

Tidskriften för

Svensk Psykiatri

#1

Tidskrift för Svenska Psykiatriska Föreningen, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri
och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen - Mars 2024

TEMA

KONFLIKT



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, **Maria Larsson**
- 6 SFBUP styrelseruta, ledare, **Susanne Buchmayer**
- 7 SRPF styrelseruta, ledare, **Peter Andiné**
- 8 Kommande temanummer
- 29 Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott
Matilda Naesström
- 72 Bokrecension: Upp och ner. En överlevnadshandbok för bipolär sjukdom
Kerstin Höfler
- 73 Bokrecension: Crisis Integration with Acceptance and Commitment Therapy
Anna Hillerberg
- 74 Bokrecension: Du sköna nya vård. Friska vinnare och sjuka förlorare, **Anna Hillerberg**
- 75 Bokrecension: Ut ur ensamheten. Strategier och förhållningsätt, **Björn Wrangsjö**
- 76 Bokrecension: Sorg och komplicerad sorg, **Cave Sinai**
- 78 Ingen vanlig pappa som man bara har
Anna Hillerberg
- 79 Kalendarium

Tema:

- 10 Konflikter och motsättningar som jag minns dem
Björn Wrangsjö
- 11 Skärvor av en inbördeskonflikt
Alessandra Hedlund
- 12 Perpetuum mobile, **Daniel Frydman**
- 14 Om riktlinjer och fritt valt arbete - en konflikt?
Lena Nylander
- 15 Packning, **Lioudmila Mendoza**
- 16 Dödligt våld i patient-vårdgivar mötet - den oåterkal-
leliga konflikten?
Hanna Edberg och Hedvig Krona
- 18 Den eviga konflikten, **Sigmund Soback**
- 19 Auuktoritet - en egen karriärväg
Olle Hollertz
- 20 Psykedelika - nya behandlingsformer för psykiska sjuk-
domar på väg?, **Kerstin Höfler**
- 22 Griffeltavlan, **Åke Boström**
- 24 Vad ska vi prioritera?, **Astrid Lindstrand**

Övrigt:

- 25 Svenska Psykiatriska Föreningens vision 2024 - 2028
- 28 Dags att nominera till Utmärkelse för pedagogiska insatser för psykiatrin till Raffaella Björcks minne
- 28 Dags att nominera hedersledamot till Svenska Psykiatriska Föreningen, **SPF:s styrelse**
- 30 Missa inte SSBS:s vårmöte vid SPK 2024
Styrelsen SSBS
- 35 The Nordic Psychiatrist - din nordiska psykiatritidskrift
Hans-Peter Mofors
- 38 Arbetet med utredning kring ADHD fortsätter
Maria Larsson
- 40 Vad gör läkarna på BUP?
Maria Unenge Hallerbäck
- 42 Prevention och hälsosam livsstil
Intervju med professor Danuta Wasserman, ordförande för WPA, **Lars Farde**
- 44 Preventing addiction in a changing world. Intervju med Geert Dom
Maria Larsson
- 46 Tankar efter Mariann Stenbergs tragiska död
Cecilia Mattisson
- 48 Intervju med socialminister Jakob Forssmed
Maria Larsson
- 52 Hur kan vi minska hot och våld samt stärka ledarskapet i psykiatrin? Intervju med Sofia Rydgren Stale
Maria Larsson
- 54 Välkommen till Svenska Rättspsykiatriska Föreningens årsmöte! **Styrelsen i SRPF**
- 55 Äntligen är det återigen dags för en ny BUP-kongress!
Styrelsen i SFBUP
- 56 Program SFBUP:s kongress
- 68 Ett stort tack till alla våra utställare vid SPK 2024
- 70 Succéförfattarparet vill sprida kunskaper om och förståelse för psykisk ohälsa
Kerstin Höfler

Rapporter från möten:

- 59 Vad gör redaktionen egentligen på sina möten?
Daniel Frydman
- 60 Besök på Mood Disorders Psychopharmacology Unit i Toronto. Rapport från en Cullbergstipendiat
Isak Sundberg

Rapporter från möten:

- 63 Intensiva dagar. Rapport från STP-konferensen 2024
Daniel Hedqvist
- 64 UEMS-CAP:s årsmöte i Aten den 6–8 oktober 2023
Hanna Stenfeldt Essner
- 66 Inspiration till säkra avdelningar och att arbeta för mer resurser till psykiatri
SPF:s styrelseinternat i ett vintrigt Karlstad den 13–14 december 2023
Tarmo Kariis, Maria Larsson

Psykiatriska nyheter:

- 32 Klinikerns kortfattade guide till KBT vid psykisk sjukdom
Nils Lindfors
- 33 Nyheter på riktlinjefronten!
Dan Gothefors
- 34 Nordic Journal of Psychiatry - den nordiska psykiatrins vetenskapliga tidskrift
Steinn Steingrímsson, Jonas Eberhard

Psykiatrins historia

- 50 Psykiatri i folkmedicinen
Några nedslag
Jerker Hanson

Tidskriften för
Svensk Psykiatri

DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: 15/5
Tema: *Funktion*



Foto: Shutterstock/Chanintorn.v

Tidskriften för
Svensk Psykiatri



"Conflict is the new normal"...

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)

Kerstin Höfler
(kerstin.m.hoeffler@gmail.com)

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
NicoElNino/Shutterstock

INTERNET
www.svenskpsykiatri.se

Annonser skickas till
annonser@svenskpsykiatri.se

... skrev den indisk-amerikanske journalisten och författaren Fareed Zakaria i en artikel på CNN:s hemsida den 23 februari. Det han syftade på var den oroliga situationen i världen. Jag blev inte riktigt klok på vad han menade med "new", krig och terror är inga nya företeelser i mänsklighetens historia. Men världsläget är förstås mycket allvarligt och den oro och osäkerhet som det skapar riskerar att inverka menligt på såväl barns som vuxnas psykiska hälsa. Detta nummers bidrag på temat *Konflikt* handlar dock inte om detta men tar upp många andra exempel på konflikter, mot-sättningar och kontroverser.

Tänker du att du har missat tåget när det gäller att skriva om konflikter eller om något annat av våra tidigare teman? Då vill jag påminna om att vi gärna tar emot bidrag på gamla teman, det är bara roligt om dessa får en fortsättning!

Nästa nummer...
... har temat *Funktion*.

När jag skriver detta har jag ena armen i gips. Det är opraktiskt och irriterande; alla dessa vardagligheter som jag normalt gör med viss automatik kräver nu löjligt mycket tid och möda. Dock handlar det om endast fem veckor av mitt liv och dessutom syns gipset vilket gör att jag möts av människors medkänsla och hjälpsamhet. För många av våra patienter är verkligheten en annan. Funktionsnedsättningen är ofta långvarig, ibland livslång, och den syns sällan vilket kan resultera i bristande förståelse, inte bara från omgivningen utan även från t.ex. Försäkringskassan.

Huruvida man har en funktionsnedsättning eller ej kan vara beroende av omständigheterna: tillfälliga som t.ex. stress eller mer bestående sådana. Sätter vi diagnoser på folk för att de inte passar in i vårt högteknologiska, socialt krävande, snabba samhälle?

Ska man – som en del hävdar – organisera psykiatrin utifrån patienters funktionsnivå istället för utifrån den diagnos de fått?

Det här var bara några infallsvinklar – det finns fler – så tänk till och skriv till oss!

Tove Gunnarsson
Redaktör Svensk Psykiatri

PS Deadline till nästa nummer är den 15 maj och författarinstruktioner hittar du på sidan 8.

Konflikter och vägen framåt

När vi i SPF under hösten inledde en utredning kring vad vi kan göra för att få en gemensam linje kring hur vi ska utreda och behandla ADHD hos vuxna i landet, gick jag in i arbetet med viss beredskap för kognitiv konflikt. Hittills har emellertid de synpunkter som inkommit via de rundabordsamtal vi haft och den medlemsenkät vi skickat ut inte innehållit den nivå av kognitiv konflikt jag trodde. Ska bli intressant att se om den dyker upp "mellan raderna" när vi sammanfattar arbetet.

Jag är imponerad över att vi fått svar från cirka en tredjedel av SPF:s medlemmar på den medlemsenkät vi skickade. Nära hälften av de som svarade har även tagit sig tid att skriva ned fria åsikter. Uppenbarligen en fråga som engagerar med eller utan konflikt. Tack.

Kognitiva konflikter är något jag ofta kan uppskatta. Inte för konflikten i sig utan för den möjlighet den ger att få andra perspektiv samt nya idéer som kan bidra till stärkt och mer komplett problemlösning eller ett vidgat tankesätt. Den tvåögde ser mer än cyklopen och allt det där. Jan Eliasson sa en gång att grunden för all konfliktlösning är att lyfta upp problemet på bordet och sen inte stänga några dörrar. Kloka ord från en klok man och ett förhållningsätt jag hoppas vi kan inspireras av för att hantera konflikter i svensk psykiatri. Oavsett om eventuellt förekommande kring hur vi utreder och behandlar ADHD hos vuxna eller andra frågor.

Under SPK 2024 som precis står för dörren, eller som kanske är pågående när du läser denna tidskrift, kommer vi presentera hur långt vi kommit med arbetet kring att försöka nå en gemensam linje att jobba för kring hur vi utreder och behandlar ADHD hos vuxna. Jag ser också fram emot en fortsatt diskussion med kongressdeltagare, i det fortsatta arbetet med rapporten som kommer slutföras i början av maj. Jag hoppas också att kongressen ska erbjuda en bra grund för många kognitiva och respektfulla konflikter kring andra ämnen som kan leda svensk psykiatri framåt.

Kring årets kongress har jag själv på temat konflikt för övrigt känt någon form av intern sådan kopplat till beslutet i vissa regioner att ha starka restriktioner eller förbud mot deltagande. En period såg det ut som att vi därför skulle ha fler föreläsare än deltagare på kongressen. Visserligen är jag oerhört tacksam och stolt över den mångfald av inlag som inkommit till kongressen samt alla föreläsare som bidrar, en förutsättning för kongressen, men det är deltagarna som gör att den blomstrar. Den egna konflikten låg i att anledningen till restriktionerna ansågs vara det ekonomiska läget och det gav upphov till att jag var tvungen att fråga mig om utbildningars kostnad var försvarbar för patienterna. Jag blev därför glad när det Nationella kompetensförsörjningsrådet, som fått regeringsuppdrag att komma fram till en plan för att lösa kompetensbristen i vården, presenterade sin delrapport i slutet av januari. Att satsa på utbildning beskrevs vara en av de i särklass



SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN



MARIA LARSSON

Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGENS STYRELSE

ORDFÖRANDE: Maria Larsson
(ordforanden@svenskpsykiatri.se)

VICE ORDFÖRANDE/INTERNATIONELL SEKRETERARE: Jonas Eberhard
(vice.ordforanden@svenskpsykiatri.se)

SEKRETERARE: Tove Mogren
(sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

SKATTMÄSTARE: Denada Aiff
(skattmastaren@svenskpsykiatri.se)

VETENSKAPLIG SEKRETERARE: Steinn Steingrimsson
(vetenskaplige.sekreteraren@svenskpsykiatri.se)

FAKTLIG 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)

ADJUNGERAD/ORDFÖRANDE EMERITUS: Martin Hultén
(martin.hulten@skane.se)

ADJUNGERAD/WEBMASTER: Karl Lundblad
(webmaster@svenskpsykiatri.se)

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

viktigaste insatserna. Ordförande Ann-Marie Wennberg liknade att inte satsa på utbildningar av ordinarie personal i regionerna med att skjuta sig i foten. Jag stärktes i min övertygelse om att utbildning både är bra för patienters vård, personalens arbetsmiljö men också ekonomin för den psykiatriska vården i sin helhet.

När vi nu slår upp portarna för SPK är det därför glädjande att se att den något dystra prognosen om deltagande i januari vänt och deltagarantalet är högt även detta ekonomiskt kärva år. För er som inte fått möjlighet att delta detta år hoppas jag ni kan få nytta av de filmer vi gör under kongressen och att alla regioner låter medarbetare som vill, få delta i SPK nästa år, efter att det Nationella vårdkompetensrådets förslag nått ut. Allt för att vi i SPF ska kunna bidra med vår del till visionen om en världsledande vård runt om i landet på basen av våra nya ledord: vetenskap och humanism.

Maria Larsson
Ordförande SPF

Tema Konflikt

Ordet konflikt kommer från det latinska ordet *conflictus* som betyder sammanstötning, att kollidera eller råka i strid med någon.

Jag upplever att psykiatri är väldigt starkt präglad av konflikter, tidigare, genom tiderna, men även i nutid. Det är konflikter mellan läkare och psykologer, konflikter om behandlingsmetoder är rätt eller fel, konflikter kring diagnoser. Konflikter om det är rätt eller fel med SSRI och när.

Ofta och på många arbetsplatser ägnas långa tider åt att diskutera patientärenden och ibland tror jag diskussionerna inte är speciellt givande för vare sig personalen eller patienten. Det är inte sällan ett forum utan tydlig dagordning, agenda eller struktur, ett forum för alla att tycka. Nu kan ju det här ha ändrats för det är några år sen jag lämnade regionalt driven vård, men något säger mig, och fåglarna viskar, att det fortfarande ser ungefär likadant ut. Det är också vad som delvis rapporteras i den arbetsmiljöenkät vi genomfört under senaste året. Jag undrar om bristen på struktur och tydliga beslutsmandat delvis handlar om en rädsla för konflikter. Tror vi att vi för vården framåt genom att vi sitter och pratar länge om patienten (eller organisationen) och alla får tycka till? Är det ett effektivt användande av resurser? Eller skulle det kunna göras på något annat sätt?

Med risk för att sticka ut hakan tänkte jag fördjupa mig lite i en konflikt som jag inte egentligen anser är en konflikt – utan handlar om att använda rätt kompetens vid rätt tillfälle.

Konflikten mellan psykologer och läkare.

Jag förstår i ärlighetens namn inte riktigt konflikten men gissar att den i grunden handlar om makt, lön och möjlighet till utveckling. Vi behöver inom barn- och ungdomspsykiatri psykologer, det går faktiskt inte att bedriva barn- och ungdomspsykiatrisk vård utan dem. Och vi behöver erfarna psykologer, psykologer som stannar i organisationen, har en klinisk bredd, sett många patienter, vet att hos komplexa patienter kan man inte längre följa manualen eller checklistan – man måste kunna göra kliniska bedömningar, ta in många aspekter och göra anpassade behandlingsinsatser, följa upp, utvärdera, göra om och kunna avsluta. Psykologer som kan handleda yngre psykologer. Vi behöver också läkare, erfarna specialistläkare i barn- och ungdomspsykiatri med klinisk bredd och kunskap som stannar i organisationen, som kan behandla de mest komplexa patienterna, som kan handleda yngre kollegor.

Men vi behöver även läkare som kan leda och prioritera vilken vård som ska finnas i organisationen. Som läkare tränas man genom hela sin utbildning på att göra bedömningar och prioriteringar, i alla patientärenden drillas man i "sjuk eller frisk" och att i detta prioritera. För i en värld av begränsade resurser så kommer inte alla kunna få allt. Vi behöver göra prioriteringar så att så många får så mycket som möjligt och de svårast sjuka prioriteras. Samtidigt behöver vi avsluta när de insatser vi ger inte längre hjälper.

Det åligger varje legitimerad sjukvårdspersonal att ge evidensbaserad behandling. Att vara specialistläkare innebär att man ska ha övergripande kunskap om samtliga behandlingsinsatser inom sitt specialismråde, inom barn- och ungdomspsykiatri inkluderar den även psykoterapeutiska behandlingsinsatser. Det innebär inte att man i denna värld av begränsade resurser som läkare ska bedriva psykoterapi, det vore ett otroligt slöseri med resurser, men man ska veta att de finns och kunna hänvisa patienten till behandlare med rätt kompetens.



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)

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

KASSÖR: Cecilia Månsson (kassor@sfbup.se)

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

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

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

LEDAMOT: Linda Halldner Henriksson
(linda.halldner.henriksson@regionvasterbotten.se)

LEDAMOT: Tove Friskopp
(tove.friskopp@gmail.com)

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

SFBUP:s hemsida: www.sfbup.se

Att vara MLA innebär inte att man är chef, men det innebär att man ska kunna leda vården i organisationen så som ovan, dvs besluta om vilka behandlingar som ska finnas och hur patienter ska bedömas, prioriteras och behandlas i organisationen. Detta behöver göras tillsammans med en chef som är ytterst ansvarig för personal, budget och driften av verksamheten i stort.

Psykologförbundet driver frågan om PLA – vi tycker i styrelsen att det här är komplicerat och riskerar bara skapa mer oreda i en organisation där det redan är oredigt. Vi stöttar fullt ut specialistpsykologrollen – det behövs kliniskt kunniga och erfarna psykologer som kan handleda yngre kollegor, implementera nya psykologiska behandlingsmetoder. Det behövs också andra karriärvägar inom vården än att bli chef för psykologer. Däremot ser vi risker med att man inför ytterligare en ledningsfunktion. Risken att vi förstärker stuprör mellan professioner där vi istället behöver samverka mer, att vi hamnar i ännu fler möten och beslutsvägar, skapar ännu fler personer där besluten ska förankras, vilket i slutändan gör att kliniskt kunniga personer träffar ännu färre patienter som fått vänta ännu längre...

Susanne Buchmayer
Ordförande SFBUP

Konflikt och frid



PETER ANDINÉ

Ordförande Svenska Rättspsykiatriska Föreningen



Kriminalitet och krig föder konflikter och våldför sig på friden. På tåget hem från Köpenhamn och ett möte med våra danska kollegor vandrar tankarna mellan sjukvårdens brist på pengar, kriminalvårdens utbyggnad, våra förlorade kollegor och friden i Aftonland.

Nyligen kom besked om att Sahlgrenska Universitetssjukhusets psykiatriska verksamheter ska minska sina kostnader med nittio miljoner kronor. Strax efteråt var jag med om ett spännande studiebesök vid kriminalvårdsanstalten Skogome i Göteborg. Verksamheten var imponerande med behandlingsprogram mot återfall i sexualbrott. Som del av kriminalvårdens utbyggnad ska ytterligare ett par hundra platser byggas vid Skogome och kostnaden beräknas till svindlande fyra miljarder kronor. Miljoner och miljarder. En miljon sekunder är 12 dagar och en miljard sekunder är 32 år som en släkting nyligen upplyste mig om. Visst behöver vi ett militärt försvar och fängelseplatser men priset är högt och står i konflikt med andra behov. Vård och skola, två viktiga områden för mänskligt välmående, prioriteras inte i vår tid.

Jag kom nyligen hem från underbara Köpenhamn. Vår styrelse besökte de danska psykiatriska och rättspsykiatriska sällskapen. På agendan stod endast en tung punkt, att samtala kring tragedierna då psykiatrisk och rättspsykiatrisk personal har skadats eller till och med dödats i tjänsten. Vi fick bland annat ta del av en rapport som visade att tre fjärdedelar av de personer som begått brott och genomgått en rättspsykiatrisk undersökning i Danmark inte erhållit tillräcklig psykiatrisk vård vid tiden för gärningen. Läs gärna mer om samtalet och våra slutsatser i en artikel i detta nummer.

Den hypotes om ett möjligt psykiatriskt systemfel som jag lade fram i förra numret med frågan ”Varför väljer vi att inte ta fram så mycket kunskap som möjligt om patienten?” renderade positiv feedback från tre nära kollegor. I övrigt råder tystnad men jag hoppas spánt på intressanta synpunkter i frågan från er läsare i detta nummer eller framöver. Var inte rädda för att tycka annorlunda. Att föra fram argument för en annan åsikt än en diskussionspartner är inte att hamna i konflikt. Konflikten uppstår när diskussionen enbart handlar om åsikter och inte tål argument.

Avslutningsvis, bortom konflikterna söker vi väl alla frid? Konflikter, psykisk sjukdom och brott våldför sig på friden. Efter en dag i flödets konflikter, förstärkningsord och ytliga kortsiktighet,

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, Erik Nilzén

HEMSIDEANSVARIG: Jonatan Adling
(webmaster@srpf.se)

Hemsida: www.srpf.se

hur finna frid? Ett sätt kan vara att läsa Pär Lagerkvists Aftonland. Få tidlösa ord utan annan avsikt än att visa på det som är sant liv. Två rader sammanfattar känslan efter en (lång konfliktfylld) dag, eller efter ett liv:

”Var det allt?
Det vet vi inte.”

Peter Andiné
Ordförande SRPF

Rekommenderad läsning

Sestoft D (2019) Is there a connection between treatment of the mentally ill and crime? Ministry of Justice, Copenhagen, Denmark (Er der en sammenhæng mellem behandling/støtte af psykisk syge og kriminalitet?)

Lagerkvist P (1954) Aftonland. Albert Bonniers förlag

SVENSK PSYKIATRI

Skriv till oss
redaktoren@svenskpsykiatri.se

Deadline för bidrag till
nästa nummer: **15/5**
Tema: *Funktion*



Utgivning 2024

NUMMER 2 2024

Tema: *Funktion*

Deadline: 15 maj

Utkommer: Vecka 23

NUMMER 3 2024

Tema: *Ångest*

Deadline: 28 augusti

Utkommer: Vecka 38

NUMMER 4 2024

Tema: *Insikt*

Deadline: 13 november

Utkommer: Vecka 49

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

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

Maila till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

SKRIV I SVENSK PSYKIATRI

Skriv till redaktoren@svenskpsykiatri.se.

Författarinstruktioner för Svensk Psykiatri

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNONS

Konflikter och motsättningar som jag minns dem

Under senare delen av 1960-talet var jag som studerande på Karolinska Institutet medlem av psykiatriska föreningens B-sektion. Vi hade som målsättning bland annat att förbättra psykiatrins status inom vården. Vår slogan var kaxig "som neurokirurg kan du nog komma att klara dig, men om du duger som psykiatriker är mer tveksamt". Vi stödde en modernare psykiatri som skulle ersätta den gamla kustodiella vården. Så småningom dök "1968-revolutionen" upp som ifrågasatte auktoriteter, så även inom psykiatri. Läkare som överordnade ifrågasattes av övriga personalgrupper. Det sägs att Gustav Jonsson på Skå av och till fick stå i köket medan kokerskan deltog i samtalsgrupper.

Det "terapeutiska samhället" som psykiatrisk behandlingsform, hämtad från England och utvecklad av Maxwell Jones, ledde till försök att omsättas även i Sverige. Clarence Crafoord for till Blekinge och Göran Ahlin till Norrland där de upprättade varianter av terapeutiska samhällen, där personal och patienter fick ett radikalt fördjupat inflytande över vården.

RMH – Riksorganisation för Mental Hälsa – grundades. Där fanns två falanger, varav den ena ansåg att föreningen bara borde bestå av patienter och den andra att engagerad personal kunde ingå. Den andra falangens ordförande var Curt Åmark. I hans klinik kunde män och kvinnor behandlas på samma avdelning i sina privata kläder – något helt nytt. Pockettidningen R bildades av förlaget Prisma. Den utgjorde forum för psykiatriska patienter genom RMH, för missbrukare genom RFHL och för interner genom KRUM samt för personal via miljöterapiorganisationer. Varje nummer av tidskriften uppmärksammades av såväl dagstidningar som TV. Ny litteratur, t ex Sveins Haugsgjerds Nytt perspektiv på psykiatri, stöttade utvecklingen.

Det fanns under denna intensiva tid fler konflikter och motsättningar. Psykodynamiker och psykoanalytiker var i konflikt med inlärningspsykologer och beteendeterapeuter. De senare tillskrevs en mekanistisk människosyn i motsats till psykodynamiker. I början av 70-talet började systemisk familjeterapi växa fram, framför allt inom barn- och ungdomspsykiatri. Den gamla behandlingsformen där barnets problem behandlades av en barnterapeut, gärna genom lek i Ericastiftelsens sandlåda samt arbete med föräldrarna, framförallt i praktiken med modern, ersattes av en arbetsform där samtliga familjemedlemmar skulle delta. Patienten och familjen sågs som patienten, med barnet som "identifierad patient". Motsättningen bestod bland annat av att barnterapeuterna ansåg att systemterapeuterna försummade barnet och systemterapeuterna menade att barnet snarare frigjordes genom samtal med hela familjen.

Traditionell psykiatrisk behandling, bland annat beträffande psykoterapi, rymde också ett konfliktperspektiv. Diagnos-

tik sågs som en förminskning av patienten och behandlingen skulle växa fram i dialogen mellan patient och behandlare. Under 1980-talet kom gradvis en djupgående konflikt inom barnpsykiatri att växa fram. Nya kunskaper ledde till det neuropsykiatriska perspektivet på t ex autism och ADHD, med Gillberg i Göteborg som företrädare. Detta perspektiv stod i bjärt kontrast till den mest psykodynamiskt orienterade barnpsykiatri. Konflikten var nära att klyva den barnpsykiatriska föreningen men man undvek detta genom att inrätta en neuropsykiatrisk sektion inom föreningen med bland andra Gunnilla Thernlund som ordförande. I början på 2000-talet växte en ny konflikt fram. Ett par forskare ville ifrågasätta Gillbergs DAMP-begrepp, bland annat genom att granska hans forskningsmaterial. Gillberg motsatte sig detta. Då forskarna fick domstolsstöd för sin begäran lät Gillbergs medarbetare förstöra forskningsmaterialet, bland annat för att de hade lovat sina patienter och deras familjer full integritet. Diskussionen kring neuropsykiatriska begrepp och DAMP skulle dock fortsätta.

Inom psykoanalysen fanns under 1980-talet en stark konflikt. Inom mainstream-psykoanalysen antogs psykoanalys ha hälsomål. Det ansåg en radikal falang vara helt förkastligt. Psykoanalysen kunde bara ha kunskapsmål, vilket bland annat förfäktades av psykoanalytikern och filosofen Carl Lesche. Konflikten ledde bland annat till att kandidaterna i utbildningen inte vågade lägga fram sina uppsatser av rädsla för att bli skarpt kritiserade. Konflikten "löstes" genom att kandidaterna fick status som extraordinarie medlemmar i föreningen och slapp lägga fram sina uppsatser.

Under samma tidsperiod började den traditionella psykodynamiska synen på psykoterapi alltmer att konfronteras med olika former av KBT, en samverkan mellan kognitiv teori och beteendeterapi. Genom sin konstruktion var dessa terapiformer betydligt lättare att vetenskapligt utvärdera vilket starkt bidrog till att de gradvis kom att ta över alltmer av det psykoterapeutiska området.

