är att det vi tänker och säger är påtagligt präglad av de begränsningar hjärnan erbjuder oss. Det finns en lockelse i berättelser vars förlopp i efterhand ter sig (bedrägligt) förutsägbara. Vi letar gärna orsaker till händelser, när vi egentligen borde tänka mer i sannolikheter för alternativa förlopp. Utgången är ofta mindre given än den kan verka i efterhand. Vår bild av världen och verkligheten är en konstruktion i efterhand. Minnet justeras kontinuerligt för att medge en så motsägelsefri verklighet som möjligt.

Nils Lindefors
Psykiater
Stockholm



Ångest för alla

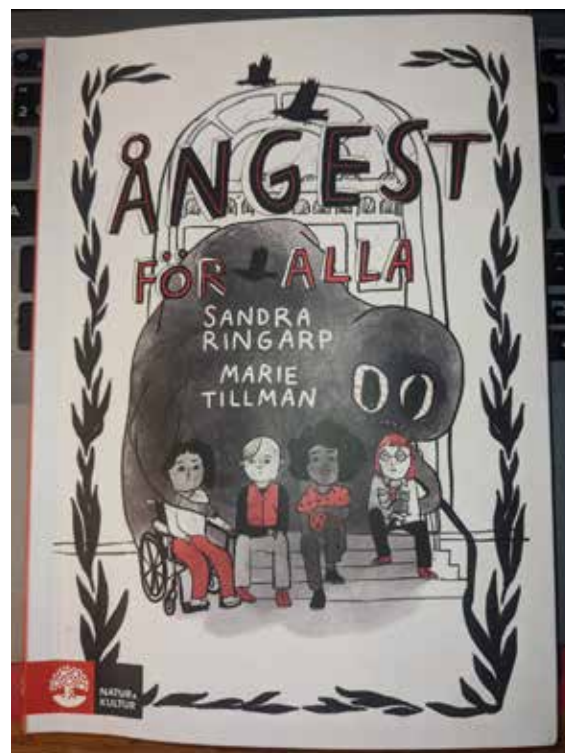
Sandra Ringarp (text)
Marie Tillman (illustrationer)

Natur & Kultur, 2022

Vad är ångest? Vad kan den bero på? Kan man bli av med den? Hur kan man hantera den?

Här är en till formatet liten bok, drygt hundra sidor, där ungefär hälften utgörs av illustrationer. I det första kapitlet beskriver psykolog Ringarp vad vi menar med ångest; de fysiska reaktioner som är kroppens larmsystem, men som också kan utlösas av tankar, känslor och inte minst rädslan för ångesten i sig. Ett kapitel handlar om känslor, känslor som vi känner och varken kan välja eller välja bort. Om vikten av att känna igen och identifiera sina känslor och om att vi till viss del kan påverka våra känslor genom att till exempel i högre utsträckning göra sådant som brukar få oss att må bra. Att vara medveten om vad som får oss att må bra kan motivera oss att inte undvika allt som känns dåligt, det kan till exempel vara viktigt att genomlida en bussresa för att träffa den där kompis eller ta sig till skolan. I kapitlet om tankar ifrågasätts om allt man tänker är sant? Några vanliga tankefällor beskrivs som att tro sig veta vad någon annan tänker, eller att övergeneralisera "hon ville inte träffa mig igen så ingen kommer att vilja ha mig". Skillnaden mellan tankar och känslor diskuteras, och att det kan vara hjälpsamt att sortera ut vad som är vad.

Att känna ångest i situationer där man förväntas prestera något finns återkommande beskrivet i litteraturen. "Ångest för alla" tar också upp minoritetstress: att avvika från normen genom att ha ett handikapp, en annan hudfärg, sexuell orientering eller en annan religion än majoriteten i sammanhanget, blir en påfrestning som läggs ovanpå all annan stress man upplever i livet. Sociala medier, relationer, sex och synen på den egna kroppen kan väcka glädje men också ge upphov till krångliga känslor, stress och ångest. Kroppens behov och reaktioner på sådant som sömn- och näringsbrist, stimulantia, alkohol, dagsljus och rörelse kan försämra måendet, men går att också påverka för att uppnå ett ökat välbefinnande. I slutet av boken resonerar Ringarp kring olika sätt att hantera ångest. Avslutningsvis re-



dovisas olika möjligheter att söka hjälp, när ångesten tagit över och hindrar en från sådant som är viktigt i livet.

Enligt förordet riktar sig boken främst till ungdomar men det tycker jag inte att man behöver fästa sig vid. Sammanfattningsvis en välskriven, fullödlig text i litet format med en respektfull och undersökande ton som kan rekommenderas till alla med ångest.