Under framför allt 2000-talet började en ny konflikt tona fram. Denna gång mellan vårdadministrationen och den kliniska verksamheten. Den handlade om införandet av New Public Management som gav administrationen uppgift att inte att serva den kliniska verksamheten utan istället anpassa kliniken till administrationens nya krav på mätbara åtgärder och resultat, väl beskrivet av filosofen Jonna Bornemark.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

Skärvor av en inbördeskonflikt



Foto: Shutterstock/New Africa

Lojalitet till varje pris, så kändes det inför *Den Stora Omorganisationen*. Protesterna haglade, som vanligt. Men jag hade en ledarroll, som det hette. Med rollen följde ett ansvar, som det hette. Ansvaret krävde lojalitet, som det hette. Det lät viktigt, ärofyllt och fint.

Det är alltid någon som protesterar, inte sant? Den påstridige jag minns mest hade dessutom så pass ihåliga argument att det var enkelt att vifta bort honom utan samvetsqual. Det är förförligt lätt att sluta lyssna när man tror att man har rätt.

Makt korrupperar. Både grovt och subtilt. Man förstår ganska snabbt att ens åsikter är välkomna så länge de strämmer överens med *Uppdraget*. Det blir som ett beroende som sakta smyger sig på ens intellekt. Hjärntvättad är nog fel ord, men beröm och uppskattning är också knark.

Subtilt: *Den Stora Planeringsdagen*, uppmaningen löd "tänk fritt", verkligheten var precis tvärtom. Grupparbetet var tillrättat så att vi skulle komma fram till "rätt" slutsatser. Synd att det innebar att trycka ner andra. Vad gör man inte för *Den Jämlika Världens* skull. Som mellanchef är man bara en genomförare, trots allt. Skjut inte budbäraren.

Grovt: *Den Viktiga Utbildningsinsatsen*, dyr var den nog också. En begåvad föreläsare utan förförståelse, visste inte vad hon egentligen fick betalt för. Illa dolt implementeringsförsök. Det var då jag började få ihop pusslet på allvar. Det tog ett tag, till slut trillade polletten ner. Pusslet klart, skammen viftade hej, här är jag. Lojaliteten blev löjlig.

I efterhand ter sig det hela som en berättelse av Orwell, eller Kafka. Hur många själar sitter fast i det där klistret idag? Vet de ens om det, undrar jag ibland, med sorg i hjärtat. Men kanske trivs vissa i klistret. Makten för maktutövandets skull må vara fullt men belöningssystemet får sig en kick ändå. Signalsubstanserna har ingen moral.

Värderingar kostar. Lycka är att vara sann mot sig själv.

Alessandra Hedlund
Psykiater
Stockholm

Texten baseras på verkliga (preskriberade) händelser där detaljerna har avidentifierats. Eventuella likheter med människor eller situationer är att betrakta som tillfälligheter.

Perpetuum mobile

Jag har under snart tio år haft ena benet i en verksamhet med uppdrag från kommuner, där en stor andel av uppdragen gäller unga vuxna på glid. De inskrivnas svårigheter har varierat; många, men inte alla, har bakom sig en uppväxt i hem där omsorgen inte varit stabil och förutsägbar, många har neuropsykiatriska svårigheter. Lejonparten av de inskrivna har haft problem med att reglera substansintag, de flesta i den gruppen uppfyller kriterier för substanssyndrom med beroende. I socialtjänsten har det rätt och slätt kallats för missbruk och socialsekreterarna har inte sällan ställt krav på absolut nolltolerans för droger, som förutsättning för att inskrivningen ska fortsätta. Det kravet riktas mot klienten och även mot behandlande inrättningar, som annars riskerar att betraktas som att de misslyckats med insatsen. Måhända är det ett rimligt krav, om substansproblemet ses som ett val och som ett uttryck för någons absoluta vilja. Klienten ställs inför valet ”knark eller bostad/behandlingsinsats”. Förutom detta krav, är det inte ovanligt att den beslutade insatsen avslutas ganska snart, om klienten under en begränsad tid lyckas upprätthålla drogfrihet, eftersom behandlingen då anses vara genomförd och man bedömer att vidare behandlingsinsatser inte längre behövs.

Det förstnämnda kravet blir orimligt så fort som man tänker att beroendesjukdomen påverkar personens förmåga att använda strategier som ställer krav på uthållighet. Återfall är legio och måste användas som material i den motiverande behandlingen i stället för att bestraffas med omedelbar utskrivning vilket ibland är ett krav från socialtjänsten. Verksamheten försöker bemöta en sådan hållning med argumentet att beroende är en sjukdom som kräver olika samtidiga långsiktiga handlingar för att bekämpas.

Det andra som nämndes, dvs en snar utskrivning vid drogfrihet, är också orimligt om man betänker att den stabila miljön och de stabila stödinsatserna möjliggjort nya hälsosammare val. Tiden för den enskilde personen att landa i nya sätt att lösa gamla problem är individuell, naturligtvis kan det vid enstaka tillfällen fungera att avgiftas och snabbt ta sig vidare, men den samlade erfarenheten säger att det behövs stöd under längre tid. När någon socialsekreterare haft den här ståndpunkten så har det hänt att den i mitt tycke alltför dogmatiska hållningen fått mig att surna till rejält och att jag farit ut i en retorisk fråga om socialsekreteraren i fråga tycker att läkare på samma grunder borde avsluta förskrivningen av blodtrycksmedicin till patienter vilkas blodtryck normaliserats eller om läkaren borde uppmana diabetiker som fått ett rimligt HbA1c att sluta ta insulin. Det är sällan en framkomlig väg att säga så dumma saker,

(i samtalet betraktad som ett läkemedel) inte hjälper lika bra utan oftast genererar mer besvär än nytta. Om man har riktig tur, så kommer den här sortens resonemang dessutom kunna utmytna i funderingar om ifall det skulle kunna finnas någon annan substans som ger samma goda effekt men som har färre biverkningar. Min erfarenhet säger att ett sådant sätt att närma sig beroendefrågan är väldigt mycket mer gynnsamt. Avvisandet kommer inte lika tidigt i diskussionen och det är inte omöjligt att man får lov att komma tillbaka till perspektivet.

Om patienten har t.ex. ADHD, kan bruket av exempelvis cannabis ha varit det enda hen har provat för att tysta den ständigt malande rösten i huvudet, den som är särskilt högljudd och störande just när det är dags att sova. Eller så fanns det i personens kretsar tidigt i tonåren folk som använde amfetamin, en vanlig rapport är att de första doserna var konstiga för att personen bara kände sig lugn och skärpt. Förmodligen provades amfetaminet i en dos som liknar behandlingsdoser. Sen har det ofta sparat ur, med alla olika konsekvenser som följer.

Den sista konflikthård som jag vill nämna, hänger ihop med bruket och symtomen. Den är i stort sett uteslutande en inompsykiatrisk konflikt. Den har flera uttryck, dels i bemötandet av patienter med olika samtidiga svårigheter, dels i relationen mellan de olika psykiatriska subspecialiteterna. Från psykiatrin ställs det ibland krav på en viss, slumpmässigt beslutad tid av fullständig avhållsamhet från droganvändning innan patienten kan få del av annan behandling. Det kan gälla patienter med bipolär sjukdom som inte fått litiumbehandling för att patienten rökt cannabis. Utan tvekan är cannabis en skadlig drog, och dessutom olaglig att anskaffa, men att villkora behandlingen av en allvarlig sjukdom låter mest av allt repressivt och ter sig direkt kontraproduktivt.

Samma sorts villkor har ställts på patienter med ADHD som använt cannabis. Sannolikheten att en person ska kunna avbryta bruket utan att något annat har gjorts som kan bidra till att förbättra vissa funktionssvårigheter, är väldigt liten. Mer rimligt att samtidigt monitorera förekomst av cannabis i urinen och hålla i en medicinsk behandling. Det har hänt att en rimlig medicinering faktiskt minskat behovet av den illegala drogen, eftersom den legalt förskrivna substansen också tar hand om följderna av tillståndet.

Begreppet "dubbeldiagnos" har varit vanligt och ersätts nu ofta av det mer rimliga "samsjuklighet". Förhoppningsvis ska begreppsanvändningen resultera i att även en patient med beroende ska kunna få vård för annan psykiatrisk sjuklighet. Det borde inte behöva sägas men naturligtvis så förringar jag inte på något sätt problemen med cannabisbruk, det är bara så tråkigt att en moraliserande hållning hindrar rimliga insatser.

Daniel Frydman
Psykiater, psykoterapeut, psykoanalytiker
Stockholm

Foto: Shutterstock/Brian A. Jackson

det möter i stort sett bara en avvisande hållning som omöjliggör ett vettigt samarbete.

Perspektivkonflikter med socialtjänsten kommer förstås inte ur tomma intet. De personer som behöver hjälp har ofta ett mångårigt, omfattande och destruktivt bruk bakom sig, år av missade möjligheter att lära sig saker i skola och missade jobb. Det missas ofta på grund av att rus och sug gjort det omöjligt att fungera i organiserade sammanhang. Vid diskussioner med klienter som fungerar på detta vis, blir det svårt att få en samsyn om vad som är problemet. Att hävda att någon har ett beroende som omöjliggör annat i livet, möter oftast enbart avvisande. Argument om att samhället är intolerant och att polisen stör och att det skulle gå att avbryta bruket när som helst bara man vill det, är vanliga. Ibland är det mer framkomligt att ta reda på vad patienten ser för nytta med substansen i fråga. Ångestlindring är något som många nämner, likaså stora svårigheter att somna. När det gäller ångesten så är det inte ovanligt att personen tycker att den sociala situationen kan vara pressande och att det enda sättet att hantera den är att ta drogen ifråga, för att slippa känna ångesten och/eller för att lossa tungans band och klara av sociala sammanhang. Ibland går det att den vägen komma överens om att det trots att det verkar finnas en god och önskad effekt så är effekten för kortvarig och att en upprepade administrering av substansen



Foto: Shutterstock/fizkes

Om riktlinjer och fritt valt arbete – en konflikt?

Ofta hör man personer (chefer) av olika slag säga ”vi kan ju inte ha fritt valt arbete”, inte sällan med en raljerande underton som antyder att alla säkert förstår att fritt valt arbete innebär anarki. Här gäller det i stället att rätta in sig i leden, utföra sitt uppdrag enligt riktlinjer och rutiner med minsta möjliga tidsåtgång och absolut inte ägna sig åt något som inte faller inom uppdragets ramar. Man lägger ner en hel del tid på att göra dessa ramar så skarpa och snäva som möjligt – ofta genom att definiera uppdrag utifrån psykiatriska diagnoser som till sin natur har luddiga och skiftande avgränsningar.

Varför ska det inte finnas fritt valt arbete för en psykiater? Eller ska en läkarlegitimation och specialistkompetens bara innebära att läkaren kan följa riktlinjer? I så fall kan specialisten i psykiatri enkelt ersättas av en med AI försedd robot, som dessutom säkerligen snabbare skulle kunna hitta rätt riktlinje i den allt mer svällande floran av sådana. Även inom forskningen är det mitt intryck att regelstyrningen ökar och utrymmet för fritt valt arbete minskar.

Om vi alla bara följer riktlinjer och utstakade vägar och inte ibland ägnar oss åt fritt valt arbete så är det svårt att tänka sig att några nya upptäckter skulle göras. Många av psykiatriens viktigaste farmakologiska upptäckter har gjorts av en slump. Läkekonsten är ett hantverk, och hantverk utvecklas och finslipas hela tiden utifrån de olika omständigheter vari det utförs.

Fritt valt arbete innebär, i min värld, att vi ibland prövar nya behandlingsvarianter eller nya arbetssätt. En specialistkompetens i psykiatri måste innebära att vi har tillräckliga kunskaper och tillräckligt omdöme för att vara betrodda att t ex förskriva mediciner off label, med genomtänkt uppföljning givetvis, eller att hitta andra individcentrerade arbetssätt som inte finns i

riktlinjerna. Vi behandlar ju inte sjukdomar utan personer som har sjukdomar, vilket är alldeles särskilt sant i psykiatri där vår diagnostik är ännu mer omdömes- och erfarenhetsbaserad än i andra specialiteter. Riktlinjerna täcker inte och kan inte täcka denna variation, utan ibland, kanske ofta, måste vi improvisera. Organisationsforskaren Louise Bringselius skrev för några år sedan (2021) att sunda och utvecklingsorienterade verksamheter borde kunna härbärgera även vad hon kallade fristäder där personalen har förtroendet att utifrån sitt/verksamhetens kärnuppdrag tänka och utveckla sitt arbete utanför boxen. Hon menade också att man i sådana fristäder borde befrias från detaljstyrning och betungande administration, och att relationen till ledningen skulle bygga på förtroende och tillit snarare än kontroll. Jag tror att både psykiatrisk klinik och psykiatrisk forskning skulle vinna på fler sådana fristäder. Initiativet till fristäder måste enligt min mening komma från professionen och inte som det brukar heta ”uppifrån”, men ska uppmuntras, välkomnas och ges utrymme av ledningen som hålls informerad.

Jag menar att vi skulle behöva vara tydliga med att vår specialistkompetens faktiskt innebär att vi kan ta ansvar för att ibland inte följa riktlinjer, och att kunna bedöma när ”fritt valt arbete” faktiskt gagnar patienten och inte så sällan också verksamheten och samhället. Riktlinjer behövs, men inte som ett tvång eller allenarådande sanning utan som ett stöd. De borde dessutom vara färre och nationella.

Lena Nylander
Psykiater, med dr
Lund

Packning

Jag vill inte resa utan packning.
Jag är kall och naken utan den.
Vill ha sakers, minnens blandning
även om den är så tung som sten.

Jag vill känna dennas tyngd mot ryggen.
Lyckan, sorger, kärlekens psykos.
Barnens första ord som starka bryggan
som förenar vår framtid och oss.

Alla foton, gamla koppar, kläder
sydda av min mor för länge sen.
Alla platser, sommarhus och städer
vi besökte, doftande syren.

Smeker oss med vårens ljuva andning,
Minnens ström som är så ljuv och len!
Jag vill inte resa utan packning!
Jag är kall och naken utan den.

Att vara fri eller att vara fången – av minnen,
åtaganden... Hur vill man ha det? Vari ligger
konflikten? Vad är lösningen? Kanske ligger
den i att älska sitt bagage!

Lioudmila Mendoza

*Psykiater
Södertälje*

Foto: Lioudmila Mendoza



Entrén till danska psykiatriska föreningen

Dödligt våld i patient–vårdgivarmötet – den oåterkalleliga konflikten?

Under några blåsiga men klara dagar i början av februari 2024 genomförde Svenska Rättspsykiatriska Föreningens styrelse ett studiebesök i Köpenhamn, Danmark. Mötet syftade till ett kunskapsutbyte med våra rättspsykiatriska kollegor och den danska psykiatriska föreningen.

Upprinnelsen till besöket var ett antal tragiska händelser på båda sidor av sundet. Den dystra statistiken för de senaste tio åren (2014–2023) i Danmark visar inte mindre än åtta fall av dödligt våld mot personal (varav fyra läkare) relaterat

till arbete inom psykiatri eller socialpsykiatri, och fem fall i Sverige. I majoriteten av fallen har förövaren varit patient, i något enstaka fall anhörig till en patient. För att placera dessa siffror i en nationell kontext har vårt grannland Danmark en befolkning på sex miljoner och rapporterar nationellt cirka 40 mord per år, Sverige har knappt dubbelt så många invånare men nästan tre gånger så många mord årligen.

När vi diskuterade de olika incidenterna kunde vi konstatera att samtliga fall förefaller ha föregåtts av viss planering. Förövarna

var ofta substanspåverkade. Inte sällan har en utlösande faktor varit beslut om medicinering eller intag i sluten vårdform med stöd av tvångsvårdslagstiftning. Vi var rörande överens om att dessa frågor kräver större uppmärksamhet och högre grad av samverkan.

Under besöket möttes vi av stor generositet och nyfikenhet. Våra kollegor gav en ödmjuk beskrivning av de utmaningar danska psykiatriska verksamheter står inför vad gäller att vårda psykiskt störda lagöverträdare. I Danmark lyder den rättspsykiatriska utredningsenheten under Justitieministeriet. Rättspsykiatriska undersökningar (ca 1500 per år) genomförs nästan uteslutande "ambulant", eller polikliniskt, med svenskt språkbruk. Undersökningar utförs i vackra, men något ålderstigna, lokaler centralt i Köpenhamn. En nyligen införskaffad larmbåge förevisades av den mottagande säkerhetsvakten, dock föll blickarna mer naturligt på Sankt Johanneskyrkan i norr och det dystopiska häktet söder om mottagningen.



SRPF och danska psykiatriska föreningen



Staty som stod placerad utanför rättspsykiatriska undersökningsenheten

Så var landade vi? Olika förslag innefattade en nationell eller internationell "task force", i syfte att synliggöra risker, förebygga incidenter och öka uppmärksamheten kring säkerhetsstruktur. Vikten av fortbildning, kompetens och adekvat behandling påtalades. Det kan inte nog understrykas hur oerhört viktigt det är att vi ges möjlighet att behandla personer med psykisk ohälsa och sjukdom på ett evidensbaserat, riskreducerande, humant, tryggt och säkert sätt.

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen ser nu fram emot att delta vid den danska psykiatriska föreningens årsmöte i mars, och vi riktar därefter blickarna mot våra skandinaviska grannländer i öster och väster för fortsatt samverkan. Tillsammans är vi starka.

Text och foto:
Hanna Edberg och Hedvig Krona
För styrelsen i SRPF



Foto: Shutterstock/verdokhlib

Den eviga konflikten

Världen har alltid varit konfliktfylld. Adam och Eva stod redan i Eden inför konflikten att äta av kunskapens frukt eller inte. Vi vet alla hur det gick och vilka konsekvenserna blev. Historien är, oavsett om den börjar där eller för flera hundra tusen år sedan, fortsatt en historia om konflikter. Olika människoarter i konflikt med varandra. Jägare/samlare i konflikt med bofasta jordbrukare och så vidare. Konflikterna har lett till förödelse, både för enskilda människor och hela kulturer. Konflikterna har dock även lett till utveckling när teser, erfarenhet och kunskap har stötts och blötts.

Människans konflikt börjar redan vid befruktningsögonblicket när en av några hundra miljoner spermier ska befrukta ett ägg. Den första konfliktens segrare ger upphov till ett foster som vid ett givet tillfälle bestämmer sig för att lämna sin trygga, behagliga tillvaro och komma ut i den kalla, bullriga och bländande världen. Den nya människans första konflikt är om den ska ta ett andetag eller slippa den konfliktfyllda tillvaron som den har fötts till. Efter mycket kort tid gör sig hunger och törst påminda och omvårdnadspersonerna, ofta föräldrarna och oftast modern, hamnar i beråd om hur den nya människans behov ska tillfredsställas. Man kan säga att den nyföddes konflikter externaliseras och måste lösas av omgivningen. Ganska snart och gradvis internaliseras konflikterna alltmer. Individens utveckling leder till ökande kunskap och erfarenhet men också allt större insikt om tillvarons konflikter. Människlighetens utveckling återupprepas på gott och ont i varje individ och vice versa.

Så var är vi nu? Alltefter som kunskapen om människans psyke har ökat så har teorierna om dess utveckling och orsakerna till dess konflikter ökat. Detta har lett till diagnossystem som kontinuerligt ändras och i vilka allt fler konflikter inryms. Konflikter mellan vad som anses som "normalt" och "onormalt". Konflikter mellan olika teorier, hypoteser och åsikter om vad som orsakar individens problem. Stress och/eller sårbarhet? Finns det en konflikt mellan individens kulturella tillhörighet och det

omgivande samhället? Hur påverkar individens inre konflikter omgivningen och omvänt?

Därmed uppstår även konflikter om åtgärder för att lösa problemen. Psykologisk eller farmakologisk behandling? Ska behandlingen fokusera på individen, familjen, nätverket, gruppen eller samhället?

Den omvända frågan är om yttre konflikter kan hänföras till intrapsykiska konflikter. Kan historiens alla mellanmännsliga konflikter i själva verket ha sitt ursprung i en eller flera individers inre konflikter? Litteraturens otaliga biografier över ledare i olika samhällen talar för detta. Oavsett styrelseskick är historien en historia om konflikter, interna eller externa. I de auktoritära samhällena har konflikterna lösts och löses med våld. I demokratierna genom diskussion, debatt och val av ledning. I takt med utvecklingen har mänskligheten fått större möjligheter och fler verktyg att lösa konflikter på fredlig väg, men tyvärr också med våld.

Vi, mänskligheten, har nu nått en punkt när vi kan låta konflikterna förstöra oss själva antingen genom förödande globala krig eller genom global "självantändning". Individens död som bekant så småningom, ska vi låta konflikterna döda hela mänskligheten? Eller kan vi lära oss något av mänsklighetens långa historia och försöka lösa våra internaliserade och externaliserade konflikter så pass, att inte mänskligheten går under på grund av vår oförmåga att lösa konflikter?

Det finns och har alltid funnits konflikter på alla nivåer i världsalldet. Från atomens minsta beståndsdelar till det oändliga universum. Kompromisser kan inte lösa alla konflikter men sannolikt de flesta mänskliga, såväl mellan individer och grupper som inom individen.

Kompromiss och samarbete är konfliktlösningen som vi måste sträva efter för att mänskligheten ska överleva ett tag till.

Sigmund Soback
Pensionerad barn- och ungdomspsykiater
Leg. psykoterapeut

Auktoritet – en egen karriärväg

Efter 30 år i det offentligas tjänst, på samma mottagning i landsorten, är jag mogen för pensionering. Den dagliga verksamheten har i små steg blivit alltmer manualstyrd, baserad på skattningsskalor och mer sjukhuslik. Jag har sista åren upplevt att jag fått allt svårare att passa in i dagens psykiatri och det har varit uppenbara problem för mig att "rätta in mig i ledet". Det har blivit allt mindre utrymme för det individuella och det irrationella elementet i livet, det vill säga patienten som individ och medmänniska har försummats.

Samverkan med chefer och ledning blev alltmer ansträngd. Situationen blev ohållbar och hösten 2023 upphörde min anställning.

En av mina studiekamrater från gymnasieåren i Norrköping, professor emeritus i statskunskap, gav en träffsäker analys av det oväntade slutet på min 30-åriga yrkesbana som psykiater. Det gav mig anledning att fundera över ledarskapet inom hälso- och sjukvården och försöka förstå.

"Det du beskriver låter helt huvudlöst och är, tror jag, inte minst ett resultat av att chefer och verksamhetsledare inte längre är samma personer. Kompetens, omdöme och auktoritet är inte längre samlade i samma person. Vi ser det på universiteten, vi ser det i tidningsvärlden och vi ser det i sjukvården. Av någon anledning har Auktoriteten fått sin egen karriärväg, till stora delar okunnig om innehållet i verksamheten. Då går det som det går."

En reflektion är att aggressiv tomhet och strävan efter makt har fått ersätta balans och klokhet. Konsekvensen är att det sunda förnuftet relativiserats och då ligger vägen öppen för nihilismen att infiltrera vetenskapen och maktutövning får ett egenvärde.

Det får som konsekvens att offentlig styrning ofta går vilse. Kanske inte så konstigt, eftersom det verkar vara en snårskog av regler som ska styra verksamheten. Det borde finnas en klausul om obligatorisk "suntförnuftsprövning" i alla regelverk. Nej, visst det glömde jag, det finns ingen evidens för sunt förnuft.

Den sjukvård som jag har erfarenhet av, har tappat fokus (patienten) då verkligheten kommit att skymmas av värdegrunder, processer, manualer och riktlinjer vilka alla oftast administreras av individer med auktoritet, men som saknar kompetens och kännedom om verksamheten.

En akademiskt meriterad forskare i organisationsstruktur och ledarskap kommenterade rådande ordning i samma anda. Vi behöver fler chefer som bottnar i själva verksamheten och inte bara fungerar som systemväktare och administratörer. Men

med en professionell förankring kommer också större integritet och det är inte alla på högre beslutsnivå som uppskattar sådant.

Det inspirerade mig att formulera tre enkla råd till politikerna:

1. Tillämpa Paretoprincipen när ni bestämmer vad som ska bort, kan med fördel kombineras med Parkinsons lag.
2. Se till att de som tilldelas auktoritet också har kompetens och kunskap om verksamheten.
3. Ha tillit till de anställda, de är överlag hängivna och engagerade. De behöver inte kontrolleras, registreras och kodas eller ledas av vårdutvecklare, strateger, kommunikatörer eller processägare.

En jämnårig kollega med mångårig klinisk erfarenhet och flera år i chefsposition konstaterade påpassligt att inget är nytt under solen:

"Ett fenomen inom kommunal och regionverksamhet är allt flera chefsnivåer, allt fler HR-konsulter, vilket medför att ingen chef tar de beslut som rör verksamheten de skall styra över och ansvaret blir otydligt."

Detta var känt redan på antiken då Petronius, romersk poet 27–66 efter Kristus, formulerade:

"ett långt livs (39 år) erfarenhet har lärt mig att omorganisation är ett bra sätt att ge illusion av framsteg, när det i själva verket åstadkommer kaos, ineffektivitet och demoralisering".

Olle Hollertz
Pensionerad psykiater

Paretoprincipen

20 % av orsakerna står ofta för 80 % av verkan.
(Vilfredo Pareto *Manual of political economy*, Oxford University Press, 2014)

Parkinsons lag

En arbetsuppgift kommer att utvidga sig så att den fyller den tid som är tillgänglig för att utföra den.
(C. Northcote Parkinson *Parkinson's Law and other Studies in Administration* 1957, i svensk översättning *Parkinsons lag*)

Psykedelika – nya behandlingsformer för psykiska sjukdomar på väg?

Psykedeliska substanser som använts av vissa naturfolk i flera tusen år har haft en plats i neurovetenskapen i något sekel. Intresset härrör sig till deras påverkan av känslomässig bearbetning, kognition och framkallandet av intensiva subjektiva upplevelser. Inom psykiatrisk forskning är ämnet hett för närvarande, då det verkar finnas en potential i att hitta nya behandlingsformer för tillstånd som terapiresistent depression, ångest, beroende, PTSD och ätstörningar. På nittonhundrafemtio- och sextiototalen blomstrade forskningen, för att sedan kraftigt hämmas på sjuttioalet av ny lagstiftning och samhällssyn. Idag forskas det mycket på bland annat LSD, MDMA och psilocybin. Resultaten har hittills varit lovande i många studier. Dock verkar en viss vetenskaplig och klinisk ambivalens kring substanserna kvarstå (1).

Jag träffar kollegan, doktoranden David Sjöström, över en lunch för ett samtal om psykedeliska substanser som behandling av psykiatriska tillstånd. Han är aktuell med en bok, *Hög på livet*, snart utgiven av förlaget Fri Tanke, skriven tillsammans med forskningshandledaren Petri Kajonius. Boken som handlar om vad den moderna forskningen säger om psykedelikans möjligheter och farhågor för både individ och samhälle, ges ut i februari i år.

Ambivalensen kring psykedeliska behandlingsformer ligger enligt Sjöström i sammanblandningen av privat användning och vetenskapliga studier av psykedelika.

– Vi matas med information med tvivelaktig evidensbakgrund. Vi får höra att det är farligt att använda psykedelika. Du blir galen och hoppar ut genom fönster. Och det finns verkligen fall då folk skadat sig och dött av psykedelika. Men det är ju inte på grund av psykedelikan i sig utan på kombinationen av den och omständigheterna runt omkring. Det kan handla om den underliggande personligheten eller ett aktuellt psykiskt status som gör det olämpligt att ta psykedelika. Dessutom har man själv valt substans och mängd och kanske blandat olika läkemedel/droger som påverkar hjärnan. Den största risken med psykedelika i naturalistiska studier är att man hamnar i olyckor för att man rör sig ute, till exempel cyklar, kör bil eller klättrar. Det förekommer inte i vetenskapliga studier.

Vi talar en stund om att släppa taget och tappa kontrollen under tiden behandlingen pågår. Sjöström berättar hur studierna går till praktiskt.



Foto: David Lenander

David Sjöström
ST-läkare Barn- och ungdomspsykiatri
Doktorand Lunds universitet
Augmenterad psykoterapeut
(MIND Foundation)
Aktuell med: Boken *Hög på livet*,
förlag Fri tanke

– Behandlingen startar med en eller två förberedande sessioner med specialutbildade läkare och psykologer, där man förbereder patienten på upplägget och vad som kan förväntas hända psykologiskt och emotionellt. De får veta att det troligen är dessa upplevelser som leder till en eventuell förbättring av deras tillstånd. Patienterna lämnas inte ensamma efter det att de fått substansen, förrän de är tillbaka i habituellt sinnestillstånd. I de flesta studierna finns terapeuten bara med för stöd och trygghet, men man kan också välja att ha interventioner och kommunikation med patienten under aktiv behandlingsfas. Efteråt följs de upp väldigt noga, dagen efter, veckan efter och så vidare, det kallas integration.

Hur hjälper de psykedeliska upplevelserna patienten i sitt sjukdomstillstånd?

– Den deprimerade har ofta rigida föreställningar i sin hjärna om världen och jaget och hur allting hänger ihop. Föreställningarna kan luckras upp av psykedeliska substanser vilket skapar möjligheter att få nya perspektiv och förhållningssätt till sig själv, sin historia, sitt trauma, sitt värde och så vidare. Det är väldigt intressant hur patienten kan komma ut ur en session med nya perspektiv och uppfattningar som leder till beteendeförändringar och förbättrat mående.

Vilka biverkningar har man sett vid studierna?

– Hittills, vad jag vet, har inga fall av adverse events som psykos eller suicid setts i moderna kliniska studier, och inte heller negativa långtidseffekter som depression eller ångestsyndrom. Knappt några kända somatiska biverkningar heller, bortsett från övergående hypertoni. Det finns också teoretiska skäl att forska vidare på hur mikrodosering av psykedelika eventuellt påverkar hjärtklaffar negativt genom långvarig 5HT_{2B}-påverkan, som Tagen skriver om i en artikel (2). Att det förekommit så få biverkningar tror jag bidrar till att forskningen boomar. Sedan vet vi ännu inte hur effektiva behandlingarna är, eller hur långvariga effekterna av dem är. Det kan också finnas risker med användning på lång sikt och nya risker när inklusionskriterier öppnas upp. Det behövs fler uppföljande långtidsstudier.

Hur ser kontrollerna ut i studierna? Kan tänka mig att det är svårt att konstruera blindning.

– Det är väldigt svårt att skapa randomiserade kontrollerade studier inom detta forskningsfält. De flesta deltagarna märker om de får substansen eller ej. Många studier saknar kontrollgrupper, men det går att använda andra psykoaktiva substanser utan antidepressiv effekt när effekten på depressioner studeras, som till exempel methylphenidat. Det finns också crossoverstudier, där effekterna av olika typer av psykedelika studeras och jämförs. Forskning kring användning av psykedelika hos yngre pekar på en ökning även i denna åldersgrupp. Dock finns mycket lite forskning bland unga kring tolerans, säkerhet och effekter. Och det är svårt få tillstånd för studier av yngre patientgrupper, tonåringar. Här får man än så länge använda sig av tvärsnittsstudier, observationsstudier och djupintervjuer av ungdomar som på eget bevåg skaffat och testat psykedelika.

I Brasilien, där användning är lagligt och integrerat i samhället, finns dock vissa möjligheter till mer experimentell forskning.

Hur ser det aktuella läget och den närmaste framtiden ut vad gäller psykedeliska behandlingsformer?

– Det pågår mycket forskning. Intresset är stort. En kongress i USA nyligen lockade elva tusen besökare. Långtidseffekter, behandlingslängder, doser, baseline-faktorer av betydelse et cetera behöver studeras vidare. Men man har kommit ganska långt på en del områden. Det har forskats ganska mycket på LSD, särskilt före den så kallade psykedeliska renässansen, men behandlingstiderna är långa, upp mot tolv timmar, vilket gör studier och behandlingar svårare att genomföra. Just nu görs många studier på psilocybin, DMT och MDMA. I Australien är från i år MDMA och psilocybin godkända för behandling av vissa tillstånd inom psykiatri och i Schweiz kan läkare förskriva psykedelika under så kallad ”compassionate use”. Kanske finns läkemedlen i den svenske psykiaterns verktygslåda inom några få år?

David tar gärna emot kommentarer och frågor:
david.sjostrom@med.lu.se

Kerstin Höfler
Barnpsykiater
Helsingborg

Referenser

- 1) Kwan A C, Olson D E, Preller KH, Roth B L. The neural basis of psychedelic action. *Nat Neurosci.* 2022; 25(11): 1407-1419.
- 2) Tagen M, Mantuani, D, van Heerden L et al. The risk of chronic psychedelic and MDMA microdosing for valvular heart disease. *J Psychopharmacol.* 2023; 37(9): 876-890.



Griffeltavlan

Foto: Shutterstock/Andrey_Kuzmin

Visst hade han bestämt sig... ändå greps han av tvivel om han skulle klara det. Lena jobbade halvtid och skulle vara hemma strax efter halv ett. Anna slutade tre, sen hade hon ridning och var inte hemma förrän fem. Ambulanspersonalen skulle ha gott om tid att städa bort honom.

Vad han inte visste var att Anna fått en håltimme efter frukostrasten och passat på att gå hem. Hon var redan på väg in på sin gata.

Han tog fram pistolen ur portföljen, ställde sig vid fotändan av sängen så att han skulle falla ner i den. Han greppade kolven och höll pekfingeret lätt mot avtryckaren som om han begrundade hur högt den skulle låta.

Anna tog de sista trappstegen medan hennes pappa riktade revolvren mot tinningen likt en soldat som gjorde honnör.

Han stod så i några sekunder.

När Anna skulle ta i dörrhandtaget, sköt han.

Reflexmässigt förde hon händerna mot öronen. Sen sprang hon.

Hon slapp höra hur Ludde skällde och slickade sin husse i ansiktet.

Hon slapp se den gråvita vätska som rann över dockhuset. Hon såg inte att han skrivit "förlåt" på hennes griffeltavla.

Detta hände för ganska många år sedan. Nu hade hon blivit mamma och som mammaledig fått tid att reflektera över sin

barndom, om inte annat för att bli en bra mamma åt lillen, tänkte hon och tryckte honom mjukt mot bröstet där hon gick runt i barnkammaren och nynnade "Sov nu, lilla ungen min, sätt i munnen tummen din". "Du ska alltid få svar på dina frågor.", viskade hon, hissade honom i luften och pussade honom på magen. Inte sopa under mattan som hennes egen mamma hade gjort. Inte ens på sin dödsbädd ville hennes mamma prata om pappans självmord. "Han var sjuk och fick som han ville", sa hon.

Vid döstädningen hittade hon sin griffeltavla på vinden. Där stod fortfarande "förlåt". Då hände något inom henne; hennes tankar vandrade friare nu efter begravningen.

Då fungerade det alltid med en kopp kaffe på balkongen, åtminstone så länge lillen låg och sov i sin korg.

Hon hällde vatten i perkolatorn... Det irriterade henne varenda gång hur svårt det var att se vattennivån på insidan. Hon chansade på fem koppar och la mörkrostat i filterkorgen, tryckte på on-off-knappen. Den lät som en svag utombordsmotor. Men strax innan den lyste färdigbryggt stånkade den som en ångbåt. Ska den verkligen låta så där, frågade hon sig och hällde upp en stor kopp kaffe.

Hon öppnade kylskåpsdörren för att ta fram mjölk. Den var slut; det fick bli grädde.

Hon gick in i barnkammaren, rullade ut lillens korg i vardagsrummet för att kunna höra honom.

Och slog sig ner i solstolen. Varför hade han tagit livet av sig? Hon hade funderat över det så länge hon kunde minnas. Han hade haft semester och tagit med henne till Kolmårdens djurpark, Astrid Lindgrens Värld, Sommarland. Hon hade fått en hundvalp som hon önskat sig så länge. Han tränade valpen att bli rumsren. Gick ut med den på nätterna om det behövdes. Dagen före självmordet hade de möblerat hennes dockhus tillsammans. Sen hade han ritat en gråtande gubbe på hennes griffeltavla. Varför gråter gubben, hade hon frågat. "Pappa är ledsen", hade han svarat.

Hon tog en slurk kaffe; det var redan ljummet, men hon fortsatte ändå att dricka. Hur kunde han göra så mot sin egen dotter, tänkte hon. För sitt inre såg hon griffeltavlan – "Förlåt" stod det. Hur skulle hon kunna förlåta honom när han var död?

Samtidigt strömmade signaturmelodin "Sommar i P1" ut från grannens balkong. Filosofen Martin Hägglund var dagens sommarvärd. En bit in i programmet sa han "de döda kan återupstå endast genom de sätt på vilka vi hedrar deras minnen".

Hennes hörsel skärptes... "hedra deras minnen" – det var just detta som upptagit hennes tankar den senaste tiden. Hur skulle hon kunna hedra hans minne? Ett minne som fram till självmordet var ljus, och sen så mörkt.

Det måste jag skriva upp, tänkte hon och gick in i köket, öppnade en låda, rev loss en post-it-lapp, skrev ner, och fäste den på kylskåpsdörren.

Och hon kom att fundera mer och mer på död och förlåtelse. Fler lappar hamnade på kylskåpsdörren. Ett citat av Proust som bibliotekarien plockat fram åt henne:

Efter döden drar sig tiden tillbaka från kroppen och minnena har redan bleknat och blivit ligkiltiga; de har utplånats hos den bortgångne och skall snart utplånas också hos den som ändå vändas under dem men som kommer att se dem försvinna när åtrån efter en levande kropp inte längre kan hålla dem vid makt.

Det där stämmer inte. ville hon säga till bibliotekarien. Jag kommer aldrig att glömma.

När sommaren övergått till höst och det blivit för kallt att sitta på balkongen och dricka kaffe syntes en ny lapp på kylskåpsdörren. Ett citat av Martin Luther King:

Den som inte kan förlåta är inkapabel att älska.

En dag när hon ammade lillen slog det henne att han hade en likadan virvel i nacken som sin morfar.

Åke Boström
F.d. privatpraktiserande psykoterapeut

Vad ska vi prioritera?



Foto: Shutterstock/Elnur

Behoven är stora men resurserna blir ständigt mindre.

Det låter som dagens psykiatri, där goda vårdformer, av olika slag, läggs ned på grund av besparingar. Jag tänker här på våra svårast sjuka patienter, de med svår psykossjukdom, där många också har betydande funktionsnedsättningar.

Det är mycket man kan fundera över. Till exempel: var går gränsen mellan autism och schizofreni?

Om man har autism så har man symtomen redan som barn, men har man schizofreni så startar sjukdomen/symtomen först i sena tonåren, eller som ung vuxen. Vet man säkert att alla schizofrena patienter var friska/normala som barn, innan sjukdomen bröt ut, eller var de sårbara som barn? Gränsen kanske ibland är hårfin och kanske ibland rent av en bedömningsfråga.

Att ha autism innebär att man kan få LSS. Det är en spektrumstörning som är mindre stigmatiserande än schizofreni. Har du schizofreni så får du ej LSS, och det är oftast ett väldigt stigmatiserande tillstånd. Det är klart att ingen vill ha diagnosen schizofreni.

Jag tänker på att ordet schizofreni betyder en slags inre splittring eller personlighetsklyvning.

Stämmer det med dagens diagnostik och uppfattning kring etiologin? I vardagligt tal används ofta schizofreniordet som en klyscha. "Du låter ju schizofren", eller "är du schizofren eller...?". Att "vara schitsig". "Nu är du helt schitsig!" Det är ett väldigt stigmatiserande ord.

Vore det inte dags för en uppgradering av sjukdomsbegreppet schizofreni till att vara en psykossjukdom? Många av våra psykiatriska tillstånd idag är spektrumtillstånd. Varför är det inte likadant med psykossjukdomarna? De varierar i svårighetsgrad och i grad av funktionsnedsättning.

Det känns mycket angeläget att även svåra psykossjukdomar med betydande funktionsnedsättning får tillgång till LSS. Det mest avgörande för en förbättrad livskvalité och kanske en ökad funktionsnivå, är att olika insatser kan samordnas.

Det är insatser från psykiatri, försäkringskassa, kommun och arbetsförmedling. Så att dessa patienter kan få hjälp med boendestöd, sjukersättning/aktivitetsersättning och daglig verksamhet och särskilt boende. Allt beroende av aktuella behov. En sådan samordning är dock många gånger väldigt svår att få till och kräver en tålmodig arbetsinsats. I de fall där man lyckas få till en sådan samordning av insatser, så får man en patient med betydligt ökad livskvalité, som har möjlighet att återhämta sig helt eller delvis.

Varför är det så svårt att få detta att fungera?!

Enligt våra riktlinjer ska de svårast sjuka prioriteras, och det finns ett samordningsansvar mellan olika myndigheter. SIP-överenskommelsen. Idag faller många svårt funktionsnedsatta med diagnosen schizofreni mellan stolarna, och får väldigt illa. Vissa patienter lever väldigt isolerat och har dålig ekonomi. De får inte den omvårdnad de behöver, vilket försämrar både den psykiska och den somatiska hälsan. En del patienter tas om hand av anhöriga, som försöker hjälpa och stötta så länge de orkar. En liten grupp av dessa patienter blir svårt utåtagerande och farliga både för sig själva och andra. Andra går under i hemlöshet och missbruk, kanske en ökande grupp?

Jag tänker på tiden med de gamla mentalsjukhusen. De hade många brister, men var också ändå en asyl för sköra människor som inte klarade sig själva. Något sådant i modernare tappning saknas idag. Ett slags hem, som tillåter långvarig placering, för dem som är allra skörast. Tvångsvårdslagstiftningens utformning försvårar ibland möjligheten att gripa in innan det gått för långt. Något att fundera över? Dagens alltmer krympande öppen- och slutenvårdsresurser är svåra att få att räcka till. Slutenvården med endast korta vårdtider för stabilisering och vid suicidalitet.

Hur får vi psykiatrin mer mänsklig och human för våra psykospatienter? Väl utarbetade och evidensbaserade riktlinjer finns. De verkar bara vara svåra att implementera?

Astrid Lindstrand
Pensionerad psykiater
Stockholm



**SVENSKA
PSYKIATRISKA
FÖRENINGEN**

Svenska Psykiatriska Föreningens vision 2024 – 2028

VISION

En världsledande psykiatri

LEDORD

Vetenskap och humanism

UPPDRAG

På basen av vetenskap och humanism når vi vår vision genom att:

Vetenskap

- Främja psykiatrisk forskning genom att verka för ett gynnsamt forskningsklimat och goda forskningsmöjligheter i hela landet
- Göra forskning attraktiv för psykiatrer, övrig personal, patienter och närstående
- Föra dialog och samverka med svensk och internationell akademi
- Sprida information om ny kunskap via Svensk Psykiatri, sociala medier, Svenska Psykiatrikongressen och andra utbildningsaktiviteter
- Bidra till implementering av ny kunskap i klinisk verksamhet

Utbildning

- Främja specialisters fortbildning
- Främja en god kvalitet i AT-, BT- och ST-utbildningen

- Främja en god psykiatriutbildning i läkarprogrammet
- Verka för en stark nationell mötesplats inom psykiatri
- Delta i internationella psykiatriska mötesplatser

Etik

- Värna om etiska principer
- Verka för minskade fördomar genom att sprida kunskap om psykiatri
- Bidra till etiska diskussioner inom professionen, övrig sjukvård samt i samhället
- Samverka med patient- och närståendeföreningar och med andra professionsföreningar, myndigheter och beslutsfattare
- Sträva efter jämlika förhållanden för psykiatrisk vård anpassad till lokala förutsättningar i hela landet

Kvalitet

- Verka för att psykiatri organiseras och resurssätts på ett sätt som ger möjlighet att bedriva bästa möjliga psykiatriska vård
- Publicera kliniska riktlinjer för utredning, diagnostik och behandling av psykiatriska tillstånd
- Medverka i framtagandet av nationella riktlinjer
- Stödja och bidra till arbetet med psykiatriska kvalitetsregister
- Påverka samhällsutvecklingen genom samverkan, kontakt med beslutsfattare, offentlig debatt och genom att besvara remisser

Ny adress till SPF

Svenska Psykiatriska Föreningen
Box 53246
400 16 Göteborg

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

Glöm inte våra hemsidor:

På respektive hemsida läser Du alltid senaste nytt:



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

ST-läkare i psykiatri:
www.stpsykiatri.se

Svenska Psykiatriska Föreningen:
www.svenskpsykiatri.se

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen:
www.srpf.se



Maudsley Forum Scandinavia 2024

10–12 April • Helsingborg

Region Skåne University Hospital for adult psychiatry Helsingborg, in collaboration with King's College London and Lund University's department for child and adolescent psychiatry, invite you to Maudsley Forum Scandinavia 2024

The Forum will provide a top-level update on social, psychological and biological aspects of psychiatric disorders, reviewing advances in understanding the disorders and new methods of treatment.

It consists of a broad spectrum of lectures, in the fields of Adult Psychiatry, Forensic Psychiatry and Child and Adolescent Psychiatry, addressing topics such as psychotic and mood disorders, addiction, pharmacological and psychological treatment interventions, genetics and epigenetics in psychiatry, neuroimaging and neurocognition.

The conference is primarily intended for psychiatrists - specialists and residents, but also for clinical psychologists, mental health professionals as well as neuroscientists and students.

Visit skane.se/maudsleyforum for more information.



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 2025.

Vill du nominera någon till priset?

Skicka Ditt förslag och motivering per e-post till Svensk Psykiatri: raffaellapriset@svenskpsykiatri.se senast den 31/12 2024.

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

Styrelsen
Svenska Psykiatriska Föreningen



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.



Senaste nytt från SPF:s Utbildningsutskott

I en tid där vården står i förgrunden av samhällsdebatten och efterfrågan på erfaren vårdpersonal är stor, är det beklagligt att många arbetsplatser drar in på utbildning. I ett samhälle där medicinska framsteg och teknologiska innovationer sker snabbt är det avgörande att hålla sig uppdaterad och utveckla kliniska färdigheter kontinuerligt. Genom att hindra tillgången till utbildning riskerar arbetsgivare inte bara att underminera vårdens kvalitet utan också patientsäkerheten.

Bristen på investering i utbildning påverkar också personalens motivation och arbetsmoral negativt. Att känna sig förbisedd av arbetsgivaren när det gäller möjligheter till professionell utveckling kan leda till frustration och bristande engagemang, vilket i sin tur påverkar arbetsklimatet och vårdens kvalitet.

Även om det varit mycket begränsat med tillgång till utbildning på många håll i landet finns det också positiva exempel. Vissa psykiatriska kliniker har förstått vikten av handledares kompetens för utbildningen av framtida psykiatriker. Där man aktivt arbetar med fortbildning för specialister med individuella studieplaner, interna kurser, handledarutbildning, och möjlighet att delta på nationella och internationella konferenser. Dessa arbetsgivare har förstått att genom att investera i handledarnas kompetens investerar man i framtidens psykiatriker.

Vi i utbildningsutskottet tror starkt på att utbildning är nyckeln till att upprätthålla motivation och engagemang bland personalen. Att känna sig sedd och värderad är bränslet som driver hjulen i en klinisk värld där bördan ofta är tung och kraven många.

Vi uppmanar därför arbetsgivare och chefer att inte blunda för att investering i utbildning är en plikt gentemot dem som arbetar för att ge våra patienter en trygg och kvalitativ vård. För att underlätta för arbetsgivare planerar vi i utbildningsutskottet att hjälpa till med att ta fram verktyg för att planera individuella studieplaner för fortbildning som specialister.

Tillgång till utbildning för specialister och ST-läkare borde vara en nationell rättighet om vi ska kunna uppnå visionen om en excellent psykiatri i världsklass.

Matilda Naesström
Facklig sekreterare SPF
Ordförande UU



Matilda Naesström
Facklig sekreterare
Ordförande i utbildningsutskottet

Svenska Sällskapet för Bipolär Sjukdom (SSBS)

Missa inte SSBS:s vårmöte vid SPK 2024

Sällskapetets vårmöte äger rum under Svenska Psykiatrikongressen (SPK) den 13 mars kl 13-16 i rum Tornet på Münchenbryggeriet i Stockholm.

Program:

- SSBS:s arbete med uppdatering av SPF:s kliniska riktlinjer
- Bipolär sjukdom och suicidalitet, Anna Ehnvall
- Från depression till bipolär sjukdom, Adrian Boström
- Självmordsrisk hos unga, Adrian Boström
- Risk för självmordsförsök hos deprimerade, Johan Lundberg.
- Livet med Bipolär sjukdom - uppochner, Henrik Wahlström & Katrin Skogberg Wirén
- Det bipolära föräldraskapet, Anette Ståhl & Linda Wärlegård

SSBS Årsmöte:

Årsmötet hålls i samma lokal (rum Tornet) vid 16:15. Separat kallelse med dagordning kommer.

OBS: Man behöver föranmäla sig till Stina Djurberg (stina.djurberg@buf.se). Man får nämligen inte komma in på Münchenbryggeriet utan en namnbadge. Namnbadgen (som gäller 16.15-18.00) hämtas när man registrerar sig vid ankomst till Münchenbryggeriet.

SSBS Mingel: Alla medlemmar och bipolärintresserade är välkomna till vårt årliga mingel som hålls vid 18:30 i trevlig lokal vid Mariatorget till självkostnadspris. Även om du inte kommer till kongressen, är du mer än välkommen! Mer information kommer.

Plats: Rum Tornet på Münchenbryggeriet i Stockholm.
Tid: onsdag, 13 mars kl. 13-16

Ta del av våra remissvar!

SPF, SFBUP och SRPF får varje år ett stort antal remisser, föreläsningar 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





Klinikerns kortfattade guide till KBT vid psykisk sjukdom

www.svenskpsykiatri.se/spfs-kliniska-riktlinjer

Under de senaste decennierna har behandlingsutbudet vid psykisk sjukdom både breddats och konsoliderats. Nationella och regionala riktlinjer, inklusive flera från Svenska Psykiatriska Föreningen, har bidragit till förutsägbarhet och ökad rättvisa för vård sökande. Bättre användning av läkemedel minskar sjukdomsburden effektivare och under denna period har även tillkomst av omfattande evidens för effektiv psykologisk behandling inneburit fler rekommenderade verktyg. Under det gemensamma begreppet kognitiv beteendeterapi (KBT) har en rad specifika behandlingar och behandlingsverktyg bidragit till bredare behandlingsutbud. Nu är en introduktion till principer för KBT vid psykisk sjukdom publicerad bland Psykiatriska Föreningens kliniska riktlinjer.

Socialstyrelsen har i upprepade nationella riktlinjer lyft fram psykologisk behandling som förstahandsbehandling, särskilt KBT, för en rad tillstånd inklusive lätt till måttlig depression, ett flertal ångestsyndrom samt insomni. Vid riskbruk av alkohol har psykologisk behandling stark rekommendation. Både i Sverige och i världen över genomförs och har fullbordats kontrollerade kliniska prövningar som visar att dessa behandlingar är både säkra och kliniskt effektiva. Därtill föreligger, liksom för läkemedel olika administrationsformer. Klinisk behandling kan ske vid vårdinrättning, individuellt eller i grupp. Därtill finns gott stöd för likvärdig behandlingseffekt vid internetförmedlad KBT med digitalt förmedlat behandlarstöd. På senare tid har även digitalt stöd för egenvård med KBT-verktyg via internet preliminärt visat god effekt vid flera tillstånd, fast här är utvecklingen i ett tidigt skede.

Svenska Psykiatriska Föreningen har sedan ett antal år önskat belysa utvecklingen av, och former för, psykologisk behandling, men det har tagit lite tid att hitta en genomförbar form för detta. Genom ett samarbete med några kliniskt erfarna forskande psykologer finns nu en första version. Vi har gemensamt kommit fram till att börja med en förklarande text, som

beskriver några tillstånd där psykologisk behandling med KBT kan vara bra. Texten avser belysa hur behandling går till och orsaker till att det fungerar.

Huvudförfattare är docent och studierektor vid psykologutbildningen vid Karolinska Institutet, leg psykolog Erik Andersson. Erik är en av studenterna hyllad lärare och mottagare av Stora Psykologpriset 2023, utdelat av Psykologförbundet. Erik har engagerat sig mycket för upprepade klinisk träning för studenter för att dessa snabbt ska göra sig nyttiga i kampen mot ohälsobördan vid psykisk sjukdom och annan ohälsa. Kapitlet om KBT vid riskbruk av alkohol har docenten vid Karolinska Institutet, leg psykolog Martin Kraepelien, skrivit. Martin är framför allt behandlingsforskare och är bland annat engagerad för stöd för kontrollerat bruk av alkohol samt nya metoder för digitalt stöd vid psykologisk egenvård.

Förhoppningsvis kan texterna om KBT, som nyligen publicerats på SPF:s webbplats och framledes återkommande ska revideras, komma till nytta för bättre förståelse för nytta av, och tillämpningsområden för, KBT. Inom psykiatrin har vi många behandlingsverktyg och aktuell kunskap om dessa är viktiga för kliniskt verksamma läkare. Vi tror även att texten kan underlätta för ordinerande läkare att bättre förklara syfte, mål och effekt av KBT för patienter. Vi hoppas att texterna även ska underlätta informerad hänvisning till kliniskt kompetenta behandlare.