Anna Hillerberg
Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm

ANNONS



Ekvilibrיום
Om sambandet mellan kreativitet och galenskap
Simon Kyaga och Jonas Mattsson
Natur & Kultur, 2022



Foto: Featureflash Photo Agency/Shutterstock

Homeland är enligt min mening en av de bästa TV-serierna som visats. Seriens inledande säsonger handlar om Brody, en soldat som under flera år varit krigsfånge hos al-Qaida och som efter frigivandet firas som hjälte i USA. CIA-agenten Carrie Mathison är övertygad om att Brody under fångenskapen rekryterats som agent av terrorgruppen, vilket också visar sig stämma. Carrie Mathison är en driven agent med skarp intuition och ett okonventionellt sätt och åskådarna lotsas fram till förståelsen att Carrie har en bipolär sjukdom. Hon vänder sig till sin intuition och kreativitet när problemen är svårare än vanligt. Hon avstår periodvis från sin medicinering för att kreativiteten är mer lättillgänglig under de dagar då hon vänder upp mot mani, visserligen med god problemlösning som följd men också med andra, allvarliga konsekvenser. Därskapen och geniet är nära besläktade.

Genom alla tider har människor funderat på länken mellan kreativitet och psykisk sjukdom, om vissa konstnärer skapar *tack vare* en psykisk sjukdom eller om skapandet sker trots sjukdomen. Boken Ekvilibrיום av Simon Kyaga, psykiater, och Jonas Mattsson, vetenskapsjournalist, går igenom olika epokers sätt att diskutera frågan.

En historisk överblick presenterar tänkare och konstnärer från olika epoker som förutom kreativiteten också tycks fungera annorlunda än gemene man. Från romantiken upphöjs galenskapen till en åtråvärd egenskap, som kan antas förstärka geniets skaparkraft. Ju närmare modern tid vi kommer, säger författarna till boken, desto mer tydlig är denna dragning till ett uppluckrat sinne. Strindbergs Infernokris är ett exempel på när författarens paranoia möjligen förstärks av absintbruk. De



flesta som beskrivits som geniala men galna konstnärer på detta vis är män, kvinnliga konstnärer med någon psykisk sjukdom har historiskt sett snarare setts som "hysterikor".

Kreativitet förklaras som förmågan att se brett på en fråga, kunna detaljfokusera på det perspektiv som ska hanteras och dessutom ha motivationen och uthålligheten att kunna genomföra det man tänkt ut. Författarna pekar på att den första egenskapen är vanlig vid både psykosjukdom och ADHD, fokuseringsperspektivet vanligt vid autism och att olika maniska tillstånd ofta kännetecknas av en hög grad av målmedvetenhet. Författarna pekar på att de psykiska egenskaperna finns längs ett kontinuum där det inte är givet var hälsan övergår i ohälsa och sjukdom. Bokens titel Ekvilibrium syftar på den jämvikt som i bästa fall kan uppnås, där kreativitetens egenskaper kan få tillräckligt med plats utan att sjukdomen förlamar personen.

Berusning är den vanligaste orsaken till den uppluckring som öppnar för kreativa flöden, liksom till skadliga konsekvenser. På det sättet liknar rusmedlen de psykiatriska tillstånden, när berusningen är måttlig och under kontroll kan den vara en källa till mycket gott men när ruset passerat toppen och jämvikten rubbats, så blir det mer problematiskt. Alkohol, centralstimulantia, LSD och cannabis är alla substanser med olika bruk. I bokens drogkapitel talas om nyttan och vådan. Uppräckten av PCR-reaktionen belönades med ett Nobelpris 1993. Det är en av samtidens molekylärbiologiska standardmetoder och forskaren har sagt att hans bruk av LSD gjorde det möjligt att veta vad han skulle göra. Han har sagt att han under ett rus såg och förstod reaktionen. Intressant.

Det har gjorts många studier där syftet är att se om det faktiskt finns någon koppling mellan kreativitet och psykisk sjukdom. Ett problem med tidigare studier har varit att de varit för små och att det funnits en bias i urvalet. Detta faktum blir en absolut poäng i boken. Den forskning som gjorts i Sverige med hjälp av befintliga befolkningsregister och Statistiska Centralbyråns data skiljer ut sig från dessa tidigare studier. Inte utan stolthet berättar Simon Kyaga om hur forskargruppen som han tillhört tänkt. Man undersökte bland annat vilken sorts yrke perso-

ner med olika psykiatriska diagnoser haft, men också vad dessa personers anhöriga arbetat med. Bipolär sjukdom utmärker sig som tillstånd som gör det mer sannolikt att såväl patienten som nära släktingar kommer att ha kreativa yrken. Anhöriga till patienter med schizofreni arbetar oftare med kreativa saker, samtidigt som patientgruppen inte skiljer sig från andra i detta avseende. Hos släktingar till personer inom autismspektrum visar det sig vara vanligare med vetenskapliga yrken.