Nils Lindfors
*Psykiater
Stockholm*



Nyheter på riktlinjefronten!

Håll utkik! Snart publiceras den mest omfattande riktlinjen hittills – SPF:s kliniska riktlinjer

Psykofarmakologi.

En mycket kompetent författargrupp med huvudförfattarna Michael Andresen och Harald Aiff i spetsen, har producerat denna efterlängtda riktlinje som innehåller dels en teoretisk del med grundläggande farmakokinetik och farmakodynamik, dels en omfattande klinisk del. Riktlinjen kommer att ges ut i bokform och vi hoppas att den finns tillgänglig att inhandla lagom till Svenska Psykiatrikongressen, då den även kommer att presenteras under en föreläsning. Välkomna att lyssna!

Psykologisk behandling

SPF:s serie av kliniska riktlinjer utökas nu också med en kortfattad guide som beskriver aktuell kunskap om behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT). Författare är leg psykolog Erik Andersson, docent och studierektor, Karolinska Institutet, samt leg psykolog Martin Kraepelin, docent, Karolinska Institutet. Granskare är Nils Lindefors.

Denna guide syftar till att ge läsaren en överblick kring hur psykologisk behandling kan fungera vid några vanliga psykiatriska sjukdomar/symptom för vilka det finns effektiv och etablerad psykologisk behandling. Texten syftar i första hand till att underlätta för läkare att kunna identifiera när psykologisk behandling kan anses utgöra ett behandlingsalternativ, i denna första version med fokus på KBT. Detta för att underlätta informerad rådgivning till patienter och närstående samt för ändamålsenlig hänvisning till kompetenta behandlare.

Målsättningen är att hålla guiden aktuell och sannolikt utvidga den att omfatta fler diagnoser och eventuellt andra terapiformer under de kommande åren. Guiden är tänkt som ett fortlöpande projekt där kommentarer från SPF:s medlemmar och andra läsare är välkomna och kan bidra till den fortsatta utformningen och utvecklingen. För mer information, se artikel av Nils Lindefors här intill.

Pågående riktlinjearbeten

Bipolärt syndrom

En omarbetning av en tidigare riktlinje pågår under huvudförfattare Katrin Skogberg Wirén. Publicering sannolikt i elektroniskt format, förhoppningsvis under första halvåret 2024.

Diagnostik

Dr Mats Adler har åtagit sig huvudförfattarskap. Arbetet i tidigt skede, oklar tidsplan för publicering.

Äldrepsykiatri

Omarbetning av en tidigare riktlinje. Svensk förening för äldrepsykiatri, med huvudredaktör Mikael Ludvigsson som arbetsledare, har åtagit sig att omarbета och utvidga den tidigare riktlinjen. Oklar tidsplan för publicering.

ECT

Omarbetning av tidigare riktlinje. Pia Nordanskog och Axel Nordenskjöld har åtagit sig huvudförfattarskap. Arbetet i mycket tidigt skede, ingen plan för publicering är formulerad. En utvidgning av innehållet utöver ECT blir aktuellt, i första hand rTMS.

Schizofreni

Arbetet påbörjat under ledning av Sabina Bonde. Ännu oklart kring tidsplan för publicering.

Hälsningar

Dan Gothefors

SPF:s ansvarige för riktlinjearbeten

På Svenska Psykiatrikongressen

Arbetet med att uppdatera de kliniska riktlinjerna om bipolärt syndrom presenteras i Tornet onsdag den 13 mars kl. 13.00. SPF:s kliniska riktlinjer om psykofarmakologi presenteras i Galleriet fredag den 15 mars kl. 09.00.



Nordic Journal of Psychiatry – den nordiska psykiatrins vetenskapliga tidskrift

Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) har många internationella samarbeten och då är det värt att nämna att SPF ingår i ett nätverk med de nordiska och baltiska ländernas psykiatriska föreningar, där tidskriften *Nordic Journal of Psychiatry* är en viktig del. Tidskriften utkommer åtta gånger om året och inkluderar forskning inom alla psykiatrins områden.

På Nordiska psykiatrikongressen i Riga den 6–7 juni 2024 har två artiklar i tidskriften lyfts upp:

Den ena är *Factors related to depression, distress, and self-reported changes in anxiety, depression, and suicidal thoughts during the COVID-19 state of emergency in Latvia* (1) där Jelena Vrublevska och medarbetare redogör för en enkätstudie bland den allmänna befolkningen i Lettland under pandemin och hur vanligt förekommande det var med vanliga och allvarliga psykiska symtom under pandemin.

Den andra är *Incidence rates and employment trends in schizophrenia spectrum disorders, bipolar affective disorders and recurrent depression in the years 2000–2013: a Danish nationwide register-based study* (2) där Thomas Christensen och medarbetare redogör för hur vanligt förekommande allvarliga psykiatriska tillstånd är i Danmark samt hur arbetsmarknadsdeltagande ser ut.

Tidskriften är ett bra forum för forskare i dessa länder att kunna framföra fynd som är relevanta både nationellt och internationellt för forskare, kliniker och beslutsfattare. I årets första upplaga finns en mängd spännande artiklar, alltifrån en systematisk översikt om överlapp mellan borderline personlighetsstörning och schizotypi (3) till flyktingars förväntningar på neurofeedback för PTSD (4). Två artiklar fokuserar på återhämtning vid psykisk sjukdom där Oliver Hovmand och medarbetare har testat en skala Utility of the Work and Social Adjustment Scale (5), för att förutsäga sjukskrivning hos en patientgrupp i Danmark med känslostörningar. Skalan kan ha goda egenskaper men samtidigt kan det vara svårt att överföra resultatet till andra länder då regler för sjukskrivning varierar. En annan artikel om återhämtning av Jonna Tolonen och medarbetare (6) fokuserar på ett rehabiliteringsprogram för svår psykisk sjukdom. Även om båda studierna måste tolkas utifrån vilket land de är utförda i, är det viktigt att återhämtning och rehabilitering tas på allvar och beforskas.

Således vill vi gärna påminna medlemmarna i SPF att vi har denna resurs som en del av vårt nätverk och uppmanar gärna till att artiklarna läses samt att lämpliga bidrag skickas.

Steinn Steingrímsson

Överläkare och docent i psykiatri vid Sahlgrenska Universitets-
sjukhuset & vetenskaplig sekreterare för Svenska Psykiatriska
Föreningen

Jonas Eberhard

Överläkare, docent och universitetslektor vid Lunds Universitet &
vice ordförande för Svenska Psykiatriska Föreningen samt redaktör
för *Nordic Journal of Psychiatry*

Referenser:

1. Vrublevska J, Sibalova A, Aleskere I, Rezgale B, Smirnova D, Fountoulakis KN, Rancans E. Factors related to depression, distress, and self-reported changes in anxiety, depression, and suicidal thoughts during the COVID-19 state of emergency in Latvia. *Nord J Psychiatry* 2021; 75: 614–623.
2. Christensen TN, Wallstrøm IG, Epløv LF, Laursen TM, Nordentoft M. Incidence rates and employment trends in schizophrenia spectrum disorders, bipolar affective disorders and recurrent depression in the years 2000–2013: a Danish nationwide register-based study. *Nord J Psychiatry* 2022; 76: 225–232.
3. Meisner MW, Lenzenweger MF, Storebø OJ, Petersen LS, Bach B, Simonsen E. Co-occurrence of borderline and schizotypal personality disorders: a scoping review. *Nord J Psychiatry* 2024; 78: 1–13.
4. Hannemose SZ, Attardo HL, Vindbjerg E, Carlsson J. Exploring expectations of neurofeedback treatment among trauma-affected refugees. *Nord J Psychiatry* 2024; 78: 46–53.
5. Hovmand OR, Reinholt N, Christensen AB, Bach B, Eskildsen A, Arendt M, Hvenegaarde M, Poulsen S, Arnfred SM. Utility of the Work and Social Adjustment Scale (WSAS) in predicting long-term sick-leave in Danish patients with emotional disorders. *Nord J Psychiatry* 2024; 78: 14–21.
6. Tolonen J, Jääskeläinen E, Kiviniemi L, Majuri T, Haapea M, Miettunen J, Moilanen K. Functioning, psychiatric symptoms and quality of life of individuals with severe mental disorders after psychiatric rehabilitation. *Nord J Psychiatry* 2024; 78: 54–63.

The Nordic Psychiatrist – din nordiska psykiatritidskrift

Som medlem i Svenska Psykiatriska Föreningen är du även medlem i flera internationella föreningar, däribland Nordic Psychiatric Associations, tidigare kallad Nordiska Psykiatriska Föreningen. Detta samarbete är mer än hundra år gammalt och beskrivs i en utmärkt artikel av Lars von Knorring, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21449692/>. Föreningens huvudsyfte är att verka för psykiatriskt professionellt utbyte i de nordiska länderna. Detta görs bland annat genom att ordna en nordisk psykiatrisk konferens vart tredje år, nästa gång i Riga i juni 2024, <https://www.ncp2024.lv/>. Därutöver publicerar föreningen sedan många år Nordic Journal of Psychiatry, en tidskrift som för många yngre forskare varit ett naturligt forum att publicera sina första alster i. Numera kommer dock flertalet artiklar från andra länder.

De senaste tio åren har NPA utökats med medlemmar från de baltiska länderna. Sedan lika lång tid har föreningen en gemensam tidskrift, **The Nordic Psychiatrist**. I denna publiceras, i likhet med Svensk Psykiatri, artiklar av intresse för psykiatriker, fast med ett mer internationellt perspektiv. Jag har genom åren haft glädjen att vara redaktör för arbetet, som utförs redaktionellt tillsammans med en kollega från respektive medlemsland.

Sedan några år publiceras The Nordic Psychiatrist endast online, och du finner tidskriften på www.thenordicpsychiatrist.com. I samband med utgivning brukar vi lägga ut en länk på SPF:s hemsida, www.svenskpsykiatri.se.

Jag vill varmt rekommendera dig att gå in och läsa The Nordic Psychiatrist. Genom åren har en mängd artiklar publicerats av kollegor från Sverige och våra grannländer. Utöver ett övergripande tema finner du artiklar om psykiatrichistoria, utbildningsfrågor, medicinska kommentarer och beskrivningar från psykiatrisk vardag. Det finns både likheter och skillnader mellan våra länder. Inte minst är psykiatrins organisation i Norge helt väsensskild från vår. Bilda dig själv en uppfattning.

Slutligen vill jag uppmuntra dig att höra av dig med förslag om framtida bidrag. Och ännu roligare är det om du själv vill bidra med en artikel. Det vore roligt med mer perspektiv från vårt land!

Hans-Peter Mofors
Redaktör för *The Nordic Psychiatrist*
hanspeter.mofors@regionsormland.se

Register today!
The place where knowledge meets clinical needs for psychiatrists and patients & professionals exchange their best practise.

Latvia, Riga
June 6th-7th
2024

NCP 2024 RIGA
KNOWLEDGE AND HUMANITY IN PSYCHIATRY

Nordic Congress of Psychiatry 2024
Knowledge and humanity in psychiatry

Program will include symposium from Iceland, Denmark, Norway, Sweden, Finland, Lithuania, Estonia, and Latvia dedicated to practical clinical work in evidence-based psychiatry.
(CME accreditation)

See you in Riga!
More information and registration: www.ncp2024.lv



SIFU

SCANNA QR-KODEN



LÄS HELA PROGRAMMET

KONFERENSER

Schizofreni

24-25 APRIL | STOCKHOLM eller DISTANS

Psykisk ohälsa hos barn och unga

24-25 SEPTEMBER | STOCKHOLM eller DISTANS

Bipolär sjukdom

26-27 NOVEMBER | STOCKHOLM eller DISTANS

www.sifu.se



ANNONS

Arbetet med utredning kring ADHD fortsätter



Den utredning som vi har påbörjat, kring vilken linje vi i SPF ska driva kring hur vi ska utreda och behandla vuxna med ADHD, fortsätter. Under vintern har vi nu genomfört två rundabordsamtal med totalt 20 deltagare förutom styrelserepresentanter och samtalsledare Anders Printz. Vidare har vi skickat ut en medlemsenkät som du förhoppningsvis haft möjlighet att svara på. Den stora svarsfrekvensen talar sitt tydliga språk om det stora intresset inom svensk psykiatri kring frågan.

Vi håller nu på att på basen av Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer (1) och Kunskapsstyrningsorganisationens Vård och Insatsprogram ADHD (2) skriva en inledning till en rapport. Tillsammans med ett kapitel med viss vetenskaplig bakgrund och information från rundabordsamtalen och medlemsenkäten kan rapporten förhoppningsvis ge oss en riktning kring hur vi ska driva frågan vidare, för en gemensam linje i Sverige för en jämlik vård för patientgruppen. Rapporten från utredningen planeras vara klar den 2 maj och efter det kommer vi att sammankalla till ett möte med ansvariga för de nationella riktlinjerna och den nationella arbetsgruppen för att diskutera hur vi kan stärka implementering och arbetet tillsammans. Vi kommer också uppvakta socialministern för att berätta om resultatet, utifrån önskemål i samband med vårt besök på Socialdepartementet under hösten. Vi kommer även att fortsätta dialogen med SFBUP kring hur vi bäst ska göra avseende behandling av gruppen unga vuxna med ADHD.

Arbetet är fortgående så jag vill åter ta tillfället i akt att be dig skicka in synpunkter, artiklar eller motsvarande som du vill att vi ska ta hänsyn till vid det fortsatta arbetet. Jag vill också önska dig varmt välkommen till programpunkten "SPF:s utredning om ADHD" under SPK för fördjupad information om arbetet så långt och vidare diskussion med deltagare på kongressen.

Maria Larsson
Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen

Länkar

- 1) www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/adhd-och-autism/om-riktlinjerna-for-patienter-och-brukare/
- 2) kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npopsy-kiskhalsa/adhdochautism.56070.html

På Svenska Psykiatrikongressen

SPF:s utredning om ADHD presenteras i Riddarsalen fredag den 15 mars kl. 09.00

ANNONS



Vad gör läkarna på BUP?

Foto: Shutterstock/Redshinestudio

Med jämna mellanrum kommer svarta rubriker eller artiklar om läget på BUP. En aspekt som kommer upp är att läkare inte träffar patienter. Samtidigt beskrivs arbetsituationen som belastande och läkare lämnar specialiteten för att de inte orkar. Hur hänger detta ihop?

Under 2023 skickade SFBUP ut frågor om arbetsmiljön till medlemmarna. Det var 113 medlemmar som svarade på enkäten. De flesta, 83 procent, var regionanställda, drygt hälften hade jourtjänstgöring och 43 procent hade någon form av tilläggsuppdrag.

Det fanns en spridning i hur många fysiska patientbesök läkarna hade per vecka men det vanligaste var mellan sex och tio besök i veckan. Men utöver patientbesöken så var läkarna involverade i upp till 300 ärenden per vecka. Det handlade om remissbedömningar, behandlingskonferenser, bakjoursärenden, konsultation med andra professioner, handledning till utbildningsläkare och att skriva intyg och recept. Då det bara är specialister som får skriva recept på ADHD-läkemedel och körkortsintryg så organiseras det ofta så att ST-läkare träffar patienterna men överläkare skriver recept och kontrasierar intyg efter att ha gått igenom ärendet med ST-läkaren. Då kan en överläkare hantera fler ärenden än om hen skulle träffa alla själv.

En femtedel av dem som svarat på enkäten hade erfarenhet av att arbeta som hyrläkare. De beskrev att fördelarna var att man gör sina patientbesök och på slutet av dagen är jobbet klart, man förväntas inte ta ansvar för ALLA patienter. Som regionanställd känner man sig aldrig färdig. De lyfte också att det innebar mer direkt patientarbete, inga onödiga möten och en frihet vad gäller ledigheter och semester. Men de beskrev också att arbetet kunde vara ensamt och enformigt. Bristande kontinuitet innebär att man inte ser patientens förlopp.

Läkare vill träffa patienter men bristen på specialister inom BUP har lett till att patientärenden istället hanteras via andra yrkesgrupper. Det påverkar både patientsäkerheten och arbetsmiljön negativt.

Men hur trivs då läkare med sin arbetsituation? På en skala mellan noll och tio där tio betyder mycket bra ligger medianen på sju. Så trots brister och utmaningar trivs man ganska bra. Det är ett meningsfullt och stimulerande arbete.

Maria Unenge Hallerbäck
*Vetenskaplig sekreterare
SFBUP*

MASTERCLASS

Bridging Phenomenology to Pharmacology in Psychosis

Utbildning för specialister och ST i psykiatri *** Göteborg, Mölndals sjukhus. 21 maj 2024.

SCIENTIFIC RATIONALE.

Utbildningen fokuserar kring fenomenologin och farmakologisk behandlingen vid schizofreni: Hur kan vi förstå innebörden av vanföreställningar utifrån ett fenomenologiskt perspektiv? Relationen mellan vanföreställningar, affekt- och perceptionsstörningar. Utvalda symptom vid psykosjukdomar som överlappar med symptom som förekommer vid autism, personlighetsyndrom och affektiva störningar. Hur kan vi särskilja dessa för en adekvat diagnosättning och behandlingsstrategi? Strategier för behandling av bland annat akut agitation, övergång från akut till underhållsbehandling samt rationella kombinationsbehandlingar.



Kostnadsfritt för anställda i Västra Götalandsregionen, kursavgift 1000 sek för övriga deltagare. Anmälan i Västra Götalands regionkalender eller e-mail till linda.me.johansson@vgregion.se



Vanföreställningar: mer än en övertygelse.

Dr. Jose Rodriguez
Sahlgrenska universitetssjukhuset



Fenomenologisk grundad differentialdiagnostik.

Dr. Johan Sahlsten
Sahlgrenska universitetssjukhuset



Farmakologiska principer och utmaningar vid behandling med antipsykotika.

Prof. Dr. David Taylor
Maudsley Hospital. Kings College of London



sponsrad av
RECORDATI



programkommittén
Sahlgrenska universitetssjukhuset



Foto: Shutterstock/Dmytro Zinkevych

Prevention och hälsosam livsstil

Intervju med professor Danuta Wasserman, ordförande för WPA

World Psychiatric Association (WPA) är en paraplyorganisation för 145 nationella föreningar och sällskap i 121 länder och sammanför därmed omkring 250 000 psykiatriker. I oktober 2023 tillträdde Danuta Wasserman som ordförande. Det är därmed första gången som denna stora organisation, grundad 1950, har en svensk ordförande.

Danuta Wasserman är välkänd professor i psykiatri och suicidologi vid Karolinska Institutet och har under åren 1993–2023 varit chef för Nationellt Centrum för Suicidforskning och Prevention (NASP), vilket är statens expertorgan för suicidprevention. Hon fortsätter nu som forskargrupsledare vid Karolinska Institutet. Glädjande är att Danuta Wasserman tillsammans med Geert Dom, ordförande för European Psychiatric Association, kommer att hålla avslutningsanförandet vid Svenska Psykiatrikongressen 2024 i Stockholm. Det intressanta ämnet är ”Preventing suicide and addiction in a changing world”.

Jag får tillfälle att intervjua Danuta via Zoom under en vintrig januaridag. Inför mötet har jag läst den verksamhetsplan (länk nedan), som WPA presenterade inför den kommande mandatperioden. Jag brukar dra mig för att läsa verksamhetsplaner eftersom de kan vara tråkiga och fyllda av högtflygande nonsensord. Men denna plan är riktigt trevlig att läsa. Ovanligt välstrukturerad och tydlig. Jag undrar ifall Danuta vill lyfta fram något speciellt.

— Vi som psykiatrer måste ändra vår roll, framhåller hon. Vi tillämnar inte det vi redan vet och ägnar oss för litet åt prevention och samarbete med andra sektorer som har betydelse för våra patienter. Vi behöver handleda och utbilda.

För att förverkliga detta mål kommer ett specifikt WPA-initiativ vara att anordna ”specialist corners”, där föreläsarna förväntas hålla lättfattliga presentationer på 30 minuter i stället för sina vanliga föreläsningar.

— Så här i början har det varit roligt att arbeta med engagerade kollegor och att verka för att omsätta det vi vet i praktiken istället för att göra om gamla fel.

Huvudföreläsningarna sprids sedan digitalt och blir därmed brett tillgängliga. De kompletteras med bidrag om komorbiditet, prevention, hälsosam livsstil, anhörigas betydelse samt etiska aspekter. Bidragen kan utgöras av korta videofilmer. Ett exempel är att det på WPA:s hemsida redan finns bidrag från Sverige i form



Foto: David Gimlin

av filmer om betydelsen av fysisk träning inom psykiatrin. Det är Lina Martinsson och Carl Johan Sundberg som ligger bakom dessa.

—Vi behöver satsa på fysisk aktivitet och bra diet. Både för våra patienter och oss själva.

Att Danuta sedan länge brinner för denna fråga framkommer av att hon tog initiativ till att man skulle promenera till en kongresslokal istället för att åka bil eller nyttja allmänna transportmedel. Det var 2013 i det vackra och vårliga Nice när EPA firade sitt 30-åriga jubileum och då Danuta tillträdde som första kvinnliga president. Det var dock endast några få som anslöt till promenaden!

— Men eftersom det ofta är ont om tid måste fysisk aktivitet inarbetas som en del av arbetslivet, i de dagliga rutinerna, fortsätter Danuta. Det gäller för såväl patienter som personal. Att patienter och personal aktiverar sig tillsammans kan dessutom innebära en ökning av förtroende och compliance.

En annan erfarenhet som Sverige kan bidra med är att våra yngre kollegor får möjlighet att pröva på forskning under ST och att vi har forskarskolor. Något som inte är självklart i alla länder. Danuta önskar dock att svensk forskning breddas utanför universitetsmiljöerna och nämner BIC-studien (se NASP:s hemsida). En uppföljning av patienter efter självmordsförsök där ett enkelt protokoll användes för att göra mätningar före och efter införandet av förändringar i det kliniska arbetet. Lätt att förbise men kan vara ett första steg i uppföljande forskning.

Jag vänder på frågan och undrar vilka erfarenheter som omvärlden kan bidra med till svensk psykiatri?

— I andra delar av världen ser man en annan delaktighet och omhändertagande från familj och omgivande samhälle, t.ex. i Indien. I Afrika finns det väldigt få psykiatrer och där måste man engagera familjen.

Danuta nämner WHO:s Mental Health Gap Manual (länk nedan) för paramedicinare. En manual som är översatt till många språk. Hon förklarar dess betydelse.

— I Sverige är psykiatrin väldigt institutionaliserad. I länder med samhälleligt engagemang utnyttjar man andra bidrag och insatser. Men då är det viktigt att vi som specialister undervisar allmänheten och andra aktörer som t.ex. socialvården och kyrkan.

En mer specifik fråga är vad Danuta önskar sig av att samarbeta med SPF:s styrelse?

— Jag har haft möte med Maria Larsson och Jonas Eberhard om att arbeta för en starkare nordisk zon i WPA. Där har vi varit passiva tidigare. En plats för utökat samarbete är Nordiska Psykiatrikongressen i Riga, den 6–7 juni, 2024.

Jag funderar lite på hur det kan vara att leda en så stor organisation med aktivitet och möten på så många platser världen runt.

— Jag försöker begränsa antalet resor och istället ha möten över nätet. Av miljöskäl, poängterar Danuta. Det finns onekligen många föreningar inom WPA att nå ut till. Jag försöker därför samla ihop resetillfällen. T.ex. genom att göra en ”rundresa” på andra sidan Atlanten i samband med WPA-kongressen i Mexico City i november 2024.

Om du skulle sammanfatta det vi samtalat om. Vad är ditt huvudbudskap?

— Psykiaterns roll: prevention, hälsosam livsstil. Tänk på dig själv och din hälsa!

Efter intervjun blir jag nyfiken på att veta mer om hur omfattande WPA:s verksamhet är. På hemsidan läser jag bland annat att det finns mer än 70 sektioner där många är tematiska och bygger på samarbete. Dessutom årlig utgivning av en rad publikationer och undervisningsprogram. På ett övergripande plan har WPA utarbetat etiska riktlinjer för psykiatrisk vård. Den mest kända aktiviteten är nog den årliga kongressen som besökts av många svenska psykiatriker genom åren.

Lars Farde

Professor i psykiatri

Karolinska Institutet, Stockholm

WPA:s verksamhetsplan

https://www.wpanet.org/_files/ugd/842ec8_b8b-98b57a84a443aa06febee1e20206d.pdf

WHO Mental Health Gap Manual

<https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-operations-manual>

På Svenska Psykiatrikongressen

Avslutningsanförandet *Preventing suicide and addiction in a changing world* hålls av Danuta Wasserman och Geert Dom i Riddarsalen fredag den 15 mars kl. 12.10.

Preventing addiction in a changing world

Geert Dom is the president of the European Psychiatric Association (EPA) since 2023 and will join Danuta Wasserman, the president of the World Psychiatric Association (WPA), in our closing seminar at SPK, *Preventing suicide and addiction in a changing world*. In addition to being the President of the EPA, Geert Dom is a Professor of Psychiatry at the University of Antwerp and Medical Director of the psychiatric center Multiversum in Belgium.

Due to his focus on research and teaching of addiction psychiatry in public health, I became very interested to learn more about his view points and how to prevent addiction in Sweden and Europe. Below are a few questions I was able to ask him before our discussions at SPK.

What made you interested in psychiatry?

— To be honest, medicine was not my first choice. As an adolescent I was fascinated by mathematics and philosophy, however at that time, long ago, rumours had it that with degrees in those fields, you would end up teaching in secondary school. Thus, as a compromise I started engineering, however this proved to be a disappointment and I changed to medicine. From the beginning of medical school, I was interested in both the “hard” scientific side of the study but also, and increasingly, with the broad human and societal components. This led quite soon to an interest in psychiatry. A choice also stimulated by my contacts with patients during a “stage” taking on the duties of a psychiatric nurse and having real close contacts with patients.

Why did you choose your specific field within psychiatry?

— My first year as a psychiatry resident was a full year within the addiction unit. These first impressions left a deep memory and an interest in addiction. Also, because “addiction” revealed to cover a very broad spectrum of types of patients and dimensions involved, i.e. medical, neurobiology but equally societal and psychological. After my psychiatry training I worked in the Netherlands both on a psychotherapy unit and a social psychiatry (outreach) team. For family reasons I came back to Belgium, finding an excellent position at an addiction unit in a hospital close to my children’s school. So, luck also decided a bit on the choice of career. However, working with and for patients with severe addictions has always been very relevant for me, given that this is both a highly prevalent group of patients but also one of the most neglected and stigmatized.



Foto: Privat

Why have you engaged in the EPA?

— In 2012, I was elected President of the Flemish Psychiatric Association. This association was really very young, founded in 2008, and had a very limited international network. So, I took it as one of my presidential duties to invest in more international contacts. Of interest, at the same time within the EPA were the first steps of creating an new structure “Council of the National Psychiatric Associations” (NPAs). A structure that, as you might know is at the moment very flourishing with 44 NPAs as members, including your Swedish Psychiatric Association. So, back in 2012 this initiative paralleled nicely with my interest and I was involved in the very first meetings of the creation the Council of NPAs. This was for me also the start of discovering the rich world of EPA and getting progressively more engaged in this great European association.

What do you think are the most important things we need to do to prevent addiction in Europe?

— This is of course such a big question and I really do not have the answers for it. However, some things can be said:

- Invest in prevention, early screening, and early treatment. As you know most of the health expenditure goes to treatment and a tiny bit to prevention. So we really need to invest more here and as for the whole of psychiatry, increase our efforts with a public mental health framework as a central guiding principle.
- Preventing addictive disorders is not so very dissimilar with preventing other psychiatric disorders. Reducing early childhood adversity might be the key, but also investing in child and adolescent care, identification of youngsters with vulnerabilities and overall reducing social economic disparities might already bring us a long way.

What do you think are the most important things we need to do to prevent suicide in Europe?

— I leave this important topic happily to professor Danuta Wasserman in our mutual presentation in the final seminar of SPK. From my side, data suggest that reducing substance use and specifically alcohol within a population seems to have a quit dramatic effect on a reduction of suicidality.

Which country in Europe has the lowest level of addiction and what do you think we can learn from them in Sweden and other countries?

— Good question, I really would not know. The substance use patterns differ indeed between European countries, but not dramatically. Southern countries like Italy and France seem to do good as to the population's alcohol use compared to Northern countries. Traditional alcohol patterns - drinking during meals versus binge drinking in the pub - still play a role but also, specifically in France, very active campaigns have given positive results. The use of opiates on the other hand seems to be a bit more orientated towards Southern countries and stimulants to Eastern countries. So, it seems there is an ever-changing patchwork throughout Europe. In this context the yearly Drug Report of the EMCDDA is really a very important source of information.

How do you think that we can and should join forces to come further - from SPF to EPA and the WPA?

— Within the EPA we are currently working towards giving the national psychiatric associations an even stronger voice and position in the overall working of the association. The Council of NPAs will be reinforced and will have a stronger (voting) power in the board and overall leadership of EPA and all its activities. So it is an excellent moment in time for the Swedish association to be involved and actively participate in these developments. We are giving more shape, content and integration in this growing European Psychiatry community, representing as yet 78.000 European psychiatrists.

Maria Larsson
Ordförande SPF

På Svenska Psykiatrikongressen

Avslutningsanförandet *Preventing suicide and addiction in a changing world* hålls av Danuta Wasserman och Geert Dom i Riddarsalen fredag den 15 mars kl. 12.10.



Tankar efter Mariann Stenbergs tragiska död

Foto: Shutterstock/FotoDuets

I somras i juli skedde en våldsam incident i vårt grannland Danmark, i Brøndby på en rättspsykiatrisk mottagning. En kollega blev knivhuggen till döds och två andra som arbetade på den rättspsykiatriska mottagningen blev skadade, varav en allvarligt. Jag hörde detta på nyheterna på radion och gick och undrade över vad som hade hänt och kollade runt lite på nätet och i de svenska dagstidningarna.

Den 23 juli i år fick jag lite överraskande ett mejl ifrån en chefläkare i Danmark, som undrade om jag kände till dr Mariann Stenbergs anhöriga för man ville komma i kontakt med dem efter det att Mariann hade bragts om livet. Det var min gamla arbetskamrat som blivit överfallen och dödad. Jag hade varit referent åt Mariann 2019 när hon sökte sin nya tjänst i Danmark. Tyvärr hade jag inte några namn på Marianns anhöriga, men det löste sig ändå med hjälp av en "sygeplejerska" i Danmark.

Det visade sig vara en manlig patient som utfört dådet och han var missnöjd med sin behandling och tyckte att Mariann skulle pensionera sig.

Jag blev både chockad, skräddad, och ledsen efter att ha läst det sorgliga mejlet ifrån Danmark. Jag hade undrat hur omständigheterna hade varit när dådet hade inträffat, men att det var en tidigare arbetskamrat och kollega som var ett av offren vid det hemska dådet, det hade jag inte föreställt mig. Jag kunde inte tänka på så mycket annat under de följande dagarna.

I nr 3/2024 av Svensk Psykiatri fanns en artikel av Peter Andiné som nämnde min kollegas tragiska död och som gjorde att jag ville berätta lite om Mariann. Jag är pensionerad psykiater sedan ett par år tillbaka, men arbetade tidigare på en psykosmottagning i Lund. Där arbetade under några år min kollega Mariann Stenberg som ju sedan drabbades av dödligt våld. Mariann växte upp med föräldrar från Färöarna och utbildade sig först till anestesilog i hemlandet Danmark. Hon bytte inriktning efter några år och utbildade sig till psykiater i Sverige. Marianne sökte sig till Danmark efter en tid på psykosmottagningen. Jag var en av referenterna till hennes ansökan. I samband med detta jag fick kontakt med den danska chefläkaren. Jag rekommenderade varmt Mariann

som kom att arbeta som hyrläkare i den danska rättspsykiatrin. Mariann var en god arbetskamrat, med mycket energi, glatt sinne och ett medryckande skratt. Hon var också en modig, varm och kraftfull person med många intressen. Mariann var mycket engagerad i sitt arbete och gjorde verkligen sitt bästa för att hennes patienter skulle få en bra vård. Hon var också en person som medverkade till en god stämning på arbetsplatsen. Det kan ju tidvis vara känslomässigt tungt att arbeta i psykiatrin och man behöver goda arbetskamrater. Hon var en generös person och jag kan erinra mig att hon en gång bjöd psykosmottagningen i Lund på en både rikhaltig och förträfflig frukost. Det var s.k. "danskt hygge".

Det var många funderingar som väcktes efter Marianns död. Jag erinrade mig incidenter som jag varit med om under mitt arbetsliv. Jag har alltid trivts mycket bra med att arbeta i psykiatrin, men en nackdel är de våldsamma incidenterna. De flesta psykiatrer som arbetat en tid har obehagliga minnen av något överfall och dessa minnen blir inristade.

I början av min ST (FV på den tiden) blev jag utsatt för ett överfall, på en dagverksamhet som också hade en del mottagningsbesök. En patient som jag aldrig träffat tidigare blev rasande arg på mig och försökte ta stryppgrepp på mig. Tack och lov blev jag snabbt räddad av en stark och uppmärksam manlig psykolog som i rummet bredvid hörde min alltmer ilska patient gå till attack mot mig. Patienten var egentligen mest arg på Försäkringskassan som inte beslutat till patientens favör i ett ärende. Patienten hade varit sömnlös och arg hela natten och var labil när han kom. Besöket blev helt misslyckat. Jag lyckades samla ihop mig efter händelsen och körde hem med min gamla risiga Volvo. När jag väl kommit hem och stegat innanför ytterdörren bröt jag ihop och storggrät. Min dotter sa: "Det var den dagen mamma kom hem och grät".

De flesta psykiatrer, skötare och sjuksköterskor kan berätta om sådana incidenter och så småningom så blir man bättre på att parera, men riskerna finns ju alltid i psykiatrisk verksamhet. Det är högre säkerhet om man är två vid mottagningsbesöket men det går ju inte alltid att organisera det så. Organisationen och bemanningen spelar stor roll för att minimera riskerna. I början på min ST gällde tankar om sektorisering, att man skulle vara nära befolkningen och nå ut till många. Det var sympatiska tankar men det var ju samtidigt svårt att ha en långtgående specialisering. Incidenten som jag var med om hände på en dagverksamhet som huserade i en gammal patriciervilla i Lund. Vi hade också mottagningsbesök där och patienterna kunde kliva in spontant, så säkerheten var en svag länk.

Det är en viktig fråga som Peter Andiné tar upp i sin artikel som handlar om rättspsykiatris svåra väg. En annan sak som jag kan

komma ihåg är att vissa patienter (inte alla) ångrar sig och skäms i efterhand efter en aggressiv handling mot sina behandlare. De kan ha blivit sjuka i samband med att de slutat att medicinera och angripit någon vid intagningen på en psykiatrisk klinik och när de väl frisknat till kan ruelsen komma.

Ja, vad kan man göra?

Jag tror att det är viktigt att anmäla incidenter med hot och våld så att man får tillförlitlig statistik att använda sig av.Handledning och utbildning, bra chefskap och kanske en anda av prestigelöshet som innebär att det inte ska ta emot att be om hjälp. Arbetsmiljöverket har bra information om "hot och våld", på sin hemsida.

Det var sorgligt att skriva detta.

Cecilia Mattisson
Pensionerad psykiater, docent



Foto: Shutterstock/99dream studio

Intervju med socialminister

Jakob Forssmed



Foto: Kristian Pohl/Regeringskansliet

Socialminister Jakob Forssmed kommer att inviga Svenska Psykiatrikongressen (SPK) den 13 mars. Han har visat ett stort intresse och engagemang för frågor som rör psykisk hälsa och psykiatri och har även, kopplat till detta, högsta ansvar för psykiatri i Sverige till skillnad från övriga medicinska discipliner där sjukvårdsminister Acko Ankarberg ansvarar. Jakob har tidigare intervjuats i Läkartidningen om sitt stora engagemang för psykisk hälsa och där bland annat lyft betydelsen av att vi bättre kan förebygga suicid, råda bot kring ensamhetsproblematiken i Sverige samt vikten av att bidra till barns och ungdomars psykiska hälsa.

Jag fick möjlighet att intervjua Jakob inför invigningen av SPK, även med bland annat fokus på hans syn på den nationella strategin och en möjlig handlingsplan kopplad till densamma, vad som hänt på Socialdepartementet efter det att samsjuklighetsutredningen blev klar ifjol samt höra mer om hans vision för svensk psykiatri.

Vilka är dina drivkrafter?

– Jag brukar beskriva min politiska drivkraft, det jag vill åstadkomma, som att göra livet lite lättare för människor att leva. Det är den röda tråden i det arbete jag bedriver som socialminister. På ett personligt plan är också nyfikenheten en drivkraft – det är en förmån att få sätta sig in i så många komplexa och viktiga frågor varav psykisk hälsa är en.

Vad är det bästa med att vara socialminister?

– Det är möjligheten att bidra till att människor lever längre och har bättre hälsa. Med tanke på vad hälsan betyder för var och en av oss så är det en fantastisk förmån att få arbeta med detta för hela den svenska befolkningen.

Vad tänker du är fördelarna med att psykiatri inte ligger under "samma tak" som övriga medicinska discipliner gällande högsta politiska styrning?

– Det är stora och tunga ansvarsområden som ligger under Socialdepartementet och den uppdelning som vi har gjort upplever jag fungerar mycket väl. En fördel är att man kan ha fokus på de förutsättningar som är specifika för just psykiatri.

Hur ser arbetsgången ut i nuläget kring den efterlängtade nationella långsiktiga strategin för psykisk hälsa som 26 myndigheter tagit fram och som presenterades i början av hösten ifjol?

– Vi arbetar intensivt med det gedigna underlag som vi har tagit emot och har bland annat bjudit in företrädare för civilsamhällesorganisationer till en hearing.

Tror du att det är möjligt att den kan utmyнна i en konkret handlingsplan för psykisk hälsa med mätbara mål?

– Formerna för detta får vi återkomma till men för att strategin verkligen ska leda till förbättring behöver alla som omfattas av den se över hur man kan bidra till en bättre psykisk hälsa. Regeringen har redan gett ett antal uppdrag som vi bedömer kan bidra i detta arbete.

Att psykisk hälsa är en resurs i samhället som vi ska vara rädda om tror jag vi är överens om, har du några tankar om hur vi ska stärka den med rådande resurser?

– Jag har i en del sammanhang hänvisat till Ing-Marie Wieselgrens beskrivning av hur många unga idag har "en livsstil som sliter på hjärnan" och här tror jag att vi kan göra väldigt mycket med de resurser vi har. Det handlar till exempel om skärmtiden, som både utsätter hjärnan för påfrestningar och samtidigt tränger undan annat. Sedan handlar det också om sömn, om goda rutiner, mer gemenskap med andra, om kost och om fysisk aktivitet som alla kan bidra till psykisk hälsa, bättre mental motståndskraft mot motgångar och en stärkt förmåga att hantera livets lidande.

Finns chans att resurser till psykiatrin kan öka kopplat till att kostnaderna för ohälsan är motsvarande 5 % av BNP?

– Från regeringens sida prioriterar vi psykiatrin högt i resursfördelningen men staten är inte huvudman för hälso- och sjukvården. Detta innebär att resursfördelningen i huvudsak görs i regionerna, som i hälso- och sjukvårdslagen är ålagda att ge vård efter behov.

Hur långt har arbetet i Socialdepartementet kommit kring samsjuklighetsutredningen som blev klar i början av förra året?

– Vi har tagit del av samsjuklighetsutredningens förslag och även remissinstansernas synpunkter. Vi analyserar just nu detta omfattande underlag.

Hur långt borta tror du att ett beslut om att alla upphandlade datasystem inom psykiatrin ska kunna "tanka ner" information till kvalitetsregister är, för att vi på ett bättre sätt, utan att ta tid från patientmötet, ska kunna följa vård och vårdutveckling?

– Att så inte redan är fallet är ett stort misslyckande som har resulterat i att vi vet alldeles för lite om vilka insatser som erbjuds till vem och vilket utfall det blir. Nu arbetar vi intensivt med en nationell digital infrastruktur där kvalitetsregistren är en viktig del.

Vad tänker du kring utvecklande av en nationell hjälplinje för suicidprevention anknuten till region/SOS alarm/1177 med utbildad personal som komplement till civilsamhällets stödinsatser?

– Jag konstaterar att det finns ett mycket stort engagemang i denna fråga och att det har lagts ner ett relativt stort arbete på att kartlägga behoven efter att Inera och regionerna lade ner den nationella hjälplinjen som fanns. Jag är inte främmande för att en nationell hjälplinje för psykisk hälsa kan göra ett viktigt arbete men det viktigaste och mest centrala är naturligtvis att människor får den hjälp de behöver i de regioner där de är bosatta. Det finns ju också ett antal linjer för medmänskligt stöd som är viktiga, och som vi anslagit ökade medel till.

Vilken är din målbild för svensk psykiatri?

– Den ska vara tillgänglig – man ska inte behöva stå i långa köer. Den ska vara begriplig – man ska intuitivt kunna förstå vart man ska vända sig. Och den ska hålla hög kvalitet. Övergången mellan barn- och vuxenpsykiatrin behöver fungera.

Finns det något särskilt område där du skulle behöva mer hjälp från oss i SPF för att bidra till suicidprevention, mer psykisk hälsa och minskat lidande av psykisk sjukdom i samhället?

– Det är påfallande att vi under de senaste årtiondena har sett mycket stora förändringar av diagnospanoramat, med kraftiga ökningar av vissa diagnoser samtidigt som andra ligger stilla eller minskar. Jag tänker mig att en viktig roll för exempelvis SPF är att hjälpa beslutsfattare att tolka dessa kurvor och även att ge en uppfattning om hur de påverkar sjukvårdssystemet och angränsande system.

Maria Larsson
Ordförande Svenska Psykiatriska Föreningen

På Svenska Psykiatrikongressen

Socialminister Jakob Forssmed inviger kongressen i Riddarsalen onsdag den 13 mars kl. 10.00.

Psykiatrin i folkmedicinen

Några nedslag

På café Lyran i Mälardalshöjden i Stockholm råkade jag bläddra i *Folklig läkekonst* av Carl-Herman Tillhagen (1906–2002, intendent på Nordiska Museet), först utgiven 1958 (1). Rolig läsning och intressanta bilder. En del handlar om psykiatriska åkommor. Särskilt intressant är referat av Valter W Forsblom (1888–1960) och andras noteringar från Oravais i Österbotten för drygt 100 år sedan, till exempel:

”Likfassna’ eller ’likkråsa’ anses som den svåraste av alla sjukdomar, en svår form av ’maktstöld’. Till en början yttrar sig sjukdomen ofta i plötsligt illamående, häftig huvudvärk och uppkastningar samt benämnes då ’omaka’. Snart förvärras dock sjukdomen, och patienten blir inom kort alldeles ’vill å galin’ (vild och galen), m. a. o. fullkomligt sinnesförvirrad. Såväl ’omaka’ som ’likfassna’ eller ’likkråsa’ anses vara förorsakad av de döda eller de dödas andar. Ofta är sjukdomen även ’påsat’ av en illasinnad människa” (2).

Tillhagen beskriver många sätt att diagnosticera och bota. Här visar Simon Viklund i Oravais hur man ”mäter” mot likfassna (2):

”Mätningen” görs med en famnstake med vilken minst tre lik blivit uppmätta (gjordes för att få mått på likkistan till den avlidna) i fyra steg:

1. Den kloke ställer sig framför patienten och mäter först från vänster fot till höger axel, sedan från höger fot till vänster axel. Detta upprepas tre gånger, se bild 1.
2. Därefter sträcker patienten sin vänstra arm uppåt-utåt och den högra armen snett nedåt-utåt och fattar med händerna om staken som terapeuten på motsvarande sätt fattar tag i. Man växlar så sida och upprepar tre gånger, se bild 2.
3. Den kloke mäter i kors bakom patienten, också tre gånger, se bild 3
4. Så mäter terapeuten ett kors på patientens huvud, se bild 4

Slutligen lägger terapeuten sin vänstra hand på den sjukas huvud och säger: ”Jesus Kristus bote och bevara dig, N. N. i Fadrens och Sörens och den Helige Andens namn”.

Under nio veckors tid efter behandlingen fick patienten varken gå i kyrkan eller besöka allmänna sammankomster och inte heller gå i bastun.

Valter W Forsblom har också skrivit om ”trollskott” och om ”mara och marritt” i österbottnisk folketro (3). Trollskott upp-

fattades som något tämligen konkret som avfyrats av någon illasinnad. ”Går skottet genom huvudet kan man mista förståndet.” Maran ansågs kunna rida såväl människor som djur. Symtomen var av typ (somatiserad) ångest. Forsblom beskriver i detalj ett flertal riter och bruk som använts vid ”omlagning”, alltså behandling.

Svenska Litteratursällskapet i Finland har på sin hemsida omfattande dokumentation under rubriken *Magisk folkmedicin* (4). Man kan i introduktionen läsa att ”Botandet handlade om att förstå sig på orsak, verkan och motverkan – att kunna identifiera och benämna det onda var en viktig del av helandet”. Men det handlade uppenbarligen om en särskild sorts förståelse.

Jag kollar vidare och finner att:

Bror Gadelius (1862–1938) 1912 (5) skriver om häxprocesserna och hur häxorna betett sig. Detta kan ha varit nog så avvikande och inkluderade säkert psykiatriska symtom. Idag kan man förstås fundera över om de som var mest ansatta av vanföreställningar var de som stod på andra sidan och de som dömde i processerna.

Gadelius har ett kapitel om *Religion och sinnessjukdom* där han beskriver patienter som har vanföreställningar med religiös touch. I andra kapitel tar han upp personer som upplevt sig ”besatta av djävulen” eller vara i ”kompakt med djävulen”.

Gadelius grundar sina uttalanden på gamla skrifter, domstolsprotokoll samt utförliga patientbeskrivningar från sin egen praktik. Det måste ju ha blivit rätt personliga funderingar, grundade på ett begränsat faktamaterial.

Jag finner även en bortglömd, färgstark, mångkunnig, konservativ historiker och fornforskare, ”Ydredrotten” Leonard Fredrik Rääf (1786–1872), medlem i Svenska Vitterhetsakademien, känd bland annat för sitt motstånd mot järnvägsbyggen. Han gjorde omfattande nedteckningar om folketro, dock inte mycket om psykiatriska åkommor (6). Av 2830 noteringar (1) handlar 4 om ”galenskap” och 9 om ”modstulen”, varav dock 8 om nedstämdhet hos djur och endast en om mjältsjuka hos en man, vilket då ansågs bero på att han haft att skaffa med ett ”skogsrå av qvinnokön, med ihålig ryg och gåsfot, eljest vacker”.

Vad kan vi lära av detta?

I DN 2024-01-08 skriver antropologen Lisbeth Sachs (7) om behov av nya sätt att finna kunskaper om människan. Kan vi behöva omdefiniera begrepp som evidensbaserad medicin,

självläkning och sjukdomars naturliga förlopp? Hon nämner placeboforskaren Karin Jensen som också studerat människors interaktion med vårdpersonal (8).

Mycket av det ovan beskrivna karakteriseras idag förstås som "flum". Men frågan är vad som låg bakom att personerna och metoderna eftersöktes och användes. Rimligen finns något i dessa processer som vi använder oss av också idag. Men vad är inte alltid så tydligt. Finns det något vi kan använda oss av systematiskt och utvärdera effekterna, även i enskilda fall?

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

Foto: Svenska litteratursällskapet i Vasa, VW Forsblom

Referenser:

1. Tillhagen, C H. Folklig läkekonst. Nordiska Museet, Stockholm 1958, Ivar Haeggströms boktryckeri AB, 378 sidor (LTs förlag 1962)
2. Forsblom, V W. Svenska litteratursällskapet i Finland. https://www.finna.fi/Record/sls.SLS+267_SLS+267_11/HierarchyTree?hierarchy=sls.SLS%2B267
3. Forsblom, V W. Folkloristiska och etnografiska studier II. Tidnings- och tryckeriaktiebolagets tryckeri. Helsingfors 1917.
4. Rosenström, M. Magisk Folkmedicin. https://issuu.com/slsfinland/docs/k_llan_2021-2_webb_id_10864_/s/14293336
5. Gadelius, B. Tro och övertro i gångna tider. Första delen, Hugo Gebers förlag, Stockholm 1912.
6. Rääf, L E. Svenska skrock och signierier, utg. av K.R.V. Wikman, Sthlm 1957. Kungl.Vitterhets-, Historie- och Antikvitetsakademiens handl.
7. Sachs, Lisbeth. Inbillningens kraft tar plats i den medicinska forskningen. Dagens Nyheter 240108, p 8.
8. Jensen, K. Hoppets anatomi, om förväntanseffekter och placebo. NoK, Stockholm 2022, ISBN 9789127824348.



Bild 1



Bild 2



Bild 3



Bild 4

Hur kan vi minska hot och våld samt stärka ledarskapet i psykiatri?

Sofia Rydgren Stale, ordförande för Läkarförbundet, kommer under SPK delta vid två programpunkter: *Vad vi kan göra mot hot och våld i psykiatri* och *Natural born leaders*.

Jag fick möjlighet att intervjua Sofia kring hennes syn om just hur vi kan minska hot och våld samt stärka och utveckla ledarskapet i psykiatri.

Vad tänker du om att 35 % av läkare berättar om att de blivit utsatta för hot och/eller våld i psykiatri i Läkarförbundets rapport?

- Siffrorna, särskilt för våra medlemmar inom psykiatri och akutsjukvården, är förfärande. Hot och våld får aldrig bli en naturlig del i yrket men inom psykiatri så har det nästan blivit så. Det måste förändras.

- Att ha en trygg arbetsmiljö är grunden för att jag som psykiatriker ska kunna ge mina patienter en god vård och bedriva ett effektivt arbete. Att arbeta i en miljö som präglas av hot och våld gör det svårare att bygga upp förtroendefulla relationer och att ta rätt beslut.

- För egen del har jag under årens lopp varit med om ett par situationer som har varit våldsamma eller hotfulla. För min del har det då varit till stor hjälp att vi tränat på att hantera hotfulla situationer, att det fanns bra rutiner på plats och att det fanns möjlighet till gott stöd efteråt.

Vad tänker du att vi kan göra?

- Sjukvården och psykiatri är en del av samhället och vi kan inte skydda oss helt från hot och våld. Men vi kan göra mycket mer för att minska riskerna. Vi kan jobba förebyggande, öva på och ha fungerande rutiner vid hotfulla situationer och ha ett fungerande stöd när det händer något.

- I en skarp situation är det svårt att leta efter rutiner och larmknappar. Man måste ha övat många gånger så att det sitter. För egen del har det gett mig en mental förberedelse som har varit värdefull för mig.

- Det är arbetsgivaren som är ansvarig för att ett sådant systematiskt arbetsmiljöarbete genomförs. På varje arbetsplats.



Foto: Bildbyrå

Tankar eller idéer hur vi som professionsförening kan bidra till förändring?

- Jag tror att det viktigaste arbetet kan vi göra på våra egna arbetsplatser. Vi måste bli bättre på att prata om dessa frågor och aktivt motarbeta det jag nämnde i början, att vi normaliserar och accepterar förekomsten av hot och våld på våra arbetsplatser, hot och våld får inte ses som en naturlig del av yrket.

- Jag tror mycket skulle vara vunnet om vi alla försökte motverka den typen av arbetskulturer där hot och våld är "något man får tåla". Och det är en diskussion som jag tror att vi inom professionen måste vara pådrivande i för att få till en förändring.

- Hot och våld ska alltid anmälas. Till arbetsgivaren, Arbetsmiljöverket och ibland till polisen. Men det görs allt för sällan. Jag tror att det är ett allvarligt misstag. Alla vi som jobbar inom hälso- och sjukvården måste tydligt säga ifrån och markera att vi inte accep-

terar hot och våld på våra arbetsplatser. Om inte vi gör det, vem ska då göra det?

Har Läkarförbundet någon strategi för att verka för arbetsplatser utan hot och/eller våld som vi i SPF kan bidra till?

- Vi driver på för att det systematiska arbetsmiljöarbetet ska prioriteras och att arbetsgivarna tillsammans med skyddsombud och medarbetare ska göra riskbedömningar, skapa rutiner och ha ett system för att stötta dem som drabbas.

- Vi har tillsammans med arbetsgivarna inom kommun och region tagit fram ett konkret stödmaterial, kallat Säkerhetsdialogen, som vi gärna ser att fler använder. SPF får gärna hjälpa till och sprida kunskap om detta material.

- Men i slutändan är det arbetsgivaren som ska säkerställa att vi har en god och trygg arbetsmiljö.

Vad tycker du utmärker ett gott ledarskap?

- För mig handlar ett gott ledarskap om att man måste förstå den verksamhet man leder och skapa bra förutsättningar för dem som jobbar i den. Att man är närvarande och tillgänglig, att man är nyfiken och lyssnar och inte tror att man alltid sitter inne med de bästa lösningarna själv. För mig är det viktigt att man är tydlig, transparent och förutsägbar. Och så brukar jag tänka så få och tydliga styrsignaler som möjligt och att man inte är inne och pillrar i alla detaljer.

Varför tror du att det är viktigt att psykiatern är med och styr psykiatrin?