Den övergripande beskrivningen av kreativitetens beståndsdelar och fördelningen av yrken bland patienterna ter sig rimlig. Perspektivet med anhöriga och deras yrken belyser också att egenskaper och karaktärsdrag inte är bundna till de psykiatriska diagnoserna i sig utan snarare till personligheten och till släktband. Frågan om släktband, alltså genetiken, är intressant ur fler perspektiv än om vilka yrken människor har. Mot slutet av boken finns en evolutionsrelaterad diskussion om det motsägelsefulla i att personer som har schizofreni och autism och även ätstörningar får färre barn än personer utan dessa tillstånd. Trots detta så är förekomsten av dessa tillstånd tämligen stabil i befolkningen. Författarnas förslag till tolkning av detta har just med kreativiteten att göra. Anhöriga till patienterna är, som tidigare nämnts, ofta kreativa. Kreativa personer uppges få fler barn och om nu den ärftliga komponenten av kreativiteten förenar patienterna och deras anhöriga, så är det troligt att även annat ärvt tillsammans, även om patologin bara uppträder hos vissa familjemedlemmar.

Boken har långt fler intressanta spår än de jag här nämnt och är klart läsvärd.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Fortsatt fortbildning

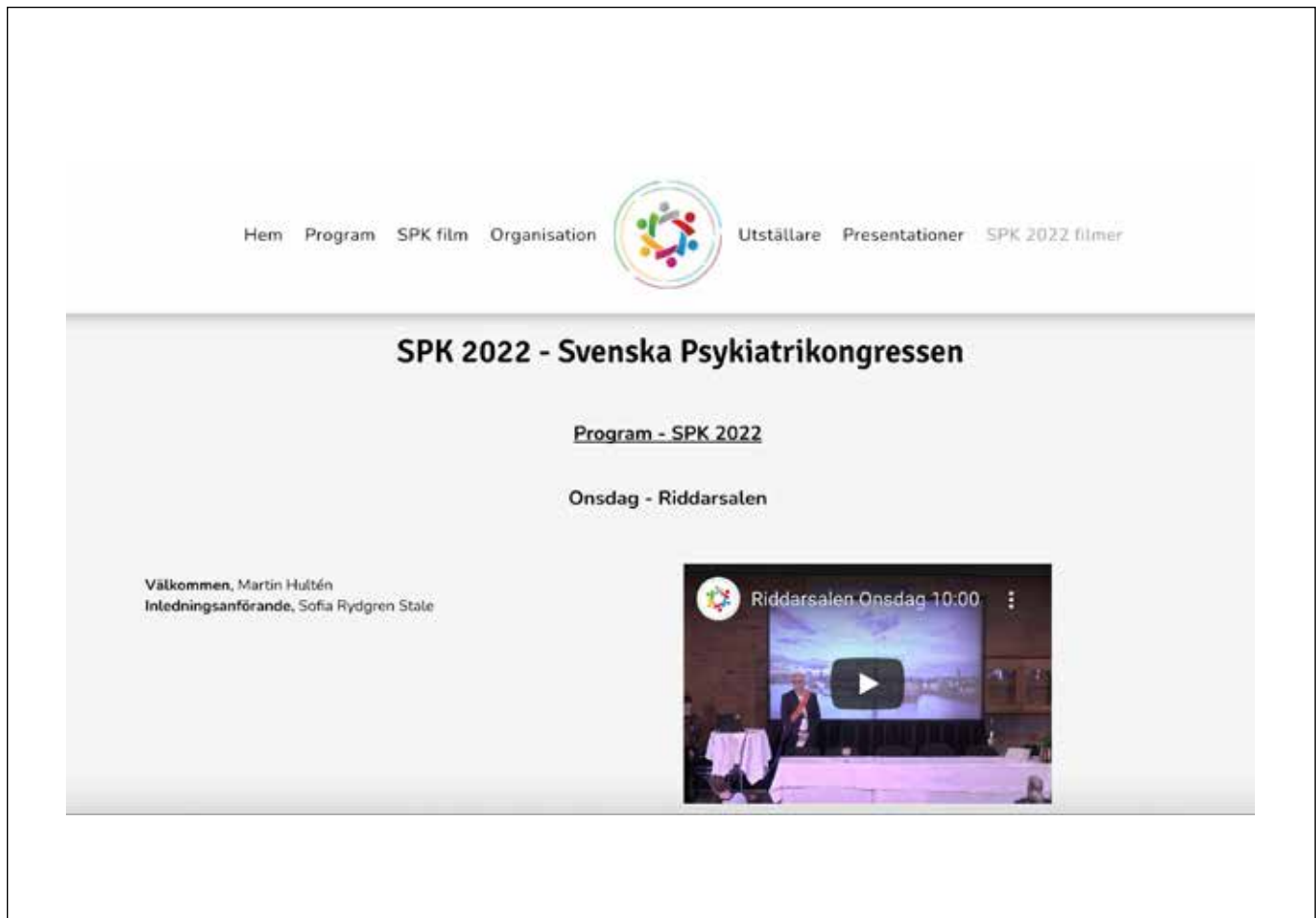
Missa inte filmerna från SPK!