- Jag tycker att det är jätteviktigt att läkare är med och styr inom alla verksamheter och på alla nivåer inom sjukvården.

- För att kunna styra sjukvården och psykiatrin krävs stor förståelse både för vad patienterna behöver och för vad medarbetarna behöver för att kunna tillgodose patienternas behov. Det krävs förmåga att bedöma medicinska konsekvenser av strategiska beslut, prioritera begränsade resurser utifrån medicinska behov och värdera nya rön med mera. För mig är det därför självklart att psykiatrin till stor del ska ledas av läkare, från verksamhetsgolvet till regionkontoret.

Har förstått att Läkarförbundet jobbar mycket på utveckling av styrning av vården i allmänhet, kan du berätta lite hur?

- Vi tycker att nuvarande modell med många små regioner och en svag statlig styrning fungerar dåligt för att styra och utveckla den svenska hälso- och sjukvården. Det kommer en lång rad styrsignaler från olika håll, ibland gör det att man drar åt samma håll, ibland motverkar de varandra. I slutändan skapar det en ryckighet och administrativ överbyggnad som inte är bra.

- Vi har jobbat länge med den här frågan. Vi har genom olika undersökningar och rapporter försökt påvisa vilka problem och utmaningar som vården har och som inte hanteras inom ramen för nuvarande styrmodell. Sedan har vi uppvaktat politiker på alla nivåer för att påverka dem i rätt riktning. Den utredning som nu tillsatts, och där förbundet medverkar som sakkunniga, är delvis ett resultat av förbundets påverkansarbete i den här frågan.

- Vi ser att man behöver styra mer långsiktigt och strategiskt. Staten behöver kliva fram och ta större ansvar för att dimensionera och samordna läkares utbildningstjänster, att fortbildningen regleras, att vi har en bättre beredskap. För att nämna några exempel.

- Man behöver också styra mindre och ge sjukvårdens medarbetare ett större mandat att styra sig själva och sjukvården. Mindre detaljstyrning av professionen kommer att vara en av mina käpphästar i utredningsarbetet.

Vilka konsekvenser tänker du att det har för svensk psykiatri?

- Psykiatrin behöver i likhet med övriga specialiteter inom hälso- och sjukvården långsiktiga förutsättningar för att på ett bra sätt kunna planera och bedriva sin verksamhet.

- Psykiatrisk verksamhet kan inte styras utifrån regionens ekonomiska förutsättningar från ett år till ett annat.

- Förhoppningen är att svensk psykiatri ska få bättre och mer långsiktiga förutsättningar och att vi som psykiatriker ska få större möjlighet att påverka den verksamhet vi jobbar i och att i mindre omfattning bli detaljstyrda.

Maria Larsson
Ordförande SPF

Sofia Rydgren Stales medverkan på Svenska Psykiatrikongressen

Allvarligt talat: Vad kan vi göra mot hot och våld i psykiatrin?,

Riddarsalen onsdag den 13 mars kl. 13.00

Natural born leaders, Riddarsalen onsdag den 13 mars kl. 16.15



Välkommen till Svenska Rättspsykiatriska Föreningens årsmöte!

Vi har valt att förlägga årsmötet i anslutning till Svenska Psykiatrikongressen, som går av stapeln den 13–15 mars på Münchenbryggeriet i Stockholm.

Tid: 13 mars klockan 17.15

Plats: Münchenbryggeriet, lokal Viktoria

Adress: Torkel Knutssonsgatan 2, 118 25 STOCKHOLM

Om du inte är med på kongressen, kontakta Stina Djurberg för inträde (stina.djurberg@buf.se).

Föranmälan krävs ej om du deltar i kongressen.

Vi ser gärna att fler engagerar sig i föreningen. Vi har genom föreningen möjlighet att påverka. Vi får ärenden på remiss via Läkarförbundet och Svenska Läkaresällskapet. Vi försöker i dessa och andra sammanhang påverka beslutsfattare. Är du intresserad så hör av dig till sekreterare Hanna Edberg (mailadress: hanna.edberg@regionstockholm.se) eller till ordförande Peter Andiné (mailadress: peter.andine@gu.se).

Verksamhetsberättelsen kommer att läggas ut på hemsidan före mötet.

Hjärtligt välkommen till vårt årsmöte!

Styrelsen SRPF



Äntligen är det återigen dags för en ny BUP-kongress!

Som vi har väntat på att kunna erbjuda möjligheter till både vidareutbildning och spännande möten! Denna gång samlas vi på Södra teatern vid Mosebacke torg i Stockholm den 18–19 april. Temat för årets kongress är ”Den komplexa patienten”.

Programmet kommer erbjuda alltifrån farmakogenetik och förskrivningsmönster till musikterapi och nationell högspecialiserad vård. Det kommer finnas både nationella och internationella föreläsare där huvudtalare är professor Gabrielle Carlson, tidigare ordförande för AACAP. Utöver själva föreläsningarna kommer det även finnas möjligheter att hitta andra att mötas och diskutera med under kongressmiddagen som i år blir en mingelmiddag.

Skynda och titta på programmet på följande sidor och på hemsidan för SFBUP, <https://slf.se/sfbup/>. Det är också via denna länk du anmäler dig.

Stort varmt välkommen till Stockholm och årets kongress önskar SFBUP:s styrelse!



PRELIMINÄRT PROGRAM



Torsdag 18 april

Stora scenen

09.00–09.15 Välkomna och introduktion; *Susanne Buchmayer*

09.15–10.15 Musik och hälsa; *Tim Bergling Foundation och Musikbojen presenterar Eva Bojner Horvitz*

10.15–11.00 FIKA OCH MINGEL I UTSTÄLLNINGEN, Kägelbanan

Stora scenen

11.00–12.00 Spelberoende; tidig upptäckt och behandling; *Anders Håkansson*

Kristallen

11.00–11.30 Nationell Högspecialiserad Vård inom BUP; *Kristina Wikner och Lena Lövgvist*

11.30–12.00 NHV Könsdysfori; *Björn Ramel, Anna-Sara Sorsén och Malin Indremo*

Mosebacke Etablissement

11.00–12.00 Symtomförfalskning; Hur ser Munchausen by Proxy ut inom BUP? Upptäckt, åtgärd, behandling; *Björn Lundin*

12.00–13.30 LUNCH OCH MINGEL I UTSTÄLLNINGEN, Kägelbanan

Stora scenen

13.30–14.30 Anhörigperspektiv vid schizofreni; *Åsa Konradsson Geuken*

Kristallen

13.30–14.00 NHV Ätstörning; *Martina Wolf-Arehult, Catrine Magnusson*

14.00–14.30 NHV Självskada; *Amy Bruta, Anna Berneth, Hedvig Paradisi Mannerstråle*

Mosebacke Etablissement

13.30–14.00 Symtomnätverk som hjälp vid behandling av komplexa patienter; *Lars Klintwall*

14.00–14.30 FACT; erfarenheter från Intensiv öppenvård BUP Stockholm; *Ingrid Ström*

14.30–14.40 PAUS FÖR FÖRFLYTTNING

Stora scenen

14.40–15.00 Psykisk ohälsa hos unga; ett långsiktigt samhällsansvar; *Maria Unenge Hallerbäck*

15.00–15.30 Socialminister Jakob Forssmed

Kristallen

14.40–15.30 Funktionella tillstånd, gränslandet mellan somatik och psykiatri - när den biomedicinska förklaringsmodellen inte räcker; *Carl Sjöström*

Mosebacke Etablissement

14.40–15.30 Självvald inläggning, erfarenheter från Skåne och Stockholm; *Sophia Eberhard, Amy Bruta, Anna Berneth*

15.30–16.00 FIKA OCH MINGEL I UTSTÄLLNINGEN, KÄGELBANAN

Stora scenen

16.00–16.55 Inspirationsföreläsning; *Suzanne Osten*

Kristallen

16.00–16.55 Att försöka integrera BUP- och SIS-vård för LVU-placerade barn med komplexa psykiatriska behov: Erfarenheter från ett regeringsuppdrag; *Niklas Långström, Karin Hermansson, Suzanne Ågård*

Mosebacke Etablissement

16.00–16.55 Komplex PTSD och intensiv traumabehandling; *Cecilia Månsson, Maja Vinnerljung*

Kristallen

17.00–19.00 Musikterapi: öppet forum och fördjupning; *Musikbojen och Tim Bergling Foundation*

Stora scenen

18.00–19.00 Incorporating Pharmacogenetic Testing into Evidence-Based Care in Child & Adolescent Psychiatry; *Laura Ramsey*

Kägelbanan

19.00–sent MINGELMIDDAG OCH FEST

Fredag 19 april

Stora scenen

08.15–09.00 Förskrivningsmönster i Norden; *Rikke Wesselhoeft*

09.00–09.15 Förskrivningsmönster i Sverige; *Peter Salmi*

09.15–09.45 Paneldiskussion läkemedelsförskrivning; *Linda Halldner Henriksson, Rikke Wesselhoeft, Peter Salmi, Sophia Eberhard*

Kristallen

08.15–09.00 Ätstörning som beroendesjukdom; *Magnus Sjögren*

09.00–09.30 Ätstörning; ny riktlinje från SFBUP; *André Lange, Line Nordgren*

09.30–09.45 Paneldiskussion ätstörning; *Helena Forsman, André Lange, Line Nordgren, representant från Frisk & Fri*

Mosebacke Etablissement

08.15–09.00 Trauma, dissociation och autonom dysreglering; *Eva Henje*

09.00–09.45 Barnpsykiatriskt krisstöd; ny behandlingsmodell från BUP Barnahusteam; *Moa Gisterå, Jonas Viksten*

09.45-10.15 FIKA OCH MINGEL I UTSTÄLLNINGEN, Kägelbanan

Stora scenen

10.15–11.30 Barn till föräldrar med allvarlig psykisk sjukdom; *Anne Thorup*

Kristallen

10.15–11.30 Hallucinos ut ett transdiagnostiskt perspektiv; Etiologi och behandling av komplexa fall; *Beata Bäckström, Jens Knutsson*

Mosebacke Etablissement

10.15–11.30 Komplex psykofarmakologi; *Neil Cleland, Cecilia Gordan, Pär Höglund och Hannes Bohman; BUP Stockholms Farmakagrupp*

11.30–13.00 LUNCH OCH MINGEL I UTSTÄLLNINGEN, Kägelbanan

Stora scenen

13.00–14.45 The complex patient; Keynote speaker Gabrielle Carlson

14.45–15.00 Avslutningsord; *Susanne Buchmayer*

15.00–15.30 AVSLUTNINGSMINGEL OCH FIKA, Kägelbanan



Foto: Shutterstock/SomYuzu

Vad gör redaktionen egentligen på sina möten?

Frågan om AI kommer vi inte undan. Det brukar betonas att man får ut material baserat på det som tidigare blivit inmatat i systemet. Redaktionen för Svensk Psykiatri hade sitt senaste möte via Zoom. Under mötet var Zoomsystemets egna AI aktiverat och nedan kan ni läsa hur den artificiella intelligensen tolkade innehållet i vårt möte (översatt från engelska). Som synes fattade den ingenting överhuvudtaget.

Möte med AI Companion

Redaktionsmöte

Ofokuserat affärsmöte

Mötet saknade ett tydligt ämne eller mål, och Daniel, Tove, Hanna, Alessandra, Anna, Stina och andra deltagare växlade ofta mellan olika ämnen. Det nämndes uppgifter och sammanhang, men inga specifika beslut, anpassningar, nästa steg, åtgärder eller öppna frågor identifierades. Avskriften innehåller inte tydlig information eller beslut som kan sammanfattas.

Sammanfattning av mötet

Mötet ger inte tydlig information om innehållet i diskussionen.

Otydligt kommunikationsmöte

Det går inte att bortse från att ett planerat möte förväntas ha en särskild form med tydlig dagordning och agenda. Hur agendan är utformad varierar mellan olika forum. Redaktionen för denna tidskrift har också tydlig agenda och en sorts dagordning Som är av ett helt annat slag än den som AI förväntade sig, om man nu ska tro att AI kan förvänta sig något överhuvudtaget.

Redaktionens metod är det öppna samtalets, det vill säga att alla deltagare tillsammans talar om något, med en stor associativitet och med olika infall. Metoden brukar leda till idéer om kommande teman och om artiklar som olika redaktionsmedlemmar ska skriva eller som man ska be andra kolleger att skriva. När ett möte närmar sig slutet, brukar det kännas klart, som att man som mötesdeltagare lämnar mötet med en delad syn på vad som avhandlats. Vägen dit har varit vad som kanske kan kallas "organisk och spontan". Så spännande att en AI-bot inte uppfattar något alls av det innehållet.

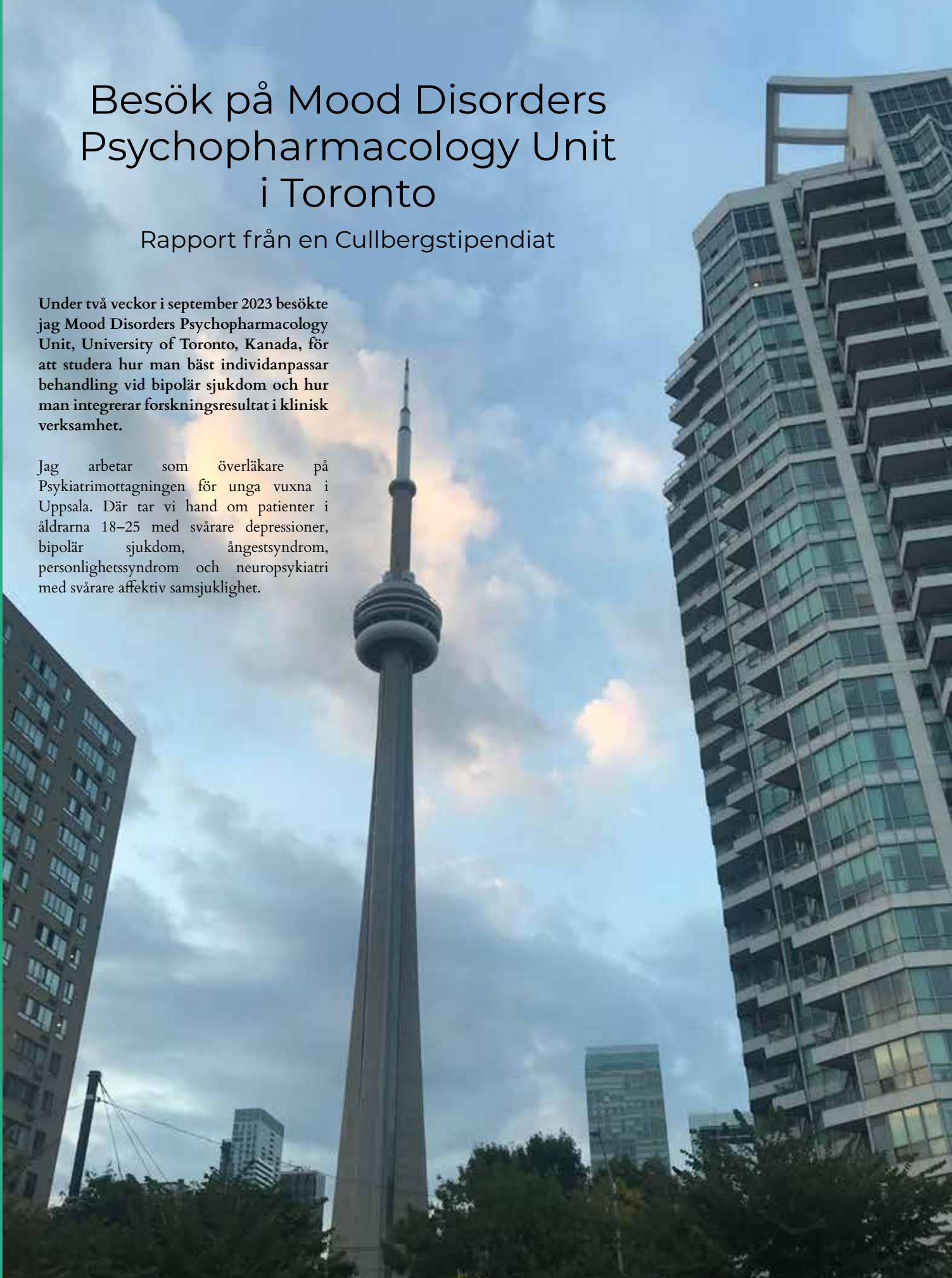
Daniel Frydman
Redaktionen Svensk Psykiatri

Besök på Mood Disorders Psychopharmacology Unit i Toronto

Rapport från en Cullbergstipendiat

Under två veckor i september 2023 besökte jag Mood Disorders Psychopharmacology Unit, University of Toronto, Kanada, för att studera hur man bäst individanpassar behandling vid bipolär sjukdom och hur man integrerar forskningsresultat i klinisk verksamhet.

Jag arbetar som överläkare på Psykiatrimottagningen för unga vuxna i Uppsala. Där tar vi hand om patienter i åldrarna 18–25 med svårare depressioner, bipolär sjukdom, ångestsyndrom, personlighetssyndrom och neuropsykiatri med svårare affektiv samsjuklighet.





Kliniskt presenterar sig ofta frågor kring differentialdiagnostik och samsjuklighet: gränser mellan syndrom/tillstånd; gränser mellan patologiskt och normalt; frågor om över- och underdiagnostik. Man funderar även på "tidig intervention" och "disease course modification". Å ena sidan finns ju exempelvis evidens för att stämningsstabiliserande läkemedel såsom litium fungerar bättre och psykoedukation är mer effektivt ju tidigare i förloppet av bipolär sjukdom det ges – och omvänt risk för "kindling" och att insatser fungerar sämre senare i förloppet. Å andra sidan vill vi inte ge patienter mediciner med potentiella biverkningar och risk för skada, om det inte är tydligt indicerat. Dessa frågor kan vara svåra både i klinisk praktik och att operationalisera i forskning.

Psykiatri hos unga vuxna

Många psykiatriska sjukdomar debuterar i tonåren och 75 % av psykisk sjukdom debuterar innan 25 års ålder. På senaste tiden har det kommit ökat fokus på unga vuxnas psykiatriska hälsa, exempelvis i en läsvärd artikel av Ulhaas och medarbetare (1). De tänker sig att särskilt känsliga perioder för utveckling av psykiatriska symptom korresponderar med "fönster av möjlighet" för tidig intervention. Olika modeller för utveckling av psykopatologi diskuteras, inklusive begreppet "pluripotens" – patienterna kan särskilt i dessa åldrar ha flera olika symptom som potentiellt kommer att kunna utvecklas till olika syndrom. (Tänk även på Schrödingers katt.) Att vi ibland har svårt att diagnosticera kan därför bero på biologin och naturalförloppet. Ofta behöver förloppet följas.

Kategorier och dimensioner

I tillägg till (i och för sig viktiga) diagnostiska kategorier har också ett ökat fokus på dimensioner och spektrum av psykopatologi, liksom mer transdiagnostiska fenomen, subtyper och olika domäner tillkommit på senare år. I förordet till DSM-5-TR från 2022 noteras i linje med detta att alltför rigida kategoriska system inte fångar klinisk erfarenhet eller viktiga vetenskapliga observationer. Vidare säger man att gränserna mellan olika "kategorier" av "disorders" är mer flytande genom livet än vad som tidigare har uppmärksammats och flera symptom som är centrala för en speciell "disorder", kan förekomma i varierande grader av allvarlighet, i flera

andra tillstånd. Trots det kategoriska systemet i DSM och ICD finns det inget underliggande antagande om att varje kategori av psykisk sjukdom skulle vara en helt avgränsad entitet med absoluta gränser gentemot andra psykiska sjukdomar eller ingen psykisk sjukdom, konstaterar man. Individer är också heterogena inom en diagnostisk kategori (exempelvis depression). Gränsfall är svårt! Detta understryker behovet av att fånga ytterligare klinisk information bortom diagnoser, för att veta hur man skall behandla patienten på bästa sätt.

Individanpassad behandling

I framtiden kommer vi kanske ha mer kunskap om vilken patient som bör ha vilken behandling, baserat på stora studier som kombinerar genetik, stora mängder data från patientjournaler, i kombination med maskininlärning. Man talar om "personalized medicine", eller individanpassad behandling. Kanske tillkommer fler biologiska markörer, blodprover som kan säga vilken patient som kommer att svara på vilken medicin. Dock behöver vi fortsatt främst vara duktiga detektiver i det kliniska arbetet och ta en noggrann anamnes, eftersom det är olika kliniska variabler som kan informera oss om vilken behandling en viss patient bör ha. Välgjorda kliniska studier kan ytterligare informera oss om subtyper av syndrom som svarar olika bra på olika behandlingar.

Detta är lite av bakgrunden till att jag velat besöka en framstående klinik för affektiva sjukdomar, för att se hur man där behandlar bipolär sjukdom, särskilt hur man integrerar forskningsfynd i kliniken så att det kommer patienterna till godo på bästa sätt, och hur man får till en god, personcentrerad vård.

Dr Roger McIntyre är professor vid University of Toronto och chef för deras Mood Disorders Psychopharmacology Unit. Han har forskat mycket på inflammation, depression, koppling mellan kroppslig sjuklighet och psykisk sjukdom och även mycket om bipolär sjukdom – han var häromåret försteförfattare till en översiktsartikel om kliniskt relevanta variabler vid bipolär sjukdom (2). Denna artikel kan rekommenderas som uppdatering kring individanpassning av behandling vid bipolär sjukdom





Psykiatriner i Kanada

Kanada är förstås ett väldigt stort land, de allra flesta invånarna bor i städer nära gränsen mot USA. Toronto är Kanadas största och Nordamerikas fjärde största stad, känd för att vara mycket multikulturell. Det var lite svårt för mig att få en överblick över sjukvården och psykiatrin, som verkar vara uppdelad på många olika enheter i Toronto. Man verkar också göra mer i primärvården, exempelvis åtminstone ibland behandlas bipolära patienter med litium, antiepileptika och antipsykotika av distriktsläkare. Vid behov konsulteras psykiatriker.

På enheten för Mood Disorders pågick mycket konsultativ verksamhet gentemot primärvården. På så sätt passerade många patienter som kunde inkluderas i kliniska studier, exempelvis rörande iv ketamin för unipolär och bipolär depression, för unipolär depression med och utan psykoterapeutiska insatser. Studier med psilocybin fanns också och semaglutid var på gång...

De flesta besöken var fortfarande sedan pandemin virtuella – både för dem som bodde i Toronto och för dem som remitterats långväga ifrån. Särskilt för dessa senare verkade det vara uppskattat med virtuella besök, för att slippa resa.

En skillnad i behandlingstradition mellan Kanada och Sverige (och som kollegorna där beklagade sig över) rör ECT. Sådan behandling verkar av tradition vara mycket mindre vanlig i Kanada jämfört med i Sverige, exempelvis vid svåra depressioner med psykotiska symptom.

Suicidrisk vid bipolär sjukdom

Under tiden i Toronto kom jag även att studera risk för självmord vid bipolär sjukdom typ 1 och typ 2. En nylig översiktsartikel beskriver en i grunden fördubblad mortalitet vid bipolär sjukdom, både utifrån ökad risk för kroppslig sjukdom, men där den största riskökningen är kopplad till suicid, Risk Ratio (RR) = 11.69 (3). Andra studier har tidigare funnit en 20–30 gånger ökad risk för suicid vid bipolär sjukdom (4). Det finns relativt få studier angående fullbordade suicid jämfört med suicidförsök, och data avseende risken för fullbordat suicid vid bipolär sjukdom typ 1 och 2 är begränsad. Tills vidare bör nog bipolär sjukdom typ II betraktas som lika allvarlig som bipolär

sjukdom typ I utifrån suicidrisk. Stora högkvalitativa studier behövs (som alltid...) för att förstå detta område bättre.

Sök Cullbergstipendiet!

Det vällovliga syftet med Cullbergstipendiet är att "stimulera till fördjupat kliniskt tänkande". I mitt fall tror jag faktiskt resan till Toronto har bidragit till detta. Stort tack för denna speciella möjlighet till fördjupning, både kliniskt, kulturellt och i litteraturen! Avslutningsvis är det en stark rekommendation till både ST-läkare och specialister i psykiatri att söka Cullbergstipendiet och att därigenom få möjligheten att förkovra sig själva och att sprida kunskap till kollegor hemmavid!

Text och foto:

Isak Sundberg

Överläkare, med dr

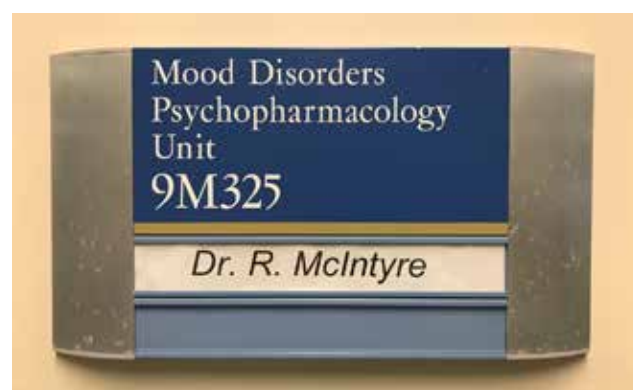
Psykiatrimottagningen för unga vuxna

Akademiska sjukhuset

Uppsala

Referenser

1. Ulhaas et al. Towards a youth mental health paradigm: a perspective and roadmap. *Mol Psychiatry*, 2023
2. McIntyre et al. The clinical characterization of the adult patient with bipolar disorder aimed at personalization of management. *World Psychiatry*, 2022
3. Biazus et al. All-cause and cause-specific mortality among people with bipolar disorder: a large-scale systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 2023
4. Plans et al. Association between completed suicide and bipolar disorder: A systematic review of the literature. *J Affect Disord.*, 2019



Intensiva dagar

Rapport från STP-konferensen 2024



Onsdagskvällens paneldiskussion om psykiatri i olika länder åskådliggjorde såväl skillnader som likheter. Från vänster: Karl-Axel Lundblad, Sarantos Stasinakis (Grekland), Mette Konings (Nederländerna), Christian Møller (Danmark), Marianne Smetop (Norge), och sir Robin Murray (Storbritannien).

Den 24–26 januari samlades en stor del av landets ST-läkare i de psykiatriska specialiteterna för årets STP-konferens som detta år anordnades på Yasuragi utanför Stockholm. Ungefär 215 ST-läkare deltog, vilket är det högsta antalet någonsin. Konferensen är riktad till ST-läkare inom vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, äldrepsykiatri, rättspsykiatri och beroendesjukdomar.

Föreläsare från såväl Sverige som utlandet slöt upp och berörde i det omfattande vetenskapliga programmet, med tre parallella spår, en mängd olika områden. I år fick STP-konferensen där till vara platsen för premiärupplagan av SPF:s nya kunskapsprov som lockade många deltagare.

En framträdande föreläsare var sir Robin Murray, professor i psykiatri vid King's College i London, en av världens mest citerade författare inom psykosområdet. En internationell prä-

gel satte också gäster från våra syskonföreningar för ST-läkare i Norge och Danmark, liksom Mette Konings, den nyvalda ordföranden för den europeiska ST-läkarorganisationen EFPT (European Federation of Psychiatric Trainees). På onsdagskvällen samlades de utländska gästerna under ledning av Karl-Axel Lundblad för en paneldiskussion om psykiatri i olika länder, vilket var väldigt uppskattat.

Efter intensiva dagar vände deltagarna, helt säkert fyllda av intryck och ny kunskap, åter till sina hemkliniker runt om i landet. STP:s styrelse får nu vila ut en stund innan planeringen för nästa års konferens drar i gång.

Text och foto:
Daniel Hedqvist
Kassör STP

UEMS-CAP:s årsmöte i Aten den 6–8 oktober 2023

I början av oktober samlades 20 delegater från Grekland, Nederländerna, Belgien, Tyskland, Spanien, Danmark, Ungern, Slovenien, Norge, Frankrike, Portugal, Tyskland, Schweiz, Storbritannien, Turkiet och Sverige; 3 observatörer från Kroatien, Georgien och Nordmakedonien; 1 representant för EFPT (European Federation of Psychiatric Trainees) samt två grekiska ST-läkare, i Aten för UEMS-CAP:s årsmöte.

I år reste jag ensam från Sverige då Jonas Nilsson, min delegatkollega, inte kunde delta. Vi är båda regionala ST-studierektorer för BUP och sitter i BUP:s nationella studierektorsnätverk tillsammans med fem andra regionala studierektorer. Jonas är även ledamot i SFBUP:s (Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri) styrelse. Vi tog över uppdraget förra året från de tidigare delegaterna Gunnel Svedmyr och Lena Spak som båda valt att trappa ner sina åtaganden. Uppdraget utgår från Sveriges läkarförbund där SFBUP utnämner två av sina specialister att representera dem i UEMS-CAP-sektionen.

UEMS – *Union Européenne des Médecins Spécialistes* – eller på engelska *The European Union of Medical Specialists* är den representativa organisationen för de nationella läkarföreningarna och dess specialistföreningar inom Europiska unionen och dess associerade länder. UEMS arbetar med att utveckla och främja högkvalitativ utbildning och medicinsk praktik inom hela Europa, detta genom dess myndigheter, institutioner och de nationella läkarföreningarna.

UEMS är Europas äldsta medicinska organisation och bildades 1958. Organisationen har medlemmar från 41 länder som är representerade i 43 specialistsektioner, bildade från 1962 och framåt, däribland UEMS-CAP (Child and Adolescent Psychiatry) som frigjorde sig från de pediatrika och psykiatriska sektionerna för att bilda en egen sektion 1994.

UEMS-organisationen har ett övergripande råd, *Council*, som arbetar mer fackligt med dessa frågor bland annat genom att påverka på politisk nivå, medan de olika specialistsektionerna arbetar mer för att få till en likvärdig utbildningsstruktur inom respektive specialitet.

De olika sektionerna ingår även i olika multidisciplinära arbetsgrupper, *Joint Committees*, för att bygga ramverk och nätverk mellan specialistsektionerna. Representanter från de olika specialistsektionerna ingår även i fem tematiska förbund och fem arbetsgrupper som arbetar med fokusområden som exempelvis *jämlikhet, mångfald och inkludering* (tema), eller E-hälsa, CPD, patientsäkerhet med mera.

UEMS-CAP har inte representanter från alla de olika medlemsländerna i UEMS, utan representeras av ca 18 länder (2022–2023). Finansiering sker via en årsavgift, baserad på

antal specialister i landet, samt om man är i den rikare eller fattigare gruppen av länder (utgår från landets ekonomiska kapacitet).

UEMS-CAP har länge arbetat med att ta fram ett gemensamt utbildningsprogram och har nyligen lagt fram en europeisk målbeskrivning för specialiteten (finns upplagd på SFBUP:s hemsida). Fortsatt håller sektionen på att utveckla handledningsprocessen och en gemensam europeisk examination, och här liksom när det gällde målbeskrivningen har Sverige via tidigare delegater Gunnel och Lena bidragit i hög grad till utformningen.

Första mötesdagen började med att vi mottogs och välkomnades av de grekiska värdinnorna dr Ionna Giannopoulou och dr Alike Grigoriadou samt UEMS-CAP:s sekreterare dr Hojka Kumperšcak (Slovenien) på *Atens universitets Historiska museum* (Athens University History Museum) där själva mötet ägde rum. Detta är en historisk byggnad som i början av 1800-talet var hem för den berömda grekiska arkitekten Stamatios Kle-anthis och från 1837 och fyra år framåt var Athens universitets första hemvist efter grundandet den 3 april 1837. Byggnaden låg beläget vid foten av Akropolis med panoramautsikt över stadsdelen Plaka med den romerska agoran, vindarnas torn, observatoriet och Lucabbetuskullen.

Historiens vingslag var högst påtagliga när vi stod på takterrassen och såg ut över staden där de gamla grekerna levde och verkade för nästan 3000 år sedan. Främst gick så klart tankarna till *Hippokrates* (ca 460–370 f. Kr), "läkekonstens fader".

Vi vet inte så mycket om Hippokrates liv men han föddes på den grekiska ön Kos och verkade som läkare där, i Aten och Mindre Asien (ungefär nuvarande Turkiet). Han utvecklade disciplinen och undervisade bland annat vid den medicinska skolan på Kos. Han var den förste som frikopplade läkekonsten från filosofin och religionen, vilket gjorde att läkekonsten så småningom blev en egen vetenskap. Basen för dagens medicin vilar alltjämt på de grundläggande värderingar och etiska regler han slog fast.

Och nu var vi representanter i UEMS-CAP i Aten för att fastsätta vårt gemensamma arbete att fastställa en europeisk standard för vår medicinska disciplins utbildning och praktik.

Ordföranden (president) i UEMS-CAP, dr Cameron Schroder (Frankrike), öppnade mötet och alla deltagarna fick kort presentera sig. Därefter följde diskussion i smågrupper med återkoppling i plenum kring hur den barnpsykiatriska vården ser ut i de olika länderna, hur den påverkats av ekonomiska och samhällsliga förändringar i Europa, så som krig, miljökris med mera.

Efter en kortare kaffepaus gick vi över till att i smågrupper arbeta vidare med att revidera olika delar i den europeiska målbeskrivningen. Återkoppling med efterföljande diskussion skedde i storgrupp, bland annat diskuterades hur vi ska gå vidare i arbetet som förväntas slutföras 2025.

Strax innan lunch presenterade Sara Pillan, ordförande i EFPT, aktuella projekt och vi diskuterade samarbete med organisationen för att hjälpa ST-läkarna att utveckla den praktiska träningen och teoretisk kompetens.

Efter lunchen fick vi en intressant översikt över den grekiska barn- och ungdomspsykiatrins utveckling och hur den fungerar i dagsläget, hur den ekonomiska krisen och pandemin haft skadlig inverkan på hälso- och sjukvården i allmänhet och i synnerhet hur de påverkat utsatta barn och deras familjer.

Vidare under eftermiddagen och följande dag arbetade sektionen med:

- Den kommande Delhi-studien, en studie om ämnen och aktiviteter som sektionen kan utveckla för att stärka nätverket runt barn- och ungdomspsykiatrisk utbildning och praktik i Europa tillsammans med handledare, ST-läkare och experter utifrån.
- Uppfattningen om "dubbla roller", att kombinera kliniskt arbete med forskning, ledarskap och/eller handledning/undervisning, för ST-läkare inom barn- och ungdomspsykiatri och färdiga specialister.
- Att vidareutveckla den frågebank med MCQ-frågor på det barn- och ungdomspsykiatriska ämnet som ska utgöra en del i en gemensam specialistexamen.
- Skapa ett ståndpunktsdokument kring behovet av framtida utbildning av barn- och ungdomspsykiatrin i förhållande till den utveckling som sker kring efterfrågan av barn- och ungdomspsykiatrisk vård.
- Hur det ska se ut framåt kring de årliga UEMS-CAP utbildningsseminarier som kommer anordnas som fysiska möten eller digitalt och hur detta ska ske i närmare samarbete med EFPT och ST-läkare.
- Att göra en online-undersökning kring utbildning inom barn- och ungdomspsykiatri på grundutbildningarna vid de olika läkarprogrammen i Europa.
- Att utvidga vårt samarbete med andra internationella organ som har ett intresse för barns och ungdomars psykiska hälsa, inklusive ESCAP (European Society for Child and Adolescent Psychiatry), IACAPAP (International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions), WPA (World Psychiatric Association) och sektionerna för pediatrik och psykiatri (vuxen) inom UEMS.

Några ytterligare punkter som diskuterades under dagarna var:

- Att försöka få till utbyte kring grupphandledning i barn- och ungdomspsykiatri mellan olika kliniker som bedriver utbildning inom barn- och ungdomspsykiatri i Europa.

- Att ett ökat samarbete behövs mellan barn- och ungdomspsykiatrin och andra yrkesgrupper i samhället för att kunna lösa den ökade psykiska ohälsan i samhället. Att det inte räcker med att öka antalet specialister inom barn- och ungdomspsykiatrin, utan att ett gemensamt ansvar måste tas i samhället för att främja psykisk hälsa.
- EFPT:s utbytesprogram där barn- och ungdomspsykiatrin i Sverige inte är med men ett mål att jobba för.

När jag i slutet av sista dagen tog mig tillbaka till hotellet på de stenbelagda gatorna nedanför Akropolis funderade jag på om Hippokrates eller någon annan av de gamla grekerna gått just där jag nu gick. Kanske på väg upp till Akropolis för att tillbedja eller offra till någon av gudarna, kanske rent av till gudinnan Hygieia, hälsans och renhetens gudinna, dotter till Asklepios, läkekonstens gud? Jag funderade och undrade även vad Hippokrates hade tyckt om UEMS och CAP-sektionens arbete? Jag inbillar mig att han skulle tyckt det var bra och gett oss en tumme upp.

Hanna Stenfeldt Essner
UEMS-CAP delegat
 ST Studierektor BUP Region Syd
 Överläkare BUP Skåne
 BUP SPUR samordnare



Foto: Shutterstock/ITeckno

Inspiration till säkra avdelningar och att arbeta för mer resurser till psykiatrin

SPF:s styrelseinternat i ett vintrigt Karlstad den 13–14 december 2023



Förra årets sista styrelsemöte hölls vid Lucia i Karlstad. Styrelsen har de senaste åren beslutat att lägga styrelsemöten runt om i landet för att också kunna göra studiebesök på olika kliniker och träffa landets psykiatriledare. Under 2023 har därför, förutom möten i cyberspace, styrelsen haft möten i Lund, Skellefteå, Göteborg och på Svenska Läkaresällskapet i Stockholm. Nu hade turen kommit till möte i ett Värmland i vinterskrud.

Via tåg eller bil mötte styrelsen upp på Karlstads psykiatriska klinik. Vi inledde med en rundvandring i det fina psykiatrihuset som byggdes 2011. Verksamhetschef Christina Karlsson, biträdande chef Kathy Öberg-Larsson, chefsöverläkare Paun Poposki och medicinskt ledningsstöd Tarmo Kariis beskrev sedan psykiatrivården i Värmland, klinikens organisation och slutenvårdens utmaningar.

Vi i styrelsen blev imponerade av de fina patientrum och avdelningslokaler som vi fick se. Vi diskuterade huruvida de fina lokalerna kan vara en av anledningarna till att Region Värmland har relativt låg andel av psykiatrisk tvångsvård i nationella jämförelser, vilket gav ett intresse att ta reda på mer om hur lokaler påverkar vård. Som förklaring till den relativt låga andelen psykiatrisk tvångsvård lyftes också att kliniken satsat på utbildningar i lågaffektivt bemötande, personalutbildning med RESIM- modellen och att pågående SAFEWARDS-arbete bidrar till samma mål: "bättre vård – mindre tvång". Det senare en självklar målsättning som delas och bör uppnås i resten av landet och där kunskap från olika regioner om fungerande metoder bör lyftas mer. Vidare framkom under studiebesöket att Karlstad har en stabil läkarbemanning och fler ST-läkare men

emellertid finns problem med sjuksköterskebemanning vilket delas med många andra delar av landet. Det framkom också att sjuksköterskebristen i Karlstad har varit orsak till nertrappning av vårdplatserna 2018–2021. Men på senare år har man lyckats anställa fler sjuksköterskor och har kunnat återöppna platser.

Ledningen i Karlstad berättade också att 2024 års största utmaning är regionens stora underskott. En problematik som vi ser i stora delar av landet och med stora risker för psykiatrin. Styrelsen ser över vilka möjligheter vi har för att påverka detta tillsammans. Skicka gärna synpunkter och tankar om vad vi kan göra!

Förutom det inspirerande studiebesöket gav internatet också en fin och varm julkänsla. Inte minst tack vare lussekatter, julbord på Stadshotellet med julvisor och med ett quiz om Värmland där endast Tove Gunnarsson visste vilket mjöl som Selma Lagerlöf sålde. Vet ni?

Sammantaget lämnade vi Värmland med en starkt övertygelse kring värdet av att vi som svensk förening har möten runt om i Sverige för att både få inspiration av det som fungerar och se vilka särskilda – och likartade – problem som föreligger i olika delar av landet.

Vill du att vi i styrelsen ska lägga något av våra möten på just din klinik? Hör gärna av dig till oss!

Tarmo Kariis
Styrelseledamot SPF

Maria Larsson
Ordförande SPF

ANNONS

Ett stort tack till alla våra utställare. Besök dem gärna i utställarhallen



Ett stort tack till alla våra utställare. Besök dem gärna i utställarhallen



Succéförfattarparet vill sprida kunskaper om och förståelse för psykisk ohälsa

Producenten och Instagramprofilen Henrik Wahlström och psykiatern Katrin Skogberg Wirén kom hem till mig för en intervju om boken *Upp och ner*, med undertiteln *En överlevnadshandbok för bipolär sjukdom*, som recenserar i detta nummer av tidskriften Svensk Psykiatri. Boken har fått ett stort medialt genomslag och redan sålts i över fem tusen exemplar. Deras entusiasm över projektet och den ömsesidiga respekten är slående vid mötet.

Henrik och Katrin, till att börja med, vem är ni?

Katrin svarar på länk från hemmet som för tillfället saknar fungerande golv:

– Jag är psykiater på Affektiva mottagningen, Huddinge sjukhus, sedan tio år tillbaka. Dessutom är jag ordförande i Psykiatriska Föreningens subsektion Svenska sällskapet för bipolär sjukdom.

Innan Henrik tar vid illustrerar han sitt försämrade mående dagen före och några dagar före dess, genom att hålla två tepåsar i handen.

– Igår hade valet av tepåse nästan varit övermäktigt. Jag hade känt att vad jag än valde så hade det blivit fel. Och känt mig misslyckad trots att valet inte spelade någon som helst roll egentligen. Idag mår jag jättebra, kan bestämma mig och komma vidare.

Henrik presenterar sig som initiativtagare till boken och själv bipolär sedan minst tjugo år. Han spenderar mycket av sin tid med att sprida kunskap om bipolär sjukdom, inte minst på sociala medier och genom intervjuer och föreläsningar. Han har en anställning som kreativ chef på ett produktionsbolag i Stockholm i botten.

Hur kom ni på idén att skriva boken tillsammans?

– Jag ville skriva en överlevnadshandbok för sådana som mig, med bipolär sjukdom, berättar Henrik. Jag började, men insåg efter ett tag att inifrånperspektivet inte räckte för att skapa trovärdighet. När jag själv läser sådana skildringar brukar jag tänka att det kanske är så här bara för den som skriver, och kanske på ett annat sätt för andra drabbade. Jag behövde också hjälp av en expert som

kunde bena ut var all information kommit ifrån, vilka källor som fanns bakom. Genom Mikael Landén, professor och överläkare på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, kom jag i kontakt med Katrin. Vi bestämde oss snabbt för att jobba ihop, trots att jag inte ens visste om att hon kunde skriva.

Katrin fyller på:

– Jag tänkte på hur jag bara hade tackat ja utan att veta någonting om tidsåtgång, vad vi skulle göra om vi inte kunde arbeta bra ihop och sånt. Men vi kom igång, bara körde på och kände snabbt att samarbetet funkade.

Hur gick skrivprocessen till?

– Henrik hade redan börjat, och jag fick de skrivna delarna skicka till mig och började kommentera dem. Vi märkte att det var ett bra sätt att jobba på, och genom det uppstod formen för texten. Vi höll alltså isär Henriks skildring och min komplettering med fakta och erfarenheter som läkare.

– Och vissa av Katrins kommentarer blev för långa och för svåra för en del av våra tänkta läsare kände vi, så vi samlade dem i ett kapitel på slutet, Katrins fördjupningar. Det var viktigt för oss att inte skriva över huvudet på den som behövde en överlevnadshandbok. Boken fick inte bli för tjock, inte innehålla för långa, massiva textstycken och vara balanserad vad gäller människospråk och läkarspråk.

Hur har boken blivit mottagen?

– Responsen har varit fantastisk. De gånger den recenserats, bland annat av Bibliotekstjänst, har den fått betyget fem av fem. Den har hyllats på en helsida av Åsa Moberg i Svenska Dagbladet, där hon skrev att boken kommer att rädda liv. Första upplagan såldes slut på en gång. Vi har varit och pratat om boken på SVT Morgonstudion och TV4 Nyhetsmorgon. Efter framträdandet i Fråga doktorn hamnade vi överst på en försäljningstopplista. Vi har fått stor uppmärksamhet på sociala medier och efterfrågats som föreläsare. Och patienterna har också visat stort intresse för och uppskattning av boken. Vi har nästan inte mött någon negativ kritik alls.



Vilka var de största utmaningarna med projektet?

– Det geografiska avståndet mellan oss, fast det var mest ett problem i början, innan vi kände varandra, svarar Katrin. Därefter kunde vi lättare höras och jobba vidare utan att det krävdes ett fysiskt möte.

Henrik, påverkade sjukdomen skrivprocessen vid något tillfälle?

– Jag hade en period i somras då jag kände mig ganska nere, och det skapade lite oro hos Katrin kring hur det skulle gå med projektet. Men sen vände det tillbaka ganska snabbt igen så att vi kunde fortsätta jobba.

Katrin skrattar och kommenterar:

– Fast jag var ju mer orolig för dig än boken.

Hur lång tid tog boken att skriva?

– I slutet av september 2022 hade vi vår första kontakt, berättar Katrin. Vi träffades första gången i december 2022. Jag åkte ner till Malmö och vi började skriva tillsammans i januari 2023. Boken kom ut i oktober samma år.

– Och det var en mycket intensiv skrivperiod, som åt upp mycket av utrymmet för annat under förra året, flikar Henrik in.

Har det gjorts tidigare, att en läkare och patient skrivit en bok tillsammans på det här sättet?

– Inte vad vi vet. Säkert inte vad gäller bipolär sjukdom åtminstone. I vårt fall finns en tredje grupp medförfattare också, påpekar Henrik. Följarna på Instagram som bidragit med sina berättelser.

– Konceptet är uppskattat av läsarna. Någon har undrat om vi inte kan skriva en liknande bok om EIPS (emotionellt instabilt personlighetssyndrom), inflikar Katrin. Det är inte vårt expertområde, kanske finns det någon läsare av Svensk Psykiatri som känner sig manad?

Kommer ni skriva fler böcker tillsammans?

– Det vet jag inte, säger Henrik. Men vi kommer att fortsätta jobba ihop i någon form i alla fall. Det kanske blir någon gemensam debattartikel.

Katrin håller med:

– Vi får se vad som händer.

Har vi glömt något?

– Vi vill att alla psykiatriker ska veta vad upp- och nersymbolen betyder (se bild, red:s anm.). Det är en Pridesymbol för psykisk ohälsa. Ett sådant hjärta borde sitta på alla psykiatriska mottagningar.

Kerstin Höfler
*Barnpsykiater
Helsingborg*

På Svenska Psykiatrikongressen

Författarna håller en presentation i Tornet onsdag den 13 mars kl. 15.15.



Copyright/fotograf: Gabriel Liljevall



Med viss reservation började jag läsa boken ”Upp och ner”, som behandlar ämnet *att leva med bipolär sjukdom*. Jag hade varit inne och tittat på författaren Henrik Wahlströms mycket välbesökta konto på Instagram först. Där varvar han allvar med komik, och spelar ibland den tokige killen med diverse galna upptåg. Naturligtvis är hans gärning på sociala medier viktig. Han stöttar andra med bipolär sjukdom och sprider kunskap och förståelse för detta tillstånd som drabbar flera svenskar per hundra invånare. Dessutom ökar han förståelsen för och kunskapen om psykiska sjukdomar. Men det som oroade mig var att han kanske inte skulle slå an rätt ton, utan hamna i en egenbeskrivning som backades upp av följare, där tillståndet skulle beskrivas som en superkraft eller gåva som är en förutsättning för kreativa och kulturella stordåd. Men ”Upp och ner” visade sig vara en förståndigt och välskriven bok som är läsvärd för dem som drabbats av sjukdomen, deras anhöriga, andra nyfikna och inte minst oss som arbetar inom psykiatri. Att han krokar arm med en engagerad, kunnig och erfaren kollega, Katrin Skogberg Wirén, bidrar till bredden, djupet och den goda tonen.

Wahlström kallar bipolär sjukdom för *upp- och nersjukan*, och liknar måendet vid en balansgång på en smal bom. Det gäller att försöka ta sig framåt utan att falla utmed sidorna, där det på den ena sidan finns en djup depression och meningslöshet och på den andra en upprymdhet som riskerar att leda till omdömeslöshet och snabbt fattade, men illa övervägda beslut. Med hjälp av goda strategier och bra läkemedel kan man oftast hålla sig uppe på bommen och inte falla mot endera sidan, berättar han och medförfattaren.

Boken behandlar de flesta aspekterna av sjukdomen, eller sjukdomstyperna som ju är flera, typ ett, typ två och blandtillstånd. Läsaren får lära sig om diagnoserna, symptomen, behandlingen, prognosen och om hur den påverkar den som insjuknat och dennes omgivning. Ambivalensen som kan finnas kring att berätta om sitt tillstånd för nära, arbetskamrater och chefer beskrivs. Vi får också en inblick i tankarna om att skaffa egna barn när man riskerar både skov som gör att man inte kan ta hand om sitt barn och att eventuellt föra sjukdomen vidare till nästa generation. Läsaren uppmanas att tro på sin diagnos. En välmenande omgivning kan ibland överpröva diagnosen och hävda att den drabbade egentligen är helt frisk. Stort fokus läggs på att prata om strategier och rutiner som håller den bipoläre (så skriver Wahlström i boken) kvar på bommen.

Författarna använder sig av flera bra grepp för att förmedla och förklara innehållet. I början av boken får läsaren ta del av en scen, väntan på en försenad buss, ur samma persons perspektiv fast med olika stämninglägen. Vi får följa med när grundstämningen är neutral, depressiv, hypoman och manisk, och det ger en bra inblick i hur olika tolkningarna av samma verklighet kan bli. Ett annat bra grepp är att tydligt separera

Upp och ner
En överlevnadshandbok för bipolär sjukdom

Henrik Wahlström och Katrin Skogberg Wirén
Bonnier Fakta, 2023

Wahlströms beskrivningar från Skogberg Wiréns. Skogberg Wiréns utvecklingar kan ses som fördjupningar som läsaren som inte söker så detaljerade fakta, men gärna tar del av hur Wahlström upplever sin sjukdom, kan hoppa över. Wahlström låter också väl valda inlägg från följare på Instagram ge kött och blod åt sin berättelse.

Boken är fylld av glädje och sorg, hopp och förtvivlan. Budskapet verkar vara att det går att leva ett bra liv med bipolär sjukdom, även om det kräver en hel del disciplin och kloka val. Sjukdomen beskrivs aldrig som en superkraft, utan som just en sjukdom, som kommer att finnas med personen hela livet. Boken saknar inte mycket vad gäller aspekter på tillståndet, möjligen skulle man kunna ha ett lite längre avsnitt som handlar om psykologisk behandling. En annan bit som saknas av mig som psykiater, är en diskussion kring påstådd överdiagnostik under senare år, och det positiva skimmer som ibland finns kring bipolaritet. Fast det kanske ankommer på andra att skriva om detta.

Det finns ett gediget avsnitt med fördjupningar i den sista delen av boken, skrivet av Skogberg Wirén. Det duger gott som en översiktlig genomgång för psykiatern som inte har så mycket erfarenhet av behandling av just denna patientgrupp.

Sammanfattningsvis är ”Upp och ner” en välskriven, viktig och intressant bok om ett sjukdomstillstånd som drabbar cirka tre procent av alla svenskar. Budskapet till den drabbade är glas klart: Lyssna på din läkare, ta din medicin. Tro på din diagnos, håll din rutin.

Jag önskar att detta var den första i en serie av böcker där olika psykiatriska sjukdomstillstånd beskrevs och diskuterades på samma sätt av en drabbad och psykiater tillsammans. Bilden på baksidan av boken där Henrik Wahlström kramar om psykiater Katrin Skogberg Wirén känns som en symbol för en allians för god sjukdomskontroll och ömsesidig respekt mellan patient och behandlare.

Kerstin Höfler
Barnpsykiater
Helsingborg

På Svenska Psykiatrikongressen

Författarna håller en presentation i Tornet onsdag den 13 mars kl. 15.15.



Crisis Integration with Acceptance and Commitment Therapy
Katarina Carlsson, Kirk D. Strosahl och Laura Weiss Roberts
American Psychiatric Association Publishing, 2023

En kris är ett outhärdligt tillstånd där inget av det vi tidigare lärt oss, eller något vi kan tänka ut, fungerar. Basen i vårt liv har fragmenterats, vi upplever tomhet, hopplöshet, olidlig smärta.

Författarna har skrivit en ambitiös bok om hur psykiatrikern kan möta en person i kris. Boken grundas på ACT (Acceptance and Commitment Therapy). Den innehåller ett omfattande avsnitt om medveten närvaro (mindfulness) men den är skriven med ett öppet sinne och författarna är noga med att påpeka vikten av flexibilitet, att anpassa bemötandet efter den person man har framför sig och efter vem man själv är.

I den första delen beskrivs vad man menar med en kris, hur den uppstår och vidmakthålls och hur den kan integreras. Den andra delen redogör för konceptet bakom ACT och en praktisk guide i att hjälpa den drabbade att genom mindfulness, acceptans och självmedkänsla komma vidare och börja agera i enighet med sina värderingar.