► 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



The screenshot shows the website for the Swedish Psychiatric Congress (SPK) 2022. The navigation menu includes: Hem, Program, SPK film, Organisation, Utställare, Presentationer, and SPK 2022 filmer. The main heading is "SPK 2022 - Svenska Psykiatrikongressen". Below this, the program for Wednesday at Riddarsalen is displayed. It includes a welcome message from Martin Hultén and Sofia Rydgren Ståle. A video player is embedded, showing a presentation titled "Riddarsalen Onsdag 10:00".

Svenska Psykiatriska Föreningen blir medlemsförening i Svenska Läkaresällskapet 2023

1 januari 2023 blir SPF medlemsförening i Svenska Läkaresällskapet. SPF:s medlemmar ansluts då till SLS och får ta del av förmåner som ingår i medlemskapet.

SLS medlemsreform

2019 beslutade Svenska Läkaresällskapet (SLS) att göra om sin medlemsstruktur. Förändringen trädde i kraft 2021. Medlemskapet delades in i två kategorier där man som förening antingen kan bli sektion eller medlemsförening.

Sektion är en enklare medlemsform där man fortsatt är enskild medlem och föreningen får färre röster i fullmäktige.

Som *medlemsförening* ansluter man alla sina medlemmar till SLS och betalar en avgift per person. Tidigare har man som SPF-medlem fått välja om man ska vara med i SLS och då själv betala en avgift på 700 kronor utöver medlemsavgiften till SPF. Från och med 2023 kommer SLS-avgiften att ingå i medlemskapet i SPF. Initialt valde SPF att avvakta ansökan om att bli medlemsförening för att följa förändringsprocessen och se fördelar och nackdelar. Frågan har diskuterats vid SPF:s årsmöten. Styrelsen har även informerat via artiklar i tidigare nummer av Svensk Psykiatri. I takt med att allt fler föreningar anslöt sig och att fördelar med att bli medlemsförening framkom, ställde sig styrelsen positiv till ansökan. På årsmötet 2021 togs frågan upp till beslut och årsmötet röstade ja. I maj 2022 antog SLS Svenska Psykiatriska Föreningen som medlemsförening.

1 januari 2023 övergår medlemskapet till medlemsförening och vi medlemmar kan börja ta del av förmånerna.

Förmåner för SPF:s medlemmar

Som medlemsförening kommer både SPF och enskilda medlemmar att få förmåner. Föreningen får fler röster i samband med SLS fullmäktige. SPF kan även boka lokaler i Svenska Läkaresällskapets hus till förmånligare pris samt få administrativt stöd vid behov.

Enskilda medlemmar får möjlighet att delta i SLS programverksamhet till reducerat medlemspris och söka forskningsanslag och resebidrag. Som medlem erbjuds man även utbildningsdagar och tillgång till lokaler till reducerat pris. Man kommer även att få digitala nyhetsbrev och bjudas in till utbildningsaktiviteter.

För detaljerad information se: <https://www.sls.se/om-oss/medlemskap/fragor--svar/>

Linda Martinik

Sekreterare, Svenska Psykiatriska Föreningen



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: **8/2**

Tema: **Mognad**



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.

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/>

34th CINP World Congress of Neuropsychopharmacology
7–10 maj 2023, Montreal, Kanada
<https://www.cinp2023.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/>

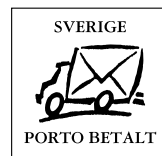
36th ECNP Congress
7–10 oktober 2023, Barcelona, Spanien
<https://www.ecnp.eu/Congress2023/ECNPcongress>

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

ANNONS

AVS. Svenska Psykiatriska Föreningen
Box 53246
400 16 Göteborg

B

A festive Christmas-themed background with a solid red color. Scattered across the scene are several wrapped gifts in green paper with red ribbons, some with polka-dot ribbons. There are also red and gold Christmas ornaments, a candy cane, and sprigs of green pine needles.

*Svensk Psykiatri
önskar God Jul och
Gott Nytt År*