Vid kriser kan en mängd olika plågsamma känslor som rädsla, ångest, ilska, chock, sorg och skuld övermanna en människa. Till detta kan läggas tankar man inte vill tänka, minnen, bilder, impulser och kroppsliga förnimmelser. Yttre hot och problem kan vi lösa genom att tänka och ta hjälp av varandra, men hotfulla inre upplevelser kan inte kontrolleras, tryckas undan, lösas, flys ifrån eller undvikas. Sådana försök kan istället förlänga och öka lidandet.

Vi ser kanske inte längre någon mening med livet och förlorar känslan för vad som är viktigt för oss. Våra tankar kanske går runt i loopar utan att komma vidare. Kanske fortsätter vi göra saker som tidigare varit hjälpsamma, men som nu bara gräver vår grop djupare. Vi överväldigas av rädsla, ångest och skam, lägger skulden på oss själva eller distraherar oss med irrelevanta engagemang eller dövar oss med rusmedel. Att försöka undvika allt som triggar de obehagliga känslorna ger en kortvarig lättnad, men kommer med tiden att innebära en allt större begränsning av vårt liv. En annan undvikandestrategi kan vara att oroa sig, något att fästa tankarna vid istället för att observera känslor som känns ännu mer skrämmande.

Kroppsliga upplevelser, som hjärtklappning och andtrutenhet, kan tolkas som rädsla och att vi måste lämna en plats eller ett sammanhang. Om upplevelserna inte härrör från yttre händel-

ser kommer handlingen inte att hjälpa, och att istället ignorera kroppsliga sensationer innebär en sämre förmåga att interagera med omgivningen och att förstå sina känslor. Mindfulness kan vara ett verktyg för att bryta tankeloopar, avtäcka de känslor de döljer, se sina tankar och känslor ur ett annat perspektiv och återknyta till sina värderingar och mål.

Ur behavioristisk synpunkt kan vikten av varje beteende bara synas utifrån dess speciella kontext. Många av våra inlärdade beteenden kan länkas till vår önskan att vara inkluderade, älskade, respekterade i vår sociala grupp, eller inriktade på säkerhet och trygghet. Kanske tänker man sig att man måste vara stark, behöv, speciell, självständig, inte sticka ut eller ge uttryck för oönskade känslor. Varje individs egna föreställningar skiljer sig från andras, men de kan undersökas och benämnas.

Författarna ger exempel på olika sätt att hjälpa personer i kris att identifiera sina känslor – ”se” dem men alltjämt behålla kontakten med nuet. Boken innehåller en rejäl ”fältguide” till mindfulness i praktiken, inkluderande teorierna bakom begreppet. Grunderna förmedlas ordrikt men pedagogiskt. Man menar att patienten genom att praktisera medveten närvaro ska kunna ”luta sig in och ut ur” de överväldigande känslorna. Vissa delar av resonemanget är litet svårsmält och lätt religiöst anstruket, men grunden – först när vi observerat våra känslor och tankar och ”vet vad vi har”, kan vi börja fundera på att hantera vår situation – belyses väl. Flera exempel ges också på hur man kan hjälpa en person att se sig själv och sina känslor från flera håll, och med ömhet och medkänsla snarare än kritik.

Intressanta tankar i boken rör vad det innebär att vara människa. Man kan ha ett ideal av lycka, tillförsikt och lugn och se alla avvikelser som misslyckanden. En föreställning om att man ständigt ska uppleva lycka kan medföra en alarmerande känsla av att något är fel om obehagliga känslor dyker upp. Kanske anstränger man sig för att undvika obehag genom att ägna tid åt sådant man förknippar med lycka, eller presterar alltmer för att uppnå framgång som ju förknippas med att vara lyckad. En stark övertygelse om att vi borde kunna kontrollera kroppsliga och psykiska känslor kommer med tiden att bli ett problem i sig själv, eftersom det är omöjligt. Att bli medveten om att lycka är korta sporadiska upplevelser, och att alla människor upplever svåra saker, kan bryta en upplevelse av ensamhet och utanförskap.



Du sköna nya vård
Friska vinnare och sjuka förlorare

Anna Gustafsson
Mondial, 2024

Det sista kapitlet handlar om att undersöka vad personen värderar i livet, vad hen önskar och vill. Att handla i enighet med sina värderingar, även om det bara är en liten handling, kan vara belönande nog för att man ska förmå överskrida obehag i nuet.

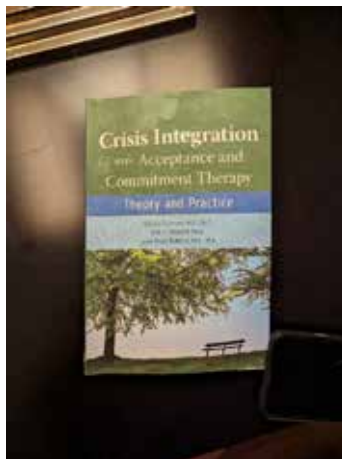
”Crisis Integration with Acceptance and Commitment Therapy” är både teoretisk och praktisk. I slutet kommer ett stycke om hur psykiatern kan tillämpa ACT på sig själv för att undvika att varken bli utbränd eller hårdhudad och känslökall. Författarna trycker på vikten av att ha respekt för den man möter och anpassa sig efter denna. ACT är inte en mall man kan applicera utan att själv vara närvarande. De hoppas att klinikerna ska kunna återkomma till boken flera gånger och repetera eller fördjupa sig i olika delar.

Att möta personer i kris är tungt! Man kan känna sig hjälplös och dras in i paniken. Den här boken kan nog vara hjälpsam och rekommenderas.

Anna Hillerberg
Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm

På Svenska Psykiatrikongressen

Katrina Carlsson presenterar sin bok i Tornet fredag den 15 mars kl. 09.00.



Anna Gustafsson är journalist på Dagens Nyheter där hon bland annat bevakar sjukvården. Tillsammans med Lisa Röstlund skrev hon *Konsulterna – utkom 2019* – om hur det nya oprövade konceptet värdebaserad vård infördes på Sveriges största universitetssjukhus med hjälp av bolaget Boston Consulting Group.

Nu är Gustafsson aktuell med boken *Du sköna nya vård – friska vinnare och sjuka förlorare*. I boken beskrivs hur vården i Stockholm med hast organiserades om, på ett sätt som ikullkastade det förebyggande folkhälsoarbetet och tog bristfällig hänsyn till hälso- och sjukvårdslagen från 1982 om att vården inte ska göra skillnad på vem som får vård och att vården ska vara lika oavsett var man bor. Här redogörs för hur vårdcentraler – med lokaler i attraktivt läge – såldes ut för en billig peng till ansvariga politikernas kompisar och hur många nya vårdgivare etablerade sig i områden med en friskare befolkning, medan det blev vita fläckar på kartan i utsatta områden. När pengarna följde med patienten var det lönsamt att etablera sig i innerstan och lista unga friska patienter. I utsatta områden blev sjuka och äldre – som hellre vill gå till en vårdcentral i närområdet – kvar. Ekonomiskt skenade Region Stockholms sjukvårdskostnader. Skillnaderna i tillgång till vård och den bristande förmågan att samordna resurserna redovisas genom siffror och intervjuer med makthavare och vårdpersonal. Förändringarna illustreras utifrån enskilda patienter, några vårdcentraler, BB Sophia med mera. Gustafsson visar också på andra sätt att organisera sjukvården med exempel från glesbygd (Särna) och Norge.

Vårdens organisation och dess betydelse för tillgång till vård, förebyggande insatser, ekonomi och barn- och mödrahälsa är svårbegriplig och svåröverskådlig. Det rör sig om ett komplicerat och enormt system där små förändringar i en ände medför stor påverkan på andra delar. Den här boken rekommenderas varmt till alla!

Anna Hillerberg
Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm



Ut ur ensamheten
Strategier och förhållningsätt

Martina Wolf-Arehult
Natur & Kultur, 2023

Ensamhet, en gåva eller förbannelse? Den senare aspekten tar Martina Wolf-Arehult sig an i boken *Ut ur ensamheten. Strategier och förhållningsätt*. Författaren är filosofie doktor och legitimerad psykolog som arbetar med dialektisk psykoterapi. Hon har i många år varit enhetschef vid Akademiska Sjukhuset i Uppsala och sektionschef på Psykiatri Nordväst i Stockholm. Hennes forskningsområden är psykoterapieffekter, känslereglering och ensamhet.

Hennes teoretiska referensram består av fyra psykoterapeutiska och kliniska traditioner, med dess bakomliggande teoribildningar. Dessa är kognitiv beteendeterapi, (KBT), dialektisk beteendeterapi (DBT), radikalt öppen dialektisk beteendeterapi (RO-DBT) samt existentiell psykoterapi.

Vi känner oss ensamma, men kärnan i det som utgör ensamhet är att våra behov av närhet och samhörighet inte är uppfyllda. Ofrivillig ensamhet handlar i grunden om ett bristtillstånd. En plågsam känsla av ensamhet kan finnas även i sällskap av andra människor. Ensamhet är i sig inte en känsla men upplevelsen kan utlösa många olika känslor som avundsjuka, skam, misströksamhet, upplevelse av stark ledsenhet eller meningslöshet. Eftersom ensamhet kan trigga skamkänslor kan den vara svårt att tala öppet om. Att exkluderas från sin grupp, sin "flock" är belastande, något som leder till att kroppens smärtcentrum aktiveras på samma sätt som vid fysisk skada. Social exkludering är en allvarlig form av bestraffning eller skambeläggande, idag kan vi se den i form av mobbing.

Ensamhet är en subjektiv upplevelse men kan också vara ett faktum. Det är inte självklart att en person känner sig ensam bara för att vederbörande bor själv. Det är inte heller självklart att man känner samhörighet bara för att man lever tillsammans med andra människor. Enligt Statistiska centralbyrån rapporterar ca fem procent av befolkningen en stark upplevelse av ensamhet och fyra procent att de lever socialt isolerade. Långtidsstudier visar även att ensamma människor i stor utsträckning fortsätter att vara ensamma längre fram i livet. Författaren beskriver ingående olika ensamhetsbegrepp också med kliniska vinjetter. Hon presenterar två typer av övningar

och självskattningsskalor. Den första typen av övningar handlar om att utveckla beteenden som stöder självkänslan, som fördjupar och stärker sociala relationer. Den andra typen av övningar består av visualisering där personen i texten guidas genom upplevelser och erfarenheter som ska utveckla förmågan till mental närvaro och fördjupade sociala interaktioner. De övningar som introduceras är dock mer eller mindre omarbetade för att passa in i arbetet med ensamhet och samhörighet.

Framställningen riktar sig direkt i tilltal till en presumtiv läsare. Den är lättläst och de övningar som presenteras är utförligt beskrivna, vilket underlättar för läsaren att kunna pröva att ta till sig övningsmaterialet. Författaren betonar läsarens självständighet vad gäller att pröva övningar. Hon uppmanar personer med djup nedstämdhet som del av ensamhetsproblematiken att söka professionell hjälp.

Boken är ett gediget arbete, där författaren grundligt utforskar olika infallsvinklar på temat ensamhet. En styrka är de många beskrivningarna av övningar av skilda slag. Den erbjuder en guldgruva för behandlare som arbetar med personer som plågas av ensamhet och den kan säkert även användas i gruppsammanhang. Däremot är jag inte riktigt lika säker på i vilken utsträckning den lämpar sig för självstudier.

Ett par reflektioner: Författaren fördjupar sig inte i blyghet som eventuell komponent i ensamhet och gör heller inte kopplingar till psykiatriska symptom eller diagnoser.

Björn Wrangsjö
Docent i barn- och ungdomspsykiatri
Stockholm

På Svenska Psykiatrikongressen

Martina Wolf-Arehult presenterar sin bok i Tornet fredag den 15 mars kl. 10.15.



Sorg och komplicerad sorg

Pål Kristensen, Kari Dyregrov och Atle Dyregrov

Natur & Kultur, 2023

– När blir föräldern återställd efter sitt barns självmord? frågade opponenter.

Jag deltog som åhörare på den peruanskelegitimerade psykologen Rosanna Petterséns disputation föreläsning på S:t Görans sjukhus en majdag 2015. ”Ja, när blir man det?” undrade jag tyst för mig själv, och förundrades över svaret från doktoranden. Andemeningen av svaret pekade på att det här med att ”bli återställd” kunde tolkas som ett västerländskt begrepp. Hon menade att i Lima (Peru), så betraktade sig föräldern till ett barn som tagit livet av sig, som ”en bruten människa”. Och acceptans fanns att föräldern fortsatte sitt liv i denna nya konfiguration, utan krav på att *någonsin* bli återställd. Detta gav perspektiv som åter vitaliserades när jag läste boken ”Sorg och komplicerad sorg”, av norska författare med forskningserfarenheter från terrorattentatet i Utøya 2011.

Historik

Bakgrunden är att sorgforskare sista åren utarbetat kriterier för en egen sorgediagnos och 2018 infördes *prolonged grief disorder* (förlängd sorgereaktion) i ICD-11 (se tabell), samt *persistent complex bereavement disorder* i DSM-5-TR (2022). Det gäller således en sorgereaktion som inte går över, och kan likna den sorgform som tidigare titulerades kronisk sorg. En skillnad mellan dessa klassificeringssystem är att i DSM-5-TR skall det ha gått minst 12 månader sedan förlusten och symptomen skall vara kliniskt signifikanta nästan varje dag den senaste månaden.

Det teoriehistoriska ramverket tycks under 1900-talet vila på en bristande emotionell bearbetning av sorgen. Då ansågs oöarbetade ambivalenta känslor för den avlidna försvåra naturlig läkning. Modernare tankar om detta rör sig nära anknytningsforskaren Bowlby samt psykiatrikern Parkes, och menar att man haft en mycket stark anknytning eller haft ett känslomässigt beroendeförhållande till den avlidna.

Diagnostik

ICD-11 kriterier för förlängd sorgereaktion (modifierad text).

| | |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A - Händelse | Förlust av närstående minst sex månader tidigare |
| B - Kärnsymptom | Minst ett av: i) intensiv längtan ii) överdriven upptagenhet av den avlidna |
| C - Tilläggs-kriterium | Måste visa ett exempel på emotionell smärta: <ul style="list-style-type: none"> • Nedstämdhet • Skuld • Ilska • Förnekande • Förebråelse • Svårighet att acceptera dödsfallet • Känsla av att ha förlorat sig själv • Oförmåga att uppleva positiva känslor • Emotionell avtrubning |
| D - Funktionskriterium | Betydande funktionsnedsättning personligen, i familjen, socialt, utbildningsmässigt, yrkesmässigt |
| E - Varaktighet/kulturellt | ≥ 6 månader och klart överskrida individens sociala, kulturella och religiösa kontext |
| Ytterligare drag | Överdriven upptagenhet av <ul style="list-style-type: none"> • omständigheter kring dödsfallet • beteenden (t.ex. förvara den avlidnes alla saker på samma sätt som före dödsfallet). Växla mellan uttalad upptagenhet och undvikande av påminnelser om den döda. Svårigheter att hantera tillvaron utan den avlidna. Svårigheter att plocka fram positiva minnen av den avlidna. Svårigheter att engagera sig i sociala eller andra aktiviteter. Svårigheter att lita på andra. Dra sig tillbaka socialt och uppleva livet utan mening. Ökat missbruk av tobak, alkohol och andra droger. Ökade suicidala föreställningar och beteenden kan förekomma. |



Den diagnostiska utmaningen för klinikern är att urskilja en normal sorgereaktion från en fördröjd sorg som är funktionsnedsättande.

Boken tar till viss mån upp kritik mot den nya diagnosen och hade förtjänat att bredda den bakgrunden något. Till bokens försvar får väl sägas att diagnosen är så pass ny att screening och skattningsskalor för diagnosen ännu inte har hunnit valideras i så stor utsträckning. Jag kan tänka mig att faktorstrukturen i skalor gärna fångar upp symptom sprungna från såväl klinisk depression som PTSD, vilket försvårar precisionen. I detta sammanhang illustrerar boken tydligt nog en trekolumnstabell som tydligt åskådliggör skillnader mellan förlängd sorgereaktion, depression (MDD) samt PTSD, kategoriserade ur perspektiven "affektiva reaktioner" (t.ex. ångest, längtan, skuld känsla), "kognitiva reaktioner" (t.ex. koncentrationssvårigheter, ruminering, undvikande) samt sömn (sömnstörningar, mardrömmar).

Boken är indelad i tre delar: "förståelse och teori" (historik, definition och barnperspektiv), "utredning, intervention och behandling" (både individuell terapi samt kamratstöd och nätverksstöd) och slutligen "uppföljning av större olyckor och katastrofer", som beskriver hur Norges Klinikk for krisepsykologi arbetar med kollektiva familjebaserade sammankomster för efterlevande.

Behandling

Så hur många milligram av tabletten X ska vi ge för att behandla sorg eller dess komplicerade form? Det går väl inte att behandla sorg med läkemedel? Och såklart är det väl så, även om det numer finns en pågående studie kring naltrexon mot förlängd sorgereaktion. Det saknas en redovisning över det aktuella farmakologiska forskningsläget och författarna har ju inte heller den ansatsen. En viss avsaknad också i boken kring kritiken mot diagnosen, dels risken för medikalisering av ett tillstånd som kräver känslomässig bearbetning, tillika den utmanande diagnostiska avgränsningen till normal sorgereaktion. Dessutom skulle det varit på sin plats med ett utvidgat resonemang kring sorg som ett bredare begrepp än enkom en förlust av anhörig. Sorg kan ju utlösas av förlust av en relation, till exempel en skilsmässa eller förlusten av all sin egendom efter naturkatastrof eller krig.

Terapeutisk behandling

Boken ger en återblick på *grief-resolution therapy* från tidiga 80-talet, där återupplevande av viktiga situationer antogs undanröja hinder för att gå vidare i sorgen och omstrukturera den. Även metoden *guided mourning* nämns, med exponering för smärtsamma minnen i det terapeutiska samtalet eller att skriftligen ta farväl av sin anhörige. Mer modern sorgeterapi innehåller inslag av både KBT samt interpersonell terapi (IPT), där man fokuserar på att reducera sorgens intensitet, främja förmågan att glädja sig åt minnen och framförallt öka vardagens funktionalitet samt sociala relationer. En inflytelserik behandlingsmetod visar sig vara utvecklad av Katherine Shear där den interpersonella delen av terapin lägger vikt vid dödsfallet och söker hitta *hot spots*, dvs det som utlöser starkast känslor och

tar reda på vad den efterlevande undviker och ordna detta i en hierarki för exponering vid hemuppgifter mellan sessionerna.

Även exponeringsterapi (ET) med åtföljande kognitiv omstrukturering (KO) har visat resultat om det utförs i just denna ordning. Även KBT i kombination med EMDR för efterlevande efter mord har visat sig fungera.

Differentialdiagnostik

Förlängd sorgereaktion förekommer ofta samtidigt med andra mentala symptom. En studie påvisade hos en grupp med 206 personer med förlängd sorgereaktion, en samtidig förekomst av depression (50 %), PTSD (30 %), GAD (20 %) och paniksyndrom (10 %). Det ger en fingervisning till hur viktigt det är att tänka brett och inte glömma att behandla komorbida tillstånd, oaktat terapeutisk eller farmakologisk ansats.

Neurobiologi

Boken ger insyn i neurobiologiska studier med intressanta perspektiv kring skillnaden mellan normal och förlängd sorgereaktion. Vid fMRI hos personer med förlängd sorg påvisades större aktivitet i accumbenskärnan; nyare studier hittar samband mellan förlängd sorgereaktion och processer i basala ganglierna, orbitala cortex, amygdala samt delar av cingulum. Samma områden är aktiva vid beroendesjukdomar och aktiveras vid dysreglering av belöningssystem. Detta har tolkats som att inre och yttre påminnelser i vardagen trigger närhetsönskan med den bortgångna hos personer med förlängd sorgereaktion. Att söka dessa minnen fungerar därför som belöning och förstärker längtan. På samma sätt förklaras också patienternas undvikande. Påminnelser aktiverar belöningssystem som förstärker smärtsam längtan, varför undvikandebeteenden uppstår. Här måste jag erkänna att det blir komplext att förstå kausaliteten och förhoppningsvis blir detta mer studerat framgent. Troligen finns det en neurobiologisk förklaring till att individerna "bara inte kan komma över förlusten" som en av de citerade forskarna uttrycker det.

Sammantaget är detta en läsvärd bok med goda referenser och tonvikt på att förstå begreppen. Ett glädjeämne var att läsa hur 50–70 % av sörjande upplever en sorts personlig utveckling efter trauman och förluster. Hur man förklarar det till en flerårigt sörjande förälder som förlorat sitt barn i suicid, har jag fortfarande inte ett eget personligt bra svar på. Ibland kanske svaret inte ligger i just att skapa sig en förklaring eller att bli "återställd". Kanske en acceptans av att livet ser ut just som det gör, i all dess komplexitet (där samvariation av vetenskapliga och själsliga/andliga dimensioner ingår), kan vara en väg att gå?

Cave Sinai
Specialist i vuxenpsykiatri



Ingen vanlig pappa som man bara har

Johanna Wallin
Ordfront förlag, 2023

Spoilervarning!

Johanna Wallin bor med sin mamma och pappa i en lägenhet i Uppsala. Pappa är nästan alltid hemma och gör roliga saker med henne. Johanna är nästan fem år gammal när pappa plötsligt lämnar familjen. Han lägger en lapp på köksbordet, går förbi dagis och säger hejdå till Johanna och kommer aldrig tillbaka. En månad senare föds Johannas lillasyster. Johanna förstår snabbt på sin mammas reaktioner att det inte är lämpligt att prata om pappa. Hon har ingen att prata med men hennes tankar upptas ständigt av saknaden efter sin pappa, oro för honom, längtan. Johanna längtar och väntar. När hon blir större letar hon, söker sig till platser där han skulle kunna finnas, söker upp människor med samma efternamn, visar upp hans foto, frågar och frågar, letar och letar.

Samtidigt pågår livet, Johanna får egna barn. Hon lider alltmer med sin far, han som inte fått vara med sina barn. Vad hindrade honom, vad tvingade honom att ge sig iväg? Tänker han på henne och systemen varje dag, varje stund?

Det är pappans födelsedag och Johanna googlar som så ofta hans namn, men nu blir det en träff! Någon har startat en flashbacktråd om hennes pappas försvinnande! Några intensiva månader följer, många engagerade människor deltar i sökandet, kommer med nya uppslag, gräver i arkiv och tidningslägg. När sökandet går i stå föreslår någon ett DNA-test. Det fungerar! Med hjälp av några kunniga personer får Johanna kontakt med någon som skulle kunna vara hennes släkting. De släktforskar vidare tillsammans.

Johanna får kontakt med fler och fler släktingar och lyckas till slut identifiera sin pappa. Det visar sig att han dött nio månader tidigare. Johanna är förtvivlad. Alla känner henne som någon som förlorade sin pappa när hon var fem. Hon beskriver en bottenlös sorg som liksom inte finns i hennes omgivning.

Sökandet fortsätter ändå, hon får kontakt med vänner, fastrar, halvsyskon, kusiner. Pappan beskrivs som en underbar person, precis som Johanna minns honom: snäll, närvarande, intelligent, kreativ. Men hennes pappa har brutit kontakter hela livet, bildat familj på flera ställen, förfalskat sina pass, bytt namn. När folk ställt frågor om hans ursprung har han tydligt visat missnöje, några gånger antytt att han skulle vara eftersökt eller hotad. Genomgående är att han låtit sig försörjas av andra, fruar, vänner, lånat, ibland stulit. Sina barn och partners har



han plötsligt lämnat, utan spår, ibland efter någon månad, någon gång efter tio år.

Man kan läsa boken för spänningen (om man inte läst denna recension).

Man kan läsa den som en ingående beskrivning av hur det kan vara för ett barn att plötsligt, utan förklaring, förlora en älskad förälder. Hur förlusten lever vidare, letar sig in i alla livsvår, ständigt poppar upp igen som om det vore igår. Det blir tydligt hur viktigt det är att alltid säga sanningen också till barn. Att dela med sig av det man vet, även om man själv inte förstår vad som hänt. Att undvika att tabubelägga samtal om personen, låta allt finnas. Hellre dela det obegripliga än att var och en går ensam med sin egen upplevelse.

Man kan också läsa den här boken ur psykiatrisk synvinkel. Den här pappan var uppenbarligen väldigt charmig och kunde ge människor en unik upplevelse av att vara sedda och bekräftade. Han styrde relationer genom att undanhålla sin varma uppmärksamhet om något inte passade, han ljög obehindrat, saknade förmåga att upprätthålla nära relationer och hade en parasitär livsstil. Hans mor ska alltid ha satt sig och sina behov före sina barns, innan hon själv övergav dem, plötsligt, efter att ha lämnat en lapp på köksbordet. Hur mycket av vår personlighet går i arv? Hur mycket är förvärvat?

Boken rekommenderas av alla ovanstående skäl!

Anna Hillerberg
Specialist i psykiatri och rättspsykiatri
Stockholm



En Pudel!

Det händer att saker blir fel och att saker förändras
Datum kan kastas omkring, konferenser ställs in och bokstäver byter plats

Det händer alla och det har säkert hänt i den här tidskriften



DEADLINE

för bidrag till
nästa nummer: **15/5**

Tema: **Funktion**



Kalendarium

Svenska Psykiatrikongressen
13–15 mars 2024, Münchenbryggeriet, Stockholm
<https://www.svenskapsykiatrikongressen.se/>

32nd European Congress of Psychiatry
6–9 april 2024, Budapest, Ungern
<https://epa-congress.org/>

Maudsley Forum Scandinavia
10–12 april 2024, Helsingborg
skane.se/maudsleyforum

SFBUP-kongressen 2024, tema Den komplexa patienten
18–19 april 2024, Södra Teatern, Stockholm
<https://sif.se/sfbup/kongress/>

American Psychiatric Association Annual Meeting (APA)
4–8 maj 2024, New York, USA
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/meetings/annual-meeting>

26th World Congress of IACAPAP
20–24 maj 2024, Rio de Janeiro, Brasilien
<https://iacapap2024.com/ingles/index.php>

35th World Congress Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum
23–26 maj 2024, Tokyo, Japan
<https://cinp2024.org/>

Scandinavian College of Neuropsychopharmacology Annual Congress
29–31 maj 2024, Hotell Draken, Göteborg
<https://scnp.org/annual-meeting/2024>

Nordic Congress of Psychiatry
6–7 juni 2024, Riga, Lettland
<https://www.ncp2024.lv/>

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

AVS. Svenska Psykiatriska Föreningen
Box 53246
400 16 Göteborg

B

